LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Donné à la Bibliothèque
de la Faculté de Médecine
par le Dr. Corlieu
A. Corlieu





PARIS
AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX
RUE DE L'UNIVERSITÉ, 8.

1862

N° 1. — SAMEDI 4 JANVIER 1862. 35e ANNÉE. N° 1. — SAMEDI 4 JANVIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement a fini le 31 décembre sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement. — Le mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Nous les prions instamment de joindre à cet envoi une bande du Journal, après avoir rectifié les erreurs s'il y en avait.

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine*, 9 ;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN *frères, libraires, à Genève ;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

PARIS, 3 JANVIER 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie de médecine a dignement clos l'année. L'honorable président sortant, M. Robinet, qui comptera parmi ceux qui ont apporté dans l'exercice de ces hautes fonctions le plus de zèle, de dignité et de bienveillance, a créé, en quittant le fauteuil, un précédent du meilleur exemple et qu'on ne saurait trop recommander à ses successeurs. Il a retracé, dans une rapide mais substantielle allocution, les principaux événements qui ont pu intéresser la Compagnie pendant le cours de l'année, et présenté un exposé sommaire ou sorte de bilan de ses travaux. Nous ne saurions mieux inaugurer, pour notre part, l'année qui commence, qu'en mettant sous les yeux de nos lecteurs quelques extraits de ce discours, dont la lecture a été accueillie par les applaudissements et les marques unanimes d'approbation de l'assemblée :

« Messieurs, permettez-moi, avant de quitter cette place, que j'ai due à votre bienveillance, et dans laquelle je me suis toujours senti soutenu par votre cordial concours, de retracer brièvement les événements qui vous ont touché ou qui se sont passés dans cette enceinte pendant le cours de l'année qui va finir. Je réclame, chers collègues, pour ce récit imparfait, votre plus grande indulgence. Mais si l'exemple que je donne en ce moment est suivi, comme il faut l'espérer, par mes honorables successeurs, le même sujet sera traité avec une supériorité de vues et une distinction de langage qui dédommageront l'Académie de l'insuffisance de cette tentative.

» Mes premières paroles sont dues à la mémoire de ceux que nous avons vus disparaître de nos rangs.

» Plusieurs étaient des plus anciens parmi nous, et cependant on ne saurait dire qu'ils étaient arrivés à cet âge où les jours que l'on compte sont des jours de grâce, dérobés pour ainsi dire à la destinée. Aucun n'avait atteint cette vieillesse qu'accompagne l'affaiblissement des facultés de l'âme. Tous étaient jeunes de cœur et d'esprit ; quelques-uns étaient à peine arrivés à l'âge mûr ; mais nous n'avons que trop appris, chers collègues, par une longue expérience, à quels dangers sont exposés ceux auxquels un travail opiniâtre a ouvert la carrière des sciences et les portes des assemblées dans lesquelles on les cultive et on les vénère. »

M. le président rappelle ici les pertes regrettables que l'Académie a faites dans le courant de l'année, et énumère les membres nouvellement élus qui ont été appelés à les remplacer. Il expose ensuite en ces termes les travaux officiels accomplis par les commissions permanentes :)

« Vous le savez, Messieurs, l'Académie a reçu de son fondateur une double mission. Vous avez continué à la remplir, et l'année 1861 ne l'aura cédé à aucune autre sous le rapport du nombre et de l'importance des travaux de diverse nature. En 1861, votre commission des épidémies a dû se consacrer à l'analyse des rapports de 1860. Ils ont été au nombre de 128. Chacun d'eux a été l'objet d'un examen spécial. Un rapport général préparé par M. Jolly sera adressé à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. Il est facile de comprendre quelle source précieuse de renseignements constitueront ces savants rapports pour les laborieux investigatrurs qui voudront écrire l'histoire de la médecine et de l'hygiène publique en France.

» La commission de vaccine, chargée tout à la fois d'étudier toutes les questions que peut encore soulever la découverte de Jenner, et de propager le bienfait qu'on lui doit, a fait pratiquer 2,430 vaccinations. En outre, elle a répandu pour ainsi dire dans le monde entier une multitude de plaques ou tubes de virus-vaccin. MM. Bousquet et Depaul vous ont rendu compte, dans un rapport général qui a été adressé au Gouvernement, du service de la vaccine dans la France entière.

» La commission des eaux minérales est aussi une de celles qui savent unir la pratique à la théorie. D'une part, elle a étudié et apprécié les rapports des médecins inspecteurs des établissements d'eaux minérales ; de l'autre, elle a fait analyser dans votre laboratoire de chimie les eaux pour lesquelles on sollicitait l'autorisation d'exploitation.

» En 1861 la commission vous a soumis 14 rapports : dans un rapport général, rédigé par M. Tardieu, il vous sera rendu compte des faits intéressants recueillis par les médecins inspecteurs et consignés dans 77 rapports spéciaux.

» Comme par le passé, l'Académie a confié à une commission permanente le soin d'examiner avec une scrupuleuse défiance ces innombrables panacées pour lesquelles on sollicite l'application des lois qui régissent la police médicale et pharmaceutique. 58 rapports de cette commission, préparés par M. Boudet et revêtus de votre approbation, ont été adressés au ministre compétent, en 1861. Il est bien rare que ces rapports se terminent par des conclusions favorables. C'est à peine si depuis le décret de 1850 vous avez accordé à 7 ou 8 préparations le bénéfice de l'insertion officielle dans votre *Bulletin*.

» Tels sont, Messieurs, les utiles travaux de vos commissions permanentes. On reconnaîtra sans doute qu'aucune société savante n'en a accompli un aussi grand nombre dans le cours d'une année. Il a fallu beaucoup de zèle et d'abnégation de la part d'hommes aussi occupés que le sont en général les membres de cette Académie, pour donner à ces travaux le temps qu'ils ont exigé. La plupart passent inaperçus ou ne reçoivent d'autre récompense que l'approbation d'un comité secret. Mais la satisfaction que cause l'accomplissement d'un devoir est aussi une récompense, et vous avez fait voir maintes fois, Messieurs et chers collègues, que vous n'en recherchiez pas d'autre. »

(L'orateur passe ensuite en revue les rapports, discussions, lectures et communications scientifiques, présentations et hommages de toute sorte qui ont défrayé les séances en dehors de ses devoirs officiels ; puis il termine ainsi :)

« Il n'en est pas un de vous probablement, Messieurs, qui n'ait entendu les gens du monde parler avec légèreté des dissidences qu'on voit éclater entre les médecins, et qui donnent lieu quelquefois à des discussions prolongées. Ces graves aristarques n'auraient peut-être rien à répondre si on leur rappelait une certaine parabole dans laquelle une paille et une poutre jouent les principaux rôles. Quels sont, en effet, les sujets sur lesquels on est d'accord et à l'occasion desquels il ne s'élève aucune discussion ? Serait-ce la religion, la philosophie, la politique ? ou bien encore les affaires de l'État, du canton ou de la commune ? Voit-on les savants dans les sciences naturelles ou physiques tomber d'accord sur tous les points ? Les sciences mathématiques elles-mêmes, ces sciences qui se posent avec orgueil comme des sciences positives et infaillibles, sont-elles donc à l'abri de la controverse et même de la dispute ? Hélas ! non. Tout est sujet au doute et à l'interprétation, à la discussion, et quelle science, quel art est plus exposé que la médecine à cette imperfection des choses humaines ? De plus que la plupart des autres sciences, elle offre cette immense difficulté qui résulte de la variété infinie des sujets ; en sorte que ce serait assurément la chose la plus merveilleuse du monde que de trouver deux malades absolument semblables.

» Laissons donc passer sans nous y arrêter ces vaines clameurs de gens qui sont incapables de nous juger. Profitons seulement des enseignements qui surgissent au milieu de nous. Travaillons à élucider les questions avec calme et persévérance, alors même que les discussions devront être longues. Seulement n'oublions pas devant qui nous parlons. Autre chose est un amphithéâtre, autre chose est une Académie. Tâchons de ne pas mériter la répétition de ce mot spirituel : « Après la leçon si complète que l'Académie vient d'entendre, il ne » me reste rien à dire. »

» Vous excuserez, j'espère, cette réflexion, Messieurs, chez un homme qui assiste à des discussions de tout genre depuis quarante ans. Il ne craint pas d'avouer qu'elles ne l'ont pas découragé. Qui sait si le moment d'un parfait accord n'est pas prochain ! Mais alors il ne faudra plus ni académies, ni secrétaires, ni présidents surtout. Combien je me félicite d'être arrivé avant ce funeste moment. Je n'aurais pas été honoré de vos suffrages, et je n'aurais pas à vous en remercier aujourd'hui.

» Merci, Messieurs et très-honorés collègues, pour les constantes preuves de bienveillance et d'indulgence que vous m'avez données pendant une année entière. Leur souvenir sera un des plus chers de ma vie, comme l'honneur d'avoir présidé cette Académie sera le plus grand dont j'aurai jamais été revêtu. »

Nous ne saurions rien ajouter qui pût donner une plus juste idée des services qu'a rendus l'Académie pendant l'année qui vient d'expirer, de ceux plus grands qu'elle peut rendre encore sous l'influence des encouragements et des avis salutaires dans l'expression desquels M. le président a si bien su se faire l'organe de l'opinion publique.

— M. Piorry a pris la parole dans cette séance sur la question incidente de l'hygiène des hôpitaux. Nous reviendrons sur quelques-uns des points traités dans ce discours.

La séance a été terminée par la proclamation des résultats du scrutin, qui a eu lieu pendant cette lecture pour le renouvellement partiel des commissions permanentes. — Dr Brochin.

Le rapport suivant a été adressé à l'Empereur par les ministres de l'instruction publique et du commerce :

« Sire,

» Par une sage prescription de la loi qui règle l'exercice de la pharmacie en France, un formulaire officiel, publié avec la sanction du gouvernement et d'après ses ordres, contient toutes les préparations médicinales et pharmaceutiques qui doivent et peuvent être tenues par les pharmaciens. Ce formulaire est le code imposé aux médecins et aux pharmaciens. En garantissant la santé publique contre les dangers de l'empirisme et les séductions trompeuses du charlatanisme, il est à la fois pour les praticiens un guide certain et pour l'administration un moyen assuré d'ordre et de surveillance. Mais pour qu'il remplisse ces conditions, il est nécessaire qu'il soit réellement au niveau de la science, qu'il en présente toujours le résumé fidèle, qu'il en constate et enregistre tous les progrès ; il faut, en un mot, qu'il soit la dernière expression de l'enseignement de nos Écoles. C'est donc un ouvrage essentiellement progressif, appelé à subir, au moins à certains intervalles déterminés, une complète révision.

» Le premier *Codex medicamentarius* qui ait été rédigé conformément aux dispositions de la loi du 21 germinal an XI, pour remplacer celui dont l'usage avait été ordonné par l'arrêt du parlement de Paris du 23 juillet 1748, parut en 1818. Dix-sept ans après, par suite des découvertes importantes qui avaient agrandi le domaine de la chimie et de la thérapeutique, et donné une plus grande extension à la pharmacologie, l'insuffisance de ce formulaire et l'urgence d'une nouvelle édition devinrent manifestes. Sur un rapport du ministre de l'instruction publique, en date du 10 septembre 1835, le gouvernement ordonna la rédaction d'un nouveau Codex, qui fut publié en 1837.

» Les motifs qui en 1835 nécessitèrent la révision du formulaire pharmaceutique, se reproduisent aujourd'hui avec une nouvelle force. Dans la période des vingt-quatre années qui se sont écoulées, et surtout grâce à l'active et féconde impulsion donnée par Votre Majesté à toutes les recherches qui peuvent améliorer les conditions sociales, les sciences ont marché d'un pas rapide ; la médecine et toutes les sciences accessoires qui contribuent à ses progrès se sont enrichies d'utiles découvertes. Des médicaments nouveaux, dont les avantages thérapeutiques sont démontrés par l'expérience, ont été introduits avec succès dans l'usage médical ; de nombreuses formules ont été publiées dans les journaux de médecine et de pharmacie. Ces médicaments, ces formules, attendent une sanction légale que l'insertion au Codex peut seule leur donner.

» Pour certains médicaments nouveaux, il existe plusieurs formules. Tant que le Codex n'aura pas consacré l'une de ces formules à l'exclusion des autres, le pharmacien pourra faire entre elles un choix arbitraire, et le médecin ne sera pas assuré de trouver le même médicament identique dans toutes les officines. Enfin, plusieurs perfectionnements ont été proposés pour la préparation des médicaments déjà inscrits au Codex ; ces perfectionnements ne pourront être mis à profit que lorsqu'ils auront pris place dans le nouveau formulaire officiel.

» Le Codex de 1837 n'est donc plus en harmonie avec l'état de la science ; il ne suffit plus aux nécessités de la pratique médicale ; il n'offre plus à l'administration un contrôle assuré pour la police de la pharmacie et pour l'exécution des prescriptions de la loi de germinal en ce qui concerne la prohibition de la vente des remèdes secrets.

» Il y a déjà longtemps que les effets de cette situation regrettable se font sentir. En 1850, Votre Majesté elle-même a dû y apporter au moins un palliatif par un décret qui autorise les pharmaciens à vendre librement, en attendant que la recette en soit insérée dans une nouvelle édition du Codex, les médicaments nouveaux reconnus utiles par l'Académie de médecine, et dont les formules, approuvées par le ministre de l'agriculture et du commerce, conformément à l'avis de cette Compagnie savante, auront été publiées dans son Bulletin. Par cette mesure essentiellement transitoire, Votre Majesté a consacré à la fois et l'insuffisance du Codex actuel, et la nécessité de procéder à sa complète révision.

» Nous croyons donc, Sire, nous conformer aux intentions de Votre Majesté en lui demandant, au nom des intérêts de la science médicale et de la pharmacie, et en vue d'assurer des garanties que la surveillance de l'exercice de la pharmacie doit offrir à la santé publique, d'approuver la proposition que nous avons l'honneur de lui soumettre, de nommer une commission qui s'occuperait immédiatement de la rédaction du nouveau Codex pharmaceutique.

» L'article 38 de la loi de germinal an 11 exigeant que cette rédaction soit confiée à une réunion de professeurs des Écoles de médecine et de pharmacie, nous demandons à Votre Majesté l'autorisation de choisir, comme cela a eu lieu pour l'édition de 1837, les membres de la commission parmi les membres de l'Académie impériale de médecine qui appartiennent à l'enseignement de la Faculté de médecine ou de l'École supérieure de pharmacie de Paris. Le choix ne peut se porter ainsi que sur les savants et les praticiens les mieux autorisés et les plus capables de remplir la mission qui leur sera confiée, en élevant à l'art de guérir un monument digne de ceux qui honorent votre règne.

» La publication du nouveau Codex n'entraînerait aucune dépense imputable sur les fonds de l'État, les frais divers de rédaction et d'édition devant être mis à la charge de l'éditeur avec lequel le ministère de l'instruction publique s'entendra à cet effet.

» Nous avons l'honneur d'être, etc. »

Ce rapport, revêtu de l'approbation de l'Empereur, est suivi d'un arrêté ministériel en date du 11 décembre, qui porte :

« ART. 1er. Une commission spéciale est formée près le ministère de l'instruction publique, à l'effet de s'occuper immédiatement de la révision du *Codex* ou *Pharmacopée française*, publiée en 1837 par le Gouvernement, et pour préparer une nouvelle édition de cet ouvrage.

» ART. 2. Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

» MM. Dumas, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général de l'enseignement supérieur, *président;* Grisolle, professeur de matière médicale et de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris; Regnault, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris; Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris; Wurtz, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris; Bussy, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris; Chatin, professeur de botanique rurale à l'École supérieure de pharmacie de Paris; Guibourt, professeur d'histoire naturelle des médicaments à l'École supérieure de pharmacie de Paris; Le Canu, professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Paris; Petit, chef de la division de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique; Mourier, chef du deuxième bureau de la division de l'enseignement supérieur, *secrétaire.*

» Ont été adjoints, avec voix consultative, à cette commission MM. Robinet, Boudet et Gobley, membres de l'Académie de médecine (section de pharmacie), et MM. Mayet et Mialhe, pharmaciens à Paris.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

De l'hydropisie des ventricules cérébraux chez les tuberculeux.

(Leçon recueillie par M. le docteur Henry DUMONT, chef de clinique à l'hôpital de la Charité.)

J'ai déjà exposé sous vos yeux mes doctrines concernant la tuberculisation. Un malade qui a succombé salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 6, à la suite d'une méningite tuberculeuse, nous a donné une première occasion de développer ce sujet.

Voici un fait plus concluant et plus digne d'intérêt.

Il vient de mourir sous vos yeux, salle Sainte-Madeleine, n° 17, une jeune femme de dix-neuf ans, blanchisseuse, née à Vaugirard.

Cette malade vient de succomber en vingt jours, et quand elle est entrée à l'hôpital, les symptômes de tuberculisation cérébrale étaient nuls, et ceux de la tuberculisation pulmonaire méconnaissables encore.

En effet, libre de toute influence héréditaire, elle a signalé seulement dans ses antécédents une certaine facilité à s'enrhumer. En décembre 1860, elle eut une bronchite qui fut accompagnée de douleurs dans les côtés, sans pleurésie, mais avec crachats mêlés de sang.

Il y a trois mois, elle accoucha heureusement; mais depuis cette époque, et à partir de la fièvre de lait, elle est constamment tourmentée par des ardeurs brûlantes continuelles, qui s'exagèrent le soir et s'accompagnent d'une accélération notable du pouls.

Puis elle tousse un peu, d'une toux sèche d'abord, et plus tard avec expectoration de mucosités opaques; bientôt elle perd l'appétit et le sommeil; elle s'épuise en sueurs profuses; enfin elle entre ici le 28 septembre.

Voici son état :

Son embonpoint, quoique assez naturel en apparence, est bien diminué, suivant elle; le visage est coloré comme dans les maladies aiguës fébriles; sa peau est chaude et moite; elle souffre du côté gauche de la poitrine. Une toux violente continuelle lui donne des secousses qui se traduisent en barres douloureuses au niveau des insertions diaphragmatiques. La respiration est fréquente et pénible, l'expectoration abondante. A la percussion, sonorité normale de tous côtés. A l'auscultation, rhonchus sous-crépitants moyens généralisés. La langue est rouge sur les bords, blanchâtre à son milieu; la soif vive, la faim nulle; douleur épigastrique vive; pas de vomissements ni de troubles intestinaux.

Le pouls est mou, dépressible, et s'élève à 100-104. Les vaisseaux du cou sont légèrement soufflants.

La malade se plaint de la tête, mais modérément, comme dans le cours de tout accès fébrile de moyenne intensité; elle dort peu et rêve beaucoup; ses sens jouissent d'une intégrité absolue. La sensibilité générale de la peau est normale; les muscles sont faibles, mais dans un état de vigueur proportionné aux troubles de la santé générale. La menstruation ne s'est pas rétablie depuis les dernières couches. — Deux pots de tisane de gomme sucrée, julep béchique dans la journée, pilule d'extrait thébaïque de 0,05 le soir; vésicatoire volant camphré entre les deux épaules, diamètre de 0,10.

Le 3, même état; albuminurie cantharidienne, dysurie, cystite.

Du 1er au 13 octobre tous les symptômes vont en s'amendant; chaque jour la dyspnée, la toux, la fièvre, l'inappétence, diminuent progressivement, et tout paraît amélioré, quand le 13 octobre éclatent des phénomènes cérébraux.

A la visite du matin, on nous rapporte que pendant la nuit la malade a gémi, poussé des cris aigus en se plaignant de la tête; elle s'agitait en tous sens; il fallut l'attacher dans son lit; en même temps vomissements répétés, incoercibles.

Dans la matinée du 15, elle offre le tableau suivant : Les traits du visage sont grippés et expriment la douleur; le teint passe successivement de la couleur écarlate à la pâleur mate; le front plissé et tiré vers le sommet de la tête, comme les traits du visage, offre une chaleur brûlante; les yeux vacillent en tous sens dans les orbites; les pupilles se dilatent et se resserrent alternativement sous l'intervention de la lumière artificielle, dont les impressions sont douloureuses; la langue tirée hors de la bouche, après des sollicitations multipliées et longtemps infructueuses, est rouge, pointue, tremblante; la bouche se livre à mille contorsions; la mâchoire inférieure est roide, difficile à ouvrir et à fermer; les masséters sont durs et tendus; les muscles du cou sont immobiles et durcis; l'agitation musculaire de tous les membres est extrême; la sensibilité générale est très-vive; une simple palpation provoque des gémissements; l'intelligence, qui paraît délirante, se prête mal aux réponses : la malade hésite et ne sait que répéter les questions.

La soif est vive, mais la déglutition difficile; les boissons rejetées par les vomissements reviennent mêlées de bile; le ventre est aplati, les selles nulles depuis deux jours.

Le pouls est très-fréquent (130) et cependant régulier; la circulation capillaire active traduit en rougeur les impressions linéaires de l'ongle ou du doigt.

Les symptômes respiratoires sont calmés, la toux est devenue rare comme l'expectoration, les rhonchus ont la même abondance, la suffocation est moindre.

La sueur est nulle et la miction difficile.

Traitement : vésicatoire volant à la nuque, calomel à dose réfractée, glace à sucer, topiques frais au front, sinapismes aux pieds.

Cet état dure jusqu'au 14 au soir. Dès ce moment l'excitation se calme par instants et fait place au repos et même à l'anéantissement des forces. Le coma alterne avec le délire, la résolution avec les convulsions, l'affaissement des traits du visage avec leur contraction, la lenteur relative du pouls avec sa fréquence (de 80 à 120). Ces oppositions de phénomènes se croisent dans la même journée et même d'une heure à l'autre avec une mobilité extrême.

Le 15 au matin, il n'y a plus de traces de délire; il a fait place au coma; l'intelligence est nulle; les pupilles sont immobiles et dilatées comme les paupières; un voile fuligineux s'étend sur les deux cornées; les narines sont pulvérulentes; le visage est baigné de sueur; le bras droit est paralysé : soulevé au-dessus du lit et abandonné à lui-même, il tombe comme une masse inerte; la jambe droite soulevée s'abaisse lentement dès qu'on l'abandonne; la contraction musculaire instinctive s'y exerce encore, ainsi que dans le bras et la jambe du côté opposé. La sensibilité de la peau, hier si vive, est fort émoussée; la langue est noire et croûteuse, les dents couvertes d'enduit; selles et miction involontaires.

Mort le 16 dans la nuit.

Autopsie le 17.

Un trait de scie enlève la calotte crânienne.

La dure-mère est fortement tendue; le cerveau est appliqué très-énergiquement contre cette membrane. Le scalpel pénètre difficilement entre l'organe et son enveloppe.

En effet, les sinus de la dure-mère sont médiocrement remplis, et les espaces sous-arachnoïdiens, qui séparent les circonvolutions de la convexité, ou qui remplissent les anfractuosités de la base, sont à peine remplis de liquide. Ce liquide offre une teinte opaline, celle des produits phlegmasiques.

La crête des hémisphères cérébraux est adhérente dans le point correspondant à la base de la faux du cerveau.

Dans ce point s'observent des corpuscules de Pacchioni sans nombre; ils sont mêlés à des granulations fibrineuses.

Voici le résumé des observations *microscopiques* faites sur ces produits pathologiques, et spécialement de celles de M. le docteur Ordoñez, qui s'occupe avec succès de ces recherches.

L'arachnoïde est épaissie, dépolie, moins transparente, et facile à soulever en petits lambeaux triangulaires; la face externe de cette membrane adhère à la séreuse pariétale, mais seulement sur la crête des hémisphères; partout ailleurs l'arachnoïde adhère faiblement, inégalement à la pie-mère.

A la base et autour du pédoncule cérébral gauche, lymphe plastique abondante, disposée en fausse membrane verdâtre, unissant au pédoncule la base du cerveau et l'hémisphère cérébelleux correspondant. Aucune granulation tuberculeuse visible en ce point, non plus que dans la scissure de Sylvius.

La voûte des hémisphères cérébraux est plus condensée qu'à l'état normal, et son épaisseur diminuée.

On a la conscience de ce tassement du cerveau par la position superficielle des ventricules latéraux.

Ces ventricules présentent des altérations anatomiques très-remarquables.

A peine la membrane arachnoïdienne est-elle ouverte, qu'il s'écoule une quantité très-abondante de liquide citrin que l'on peut évaluer approximativement à 120 grammes.

Largement ouverts, ces ventricules présentent une dilatation énorme. Cette dilatation frappe sur les deux ventricules, mais spécialement sur le ventricule latéral gauche, qui présente surtout des dimensions considérables.

Ce ventricule présente une forme curviligne exagérée, dont la concavité embrasse le ventricule droit.

D'ailleurs, les parois de cette cavité sont notablement déprimées; le corps strié et la couche optique, au lieu d'une convexité, présentent une surface plane. La cloison qui sépare les deux ventricules a complétement disparu; il n'en reste pas le plus petit vestige. Le *septum lucidum* n'a pas laissé de trace, même à son insertion sur la face inférieure du corps calleux.

La membrane arachnoïdienne qui tapisse les deux ventricules est épaissie, on peut l'arracher par lambeaux de quelques millimètres. La face interne de cette membrane donne naissance à une foule de produits pseudo-membraneux, dont l'extrémité libre flotte dans la cavité des ventricules.

Dans les parties déclives, on trouve, quand le liquide s'est écoulé, des flocons de masses fibrineuses qu'un courant d'eau déplace et enlève. Si on lance avec force un jet d'eau, on ne saurait entamer la pulpe cérébrale, qui présente au contraire une induration appréciable au doigt; la paroi ventriculaire est semblable, par cette induration, à la face externe des circonvolutions cérébrales, qu'on a déjà vues notablement indurées. Nulle part on ne trouve de produits tuberculeux ni dans l'épaisseur des parois des ventricules latéraux, ni dans leur cavité ou dans les produits pathologiques dont elle est remplie.

L'incision pratiquée sur les corps striés et les couches optiques ne présente aucun foyer, aucun ramollissement.

Les poumons, du sommet à la base, sont littéralement criblés de granulations tuberculeuses de coloration grise. Elles sont tellement abondantes, qu'il semble difficile d'admettre que la trame pulmonaire puisse en contenir un plus grand nombre. A la surface, on voit une congestion sanguine générale ayant son maximum vers la base et en arrière. A la coupe, il s'écoule une grande quantité de sérosité sanguinolente.

Traces d'emphysème vers les bords, logés dans la gouttière costo-diaphragmatique; pas de cavernes; la muqueuse bronchique est rouge et épaissie. Pas de traces de pleurésie.

Rien d'appréciable dans les appareils digestif et circulatoire.

Le système ganglionnaire ne présente en aucun point de transformations tuberculeuses.

Cette observation offre l'un des plus beaux cas d'hydropisie ventriculaire que l'on puisse observer. Or les observations d'hydropisie des ventricules cérébraux ne sont pas tellement multipliées qu'il soit permis de les négliger lorsqu'elles se présentent.

Certaines hydropisies du cerveau n'ont pas été considérées au point de vue qui les rend sérieusement utiles : nous voulons parler des hydropisies de forme semi-aiguë, semi-chronique, qui se montrent chez les tuberculeux.

Au premier abord, rien ne semble plus disparate que cette association d'une hydropisie simple des cavités ventriculaires du cerveau et d'une phthisie tuberculeuse des poumons. Après réflexion, au contraire, cette réunion paraît toute naturelle. Peut-être pourrait-on dire au point de vue des diathèses que la cause morbide générale peut se traduire par des lésions variables à caractère; mais ceci supposerait des maladies protéiformes qu'il serait difficile de suivre dans leur évolution. Mais voyons plutôt ce que disent les faits observés directement et sans le concours des hypothèses.

Lorsqu'un malade est pris d'une première hémoptysie, et que les signes stéthoscopiques sont complétement nuls, peut-on dire que l'hémorrhagie est symptomatique de tubercules latents? Aucun clinicien ne saurait soutenir une semblable opinion. L'hémoptysie est le résultat pur et simple d'une congestion pulmonaire. Mais qu'est-ce que cette hémorrhagie? quelle en est la signification, non au présent, mais dans l'avenir? C'est incontestablement l'origine, le point de départ d'une tuberculisation pulmonaire; c'est la cause, non le résultat, de cette désastreuse lésion. Et en effet, après l'hémoptysie, la fièvre s'établit, une *fièvre organique*, signalant un état morbide *matériel* qui n'existait pas auparavant. Vous examinez la poitrine, et graduellement vous reconnaissez la matité du son, la rudesse de la respiration et même le souffle bronchique au niveau des fosses sus-épineuses. Que s'est-il passé? L'engorgement hémoptoïque (Laënnec) s'est organisé et transformé; la congestion pulmonaire, en déterminant une vitalité plus grande, a permis l'évolution des lésions tuberculeuses et le dépôt de la matière de ce nom; le tubercule a pris naissance non pas primitivement, nous tenons à établir ce fait, mais consécutivement. Et en effet comment serait-il possible de comprendre la naissance et le développement d'une lésion organique là où il ne se serait pas manifesté antérieurement une plus grande activité circulatoire ?

Que si cette démonstration, si évidente en clinique, ne suffisait pas, il serait bien facile de lui donner la vérité et la valeur d'un axiome en suivant les phases de la maladie. A cette première hémoptysie il en succède une seconde, puis une troisième, et chaque fois vous constatez l'engorgement de plus en plus prononcé des poumons. Les pertes de sang ne sont après tout que le signe matériel d'un travail pulmonaire qui commence par un engouement sanguin, et se termine par un produit plastique, fibrineux et caséeux, le tubercule.

Ainsi, sans hésitation et sans compromis avec les idées généralement acceptées, nous considérons la congestion aiguë ou subaiguë des poumons comme l'origine première et radicale de la tuberculisation. C'est dire que l'on peut être hémoptysique sans être encore tuberculeux.

Nous venons de voir la tuberculisation du poumon s'effectuer par une série de *poussées* ayant pour origine une congestion pulmonaire traduite par des hémoptysies. Or, ce qui est vrai pour le poumon doit l'être pour les autres organes; et on ne voit pas pourquoi l'évolution tuberculeuse n'exigerait pas partout ailleurs le même précédent, la même congestion sanguine, qui, par la suractivité fonctionnelle qu'elle donne aux tissus, leur fournit les matériaux du produit anormal.

Seulement ici il faut faire une remarque capitale; c'est que tous les organes et tous les tissus ne vont pas répondre à cette provocation congestive de la même manière. Ils la subiront chacun à sa façon, selon son mode de vitalité et de fonctionnement. Les ganglions lymphatiques se chargeront volontiers de matière tuberculeuse; mais le tissu cellulaire répondra simplement par un phlegmon plus ou moins aigu ou par un abcès froid; et les membranes séreuses par une inflammation pure et simple ou par une hydropisie. Ainsi de la plèvre, où l'on voit une pleurésie ou un simple hydrothorax.

Cependant, comme ces incitations congestives se répètent, il arrive un moment où la matière tuberculeuse finit par se déposer; c'est ainsi que la pleurésie peut devenir réellement tuberculeuse, c'est-à-dire présenter de la matière tuberculeuse à la surface de la séreuse ou dans le tissu cellulaire qui s'est formé dans sa cavité. Mais toujours est-il que pendant longtemps le tuberculeux présentera une ou plusieurs lésions simples, et qui, au premier abord, semblent étrangères à la cause tuberculisante qui domine toute l'économie. Il n'en est rien cependant; rien n'est plus réellement tuberculeux que cette pleurésie, simple en apparence, qui survient chez l'homme qui a eu des hémoptysies; rien n'est plus tuberculeux que cet abcès froid observé chez cet autre malade; en sorte que l'on a pu formuler cette pensée de la manière suivante : un grand nombre de lésions simples qui surviennent chez les phthisiques peuvent être tuberculeuses par leur origine sans être tuberculeuses localement. Le cachet ou l'estampille de la cause n'a pas besoin d'être imprimé partout; il suffit qu'on le trouve dans un point pour qu'on soit en droit de le voir dans d'autres avec les yeux de l'esprit.

Maintenant, il ne faudra pas de longues explications pour faire comprendre la relation bien simple qui existe entre une hydropisie des ventricules cérébraux et une phthisie pulmonaire. C'est la même affection avec les modifications qu'apportent les différents tissus à un *processus* pathologique identique. Il se fait vers la séreuse intra-ventriculaire une congestion sanguine comme celle qui s'est faite dans le poumon et qui a produit les tubercules. Seulement, la séreuse cérébrale ne fait pas, comme le poumon, usage du liquide sanguin qui lui est apporté pour en faire du tubercule; elle l'utilise pour produire en abondance un liquide séreux simple ou séro-fibrineux. Il se fait là une pleurésie ou un hydro-thorax des cavités ventriculaires. Maintenant, cherchez du tubercule, vous n'en trouverez pas; il n'y en a pas effectivement. Peut-être ce produit y est-il virtuellement, car il est dans la donnée de la congestion sanguine d'aboutir à ce résultat matériel. Mais enfin, et pour le moment, il n'y a pas encore été formé.

Sans aucun doute, on pourrait supposer que, à l'imitation de ce qui se passe dans le poumon, des congestions successives devraient amener l'évolution des tubercules. Oui, très-certainement, il en serait ainsi sans la délicatesse de la trame cérébrale. Si la première hydropisie ne tuait pas le malade, si le cerveau pouvait souffrir et supporter un succession d'*insultus* ou d'assauts morbides, le tubercule finirait par prendre naissance; mais ce loisir ne lui est pas fait, et le malade succombe avant que l'affection ait pu signer son nom anatomique dans la pulpe cérébrale.

Notre opinion est donc facile à formuler: une hydropisie simple des ventricules cérébraux chez un phthisique est une manifestation sinon tuberculeuse, du moins dérivée de la cause tuberculisante. Si le temps était donné à cette lésion de parcourir ses périodes et de se compléter, elle finirait par prendre localement la livrée de sa cause, en étalant, elle aussi, comme le poumon, des granulations grises demi-transparentes.

En veut-on d'ailleurs une preuve? On peut la trouver dans la méningite tuberculeuse, maladie qui n'est point une méningite, maladie qui, par ses alternatives, ses récidives, se dénonce elle-même comme une simple congestion séro-sanguine. Après plusieurs apparitions, elle cause la mort; mais elle présente, comme dans le cas actuel, une absence si absolue ou une si grande indigence de produits tuberculeux, cachés dans des scissures et le long des vaisseaux, que l'on est obligé de se dire que ces produits, si peu nombreux, si inoffensifs, ne sauraient être que la conséquence et non la cause des accidents cérébro-méningiens. Ici nous ne soutenons plus une opinion personnelle; c'est la manière de voir de tous les observateurs indépendants et consciencieux.

Mais maintenant, dira-t-on peut-être, pourquoi cette différence entre l'hydropisie et la méningite tuberculeuse? La première tue le malade sans lui infliger de tubercules locaux; la seconde tue après tuberculisation. Cela est vrai; mais nous répondrons à l'objection par le fait lui-même. Puisque l'hydropisie tue par une seule attaque, c'est parce qu'elle est plus grave, à cause de son siége ou pour toute autre cause; elle ne cède pas pour revenir, et n'a pas, en conséquence, le temps de faire du tubercule. Si la méningite peut disparaître et revenir à plusieurs reprises, c'est qu'elle frappe avec moins de violence et de malignité, en sorte que dans ses retours successifs elle peut apporter graduellement les matériaux de la tuberculisation. Ce sera, si l'on veut, une pétition de principes, mais ce sera au moins le fait lui-même, incontestablement évident et vrai.

Et maintenant, allez demander à l'anatomie pathologique pure, non éclairée par l'intuition de l'esprit, une explication quelconque, elle vous la refusera. L'anatomie pathologique ne se fait facile et accessible que pour l'intelligence qui poursuit ses recherches au delà du fait matériel, et sait, à l'occasion, s'élever par une induction légitime à des principes plus élevés qui contiennent les faits, mais que les faits ne contiennent pas.

DEUX CAS DE GLOSSITE IDIOPATHIQUE,

Par M. le docteur CASTEX (de Montrejeau).

L'observation de glossite consignée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 25 juillet dernier par M. le docteur Giraud, m'a remémoré deux faits de la même espèce que j'ai eu occasion d'observer en 1852. Ce sont les deux seuls cas de glossite idiopathique qui se sont présentés à mon observation durant une pratique assez étendue de douze années. Une particularité que je ne veux pas essayer d'interpréter me paraît assez remarquable, à défaut d'un haut intérêt scientifique, et les a profondément gravés dans ma mémoire: je veux parler de leur coïncidence.

D... (Guillaume), brasseur, âgé de cinquante ans, était convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu, lorsque, sans cause appréciable, il fut pris, le 25 février 1852, d'une gêne notable dans la déglutition et dans l'articulation de la parole, avec salivation assez abondante et légère réaction fébrile.

Je fus d'abord frappé par l'appareil des symptômes propres à une stomatite dont rien ne m'expliquait cependant la présence, car le traitement qui avait été dirigé contre le rhumatisme excluait toute idée de stomatite symptomatique. L'examen de la bouche me fit reconnaître une légère rougeur de la muqueuse buccale sans engorgement des amygdales et un certain accroissement du volume de la langue. Je ne reconnus pas de suite l'affection que j'avais à combattre; je crus à un commencement d'angine, et je prescrivis un gargarisme émollient et de la limonade tartrique.

Le lendemain matin, le malade ne pouvait plus parler que très-difficilement, et la langue avait tellement augmenté de volume qu'il n'était plus possible d'examiner l'arrière-bouche; la déglutition était devenue de plus en plus difficile, et la salivation plus abondante et plus incommode. Les gencives n'étaient pas tuméfiées, on ne sentait pas non plus extérieurement les amygdales engorgées ni douloureuses au toucher. La pointe et les bords de la langue étaient déformés et portaient l'empreinte des dents.

Cette fois, il n'était plus possible de s'y méprendre, je reconnus une glossite profonde. Cependant il n'y avait encore aucun symptôme alarmant; la respiration était peu gênée; la langue restait au dedans de la bouche, et la fièvre n'avait pas augmenté depuis la veille. Je prescrivis douze sangsues à la région sous-maxillaire, des cataplasmes sinapisés aux jambes, et une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 27 février, il y a déjà un mieux sensible; le malade a pu dormir pendant la nuit; la fièvre est tombée; la langue a diminué de volume, et par suite la déglutition et la phonation s'exécutent plus aisément. La salivation seule persiste et incommode beaucoup le malade. — Gargarisme astringent, deux verres d'eau de Sedlitz.

Dès ce moment, la maladie marche rapidement vers une résolution qui est complète cinq ou six jours après l'invasion.

Pendant la convalescence de ce premier sujet, le 1er mars, je suis appelé en toute hâte, à dix heures du soir, auprès de M. S..., jeune homme de dix-huit ans, malade depuis trois ou quatre jours, qui suffoque, me dit-on, si je n'accours vite lui porter quelque secours.

Le confrère qui avait été appelé d'abord avait combattu la maladie assez énergiquement par des émissions sanguines générales et locales, mais sans pouvoir la juguler. Je trouve le malade sur son séant, les mâchoires écartées par la sortie de la langue, dont le volume est énorme et fait en dehors des lèvres une saillie de 3 ou 4 centimètres.

Cet organe est comprimé par les arcades dentaires, qu'il est très-difficile d'écarter davantage, porte l'empreinte des dents qui y paraissent implantées, et la portion située hors de la bouche est d'un bleu noirâtre. D'abondantes mucosités s'écoulent sans cesse de la bouche; les yeux, rouges et hagards, font saillie hors de l'orbite; la face est vultueuse et cyanosée, et l'expression du visage de ce malheureux est véritablement hideuse. La respiration est extrêmement difficile, et les muscles inspirateurs font des efforts inouïs pour attirer l'air dans la poitrine; mais la base de la langue participant à l'engorgement du reste de cet organe, refoule l'épiglotte et s'oppose presque entièrement au passage de l'air à travers la glotte. La poitrine, examinée avec soin, n'indique l'existence d'aucune affection pulmonaire capable d'entraver l'exercice normal de la respiration; le pouls est petit et très-fréquent.

Depuis le matin la langue ne pouvait plus être contenue dans la bouche, l'accroissement rapide du volume de cet organe et les accidents qui en résultaient rendaient le danger pressant; l'asphyxie était imminente, il n'y avait plus un instant à perdre: immédiatement je fis écarter autant que possible les mâchoires par un aide, et saisissant avec le pouce et l'index de la main gauche, armés d'un linge, l'extrémité de la langue que je tenais ainsi fixée, je pratiquai longitudinalement sur la face dorsale de la langue trois incisions parallèles et très-profondes, que je fis partir d'aussi près que possible de la base. Il se fit par ces incisions un écoulement assez abondant de sang mêlé de sérosité; pendant une heure et demie que je restai auprès de mon malade il s'écoula de 20 à 25 centilitres de ce liquide, et le soulagement fut immédiat; en moins d'une demi-heure la langue était notablement revenue sur elle-même, et les accidents que j'ai énumérés avaient perdu leurs caractères alarmants. Je me préoccupai alors d'un engorgement assez considérable dont la région sous-maxillaire était le siége, et je tentai d'en amener la résolution par des frictions mercurielles.

Le lendemain je trouvai mon malade dans un calme parfait; il respirait librement; la langue, entièrement rentrée dans la bouche, n'avait guère plus au delà de son volume normal, et je fus frappé de l'apparence superficielle des incisions que j'avais pratiquées si profondes la veille; la parole était redevenue possible, quoique difficile encore, mais la déglutition restait très-douloureuse; le pouls était retombé à 80 et s'était développé; la céphalalgie est encore assez intense.

Le gonflement de la région sous-maxillaire paraissait avoir beaucoup diminué aussi; mais en l'examinant attentivement, il était facile de voir que cette diminution n'était qu'apparente et ne tenait qu'à celle de la langue, dont l'énorme grosseur faisait proéminer la veille toutes les parties qui pouvaient se prêter à son développement. A travers cet engorgement on sentait trois noyaux principaux et un empâtement de toute la région; un léger frisson survenu le soir et suivi d'un peu de réaction fébrile, ne me laissa plus de doute sur l'issue probable de cet engorgement. En effet, il se forma bientôt deux abcès du côté droit, et le 4 mars une fluctuation évidente se produisit sur l'un d'eux, que j'ouvris avec le bistouri; le lendemain, il me fallut ouvrir le second; chacun donna pendant sept ou huit jours un pus de bonne nature et se cicatrisa parfaitement. Un troisième abcès, qui semblait menacer de se former du côté gauche en même temps que les deux autres, se termina par résolution.

La convalescence fut de courte durée et la guérison parfaite. Quant à la langue, il n'y restait plus de trace de la maladie dès le quatrième jour après l'opération.

Il résulte des renseignements que j'ai pris sur ce nouveau cas que, comme le premier, il s'était déclaré sans cause connue, sans qu'on pût le rattacher à aucune autre affection concomitante ou antérieure; en un mot, que c'était encore une glossite bien franchement idiopathique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 décembre 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet:

1° Un mémoire de M. le docteur Desponts, de Fleurance (Gers), sur le traitement de l'héméralopie;

2° Un nouveau procédé de préparation des alcaloïdes végétaux, par M. le docteur Delagrée, médecin à Grand-Fougeray (commission des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Les documents officiels relatifs aux améliorations et aux réformes à opérer dans le service des aliénés de la Seine, documents déposés au nom de M. le préfet de la Seine, par M. Girard de Cailleux;

2° Des lettres de MM. les docteurs Béclard et Sappey, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de physiologie;

3° Une lettre de M. le docteur Madin (de Verdun), qui sollicite le titre de membre correspondant;

4° Une note de M. le docteur Netter, médecin à l'hôpital militaire de Strasbourg, sur le traitement des bubons vénériens par les vésicatoires simples (M. Ricord, commissaire);

5° M. le docteur Duchenne (de Boulogne) adresse un extrait d'un mémoire intitulé *Mécanisme de la physionomie humaine*, ou analyse électro-physiologique des différents modes d'expression qu'elle peut produire. Voici en quels termes l'auteur s'exprime dans cet extrait:

« Lorsque l'âme est agitée, la face humaine devient un tableau vivant où les passions sont rendues avec autant de délicatesse que d'énergie, où chaque mouvement de l'âme est exprimé par un trait, chaque action par un caractère dont l'impression vive et prompte devance la volonté, nous décèle et rend au dehors, par des signes pathétiques, les images de nos plus secrètes agitations. (Buffon, *Hist. de l'homme*.)

L'âme est donc la source de l'expression; c'est elle qui met en jeu les muscles et qui leur fait prendre sur la face, en traits caractéristiques, l'image de nos passions et de nos affections. En conséquence, les lois qui régissent l'expression de la physionomie humaine peuvent être recherchées par l'étude de l'action musculaire.

C'est un problème que je m'efforce de résoudre depuis bien des années, provoquant, à l'aide de courants électriques, la contraction des muscles de la face, pour leur faire parler le langage des passions et des sentiments. « L'expérience, dit Bacon, est une sorte de question appliquée à la nature pour la faire parler. »

Cette étude attentive de l'action musculaire partielle m'a révélé la raison d'être des lignes, des rides et des plis de la face en mouvement. Or, ces lignes, ces rides et ces plis sont justement les signes qui par leurs combinaisons variées servent à l'expression de la physionomie. Il m'a donc été possible, en remontant du muscle à l'âme qui le met en action, d'étudier et de découvrir le mécanisme, les lois de la physionomie humaine.

Je me bornerai pas à formuler ces lois; je représenterai par la photographie les lignes expressives de la face pendant la contraction électrique de ses muscles.

En résumé, je ferai connaître par l'analyse électro-physiologique et à l'aide de la photographie, l'art de peindre correctement les lignes expressives de la face humaine, art que l'on pourrait appeler *orthographe du langage de la physionomie*.

— M. VERNOIS présente, au nom de M. le docteur Pietra-Santa, un volume sur l'hygiène des chemins de fer.

— M. LE PRÉSIDENT, avant de quitter le fauteuil, prononce une allocution dans laquelle il résume les travaux de l'Académie pendant l'année expirée. (Voir le *premier Paris*).

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. La parole est à M. Piorry.

Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. PIORRY. Une des plus graves questions d'hygiène publique qui puisse se présenter, est celle qui a trait à la salubrité des hôpitaux, question qui ne peut être éclaircie qu'autant que l'on tient assez compte, dans son étude, de l'influence de l'encombrement, de l'utilité de l'aération et de l'action salutaire de la lumière.

Lorsque des hommes et des animaux sont renfermés en trop grand nombre dans un espace étroit et où l'air ne se renouvelle pas, non-seulement, ainsi que l'a reconnu Darcet, qui a fait à cet égard de savants calculs, cet air perd de l'oxygène et augmente de proportion en acide carbonique; mais il ne tarde pas à se charger de matières animales ténues fournies soit par la vapeur pulmonaire que Chaussier a démontré être très-putrescible, soit par les matériaux de la perspiration cutanée ou des excréments, soit par les corps qui se trouvent dans l'habitation. Ces matières animales, soit que l'ozone exerce sur elles une influence réelle, soit que la simple température jointe à l'humidité les modifie, s'altèrent, se décomposent, communiquent à l'air une odeur septique, donnent lieu à un miasme et peut-être à un virus spécial qui se forme dans les cas extrêmes, et auquel j'ai cru devoir donner le nom de *septiose*. Celui-ci paraît être la cause principale des affections que les anciens appelaient putrides, et lorsque son action vient compliquer celle de divers états organiques; il en résulte, suivant les cas, des dermites, des ulcérations, des phlébites, des angioleucites, des iléospilosies, des utérites, etc., à marche progressive, dont l'issue est souvent funeste. Quand une toxépidémie, d'ailleurs assez bénigne, vient à se compliquer de l'influence du septiose, alors les phénomènes les plus graves se déclarent, et le mal présente fréquemment une terminaison mortelle.

L'étude attentive des auteurs, les méditations sur la marche des épidémies et du typhus, ne laissent pas de doute sur ce sujet, et lorsqu'on réfléchit sur la dyssenterie épidémique relatée par Pringle, sur l'histoire des terribles désastres de nos armées en 1814; quand on se rappelle la campagne de Crimée; lorsque l'on voit la peste, la fièvre jaune, le choléra, l'ophthalmie palpébrale, la suette, les affections puerpérales graves, etc., frapper avec le plus de violence les gens habitant un lieu encombré ou insalubre, on ne peut un moment douter de l'importance qu'il y a à tenir compte au premier chef, dans l'édification d'une maison, d'une caserne ou d'un hôpital, du renouvellement de l'air et des moyens d'éviter l'encombrement.

Les recherches d'Olivier sur le typhus traumatique, les belles expériences de Gaspard et Magendie sur l'altération du sang par les matières putrides, mes observations personnelles, m'ont conduit à traiter la question actuellement soumise à l'Académie dans vingt mémoires, parmi lesquels je me bornerai à rappeler celui que j'ai eu l'honneur de lire devant vous en séance publique (1836); et qui a eu pour objet la relation de près de cent épidémies qui avaient régné dans les divers départements de la France.

Il résulte des observations des auteurs et des travaux qui précèdent, qu'un air pur, renouvelé, plutôt sec qu'humide, médiocrement échauffé, est indispensable pour la salubrité des hommes qui habitent un hôpital, une caserne, un lieu public quelconque, une tente de soldat, et même une habitation privée, ainsi que je l'ai démontré

dans ma longue dissertation soutenue sur ce sujet en 1838, pour la chaire d'hygiène.

Lorsqu'un hôpital en particulier ne présente pas les conditions requises pour l'aération de l'intérieur des salles, il manque des principales conditions de salubrité. Ce n'est pas tant l'étendue et l'exposition du lieu où on le construit, ce n'est pas la largeur des cours qui séparent les bâtiments, ce n'est pas le courant d'atmosphère qui baigne les murs, auxquels il faut surtout avoir égard, mais à c'est l'intérieur des dortoirs, à la pureté de l'air qu'on y respire, qu'il faut surtout veiller.

C'est l'air vicié par les émanations putrides, par le septiose, qu'il faut surtout remplacer à chaque instant par de l'air pur; c'est à l'atmosphère qui entoure les plaies, la gangrène, les excréments, l'urine, qu'il ne faut pas laisser stagner et se corrompre; la chirurgie doit surtout appeler à son aide l'hygiène et la médecine, et tel opérateur émérite perdra ses blessés par l'action du septiose, tandis qu'un barbier de village guérira les siens, s'ils sont placés dans une atmosphère salubre.

La curation des maladies dites internes es non moins influencée par ces mesures hygiéniques, et si une faible mortalité a presque toujours eu lieu dans mes services successifs dans divers hôpitaux, je suis persuadé que l'une des principales causes de ce résultat est la rénovation fréquente et habituelle de l'air, obtenue dans mon service par l'ouverture des fenêtres de mes salles.

Une circonstance presque aussi importante que la salubrité de l'air est l'action d'une vive lumière. Voyez cette plante qui infléchit sa tige pour se porter vers un rayon du soleil ou même vers la couleur rouge de l'iris, et qui semble ainsi prouver qu'un certain degré d'instinct ne lui est pas étranger! Voyez ces feuilles qui en deux jours, étant placées dans un lieu obscur, pâlissent, deviennent jaunes, et dont la chute précède de peu la mort de l'arbuste! Voyez cette jeune fille qui dans l'obscurité perd ses couleurs, ses forces et sa santé; comparez-la à la vigoureuse femme des champs moins bien nourrie que cette faible créature aux membres grêles et délicats; rappelez-vous ces pauvres gens qui habitent des chaumières où il semble qu'ils aient voulu éviter le grand jour, comme ils sont soustraits aux bienfaits de la civilisation, et dites-moi si l'influence des rayons solaires n'est pas un adjuvant de premier ordre pour la conservation ou pour le rétablissement de la santé?

Quelques autres conditions doivent encore être réunies pour l'édification d'un hôpital. Il faut autant que possible qu'il soit situé à proximité des habitants, que les maisons du voisinage en soient indépendantes et n'aient pas vue sur les salles et sur les cours; le directeur doit avoir sous la main tous les services, et sa surveillance doit s'exercer sur tout et partout: que les salles où les morts reposent, que le transport des cercueils, que les appareils de deuil, etc., soient éloignés de la vue des moribonds; les amphithéâtres où les médecins enseignent, les pièces où les nécroscopies sont pratiquées, etc., doivent être suffisamment éloignés des salles où les malades reçoivent des secours, etc., etc. Enfin, pour la convenance d'un hôpital au centre de Paris, évidemment il faut qu'un bâtiment pour les sœurs, une maison de bienfaisance, une salle de bains, soient ajoutés, ainsi qu'une pharmacie, une buanderie, etc., à l'édifice principal, qui doit contenir encore les logements des employés, des élèves internes, etc.

La plupart des hôpitaux de Paris sont bien loin de réunir les conditions d'aération, de clarté, de commodité et de dispositions confortables dont il vient d'être parlé. Certes, l'administration a tiré le plus grand parti qu'il lui a été possible des anciennes constructions. On ne saurait assez lui savoir gré de toutes les améliorations qui ont été faites à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à la Pitié, à Saint-Louis, etc., et quand il s'est agi de construire des hôpitaux ou des hospices nouveaux, alors, comme à Lariboisière, comme à Beaujon, comme à Vincennes ou au Vésinet, on a suivi les règles de l'hygiène appliquée à l'architecture, et l'on n'a pas même oublié de décorer par la sculpture les portiques des maisons destinées à soulager les misères du pauvre.

Mais il est arrivé pour les anciens hôpitaux ce qui a lieu pour les vieilles rues que l'on veut niveler, pour les vieilles masures que l'on cherche à entretenir. On a été dans la nécessité de replâtrer des murailles en ruine, de respecter des poutres vermoulues, de conserver des salles infectes, de laisser subsister d'immenses dortoirs à quatre rangées de lits, de ne point éloigner des salles les latrines répandant au loin des exhalaisons méphitiques; il a fallu tolérer des salles de 150 à 200 lits où les services sont confondus de la manière la plus incommode; on a dû laisser subsister des corridors affreux et putrides, des cabinets immondes où le linge sali par les excrétions des malades, par la suppuration des vésicatoires, répand au loin des agents pestilentiels. Ailleurs, on n'a pu remédier au peu d'élévation des salles et à la position des fenêtres, qui, placées près du plafond, ne permettent pas à l'air qui recouvre le parquet de se renouveler. Parfois il arrive qu'à midi, en été, à peine y voit-on pour examiner la langue, l'arrière-gorge, les yeux d'un malade ou l'éruption d'un varioIé. Rien n'est fait pour le confortable, si ce n'est de petites réparations cent fois renouvelées à grands frais; on a été forcé, faute de ressources suffisantes, et non de bonne volonté, à avoir recours à des demi-mesures qui coûtent plus qu'une reconstruction définitive. D'immenses terrains, admirablement situés, sont recouverts d'ignobles constructions qui ne peuvent satisfaire ni la vue, ni l'utilité des malades, ni l'ordre, ni la science, ni l'enseignement. Tout est confondu; les cliniques de la Faculté sont dans une sorte de pêle-mêle avec les services des hôpitaux; il n'y a point assez d'amphithéâtres convenables pour que les professeurs puissent y faire des leçons toute l'année, et l'étranger qui visite nos grands hôpitaux ne peut comprendre que la Faculté de Paris, centre de la civilisation, ait pour l'étude pratique de ses élèves des locaux si mal aérés et si incomplètement éclairés.

Certes, sous ces divers points de vue, plusieurs des hôpitaux de Londres sont mieux disposés; mais ceux que j'ai visités laissent encore énormément à désirer, et, pour en citer une preuve, je dirai que les lits y sont tellement bas qu'il est à peu près impossible au médecin d'explorer par le plessimétrisme et l'auscultation les malades qui y reposent.

Le défaut d'aération et de lumière dans les salles de la plupart des anciens hôpitaux de Paris est à coup sûr une des causes principales du caractère septique et funeste que prennent les maladies et les blessures. Chaque chef de service cherche à y remédier le mieux qu'il lui est possible de le faire. Pour ma part, je ne manque pas de renouveler très-souvent l'air des salles par l'ouverture des croisées, et j'obtiens ainsi une ventilation salutaire qui enlève l'odeur infecte qu'exhalent les hommes rassemblés dans un étroit espace, et surtout alors qu'ils se trouvent dans les circonstances où sont les malades. Je crains moins le refroidissement de la peau que l'atmosphère putride des dortoirs, et peut-être les épidémies sévissent-elles moins qu'ailleurs dans mon service.

M. Piorry termine cette allocution par l'exposé du plan qu'il a proposé pour la reconstruction de la Charité.

— L'Académie a procédé pendant cette séance au scrutin pour le renouvellement partiel des commissions permanentes.

Ont été nommés :

Commission des épidémies. — MM. Jolly, Devergie.

Commission des eaux minérales. — MM. Wurtz, Gobley.

Commission des remèdes secrets. — MM. Robinet, Vernois.

Commission de vaccine. — MM. Depaul, Beau.

Commission du comité de publication. — MM. Grisolle, Cloquet, Dubois (Paul), Moquin-Tandon, Boullay.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 décembre 1861, ont été nommés à deux emplois de médecin principal de 1re classe, MM. Durand, de l'hôpital de Lyon, et Goze, attaché au dépôt de recrutement de la Seine.

A trois emplois de médecin principal de 2e classe, MM. Bouffar, de l'hôpital de Bastia; Minvielle, de l'hôpital de Marseille, et Pasquier, de la garde de Paris.

— Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de commandeur. — M. Maillot, médecin inspecteur.

Au grade d'officier. — MM. Majesté, médecin principal; André, pharmacien principal; Moras, chirurgien-major du régiment d'artillerie de la marine; Gestin, chirurgien de 1re classe de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Mauduit, médecin-major au 74e régiment de ligne; Balansa, médecin-major au 48e de ligne; Lecœur, médecin-major à l'hôpital de Châlons; Martin, médecin-major au 8e régiment de dragons; Leclerc, médecin-major au 3e régiment de spahis; Bonnet, médecin-major de 2e classe; Siflet, médecin aide-major au 101e de ligne; Pancrazj, médecin-major en mission au Montenegro; Langellier-Bellevue, chirurgien de 1re classe de la marine à la Martinique; Latour, pharmacien-major; Hugoulin, pharmacien de 1re classe de la marine, et le Dantec, pharmacien de 2e classe.

— M. Lemaire, chef du bureau des hôpitaux au ministère de la guerre, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

— Le concours ouvert le 16 décembre dernier au Val-de-Grâce pour trois emplois de répétiteur à l'école de Strasbourg s'est terminé par la nomination de MM. Tessier et Vallin pour les deux emplois se rattachant à l'enseignement de la médecine, et de M. Sarazin pour celui de la chirurgie.

— On annonce que les programmes d'admission des médecins-majors dans le service des hôpitaux seront publiés très-prochainement. La situation actuelle du personnel de santé semble indiquer que les nominations réclamées par les besoins du service porteront plus spécialement sur les chirurgiens que sur les médecins.

— En exécution de l'arrêté de M. le gouverneur général de l'Algérie, qui répartit en trois classes MM. les médecins de colonisation des trois provinces, ont été nommés dans le département d'Alger :

De première classe : MM. Sierzputowski, Payn, Verger et Gandillon.

De deuxième classe: MM. Barbarin. Georges, Robert, Garny, Daratz, Caron.

De troisième classe : MM. Siviale, Gay, Puzin, Bidault, Durand, Desarbres, Besset, Miergues, Roche et Goret.

— La Société médicale du 1er arrondissement a renouvelé la composition de son bureau pour l'année 1862 ainsi qu'il suit :

MM. Gosselin, président; Bonvallet, vice-président; Bailly, secrétaire général; Donnadieu, secrétaire adjoint; Vautier, trésorier.

— M. le docteur Edmond Langlebert reprendra son cours sur la sypbilis le mardi 7 janvier, à sept heures du soir, et le continuera, à la même heure, les mardis et samedis suivants, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

A NOS ABONNÉS. — Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 40 centimes.

Ceux qui désirent faire relier leur collection peuvent l'envoyer au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 2. — MARDI 7 JANVIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 2. — MARDI 7 JANVIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un au 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 6 JANVIER 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Quels sont les phénomènes qui se passent dans la réunion des tendons divisés ; quelles sont les diverses théories qui ont eu cours dans la science jusqu'à présent sur ce point ? C'est ce que M. Jobert (de Lamballe) s'est proposé de rechercher dans un mémoire qu'il a lu à l'Académie dans la dernière séance, et qui fait suite à ses intéressantes et savantes études sur l'anatomie et la physiologie de ces organes. Des expériences nombreuses ont été faites dans ces vingt dernières années pour éclairer cette importante question du mode de réunion des tendons, à laquelle la pratique de la ténotomie, devenue si commune depuis cette époque, donnait un vif intérêt.

Des solutions très-diverses, dont nous n'avons pas à examiner en ce moment la valeur respective, ont été proposées. Les uns, admettant un médium représenté par le tissu cellulaire durci, les autres le dépôt du sang, d'autres celui d'une lymphe coagulable ; ceux-là faisant intervenir une modification du muscle après la section du tendon ; quelques-uns enfin faisant jouer un rôle également important dans ce phénomène à la lymphe et au sang tout à la fois.

En présence de ces dissidences, qui lui ont paru tenir moins à la diversité des cas et aux difficultés réelles du sujet qu'à l'insuffisance de l'observation elle-même, M. Jobert a voulu chercher à son tour, à l'aide des faits, quelle est la véritable théorie. Il l'explique par l'impatience de trouver une explication et par le peu de persévérance et d'assiduité apportées à l'étude de la nature, comment il se fait que les uns admettent l'existence constante d'un caillot sanguin entre les bouts des tendons divisés, et font jouer à ce caillot le rôle capital dans la réparation, tandis que d'autres n'ont pas même aperçu de traces de caillot. « On comprendrait des dissidences quant à la forme, dit-il, au volume et à la consistance du caillot, aux nuances de sa coloration ; mais les contradictions sur la présence ou l'absence de cet élément essentiel ne peuvent tenir qu'à l'insuffisance de l'examen ! »

Les considérations sommaires d'anatomie et de physiologie qui ont fait le sujet de ses précédents mémoires, et qui sont comme le préambule de ces nouvelles recherches, ont conduit M. Jobert à penser que les tendons, de même que tous les tissus vivants, sont susceptibles d'éprouver un travail d'inflammation, et que ce travail doit souvent intervenir dans l'acte de la réparation après les solutions de continuité.

Ce premier fait de la présence ou de l'absence du travail inflammatoire dans la série de phénomènes à l'aide desquels les tendons se cicatrisent et se réparent, lui fournit un moyen de classer les divers modes de cette réparation.

« Ainsi, dit-il, de même que l'on voit le type de l'inflammation différer suivant que le tendon a été coupé avec ou sans le contact de l'air, de même nous verrons le travail réparateur présenter des différences dans ces deux cas, et suivant qu'il y aura suppuration. »

Avec cette donnée pour point de départ, — donnée dont nous aurons à examiner plus tard le degré de justesse, — M. Jobert se propose, dans la suite de ce travail, d'étudier successivement les phénomènes qui se présentent dans ces différents cas, c'est-à-dire :

1° Lorsque les tendons se réunissent par un produit intermédiaire déposé entre les deux bouts divisés ;

2° Lorsqu'ils se réunissent par un travail adhésif et sans suppuration ;

3° Enfin, lorsque la réunion se fait par bourgeonnement et après une suppuration plus ou moins prolongée.

Nous suivrons avec tout l'intérêt que réclame cette question les développements de cet important travail.

Nous signalerons à l'attention de nos lecteurs une très-curieuse observation de morsure de céraste suivie de la paralysie du mouvement, avec exagération de la sensibilité de la moitié du corps opposée à celle de la morsure, communiquée à l'Académie par M. Guyon. — Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DOLBEAU.

Loupes dégénérées en un cancer épithélial.

(Observation recueillie par M. LEBRETON, interne de service, et publiée, avec quelques réflexions par M. le docteur A. LEGRAND.)

Les tumeurs de nature bénigne, dont le développement ne dépend pas d'une cause générale, d'une diathèse quelconque, et constituant par conséquent une maladie essentiellement locale, ces tumeurs, dis-je, sont-elles susceptibles de dégénérescence, et peuvent-elles devenir alors l'origine d'une espèce d'infection générale qui vient altérer les principes de la vie et déterminer une issue fatale, après avoir offert tous les symptômes des cachexies ?

A cette question, les micrographes les plus justement en renom répondent par la négative ; tandis que des pathologistes dont les jugements font aussi autorité, n'hésitent point à l'affirmer. Loin de moi la prétention de concilier des opinions si opposées, encore moins de les juger ; mais il me semble qu'il n'y a là en définitive qu'une différence d'interprétation. C'est ce que j'essayerai de démontrer, après avoir exposé le fait suivant, recueilli par l'élève interne, et que j'ai eu l'occasion d'observer personnellement à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. F. Dolbeau, agrégé à la Faculté. La part très-secondaire, sans doute, que j'ai prise au traitement dans ce cas, a fait surgir dans mon esprit les réflexions dont j'accompagne sa publication.

Le 16 septembre 1861, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 72, une femme nommée L... (Anne), âgée de soixante-deux ans, dévideuse, demeurant rue d'Allemagne, n° 62.

Voici les renseignements qu'elle fournit sur l'affection qui l'amène dans les salles.

Depuis son plus bas âge, elle a porté sur la tête des loupes, qui, d'abord au nombre de deux, sont depuis vingt ans au nombre de cinq et de sept aujourd'hui. La malade ne s'en préoccupait nullement, lorsqu'il y a trois ans, sous l'influence d'une violence externe, l'une de ces loupes s'enflamma.

La plaie qui en résulta, bien loin de se cicatriser, laissa toujours écouler un liquide ichoreux, fétide, mais peu abondant. Puis un fongus, d'abord peu volumineux, s'éleva du fond de la plaie. Ce champignon restait presque stationnaire, lorsqu'il y a un an, sous l'influence d'un érysipèle du cuir chevelu survenu spontanément, la tumeur commença à prendre un accroissement rapide, et dans ces six derniers mois elle acquit un volume tel, que la malade effrayée se décida à entrer à l'hôpital.

Le lendemain de son arrivée elle fut examinée par M. Dolbeau, qui constata les particularités suivantes : on trouve d'abord sur la ligne médiane deux tumeurs intactes, l'une du volume d'une grosse noix, et la seconde de celui d'une grosse aveline. Sur les parties latérales gauches du crâne, énorme champignon du volume des deux poings, recouvrant toute l'étendue du pariétal, et saignant au moindre contact, et dans le voisinage trois loupes du volume d'un gros pois. La malade raconte que cette tumeur, d'un aspect vraiment effrayant, est la conséquence de l'ulcération de deux loupes contiguës. Elle est inégale, bosselée, présente des enfoncements qui paraissent pénétrer jusqu'au centre de la tumeur et des parties plus élevées. Cette énorme végétation sort des points précédemment occupés par les loupes ; elle présente là un pédicule, mais n'atteint pas les téguments, qui sont sains. Ce champignon laisse écouler un liquide sanieux extrêmement fétide.

Du reste, malgré la teinte cachectique très-marquée répandue sur la physionomie de la malade, les diverses fonctions de l'économie s'accomplissent parfaitement. La femme L... a bon appétit ; ses digestions se font régulièrement et facilement, et elle dort aussi bien que peut le permettre une tumeur aussi volumineuse et si incommodément située.

Après avoir pendant les premiers jours fait recouvrir la tête de cataplasmes émollients, le chef de service pratiqua sur la tumeur une première application de pâte au chlorure de zinc. Les souffrances furent extrêmement vives, au dire de la malade, et se prolongèrent pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, quoique l'action du caustique n'eût point encore été aussi efficace qu'on eût été en droit de l'espérer, une partie de la tumeur était désorganisée par suite d'une véritable combinaison du tissu pathologique avec la pâte au chlorure de zinc, qu'il eût été difficile de retrouver, et la masse morbide se trouva notablement diminuée. Cependant M. Dolbeau fut obligé de pratiquer l'excision d'une partie saillante qui n'avait point été complétement désorganisée par le caustique ; ce qui fit cesser la douleur encore persistante, mais détermina une hémorrhagie qu'on arrêta avec assez de facilité à l'aide du perchlorure de fer.

Le lendemain de ce petit événement, M. le docteur A. Legrand, qui assistait à la visite, pratiqua (sur l'invitation du chef de service) la *cautérisation linéaire* sur les loupes situées sur la ligne médiane et sur une des trois petites, sur celle située à la base de la grosse tumeur ; opération qui parut à la malade à peine douloureuse, sans doute par comparaison avec le caustique Canquoin, dont elle avait conservé le souvenir.

Le 25 septembre, nouvelle excision d'une portion de la vaste tumeur, ce qui eut lieu cette fois sans hémorrhagie, grâce à une ligature appliquée l'avant-veille.

Le 1er octobre, nouvelle application de la pâte au chlorure de zinc. Ce même jour, sur le désir exprimé par le chef de service, et pour apprécier la rapidité avec laquelle tombent les eschares, M. Legrand fend une de celles qui ont été produites par son mode de cautérisation, ce qui a lieu sans la moindre douleur et sans la plus petite perte de sang, et vide la plus volumineuse de ces deux loupes de la matière caséeuse qu'elle renferme ; et il prie qu'on fasse soir et matin des pansements avec l'onguent de la Mère.

La troisième loupe cautérisée, beaucoup plus petite que les deux autres, ainsi que nous l'avons dit, et se trouvant en communication sous-cutanée avec la loupe dégénérée, put être enlevée intégralement avec son kyste, sans qu'il ait été nécessaire d'intéresser la peau.

Le 3 octobre, la malade est prise d'un érysipèle qui débute par la face, s'y limite et ne s'étend pas jusqu'au cuir chevelu ; de sorte que la tumeur encore soumise à l'action du caustique Canquoin, que les loupes attaquées par la cautérisation linéaire, restent indemnes de cette inflammation, qui depuis quelques mois règne épidémiquement dans les salles. L'érysipèle accomplit ses diverses périodes et s'éteint le 14 octobre.

Le 15, les plaies résultant de la cautérisation sont complétement cicatrisées ; il y a déjà quelques jours que la loupe cautérisée par M. Legrand et pour ainsi dire abandonnée à elle-même, ainsi que celle qu'on avait vidée, a été énucléée si facilement que la malade s'en est à peine aperçue. La plaie seule qui a succédé à l'ablation de l'énorme champignon, offre encore les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Pendant les jours suivants, la cicatrisation s'achève, et la femme L..... sort de l'hôpital le 31 octobre, complétement guérie. On observe cette particularité, que la teinte cachectique que l'on avait constatée lors de l'entrée de la malade, est entièrement dissipée.

Examen microscopique. — Un double examen a été fait à l'aide du microscope : celui d'abord de la plus petite des trois loupes attaquées à l'aide de la cautérisation linéaire, et qui avait été extraite intacte. Dans celle-ci on a trouvé des cellules épithéliales. On a aussi trouvé de ces mêmes cellules dans la loupe dégénérée ; seulement elles offraient des dimensions beaucoup plus considérables.

De cet examen il faut tirer cette importante conclusion, que les dégénérescences ne sont en définitive qu'apparentes. Ainsi, dans la tumeur enlevée à la femme L......, il n'y avait qu'une simple altération des formes primitives de l'*épithélium pavimenteux*, qui, selon M. Robin, se rencontre surtout dans les glandes sébacées de la peau et dans les follicules pileux. C'est une transformation en un épithélium mixte, un agrandissement des cellules qui peuvent atteindre et même dépasser 1 à 3 dixièmes de millimètre, et offrir alors de singulières anomalies dans leurs formes primitives, tout en conservant l'aspect général de l'épithélium. Mais, et c'est là le point important pour la pratique, on ne retrouve jamais dans ces tumeurs *dites dégénérées*, ou la *cellule cancéreuse avec son noyau*, ou le *noyau fusiforme* de la tumeur fibro-plastique. Ces tumeurs, qu'on a nommées *cancroïdes*, et qu'il serait préférable de désigner par le mot d'*épithélioma* proposé par Hamovez et adopté par notre savant micrographe M. Robin, ces tumeurs, dis-je, ne constituent jamais qu'une affection purement locale, malgré les apparences qu'elles peuvent offrir dans certains cas graves, comme celui de la femme L....., mais fort rares en définitive. Aussi leur ablation est-elle le triomphe de la chirurgie, dont l'intervention, soit à l'aide du fer, soit à l'aide des caustiques, peut seule procurer la guérison.

Cette intervention est d'autant plus importante que dans les cas semblables à ceux de la malade de l'hôpital Saint-Louis, une issue fatale aurait infailliblement eu lieu, par suite d'un épuisement causé par les hémorrhagies qui pouvaient se produire à la moindre lésion extérieure, et surtout par cette suppuration abondante et continuelle dont une si vaste plaie était devenue le siége. De là aussi cette teinte cachectique observée chez elle. Mais ce n'est pas là cet empoisonnement diathésique qu'on observe chez les personnes qui succombent dans la dernière période de la cachexie cancéreuse.

Dans ces dernières conditions, si la chirurgie intervient, elle ne fait que retarder, et encore n'y réussit-elle pas toujours, l'issue fatale, parce qu'elle est impuissante pour empêcher la généralisation du mal, si toutefois celle-ci n'est pas primitive ; tandis que dans les cas d'épithélioma et dans leurs analogues, elle enlève radicalement un mal qui peut récidiver, rarement

toutefois, dans les tissus voisins possédant les mêmes éléments anatomiques, mais qui n'offre jamais les conditions irrémédiables d'une infection générale primitive ou secondaire.

Cette observation porte aussi avec elle un enseignement : c'est que les loupes, qui sont sans doute dans la grande majorité des cas une affection fort bénigne, peuvent aussi devenir un mal dangereux, et qu'il est donc sage de les enlever avant qu'elles aient acquis un volume trop considérable, alors surtout qu'à l'aide de la cautérisation linéaire on peut la faire sans grande douleur et sans faire courir au malade le moindre danger.

J'ai revu la femme L..., qui continue de jouir du bénéfice de la belle opération qui lui a été faite par M. Dolbeau, et à laquelle j'ai enlevé à l'aide de la cautérisation linéaire les deux petites loupes qui lui restaient.

ASILE DE SAINTE-GEMMES. — M. Billod.

Marche de l'endémie pellagreuse à l'asile de Sainte-Gemmes pendant l'année 1861.

L'endémie de pellagre propre aux aliénés et consécutive à l'aliénation mentale, sur laquelle j'ai appelé l'attention il y a huit ans et qui n'a depuis cette époque cessé d'être de ma part l'objet des recherches les plus minutieuses et les plus attentives, ayant de nouveau et dans le cours du dernier équinoxe de printemps manifesté sa présence à l'asile de Sainte-Gemmes par des cas nombreux et aussi caractérisés que possible, j'ai fait au mois de mai dernier, par l'intermédiaire de l'Académie de médecine et par la voie de la presse médicale, appel à tous les médecins curieux de s'édifier sur l'identité de ladite affection et de toutes les pellagres connues.

De même que MM. Landouzy, Hameau de la Teste, l'année précédente, MM. Brierre de Boismont, Bouchard, délégué de la Société de médecine de Lyon; Fougères, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Limoges, et plusieurs autres confrères ont répondu à cet appel, et je ne crois pas trop m'avancer en affirmant que le résultat de l'examen auquel ils se sont livrés de mes pellagreux a dépassé de beaucoup l'idée qu'ils pouvaient s'en faire, et qu'aucun d'eux, non plus que tous ceux qui s'étaient rendus à mes appels antérieurs, n'a conservé le moindre doute sur le caractère pellagreux de l'affection.

Le fait de l'existence d'une variété de pellagre propre aux aliénés et ne se distinguant des autres variétés que par cette circonstance, que l'aliénation mentale, au lieu d'y être consécutive à la pellagre, lui est au contraire primitive, ce fait, dis-je, me paraît désormais acquis à la science et hors de toute contestation. Je ne lui connais plus du moins d'incrédules que parmi ceux qui, dominés par l'idée préconçue de l'hypothèse étiologique du maïs, reculent devant les preuves de leur erreur en refusant de les voir. D'autres peuvent hésiter encore à admettre le fait, mais non le repousser avant de l'avoir vu.

Cela étant, j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt d'en poursuivre l'étude ou du moins de réunir tous les éléments propres à hâter la solution de toutes les questions qui s'y rattachent. A cet effet, non content de recueillir tous les faits qui se sont produits dans mon service, j'ai cru devoir me rendre pour la deuxième fois, au mois de juin dernier, en Lombardie et en Vénétie, ces terres classiques de la pellagre, pour y étudier de nouveau cette affection et la comparer à celle qui forme l'objet de mes recherches.

Qu'il me soit permis de faire observer que loin d'entreprendre mes observations dans l'hôpital Majeur de Milan, le plus grand centre connu de semblables recherches, avec une idée préconçue relative à l'identité des deux affections, j'arrivais au contraire avec le désir de constater des différences essentielles qui me permissent de rattacher les accidents observés à Sainte-Gemmes et dans plusieurs autres asiles d'aliénés à une maladie nouvelle et autre que la pellagre, qu'il eût été pour moi plus intéressant d'avoir découvert.

Mais ces différences, ai-je besoin de le dire, je ne les ai pas trouvées, et, tout en continuant à considérer la pellagre des asiles d'aliénés comme une variété spéciale et propre à ces mêmes aliénés et comme un produit de l'aliénation mentale (1), tandis que la pellagre proprement dite en est regardée comme la cause, force m'a été de reconnaître leur identité de nature, de marche et d'appareil symptomatique.

Me réservant de faire connaître ultérieurement dans un travail d'ensemble sur la pellagre des aliénés le résultat de mes études aux hôpitaux de Milan et de Venise, je me borne aujourd'hui à cette déclaration, et je ne veux pour le moment qu'exposer le résumé de mes observations sur la marche de la pellagre à l'asile de Sainte-Gemmes dans le cours du dernier équinoxe de printemps.

Le nombre des cas de pellagre plus ou moins caractérisés, tant sous le rapport de l'érythème spécial que sous celui des symptômes intérieurs qui se sont montrés à l'asile de Sainte-Gemmes depuis le 1er avril 1861 jusqu'au 1er septembre, s'est élevé à 46, parmi lesquels on compte 11 femmes et 35 hommes.

Ces 46 cas se divisent en :

(1) Cette opinion se fonde 1° sur l'absence bien démontrée des cas de pellagre dans le département de Maine-et-Loire et plus spécialement dans le village de Sainte-Gemmes, qui se trouve dans les mêmes conditions hygiéniques que l'asile, et dont les habitants sont d'ailleurs moins bien nourris.

2° Sur ce fait que l'aliénation mentale a toujours été pour les pellagreux de Sainte-Gemmes antérieure de longtemps au développement de la pellagre, dont elle est certainement une condition de rigueur.

Anciens ; 25 : 19 hommes, 6 femmes.

Nouveaux, 21 : 16 — 5 —

Sous le rapport de l'état mental ils se divisent en :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Idiots.	4	2	6
Epileptiques.	1	4	5
Déments avec dépression.	8	1	9
— avec excitation.	3	»	3
Lypémaniaques avec dépression.	6	1	7
— avec excitation.	7	1	8
Maniaques.	4	2	6
Monomanes.	2	»	2
Paralysés généraux.	»	»	»
Total.	35	11	46

Je me suis assuré que dans tous ces cas l'aliénation mentale avait été primitive à la pellagre, et que dans aucun cette dernière affection ne s'était manifestée antérieurement à l'admission dans l'établissement.

Parmi les cas nouveaux, l'érythème spécial a précédé les autres symptômes, abstraction faite de l'aliénation mentale, considérée comme symptôme nerveux propre à la pellagre. . . . 10 fois.

Il s'est manifesté concurremment avec les symptômes digestifs et les progrès de la cachexie spéciale. . 4

Il a suivi les autres symptômes. 7

Il a envahi à la fois les pieds, les mains et la face. 9

Les mains et les pieds. 2

Les mains et la face. 17

Les mains seules. 17

La face seule. 1

Le nombre des décès a été de 7 :

Hommes, 6; femme, 1.

Sur ce nombre, la moelle a été trouvée manifestement ramollie. . . . . 5 fois.

Le ramollissement a été général dans. . . . 1 cas.

Il occupait deux régions (cervicale et dorsale) dans. 1

Toute la région dorsale dans. 1

Il s'étendait de la 4e à la 7e dorsale dans . . . 1

— des dernières vertèbres dorsales aux premières lombaires dans. 1

Il était porté jusqu'à la diffluence dans. . . . 3

En général, il était d'autant plus prononcé qu'il était moin étendu.

Dans les deux cas où la moelle n'a pas été trouvée ramollie, on a reconnu qu'elle était le siége d'une congestion sanguine.

L'éruption spéciale, tout en conservant toujours son caractère propre, s'est montrée avec une intensité variable. Nous diviserons sous ce rapport en trois catégories nos 46 pellagreux.

Erythème très-intense avec phlyctène et ulcérations du corps muqueux. 22

Erythème d'intensité moyenne. 17

Erythème léger.. 7

Dans tous les cas, à l'exception d'un seul, l'influence de l'insolation s'est exercée.

Parmi les observations de nos 46 pellagreux que nous avons toutes recueillies, nous croyons devoir choisir les deux suivantes, qui peuvent être considérées comme types.

Obs. I. — O... (Antoine), âgé de quarante-cinq ans, célibataire, demeurant à Courléon, où il exerçait la profession de journalier.

A son entrée à l'Asile le 11 mars 1845, ce malade, d'un tempérament sanguin, jouissait d'une bonne constitution. Il était affecté de manie rémittente avec fureur, exaltation et penchant à l'homicide. Peu à peu l'excitation s'est apaisée, le délire a pris un caractère plus tranquille, la mémoire s'est affaiblie, et en juillet 1854 O... était dans un état de démence confirmée.

Ce n'est qu'en 1855 qu'apparurent les premiers symptômes cutanés; ils furent bien caractérisés, quoique d'intensité moyenne; les mêmes symptômes se montrèrent de nouveau en 1856. De 1856 à 1860, l'altération cutanée ne fut pas remarquée; mais à cette époque un nouvel ordre de symptômes fait irruption; le malade est souvent pris d'une diarrhée incoercible, survenant sans cause appréciable, résistant parfois au traitement le plus énergique, disparaissant d'autres fois d'elle-même. Les symptômes cutanés sont aussi très-prononcés; il existe un érythème avec exfoliation de l'épiderme; au-dessous le derme est rouge, luisant; il a perdu toute élasticité, et conserve indéfiniment le pli formé par les doigts. La constitution bonne jusqu'alors commence à s'altérer. L'éruption cutanée suit sa marche ordinaire, et à la fin du printemps il ne restait plus que des stigmates. Pendant l'hiver, la diarrhée fut aussi moins fréquente.

Le 29 avril 1861, on constate une nouvelle éruption; elle remonte à quelques jours; la face présente en plusieurs points des plaques érythémateuses; le dos des mains est rouge, brunâtre; il y a exfoliation épidermique, et le derme est rouge, lisse, parcheminé. Au niveau de l'articulation radio-carpienne, il est fendillé et présente une espèce de sillon blanchâtre analogue à celui qui se forme sur un morceau de parchemin sec que l'on froisse plusieurs fois dans les mêmes points. Au bas des jambes et aux pieds, dans les parties qui ne sont pas préservées du soleil, se trouvent de nombreuses phlyctènes; elles entourent les articulations tibio-astragaliennes et s'étendent un peu sur la face dorsale des pieds; ces phlyctènes ressemblent à s'y méprendre à celles qui résultent des brûlures au second degré.

L'état de notre malade ne fait qu'empirer, et, le 7 mai 1861, il semblerait que les parties que ne recouvrent pas les vêtements ont été rapidement plongées dans un bain d'eau bouillante. La face, le cou, la partie antérieure de la poitrine, le tiers inférieur de l'avant-bras et les mains, le tiers inférieur des jambes et les pieds sont couverts de larges bulles, de croûtes, de fragments d'épiderme à demi détachés; toutes ces parties exhalent l'odeur caractéristique des brûlures au second degré. Dans quelques points, le corps muqueux apparaît rouge, humide; les papilles sont saillantes; dans d'autres points, au contraire, il est sec, dur, racorni, il est le siége d'une seconde exfoliation en squames.

O..., qui n'avait pas présenté de symptômes du côté du tube digestif depuis l'apparition de l'éruption pellagreuse, est pris, le 10 mai, d'une diarrhée incoercible qui dure quelques jours, cesse et se montre de nouveau.

Le malade ne présente actuellement ni pyrosis, ni rachialgie, mais il a accusé à diverses époques un sentiment de brûlure dans l'estomac et s'est plaint bien des fois de ne pouvoir rester debout, à cause des douleurs et de la faiblesse qu'il ressentait dans la région lombaire.

La langue est petite, lisse, présente un grand nombre de sillons profonds; elle conserve l'empreinte des dents, les papilles en sont affectées. La constitution est profondément altérée.

O... est soumis à un régime tonique fortifiant. Peu à peu les symptômes cutanés s'effacent, la diarrhée elle-même finit par disparaître, et à la fin de juin le malade peut sortir de l'infirmerie, guéri momentanément de son affection.

Obs. II. — C... (Mathurin), âgé de quarante-six ans, tisserand, entré à l'Asile, le 6 février 1860, pour une aliénation mentale qui revêt les caractères d'une lypémanie, avec délire de persécutions et hallucinations de l'ouïe.

L'état de C... ne présente rien à noter jusque vers le mois de novembre de la même année; à cette époque, le malade est pris d'une diarrhée très-forte; la constitution s'altère, et C... doit faire un séjour de plusieurs mois à l'infirmerie pour y être soumis à un régime reconstituant.

La diarrhée ne cesse complétement que vers la fin du mois de mars 1861, précisément au moment où apparaissent les premiers symptômes cutanés. La peau de la face dorsale des mains est d'un rouge brun, tendue; elle est le siége d'un œdème aigu; les pieds présentent des altérations analogues. La face est bronzée, érythémateuse dans quelques points.

L'érythème se caractérise de plus en plus, l'épiderme se soulève dans plusieurs points; il se forme des phlyctènes contenant une sérosité d'abord limpide, puis trouble, séro-purulente; les liquides s'écoulent, ils se dessèchent; des croûtes épaisses couvrent les parties affectées.

Tel était l'état du malade dans les premiers jours de mai; le 10 de ce même mois, il arracha par larges plaques l'épiderme à demi détaché qui s'étendait encore sur la face dorsale des mains; le derme, à peine recouvert d'une pellicule épidermique de nouvelle formation, semble à nu; il est rouge pelure d'oignon; les corps muqueux paraissent enflammés; toutes les parties dénudées sont d'une extrême sensibilité. Cependant ces symptômes s'amendent rapidement; un nouvel épiderme protége les parties; une desquamation en petites squammes commence à se faire, et le malade entre en pleine convalescence, lorsque le 24 mai suivant, sous l'influence de quelques jours de chaleur qui ont succédé brusquement à une température assez douce, il y a eu une recrudescence et comme une nouvelle éruption des symptômes cutanés. Dans les points primitivement envahis, il y a de l'œdème; les téguments sont très-rouges, secs et tendus; ils sont plus chauds que le reste du corps; puis de la sérosité soulève le nouvel épiderme, des phlyctènes se montrent de nouveau, et la maladie recommence avec une intensité plus grande; le corps muqueux lui-même est ulcéré.

L'affection reste stationnaire jusqu'au mois de juillet, et pour expliquer cette persistance des symptômes cutanés et les douleurs qu'ils occasionnent, le malade suppose que pendant son sommeil on vient appliquer sur ses pieds et ses mains des corps brûlants.

Pendant le mois d'août, la dermatose paraît s'amender un peu; mais les symptômes du côté du tube digestif, qui avaient été assez modérés, prennent une intensité extrême; aucun traitement ne peut arrêter la diarrhée, qui épuise le malade; la constitution s'altère de plus en plus, et le malade est pris d'un œdème général.

Enfin la mort arrive au milieu d'une émaciation extrême, le 9 octobre 1861.

Pendant tout le temps qu'a duré l'affection, la langue a été humide, couverte de sillons profonds; les papilles étaient complétement effacées. Il y avait de la rachialgie.

Pendant la période aiguë de l'affection, le malade éprouvait un sentiment de brûlure dans l'estomac et un impérieux besoin de boire.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Aspect extérieur. — Amaigrissement considérable. Traces d'érythème crasseux sur le front. L'épiderme de la face dorsale des mains se détache avec la plus grande facilité, et laisse voir au-dessous un derme d'un blanc mat. Les extrémités inférieures sont infiltrées. Eschares aux grands trochanters.

Crâne. — Os minces, friables; dure-mère épaissie. Léger épanchement séreux intra-arachnoïdien; pie-mère décolorée et se détachant avec la plus grande facilité des circonvolutions cérébrales. Cerveau exsangue et de consistance normale; épanchement assez considérable dans les ventricules cérébraux. Rien autre chose à noter. Le cervelet ne présente rien de particulier.

Rachis. — Les méninges n'offrent rien à noter. La substance blanche de la moelle est manifestement ramollie dans toute la région dorsale, et ce ramollissement va jusqu'à la diffluence au niveau de la cinquième vertèbre de cette région; la racine des nerfs participe au ramollissement. La substance grise est saine dans toute l'étendue de la moelle.

Thorax. — Les poumons sont *parfaitement sains*; pas de trace de tuberculisation. Péricarde sain, ne contenant pas d'épanchement; cœur petit; hypertrophie concentrique du ventricule gauche, qui admet à peine dans sa cavité l'introduction du petit doigt.

Abdomen. — Epanchement considérable dans la poitrine. Les organes abdominaux ne présentent rien de particulier, si ce n'est une décoloration de la surface; macération dans la sérosité péritonéale.

A la suite de ces deux observations, nous pourrions en citer qui ont été recueillies dans plusieurs autres établissements, tels que dans les asiles de Saint-Yon, de Maréville, de Rodez, de Saint-Dizier, etc., et dont je dois la relation à nos honorables collègues MM. les docteurs Morel, Renault du Mottey, du Grandlaunay, Combes, etc. Si je ne craignais d'abuser de l'attention des lecteurs, et si la démonstration de l'existence de la pel-

lagre dans les asiles d'aliénés avait besoin de ce surcroît de preuves, nous pourrions citer encore celles que nous avons recueillies nous-mêmes à l'asile des aliénés de Bassens, près Chambéry, sur les indications de M. le docteur Fusier. Mais je ne terminerai pas cette note sans ajouter qu'accompagnant M. le docteur Falret dans une visite qu'il faisait du service de M. Trélat au mois de juillet dernier, j'ai constaté un cas d'érythème de la face dorsale des deux marins, chez un aliéné mélancolique de ce service, qui m'a paru avoir le caractère pellagreux, que M. Baillarger en observe de temps à autre des cas isolés, que M. le docteur Brierre de Boismont en cite un dans son rapport à la Société médicale d'émulation, sur le mémoire de M. Costallat; que M. Fougères, médecin adjoint de l'asile de Limoges, doit en publier quelques observations recueillies dans cet établissement, et qu'enfin M. Bouchard, à son retour du voyage qu'il a fait comme délégué de la Société de médecine de Lyon pour étudier comparativement la pellagre à Sainte-Gemmes et dans les Landes, m'a fait savoir qu'il en avait observé d'analogues à l'hospice de l'Antiquaille.

ACCIDENTS SATURNINS

observés chez des ouvriers employés à la vitrification des étiquettes en émail sur des vases destinés à la chimie et à la pharmacie.

Par M. le docteur Beaugrand,

sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine, secrétaire de la Commission d'hygiène du 10e arrondissement.

Je viens aujourd'hui attirer l'attention des hygiénistes sur une industrie peu connue et dont les inconvénients, que je sache, n'ont pas encore été signalés. Il s'agit d'une de ces industries à intoxication saturnine dont les recherches des médecins augmentent chaque jour la liste, qui semble devoir être interminable. J'entre de suite en matière.

Le 16 janvier 1861, je fus appelé, comme médecin du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement, à donner des soins au nommé F..., âgé de vingt-huit ans, libéré depuis cinq ou six mois du service militaire et domicilié rue Saint-Maur, n° 163.

Ce jeune homme, d'une constitution nerveuse, assez délicate, est malade, dit-il, depuis trois semaines environ, et il a déjà éprouvé à deux reprises consécutives les atteintes du même mal. L'affection est caractérisée par des vomissements très-pénibles, une constipation opiniâtre, avec dureté et rétraction du ventre, coliques excessivement douloureuses. L'existence d'un liséré ardoisé sur les gencives ne permettait pas de méconnaître l'origine de ces désordres: il s'agissait bien réellement d'une colique de plomb.

La maladie, traitée suivant la méthode ordinaire, par les purgatifs, fut guérie au bout d'une vingtaine de jours, laissant à sa suite un état de faiblesse qui se prolongea pendant plus d'une semaine. Arrivons à la cause qui a déterminé ces accidents.

Interrogé sur sa profession, le malade nous raconta qu'à son retour de l'armée il était entré comme ouvrier chez le sieur H..., demeurant rue du Corbeau, n° 16, et qui a pour spécialité de faire des étiquettes en émail vitrifié, sur les flacons et bocaux de verre destinés à la chimie et à la pharmacie.

Or voici en quoi consiste ce travail :

De l'émail blanc ordinaire (1), finement pulvérisé, est broyé sur une glace à l'aide d'une molette, avec de l'eau légèrement gommée qui l'amène à l'état de pâte à demi liquide, blanche, et tout à fait semblable, pour l'aspect, à la couleur au blanc de plomb ou de zinc dont se servent les peintres. Cette préparation est étendue au moyen d'un pinceau sur la paroi du vase où doit se trouver l'étiquette. On étend ainsi deux ou trois couches successives, aussitôt que la précédente est sèche. Mais on n'a là qu'une plaque irrégulière à laquelle il faut donner les dimensions exactes que l'étiquette doit avoir. Pour cela on la couvre d'une lame de cuivre de la grandeur voulue, et on gratte tout ce qui dépasse et qui doit disparaître, puis on frotte avec une brosse rude. On trace de la même manière, c'est-à-dire avec une plaque découpée, les mots désignant la substance qui doit être contenue dans le vase, et certains réserves linéaires ou en arabesque destinés à l'ornementation, et qui doivent rester transparents.

C'est alors que les poussières d'émail se développent et pénètrent dans les voies respiratoires, mais surtout dans les voies digestives, où elles sont entraînées avec la salive. De là l'intoxication.

Différentes circonstances indépendantes de ma volonté m'avaient empêché de donner suite à cette observation, lorsque ayant revu F... il y a quelque temps, je résolus d'examiner la fabrique où il avait contracté sa maladie, et qu'il avait quittée après sa guérison pour prendre l'état de fleuriste.

M'étant donc transporté chez le sieur H..., chef de l'établissement en question, je pus m'édifier complétement sur la disposition des localités et le genre du travail.

Les ateliers sont situés au rez-de-chaussée et exposés au midi le long d'un petit jardin. D'abord est une très-petite pièce où se trouve un four destiné à la cuisson des vases de verre; puis un premier atelier de dimensions assez restreintes, muni sur la devanture d'une large fenêtre ouvrant en tabatière; au-devant est placé l'établi des ouvriers. Le second atelier est beaucoup plus vaste, mais il sert surtout de magasin. C'est donc habituellement dans le premier que l'on prépare les étiquettes de la manière que j'ai fait connaître plus haut; puis, quand elles sont terminées, on expose les vases dans le four à une haute température, afin de vitrifier l'émail, qui adhère alors fortement à la surface du verre en conservant son aspect dépoli.

Comme nous venons de le dire, les ouvriers travaillent devant la fenêtre ouverte, et le sieur H... se félicitait beaucoup de cette disposition, qu'il regardait comme fournissant un excellent moyen de ventilation. Il me disait même qu'il faisait ouvrir les châssis pendant l'hiver, au moment du brossage, afin d'entraîner les poussières au dehors. Mais il est bien évident que si l'air chaud du dedans tend à s'échapper en nappe par la partie supérieure de la fenêtre ouverte, l'air froid du dehors se précipite par la partie inférieure, et souffle précisément au visage des ouvriers.

Lorsque je visitai les ateliers, il n'y avait que quatre ouvriers. L'un, le propre fils du sieur H..., âgé de dix-sept à dix-huit ans; puis un jeune homme à peu près du même âge; un autre d'environ vingt-cinq ans; et enfin un homme d'une quarantaine d'années. Les premiers présentaient à un degré plus ou moins marqué le liséré bleuâtre; il était nul chez le dernier, entré à l'atelier depuis quelques jours seulement. Quant au chef de l'établissement, il porte, stéréotypée sur le rebord alvéolaire de ses gencives la preuve irréfragable des effets produits par le genre de travail auquel il se livre. C'est du reste un homme vigoureux, bien constitué. Il m'a avoué avec beaucoup de franchise avoir éprouvé lui-même et avoir observé plusieurs fois chez ses ouvriers des accidents saturnins, qu'il se hâtait de combattre par les purgatifs et par l'interruption plus ou moins prolongée du travail. Il employait aussi comme moyen prophylactique l'eau de Rabel, très-étendue et sucrée, de manière à en faire une limonade.

D'après ce qui précède, on voit que les conditions d'intoxication se présentent ici dans des limites assez restreintes pour qu'il soit possible de les annuler à peu près entièrement.

Quels sont les moyens préservatifs ordinairement conseillés en pareil cas? Ils sont de deux sortes :

1° Les moyens chimiques destinés à neutraliser les poussières toxiques introduites dans les voies digestives;

2° Les moyens mécaniques destinés à en empêcher l'introduction.

1° *Moyens chimiques.* — Je n'ai jamais accordé qu'une confiance très-médiocre aux substances que l'on décore du nom d'*antidotes* ou *contre-poisons*. Avec beaucoup d'autres, je ne crois pas que les réactions chimiques s'accomplissent dans un estomac vivant comme dans un vase à parois inertes. Ce qui a lieu dans le cas qui nous occupe vient tout à fait à l'appui de cette manière de voir.

Quelles sont les substances que l'on a proposées pour empêcher les effets des composés saturnins introduits dans les voies digestives, seules parties où l'absorption puisse s'en faire d'une manière sensible?

D'abord se présente la trop fameuse limonade sulfurique, conseillée il y a près de trente ans par M. Gendrin, dans le but, assez ingénieux d'ailleurs, de transformer les sels de plomb introduits dans l'estomac en sulfate insoluble; mais malheureusement les résultats n'ont pas répondu à cette vue théorique. Déjà, en 1835, M. Grisolle a démontré, dans sa dissertation inaugurale, que les individus qui avaient bu cette limonade, loin d'être préservés de la colique, semblaient en être au contraire plus promptement atteints que ceux qui n'en avaient pas fait usage, et il a constaté de plus les fâcheux effets de l'acide sulfurique sur les voies digestives. Nous trouvons cette déclaration renouvelée dans les éditions successives de son *Traité de pathologie*. Vers le même temps, M. Tanquerel des Planches a observé le même fait sur 65 ouvriers de Clichy qui avaient pris la limonade sous la direction de M. Gendrin. Il a vu ce même moyen échouer sur 54 ouvriers cérusiers des fabriques de Courbevoie et du Pecq : « La durée de leur séjour dans l'établissement avant d'y tomber malades n'a été, dit-il, ni moindre ni plus considérable que celle des ouvriers qui ne faisaient pas usage de ces boissons. Plusieurs de ces hommes ont été obligés d'abandonner l'usage de la limonade sulfurique; ce médicament leur occasionnait de la chaleur à l'épigastre, des tiraillements d'estomac, des vomissements, des dévoiements jaunâtres. Cependant la limonade était prescrite suivant la formule de M. Gendrin. Pour trois litres d'eau, 1 gros et demi d'acide sulfurique à 66°; quelques onces de cassonade. » (*Traité des maladies de plomb*, t. II, p. 497.) Tous les médecins, à peu près, sont aujourd'hui d'accord sur la complète inefficacité prophylactique de la limonade sulfurique, qui n'est bonne qu'à fatiguer l'estomac, et cependant on la voit encore prescrite avec une persistance que l'on ne mettrait peut-être pas à soutenir un moyen réellement utile.

Les faits chimiques viennent ici en aide aux faits cliniques pour expliquer l'insuccès de la limonade sulfurique, et nous faire connaître en vertu de quelles réactions le sulfate de plomb peut devenir, suivant l'expression de Requin, tributaire de l'absorption. Déjà, en 1849, le célèbre professeur Pleischl (de Vienne) s'était attaché à faire voir que les sels insolubles de plomb sont attaqués par les acides même faibles, et que par conséquent ils doivent, dans l'estomac, céder leur oxyde aux acides naturellement contenus dans le suc gastrique. Ses recherches ont spécialement porté sur le sulfate de plomb, regardé comme le plus insoluble des sels saturnins, et dont l'acide possède, pour les bases, l'affinité la plus énergique. Or il a reconnu que ce sel cède l'oxyde de plomb aux autres acides, et même aux acides végétaux (acétique, tartrique, citrique). Mais Pleischl ne s'est pas arrêté là; il a suivi, par la théorie, le sulfate de plomb jusque dans l'estomac, et il s'est efforcé de démontrer que là, sous l'influence des forces de la vie, et très-probablement de l'électricité animale, les sels plombiques insolubles seront décomposés, et alors les acides du suc gastrique s'empareront de l'oxyde et le transformeront en un composé soluble et par conséquent absorbable. (*Œsterr. Jahrbb*, 1848, et Schmidt's *Jbb.*, t. LXIII, p. 221, 1849.) Nous avons nous-même répété l'expérience avec l'*acide lactique* (l'acidifiant du suc gastrique, suivant MM. Bernard et Barreswil), et nous avons vu qu'il soutire très-promptement au sulfate une forte proportion d'oxyde de plomb.

Ces expériences étaient, comme tant d'autres travaux accomplis à l'étranger, complétement inconnues en France, lorsque M. Archambault vint leur donner le complément qui leur manquait dans son mémoire sur l'*intoxication saturnine par la poussière de cristal chez les ouvrières travaillant à la contre-oxydation du fer* (Arch. gén. de méd., août 1861). Dans ce travail, le plus remarquable peut-être qui ait été publié chez nous sur l'intoxication saturnine depuis les recherches de M. Grisolle et de M. Tanquerel des Planches, M. Archambault a démontré, sur lui-même, que les sels insolubles de plomb introduits dans l'estomac et rejetés au bout de quelque temps par le vomissement ont déjà cédé au suc gastrique une notable quantité de métal, et il a posé le théorème suivant : » Une dissolution acide, la plus étendue, dont l'acide peut donner naissance à un sel soluble, entraîne, après contact suffisant avec une préparation de plomb insoluble réduite en poudre, tout le plomb qui peut se combiner avec l'acide. » Ainsi, en résumé, et ce fait est d'une haute importance en toxicologie, *il n'est pas de sel de plomb* (dans les conditions susdites) *qui soit insoluble pour l'estomac.*

Il faut donc rejeter la limonade sulfurique, nous savons aujourd'hui pourquoi.

Se fondant sur ses expériences dans lesquelles il a vu que les liquides alcalins ne dissolvent pas les sels plombiques, M. Archambault propose, fort discrètement il est vrai, l'usage des boissons alcalines pour s'opposer à la dissolution et à l'absorption des composés saturnins. Mais ici encore le résultat pourrait bien tromper les espérances de l'auteur. Et, en effet, quel est l'agent de la dissolution? C'est, nous venons de le voir, le suc gastrique. Or M. Blondlot, dans ses curieuses recherches sur la digestion, a démontré que les alcalis provoquent la sécrétion du suc gastrique que retardent les acides. « C'est un fait généralement constaté, dit-il, qu'en général les acides troublent la digestion, tandis que les matières alcalines la rendent plus active. Aussi les médecins ont-ils été conduits par l'expérience à en faire usage comme d'une sorte de spécifique contre l'atonie de l'estomac, etc... Lorsque je donnais à mes chiens de la viande saupoudrée de carbonate de soude, il s'écoulait d'abord 40 à 50 grammes de *suc neutre* ou *alcalin*; puis celui qui arrivait ensuite était *très-acide et s'écoulait ainsi avec plus d'abondance que de coutume.* » (Traité analytique de la digestion, p. 219; Nancy, 1843.) Ces résultats si remarquables ont été confirmés par M. Claude Bernard. Ainsi, fait observer le célèbre physiologiste, lorsque l'on administre du fer avec un alcali faible, du carbonate de soude, par exemple, *il est plus rapidement attaqué* contre toute espèce de prévision. Et dans ce cas, l'alcali a sans doute neutralisé une certaine quantité de l'acide du suc gastrique; mais les glandules ont été *excitées par l'action de l'alcali* à en sécréter une beaucoup plus grande quantité qui a compensé, et au delà, ce qui a été saturé. (*Leçons de physiologie expérimentale*, t. II, p. 404; Paris, 1856.)

Il ne faut donc pas compter sur les actions chimiques de laboratoire quand il s'agit de l'estomac, et l'on risquerait fort d'aller à l'opposé du but que l'on veut atteindre si l'on avait recours aux alcalins, puisqu'ils peuvent provoquer une sécrétion plus abondante et plus active du suc acide dissolvant.

2° *Moyens mécaniques.* — La logique demandait que nous les missions en premier, mais nous avons voulu procéder par voie d'exclusion. Ces moyens ont pour effet de s'opposer à l'entrée des poussières plombiques dans les voies respiratoires et digestives. Ils remplissent donc très-bien par conséquent le véritable objet de l'hygiène, qui est d'empêcher, en la prévenant, l'action des agents nuisibles.

En première ligne se place une bonne ventilation, lorsqu'elle peut être établie de manière qu'elle entraîne les matières toxiques avant que celles-ci n'arrivent au niveau de la bouche et du nez. C'est ce que l'on a fait avec succès pour les aiguiseurs d'armes. Mais pour le cas qui nous occupe, comme nous l'avons dit, les conditions accidentelles et passagères dans lesquelles l'empoisonnement peut se produire n'exigent pas l'emploi d'appareils aussi considérables. Restent donc les procédés d'*interception*, éponge, gaze, disposées au-devant de la bouche et du nez de manière à arrêter au passage les matières pulvérulentes : tels sont les différents systèmes désignés en Angleterre sous le nom de *respirators*; tels sont aussi les appareils récemment présentés à l'Académie de médecine par M. Duchesne, et parmi lesquels se distingue le *masque* dit *hygiénique* de M. Pâris.

En résumé, nous pensons :

1° Qu'il faut proscrire la limonade sulfurique comme entièrement inefficace et nuisible pour l'estomac;

2° Que les liquides alcalins n'offrent que des chances très-douteuses de succès, et qu'ils seraient même très-probablement plus nuisibles qu'utiles;

(1) Un chimiste distingué, mon ami M. Gélis, a bien voulu examiner un petit échantillon de cette poudre d'émail qui m'avait été remis par M. H... Il a reconnu qu'elle est formée de verre plombique et de bioxyde d'étain.

3° Qu'il convient d'avoir recours à un moyen d'interception placé au-devant de la bouche et du nez : les masques déjà anciennement connus, mais surtout celui de M. Pâris, rempliraient parfaitement cette indication;

4° Que les lavages des mains avec de l'eau de savon, rigoureusement exécutés, le brossage des ongles, doivent être exigés des ouvriers avant les repas et avant la sortie de l'atelier;

5° Que les ouvriers devraient avoir pour l'atelier une blouse de toile fermant exactement au collet, et qu'ils mettraient seulement pendant le travail.

Dans le but de diminuer l'étendue des parties à emporter par le grattage et par conséquent la quantité de poussière développée, il serait bon de se servir, pour faire les étiquettes, d'une lame mince de cuivre présentant à sa partie moyenne une ouverture quadrilatère, offrant les dimensions que doit avoir l'étiquette. Dès lors il ne serait pas nécessaire de retrancher ce qui dépasse les limites de celle-ci dans le procédé ordinairement employé; on n'aurait qu'à ébarber légèrement les bords, et à tracer ensuite, comme il a été dit, les lettres et les réservés d'ornementation.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 décembre 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Régénération et cicatrisation des tendons. — M. JOBERT (de Lamballe) lit un mémoire sur les théories relatives à la régénération et à la cicatrisation des tendons. (Voir le *premier-Paris*.)

Morsure de céraste ou vipère cornue. — M. GUYON communique la relation d'un cas de morsure de céraste ou vipère cornue (*cerastes ægyptiacus*), suivie de paralysie du mouvement, avec exagération de la sensibilité, de la moitié du corps opposée à celle de la morsure.

Le sujet de cette observation est l'Arabe Ali-ben-Séga, de l'oasis de Laghouat, où il exerçait les fonctions de distributeur des eaux.

Cet homme est mordu par un céraste sur le dos du pied droit, et il ressent aussitôt une vive douleur. C'était le 8 mai 1857, à deux heures de l'après-midi.

Les morsures du céraste sont fréquentes à Laghouat, de sorte qu'Ali-ben-Séga était fort au courant de ce qui se fait en pareil cas. Le premier moyen alors employé est une ligature au-dessus de la morsure. Ali-ben-Séga se fait donc, aussitôt après la morsure, une ligature au-dessus; il eût pu la faire au bas de la jambe, mais il la fit au-dessus du mollet. Après quoi le blessé essaye de se rendre à sa demeure, assez éloignée du lieu où il était; mais, après avoir parcouru une distance d'environ 500 mètres, il se sent trop faible pour continuer sa route à pied, et il monte sur un cheval mis à sa disposition par un de ses amis.

Arrivé chez lui, Ali-ben-Séga s'administre une dose d'huile d'olive qui provoque un vomissement. Une incision est pratiquée par un ami sur le trajet des deux crocs; puis le pied est entièrement mis dans l'abdomen *tout chaud* d'un chien tué à cet effet. Alors Ali-ben-Séga ne se plaignait pas. La nuit suivante, jusqu'au lendemain 9, vers dix heures du matin, il est tenu éveillé par le bruit de plusieurs tambourins. Ce bruit cessant, il s'endort, et son sommeil dure une heure environ. A son réveil, grand trouble de l'intelligence. Le malade ne reconnaît pas les personnes qui lui parlent; il ne répond que vaguement aux questions qu'on lui adresse. Cet état durait depuis deux heures, lorsque tout à coup il se lève sans l'aide de personne, et fait sa prière accoutumée. Or on sait combien cette prière exige de positions et de mouvements de toutes sortes.

La soirée se passe bien. A son réveil, réapparition de tous les symptômes cérébraux observés la veille.

Dans la soirée, vers six heures, Ali-ben-Séga est vu pour la première fois par un médecin européen, le docteur Bertrand, médecin militaire. C'était par conséquent plus de quarante-huit heures après la morsure. Alors tuméfaction du pied et de la moitié inférieure de la jambe droite, avec rougeur érythémateuse du pourtour de la plaie. Le pouls est fort, sans être fréquent; face colorée, pupille dilatée. Le malade venait de manger avec appétit, et il répond avec assez de précision aux questions qu'on lui adresse.

On administre une potion ammoniacale, et on prescrit un purgatif et des applications résolutives.

Le lendemain 12, on remarque pour la première fois, avec un léger voile de stupeur sur la figure, un embarras dans la parole et une certaine difficulté dans les mouvements des membres supérieur et inférieur du côté gauche, mais avec maintien de leur sensibilité. Cette sensibilité semble même augmentée dans le membre supérieur ou thoracique.

Trois jours après, le 15, la paralysie avait fait des progrès : les deux membres, thoracique et abdominal, ont entièrement perdu leurs mouvements, en conservant toujours leur sensibilité. Les fonctions digestives se font bien, aucun trouble cérébral ne se fait remarquer.

A partir du même jour, 15, la tuméfaction et les autres phénomènes locaux se dissipèrent graduellement, et, le 28 du même mois, la plaie était complétement cicatrisée.

Un mois s'était écoulé depuis la blessure lorsque apparaît, à la partie postérieure et moyenne de la jambe paralysée, une pustule qui acquiert en deux jours le diamètre d'une pièce de 1 franc; le fond en est formé par une eschare grisâtre d'environ 2 millimètres d'épaisseur. Quelques jours après, apparition de plusieurs autres pustules, mais toutes plus petites que la première, et sans eschares, à la partie supérieure et postérieure de la tête.

Vers le milieu du même mois (juin), une nouvelle pustule apparaît encore sur la jambe paralysée, à un travers de doigt au-dessus de la première, alors en voie de guérison. La dernière n'offrait aucune apparence de gangrène, aucun signe de mauvais caractère.

Sur la fin du mois précité, la cuisse commence à exécuter des mouvements sur le bassin. Ces mouvements sont fort légers; ils s'accrurent en étendue, mais fort lentement, dans le cours du mois suivant, mois de juillet.

A la date du 14 août, l'état général du malade, au point de vue physique et intellectuel, était rentré dans l'ordre normal, sauf la lésion, toujours persistante, des membres du côté gauche.

(Suivent des détails sur la paralysie.)

L'observation que nous venons de rapporter, l'Académie sans doute l'a remarqué, offre un haut intérêt à raison de la paralysie apparue du côté opposé à celui de la morsure. Cependant, ce n'est pas la première fois que pareille paralysie se présente dans une morsure de reptile : dès 1834, nous en avons fait connaître trois semblables observées après la morsure de la vipère Fer-de-Lance, et depuis M. le docteur Rufz en a signalé deux autres observées par suite de la morsure du même reptile. La science possède donc aujourd'hui six cas de paralysie siégeant sur le côté du corps opposé à celui de la morsure, savoir :

Cinq par suite de la morsure de la vipère Fer-de-Lance (*Bothrops lanceolatus*), et un par suite de la morsure du Céraste ou vipère cornue. A ces six cas nous pouvons ajouter celui observé par Fontana, après la morsure d'une vipère aspic.

Comme l'Académie a pu le remarquer encore dans cette observation, des pustules, dont une de mauvais caractère, ont apparu sur le côté paralysé, et cette apparition a eu lieu à une époque où l'on pouvait considérer comme entièrement accomplie l'action du venin. C'est un phénomène sur lequel nous ne serions pas revenu s'il ne s'était déjà présenté dans une autre morsure de serpent : nous voulons parler d'une gangrène du gros orteil du pied droit survenue chez un habitant de la Martinique (de la famille motte-groust, du gros-morne), comme il touchait à la guérison d'une morsure de vipère Fer-de-Lance, à la main gauche; telle en fut la gravité, que le malade y succomba. (Dr Rufz, *Op. cit.*, p. 93.)

Maintenant, que penser des gangrènes dont nous venons de parler, de ces gangrènes survenues plus ou moins longtemps après la première action du venin? On pourrait y voir le produit de ces dernières parcelles éliminées par l'organisation, et ce serait alors une action secondaire qui serait, pour la surface ou périphérie du corps, l'analogue de l'action première exercée sur les organes centraux. Je renvoie au docteur Lenz pour d'autres effets consécutifs non moins curieux, observés par suite de la morsure de la vipère d'Allemagne (*Coluber berus*), sur une femme du nom d'Artla. (*Archives de médecine*, juillet 1831, t. XXVI, p. 414.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Guyot, officier de santé à Haudelaincourt (Meuse), vient d'être lâchement assassiné. Les journaux politiques, en rapportant les circonstances de ce crime, ont commis plusieurs erreurs, que nous croyons être en mesure de rectifier. Notre infortuné confrère a eu le crâne brisé à coups de pioche, et c'est à un hasard tout à fait providentiel que M. le docteur Hannin, de Gondrecourt, a dû de ne pas succomber sous la même main.

D'après nos renseignements particuliers, l'assassin, traité pour une maladie vénérienne par MM. Guyot et Hanin, aurait recherché une jeune fille en mariage, et le père de cette jeune fille se serait adressé à ces deux honorables médecins pour avoir des renseignements sur l'état de santé du prétendu. Nos confrères se seraient refusés à en donner, et le père, interprétant ce silence d'une façon défavorable, aurait rompu le projet de mariage de sa fille.

La vengeance a été, paraît-il, le seul mobile de l'assassin, qui s'est laissé arrêter sans résistance et a fait les aveux les plus complets.

M. Guyot, qui consacrait avec quelque succès ses instants de loisir à la poésie, était très-aimé des habitants de son canton. Il laisse une femme et une fille.

— La Société médicale du 3e arrondissement a renouvelé la composition de son bureau pour l'année 1862, ainsi qu'il suit :

Président, M. Fleury; vice-président, M. Patissier; secrétaire général, M. Géry (Emile); secrétaire particulier, M. Collineau; trésorier, M. Bouley.

Membres du conseil de famille : MM. Escoffier, Gaide, Lambert et Perrin.

— La Société médicale de l'arrondissement de Libourne a nommé pour 1862 : président, M. Vitrac; trésorier, M. Bonneval; secrétaire, M. Gachassin-Lafitte.

A nos abonnés. — Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes, et non 10 centimes comme on l'a imprimé par erreur dans le dernier numéro.

Ceux qui désirent faire relier leur collection peuvent l'envoyer au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 3. — JEUDI 9 JANVIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 3. — JEUDI 9 JANVIER 1862.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 8 JANVIER 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Ce ne sera pas en vain que nous aurons fait appel aux lumières de l'Académie sur la question si vivement controversée de la pénétration des liquides pulvérisés dans les bronches.

Au nom de l'une des commissions permanentes, dont tout récemment M. le président sortant louait avec raison le zèle, M. Poggiale a lu hier un très-volumineux et excellent rapport sur ce sujet. Chargée par l'Académie d'apprécier les nombreuses communications qui lui ont été faites dans le courant de l'année dernière, sur les divers points de vue de la question des inhalations respiratoires d'eaux médicamenteuses, la commission des eaux minérales, par l'organe de son savant rapporteur, a fait connaître les résultats de son examen et des expériences auxquelles elle s'est livrée pour asseoir ses convictions. Elle a ramené aux quatre chefs suivants les nombreuses questions qu'elle avait à résoudre :

1° Les liquides pulvérisés pénètrent-ils dans les voies respiratoires?

2° Éprouvent-ils un refroidissement en sortant des appareils pulvérisateurs?

3° Les eaux sulfureuses sont-elles modifiées dans leur composition chimique par la pulvérisation?

4° Peut-on, dans l'état actuel de nos connaissances, préciser les effets thérapeutiques de l'inhalation?

Toutes ces questions ont été résolues, moins la quatrième, dont la solution ne lui a pas paru possible dans l'état actuel, vu l'insuffisance des éléments cliniques mis à sa disposition. On trouvera l'énoncé des réponses de la commission à chacune de ces questions dans l'extrait du rapport consigné au compte rendu. Nous les reprendrons ici une à une, lors de la discussion dont ce remarquable rapport va être prochainement l'objet.

L'Académie a entendu ensuite un rapport de M. Robert sur le pessaire articulé de M. Grandcollot. Après quelques explications échangées entre MM. Hervez de Chégoin, Depaul, Malgaigne et le rapporteur, le bureau a renvoyé le vote des conclusions à la prochaine séance, qui aura lieu extraordinairement samedi prochain, afin de mettre les travaux de l'Académie au courant. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. PAJOT.

Deux opérations de céphalotripsie répétée, chez une femme rachitique. — Bassin de 5 centimètres.

M. Pajot vient d'être encore cette année chargé du service et des leçons de la clinique d'accouchements de la Faculté, et à peine était-il entré en fonctions depuis quelques jours, que le plus singulier des hasards a fait rentrer dans ses salles une femme qu'il avait déjà vue dans des circonstances absolument identiques, il y a deux ans bientôt, au mois de mars 1860.

Les faits de la nature de celui-ci étant des plus rares et des plus difficiles, et touchant aux questions les plus élevées de l'art des accouchements, nous allons en peu de mots d'abord résumer l'observation de l'an dernier.

Cette femme est petite, très-petite, a été rachitique et a marché très-tard. Elle a les jambes très-courtes, tordues, et un facies en harmonie avec cette conformation. Quand elle arriva à l'hôpital le 12 mars 1860, elle était à terme, et l'on avait appelé successivement près d'elle quatorze médecins ou sages-femmes. Au moment de son entrée, elle était en travail depuis trente-six heures. « Je fus très-malheureux, dit M. Pajot, de voir arriver cette femme dans le service; je la croyais vouée à une mort certaine; son bassin me rappelait ceux que j'avais vus à la Clinique, de six femmes qui avaient succombé. C'était, s'il en fut jamais, un cas d'opération césarienne; or si on la faisait, la femme succombait infailliblement. Mais j'ai pour principe, je l'ai déjà dit bien des fois, que je ne tenterai jamais l'opération césarienne tant qu'un céphalotribe pourra passer. »

Ici le bassin avait 5 centimètres de diamètre. C'était un de ces bassins que l'on pourrait volontiers appeler trompeurs. Vu la conformation extérieure de la femme, le bassin, au premier examen, paraît plus large que l'on n'aurait été en droit de le supposer; mais le canal osseux est très-long, et c'est en haut que le rétrécissement véritable existe, et là il est énorme.

Au moment où la malade fut apportée, les membranes étaient rompues; on avait fatigué la femme chez elle par des touchers très-fréquemment répétés, circonstance défavorable; mais l'enfant était mort, et ceci simplifiait la question, puisqu'alors il ne s'agissait plus de chercher à lui conserver la vie. M. Pajot résolut alors d'appliquer la méthode qu'il ne craint pas d'appeler à juste titre *sienne*, la *céphalotripsie répétée, sans traction*.

L'enfant se présentait par le sommet. M. Pajot fit la perforation du crâne, puis il appliqua le céphalotribe, pratiqua un premier broiement, imprima à la tête un léger mouvement de rotation, retira l'instrument, puis l'appliqua de nouveau immédiatement, et, après un nouveau mouvement de rotation, le retira encore et attendit.

Quatre heures après, deux nouveaux broiements successifs furent faits, puis deux autres au bout de quatre heures; huit broiements furent ainsi pratiqués en quatre séances, et à minuit la femme expulsait la tête, deux fois longue comme une tête normale, et réduite à la consistance d'un chiffon. Une fois sortie, cette tête fut saisie avec un linge; quelques mouvements de traction restèrent sans effet; il y avait vingt heures que la femme était à l'hôpital. M. Pajot coupa la tête, appliqua le céphalotribe sur le tronc et attendit de nouveau. Cinq heures après, la matrice se débarrassait du fœtus.

Les parents de cette femme n'étant pas tout à fait sans ressources, M. Pajot ne voulut pas la laisser dans l'hôpital. Il la fit transporter chez elle, et elle se remit très-bien. Au bout de quinze jours, on s'aperçut qu'elle perdait de l'urine par le vagin. Il y avait une petite fistule vésico-vaginale, qui fut plus tard opérée par M. Nélaton, et guérit parfaitement. Une fois qu'elle fut complétement tirée d'affaire, M. Pajot lui recommanda, si elle avait le malheur de redevenir enceinte, de ne pas attendre aussi longtemps, et de revenir le trouver, lui ou un autre accoucheur, dès que sa grossesse ne serait plus douteuse, mais au plus tard à quatre ou cinq mois.

Au bout de quelque temps, cette femme se maria avec l'homme qui lui avait fait son premier enfant, redevint enceinte, et, par une inconcevable incurie, elle ne revint à la Clinique qu'il y a peu de jours, à six mois et demi de grossesse.

Il était déjà bien tard; mais l'indication n'en restait que plus formelle. Il fallait provoquer l'accouchement, et sur-le-champ, sans tarder un seul instant. C'est ce que M. Pajot se mit en devoir de faire. Restait le choix du moyen à employer.

Jusqu'à ces derniers temps, le procédé le plus souvent mis en usage, le plus commode, trop commode peut-être, et le plus efficace, c'était la douche utérine, le jet d'eau simple dirigé à l'aide d'un irrigateur sur le col de la matrice. Toutes les trois heures, on pratiquait une douche de dix à quinze minutes de durée, et au bout de cinq, six, dix reprises, plus ou moins, le travail se déclarait. Comme les autres accoucheurs, M. Pajot a été très-enthousiaste de ce mode opératoire, qui lui paraissait exempt de tout danger, et il est resté fort longtemps sans s'en méfier. Mais voici que tout à coup plusieurs malheurs se sont produits.

Un accoucheur distingué, membre de l'Académie, faisant usage de la douche utérine, a vu sa malade mourir subitement. — Il y a quelques semaines, une petite femme assez mal conformée, dont le bassin était plus large cependant que chez la malade actuelle, mais qui n'était accouchée d'un premier enfant qu'à l'aide de la céphalotripsie, et que l'on avait résolu de faire accoucher avant terme pour essayer de conserver la vie à l'enfant en même temps qu'à la mère, cette femme, disons-nous, soumise à la douche par un jeune accoucheur fort instruit, fort habile, lequel fit l'opération avec toute la prudence et les précautions désirables, dès les premiers jets dirigés sur le col devient faible, tombe en défaillance, ne sort pas de sa langueur, accouche dans la soirée, et meurt quelques heures après.

L'autopsie fait reconnaître une perforation du vagin produite bien évidemment par la douche, quoique très-bien administrée. Dès lors M. Pajot ne se souciait plus de recourir à ce moyen. Il se servit de l'instrument récemment imaginé par M. Tarnier, et qui ne présente aucun inconvénient.

Cet instrument se compose d'une tige métallique creuse du diamètre environ d'une sonde d'homme ordinaire en argent. A une de ses extrémités est fixée une poche en baudruche, ovale, du volume et de la forme d'un œuf de pigeon; à l'autre s'adapte une petite seringue facile à manœuvrer d'une seule main. Entre la poche et la seringue, plus près de celle-ci que de l'autre, un robinet. La poche, vide et graissée à l'extérieur, est introduite dans le col utérin, où pénètre toujours facilement, même chez une primipare, la tige métallique de petit calibre sur laquelle elle est montée. Une fois introduite, le robinet est ouvert, et l'opérateur, poussant le piston de la seringue, remplit d'eau le sac de baudruche, qui dilate le col utérin. Le robinet est alors fermé, de manière que l'eau ne puisse s'échapper, la seringue est dévissée de l'appareil, et la tige est abandonnée en place. Au bout de fort peu de temps le travail commence.

Samedi dernier, 21 décembre, M. Pajot provoqua donc l'accouchement à l'aide de cet instrument. Dans la matinée du dimanche 22, le travail se déclara. Dès qu'on put reconnaître la position, on constata une présentation de l'épaule. C'était une position de l'épaule gauche, céphalo-iliaque gauche, dos en arrière. Si la femme avait eu un bassin normal, il n'y aurait guère eu à s'en préoccuper, l'enfant n'étant qu'à six mois et demi. Mais ici il n'en était pas de même. L'enfant, trop petit pour un bassin normal, était normal pour un bassin trop étroit.

La première pensée de M. Pajot fut d'aller chercher les pieds. Mais on reconnut tout d'abord qu'une main ne pourrait jamais entrer, si petite qu'elle fût; il y avait bien la *béquille de Burton*, à l'aide de laquelle cet auteur avait la prétention, l'instrument étant placé sous l'aisselle, de repousser en haut l'extrémité supérieure du corps du fœtus, de manière à faire arriver les pieds à l'orifice utérin. Mais la béquille de Burton n'existe nulle part; existât-elle, il est fort probable que son mode d'action est plutôt théorique que réel. M. Pajot essaya de la remplacer par un instrument dit *porte-cordon*; l'épaule était trop large pour entrer dans l'anneau; il se borna à saisir l'avant-bras et à le remonter autant que possible; au bout de quelques heures, il était redescendu. Rien à faire de ce côté. D'ailleurs il y avait un commencement de rétraction utérine. M. Pajot pensa que la seule chose à tenter, c'était d'engager de nouveau l'épaule le plus possible dans l'orifice, afin d'obtenir une plus grande dilatation; il tira donc le bras et prescrivit d'attendre.

Le 23 au matin, lundi, l'orifice était plus souple, plus large, mais rien de plus. On aurait bien, si on l'avait pu, essayé de couper le cou du fœtus; mais c'est à peine si on le sentait du bout du doigt, et il ne fallait pas songer à introduire aussi profondément des instruments tranchants, de peur de taillader les parties de la mère. Disons, en passant, que la malade était toujours chloroformée au moment des examens et des tentatives, et que l'on avait procédé avec tant de soin qu'il n'y avait pas le moindre gonflement des organes génitaux.

M. Pajot prit le parti d'appliquer le céphalotribe sur l'épaule; c'était la seconde fois que pareille chose allait se faire. La première application de ce genre avait été faite par M. Dubois. Il essaya donc cette application, qu'il renouvela trois fois successivement; il y revint dans la journée. A trois heures de l'après-midi, il désarticula le bras, et voulut attendre encore ce que ferait la nature.

A neuf heures du soir, lorsqu'il revint, le fœtus avait tourné, et l'extrémité pelvienne était dégagée à la vulve. L'enlèvement du bras n'avait pas été inutile. Le tronc fut enveloppé d'un linge destiné à empêcher le glissement; on tira, et la tête sortit beaucoup plus facilement qu'on ne l'avait pensé.

La délivrance se fit rapidement et bien.

Dès le soir même, M. Pajot faisait, comme la première fois, transporter la malade chez elle pour la soustraire aux émanations trop souvent funestes de l'hôpital.

« Voilà, disait M. Pajot en terminant la leçon dans laquelle il venait de raconter à ses auditeurs le fait observé la veille, voilà un fait qui, dans ses deux actes, en 1860 et aujourd'hui, résume presque tout ce que l'on peut voir de plus grave en fait de difficultés obstétricales. Et maintenant, reprenons les principaux points de cette observation. Avons-nous tenu la conduite la plus rationnelle? Nous ne craignons pas d'affirmer que oui. Quelle autre pensée que celle de la céphalotripsie répétée pouvait se présenter en face d'un cas où l'on avait affaire à un fœtus mort et à un bassin de 5 centimètres de diamètre? Pour moi, l'opération césarienne est quelque chose de monstrueux lorsque l'enfant est mort. Lorsqu'il est vivant, je ne la ferais pas, mais je comprends que des accoucheurs croient devoir la tenter.

» On a dit, ajoute le professeur, que la céphalotripsie est aussi dangereuse que l'opération césarienne; cela est vrai pour l'opération telle qu'on la pratique ordinairement. Mais pourquoi est-elle dangereuse? Ce n'est pas la céphalotripsie en elle-même qui est à redouter. En quoi peut être nuisible l'introduction dans les organes de la femme d'un instrument mousse comme le céphalotribe, non plus que le broiement exercé sur la tête du fœtus?

» Mais ce qui est dangereux, c'est de tirer après avoir broyé. Souvent, après la céphalotripsie, il y a des fragments d'os qui font saillie; si vous tirez, vous risquez de produire dans les organes maternels des déchirures qui amèneront des accidents graves, souvent la mort de la femme. Je parle ici bien entendu des cas où le rétrécissement est extrême, et j'insiste sur ce point pour qu'on ne me fasse pas dire plus ni autre chose que ce que j'ai dit.

» Je suppose que dans un cas semblable à celui de cette femme, un accoucheur soit appelé, broie la tête et tire à lui. Rien ne vient. L'opérateur est obligé d'attendre. Il revient, recommence deux, trois, quatre fois et plus, et puis dans l'intervalle de deux visites, la matrice expulse spontanément le fœtus que l'accoucheur n'a pu amener. Ici il a fait, mais non exprès, ce que je fais, moi, de dessein prémédité, et ce que j'érige en précepte. Dans la céphalotripsie, je professe qu'il n'y a de dangereux que le troisième temps, la traction. Aussi je le supprime complétement.

» J'applique l'instrument, je broie, puis, avant de le retirer, j'imprime un léger mouvement de rotation; de cette façon, lorsque je le réappliquerai, je saisirai la tête dans un autre diamètre, et, après avoir répété l'introduction cinq ou six fois, j'aurai réduit les parties dures en une véritable pulpe molle, qui sera expulsée spontanément. Et j'aurai fait courir moins de dangers à la mère en appliquant l'instrument vingt fois, qu'en tirant une seule fois inconsidérément. »

Nous avons cru utile de nous étendre longuement sur ce fait et de rappeler avec quelques détails l'accouchement de l'an dernier, parce que la méthode de céphalotripsie répétée telle que la pratique et l'enseigne le jeune et savant professeur, nous paraît constituer un progrès véritable, et que personne désormais ne peut nier. Ce fait est le sixième pratiqué par M. Pajot à l'aide de sa nouvelle méthode. — Dr A. Foucart.

EXOSTOSE DE L'APOPHYSE TRANSVERSE GAUCHE

de la septième vertèbre cervicale; accidents causés par la compression des vaisseaux et des nerfs voisins; excision suivie de succès.

Les exostoses des vertèbres sont une affection assez rare et dont le diagnostic est loin d'être toujours facile. Proéminentelles à l'intérieur du canal rachidien, elles donnent lieu à des phénomènes de compression de la moelle, et, comme ces phénomènes peuvent dépendre de plusieurs causes différentes, leur point de départ réel peut être méconnu, et n'est guère soupçonné que lorsqu'il existe chez les malades des antécédents syphilitiques, la syphilis étant non pas la seule, mais la plus commune des causes génératrices des exostoses.

Ont-elles, au contraire, leur siége à la surface extérieure des vertèbres, elles ne peuvent être diagnostiquées d'une manière certaine que quand, sous-cutanées ou séparées de la peau par une faible épaisseur de tissus seulement, elles se trouvent accessibles à l'exploration directe.

Voici un cas — A. Cooper en a publié un analogue — où une tumeur de ce genre, développée sur la septième vertèbre cervicale, donna lieu, en raison de son siége, à des accidents particuliers très-sérieux, et reconnue par le chirurgien, put être excisée avec succès, malgré les difficultés que présentait la région.

Charlotte D..., âgée de 26 ans, domestique, est admise à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, service de M. Coote, le 22 mars dernier. Elle portait depuis son enfance une grosseur à la partie inférieure du cou, du côté gauche, mais elle n'y fit attention pour la première fois qu'à l'âge de 7 ou 8 ans, époque où elle fut atteinte d'un mal de gorge.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, cette grosseur a le volume d'une forte noix, fait une saillie considérable en avant et présente des battements énergiques à la manière d'une tumeur anévrysmale. Ces battements viennent de l'artère sous-clavière, qui passe au-devant et qui se trouve comprimée par la tumeur.

Depuis peu il est survenu de la douleur dans les muscles du bras et au voisinage du coude, et la nuit aux extrémités des doigts. Les pulsations radiales sont absentes au poignet gauche, mais sont perçues au poignet droit. La santé générale est d'ailleurs très-bonne, et le teint excellent.

La malade fut examinée avec soin par tous les chefs de service de l'hôpital, qui tous furent d'accord avec M. Coote sur la convenance de la débarrasser de sa tumeur. L'opération eut lieu le 30 mars, pendant que la patiente était sous l'influence du chloroforme; M. Coote adressa ensuite aux assistants les remarques suivantes:

« L'opération qui vient d'être pratiquée a été entreprise dans le but d'enlever une excroissance osseuse qui exerçait une pression d'arrière en avant sur l'artère sous-clavière et repoussait en haut le plexus brachial, produisant ainsi des troubles graves de la circulation et des fonctions nerveuses dans l'extrémité supérieure correspondante.

» La malade, jeune femme mariée, sans enfants, avait remarqué depuis son enfance une tumeur au-dessus de la clavicule gauche; cette tumeur avait augmenté lentement de volume sans donner lieu à aucune douleur, et ce n'est que dernièrement qu'elle est devenue une source d'accidents sérieux en rendant le bras et la main de ce côté à peu près hors de service.

» Les traits les plus saillants de ce cas offrent beaucoup d'intérêt. Il y avait une tumeur en apparence pulsative juste au-dessus de la clavicule gauche, et en même temps un certain degré de refroidissement et de dépérissement du membre supérieur correspondant; les muscles étaient flasques, la main et les doigts engourdis et livides, le pouls à peine perceptible au poignet, et quand la malade essayait de saisir quelque objet de cette main, elle le laissait presque inévitablement tomber.

« J'ai à peine besoin de dire que ce sont là, sous beaucoup de rapports, les symptômes d'un anévrysme.

» Mais un examen plus approfondi me fit voir que derrière la pulsation, — qui évidemment appartenait à l'artère sous-clavière, — il y avait une exostose dont le pédicule passait profondément entre les muscles scalènes dans la direction des vertèbres cervicales, et je conclus que c'était là un développement de l'élément costal, la côte de la septième vertèbre cervicale : car vous savez tous, d'après les données de l'anatomie physiologique, que le sommet d'une apophyse transverse cervicale est une côte.

» Comme la tumeur prenait de l'accroissement et que les symptômes devenaient de plus en plus prononcés, c'était mon opinion propre, c'était aussi celle, je pense, de tous mes collègues, qui ont bien voulu me donner leur avis, qu'il y avait lieu de tenter la cure de la maladie au moyen d'une opération. Mais nous avions affaire à une région peu commode pour tout procédé opératoire réclamant l'emploi de l'instrument tranchant. L'artère et la veine sous-clavière étaient au-devant de la tumeur, le plexus brachial au-dessus; au-dessous le sommet du poumon, recouvert par la plèvre, s'élevait jusqu'à une proximité dangereuse; sur le scalène antérieur était le nerf phrénique; vers la ligne médiane se trouvaient les vaisseaux et nerfs importants se rendant à la tête, et en même temps les vaisseaux vertébraux et le canal thoracique. Vous pouvez comprendre en conséquence quelle circonspection j'apportais à ce que j'avais à faire.

» Après avoir pratiqué les incisions convenables, je me fis ma voie vers la partie postérieure de la tumeur, juste en avant du muscle trapèze, et je repoussai de côté les nerfs qui étaient aplatis sur sa surface supérieure; je divisai alors le pédicule de la tumeur au point où il s'attachait à la vertèbre, et je crus pouvoir l'extraire. Mais je trouvai qu'elle était encore retenue, ayant d'autres adhérences osseuses, très-probablement avec la première côte. En conséquence, j'attirai au dehors la partie la plus saillante, et enfin je détachai les prolongements encore adhérents à l'aide de pinces tranchantes. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie; mais l'opération a été difficile et extrêmement périlleuse, car toute déviation à droite ou à gauche aurait pu avoir des conséquences désastreuses pour la malade. »

A la suite de cette opération, le plus grand nombre des symptômes dont se plaignait la malade ont disparu. La température du membre s'est relevée avec rapidité, l'engourdissement des doigts a cessé graduellement; on ne sent pas de pulsations dans les artères, soit radiale, soit cubitale; mais il en existe dans l'artère brachiale. M. Coote pense que la compression longtemps continuée sur le tronc artériel principal à sa partie supérieure, a pu entraîner l'oblitération des artères radiale et cubitale. Cependant, comme l'engourdissement a tout à fait disparu, comme la température du bras est la même que celle du membre opposé, il est à espérer que les bons effets de l'opération resteront permanents.

Le 27 avril, la plaie était presque complétement cicatrisée, et il n'était pas douteux que la malade ne pût incessamment sortir de l'hôpital dans un état excellent sous tous les rapports.

(*The Lancet* et *Union méd.*)

NÉCROSE DU CARTILAGE CRICOIDE,

avec accès de dyspnée très-intenses par compression du nerf laryngé récurrent; trachéotomie; mort; autopsie.

Parmi les divers cartilages qui entrent dans la structure du larynx, le cricoïde est regardé comme devenant plus souvent que les autres le siége d'altérations morbides. Dans le cas suivant, ce cartilage fut la seule partie de l'organe que l'on trouva malade, et, chose assez singulière, la muqueuse dont il est recouvert à l'intérieur du conduit aérien ne participait pas à la maladie, et le calibre du larynx ne se trouvait aucunement altéré. La dyspnée provenait d'une autre cause, à savoir, la compression du nerf laryngé récurrent entre des ganglions tuméfiés.

Le matelot James L... est entré à l'hôpital de Guy le 8 mars 1861. Cet homme, âgé de trente et un ans, est né de parents sains; il a contracté la syphilis il y a dix ans. Depuis, il a eu de larges ulcères aux jambes, et, il y a dix mois, une ulcération de la gorge, affections dont il a été traité dans le même hôpital. Il a mené une vie très-irrégulière, a fait un abus habituel des boissons alcooliques, et, par sa profession, s'est trouvé exposé à toutes sortes d'intempéries. Il y a six mois, étant à bord, il a éprouvé un froid intense; huit jours après, mal de gorge violent, avec dyspnée considérable, sentiment comme d'un poids énorme sur la poitrine; il a entendu dire alors qu'il était atteint de croup. A la suite d'applications de sangsues et de vésicatoires, l'oppression thoracique a été soulagée; mais l'affection de la gorge a persisté, le malade pouvant à peine respirer, mais du reste n'éprouvant pas de douleurs. Antérieurement à l'application des sangsues et des vésicatoires, il a été pris subitement d'une attaque de dyspnée excessivement violente, dans laquelle il a failli perdre la vie, et depuis il a éprouvé trois ou quatre attaques semblables. Il n'y a jamais eu de dysphagie.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, dyspnée extrême, respiration s'accompagnant d'un bruit croupal très-prononcé; rien d'anormal ne peut être découvert dans la gorge, partie à laquelle le malade rapporte la plus grande somme de souffrances; pas la plus légère douleur à la pression; impossibilité absolue de rester dans le décubitus, menace de suffocation immédiate dès qu'il essaye de se mettre dans cette position; langue très-blanche, selles régulières; expectoration de bronchite légèrement teinte de sang; voix très-enrouée, toux très-fatigante; rien sur la peau, qui est froide au toucher; pouls mou et dépressible; ganglions tuméfiés au côté gauche du cou, derrière le muscle sterno-mastoïdien. Dix sangsues sur la trachée; julep avec vin d'antimoine et acétate d'ammoniaque à prendre d'heure en heure; fumigations dans la gorge fréquemment répétées. D'abord il y eut une amélioration assez marquée, mais ensuite la respiration redevint de nouveau très-difficile, et le 12 il fallut recourir à la trachéotomie. Le malade se ranima pour un peu de temps, puis la dyspnée reparut, et amena la mort quelques heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva le cartilage cricoïde ulcéré à sa surface externe en arrière, et des portions nécrosées s'en détachant sur d'autres points. La membrane muqueuse étendue sur la partie malade semblait parfaitement saine. Les bronches présentaient les traces d'une inflammation légère et étaient remplies de sang écumeux. Le nerf récurrent (le côté n'est pas indiqué, mais c'est sans doute à gauche, d'après ce qui a été dit plus haut du siége des tumeurs ganglionnaires) se trouvait comprimé dans une masse de ganglions engorgés, situés en arrière de la partie inférieure et du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. (*The Lancet*).

BELLADONE EN TOPIQUE

pour arrêter la sécrétion lactée.

On a conseillé d'appliquer la belladone sur les seins pour arrêter la sécrétion lactée. (*The Cincinnati Lancet and Observer*; — *Gazette hebdomadaire*, 1861). On a surtout fait usage de l'extrait, soit simplement dissous dans l'eau, soit associé à l'eau de laurier-cerise et à l'éther ou à l'alcool, soit mélangé à la glycérine. Si la belladone est réellement utile dans ces cas, il y aurait, ce nous semble, avantage à l'employer sous forme de cataplasmes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 janvier 1862. — Présidence de M. Larrey, vice-président.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Balm de Gareyt, du Puy, et Schneider, de Kœnigsmacker (Moselle). [Commission des épidémies.]

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

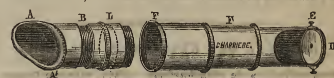
La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Béraud, qui se présente comme candidat dans la section d'anatomie et de physiologie.

2° Une note sur certains cas d'aliénation mentale, d'épilepsie, de catalepsie et d'hystérie chez les femmes, par M. le docteur Backer-Brown, de Londres. (MM. Baillarger, Trousseau et Falret.)

3° Une note sur un nouvel instrument, le dynamographe, construit d'après les indications du docteur Bastien, par M. Mathieu.

4° M. le docteur Galinzowski présente un nouveau modèle d'ophthalmoscope, avec lequel on peut examiner les malades dans toutes les positions en plein jour, attendu que l'extrémité oculaire est disposée obliquement pour entourer l'œil et former chambre noire. Cette première partie renferme une lentille bi-convexe à une distance fixe, qui facilite l'examen pour les personnes peu expérimentées. Le même instrument permet de varier la distance de la lentille à volonté. La deuxième partie se compose de tubes rentrants comme une lorgnette, et portant à une extrémité un miroir concave et mobile, qui, au moyen d'une échancrure, permet à la lumière d'arriver sur le miroir. Cette deuxième partie s'assemble à volonté avec la première, et constitue l'ophthalmoscope, ressemblant à ceux de MM. Liebreich et Follin, mais que l'on tient à la main fixé sur l'orbite du malade dans son lit, comme dans toutes les positions. (Cet instrument a été fabriqué par M. J. Charrière.)



Description de la figure, réduite au quart du volume de l'instrument. — ABL, première partie de l'instrument; FF'E, deuxième partie de l'instrument; AA', bout taillé obliquement et coussinet s'adaptant à l'œil; L, lentille; B, vis quadruple filetée pour graduer la distance de la lentille; FF'E, trois tubes rentrant comme une lorgnette; D, miroir à bascule placé près de l'échancrure.

— M. BOUILLAUD, en montant au fauteuil de la présidence, exprime le regret qu'un deuil de famille l'oblige à quitter la séance. Il remet à la séance prochaine l'allocution d'usage à l'occasion de l'installation du nouveau bureau, et prie M. Larrey, vice-président, de vouloir bien le remplacer pour cette séance.

M. LARREY, vice-président, prend place au fauteuil et annonce qu'il y aura samedi prochain une séance extraordinaire pour entendre la lecture de rapports arriérés.

— L'ordre du jour appelle M. Poggiale à la tribune pour la lecture d'un rapport.

Question de la pulvérisation des eaux minérales et médicamenteuses. — M. POGGIALE lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur diverses communications relatives à la question de la pulvérisation des eaux minérales et médicamenteuses.

Dans une première partie historique, M. le rapporteur commence par rappeler le point de départ de la question, et énumère les divers

travaux qui ont été communiqués à l'Académie sur ce sujet par MM. Sales-Girons, de Pietra-Santa, Auphan, Demarquay, Fournié, Tampier, Tavernier, François, Filhol, Briau, Champouillon, Delore, Moura-Bourouillou, etc.

De cet exposé que son étendue ne nous permet pas de reproduire ici, il résulte que les médecins qui ont fait des recherches sur la pulvérisation des eaux minérales ne sont d'accord ni sur la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires, ni sur le refroidissement qu'ils éprouvent, ni sur l'altération des eaux sulfureuses soumises à la pulvérisation, ni sur les effets thérapeutiques de la nouvelle méthode de M. Sales-Girons. Nous avions donc le devoir, dit M. le rapporteur, de faire de nouvelles recherches, de répéter les expériences dont il vient d'être question, et de résoudre autant que la science le permet aujourd'hui, les questions suivantes :

1° Les liquides pulvérisés pénètrent-ils dans les voies respiratoires?

2° Eprouvent-ils un refroidissement en sortant des appareils pulvérisateurs?

3° Les eaux sulfureuses sont-elles modifiées dans leur composition chimique par la pulvérisation?

4° Peut-on, dans l'état actuel de nos connaissances, préciser les effets thérapeutiques de l'inhalation des liquides pulvérisés?

Nous allons examiner successivement chacune de ces questions.

1° *Les liquides pulvérisés pénètrent-ils dans les voies respiratoires?*

La pénétration des liquides pulvérisés est la première question qu'il importe d'examiner, car s'il était démontré qu'ils ne pénètrent pas dans les voies aériennes, il faudrait renoncer tout de suite à la thérapeutique respiratoire de M. Sales-Girons, et l'étude des autres questions n'offrirait plus aucun intérêt.

Les observations cliniques et les considérations physiologiques ne suffisent pas pour arriver à une solution certaine, et il faut nécessairement pour cela avoir recours aux expériences sur l'homme et sur les animaux. Je me suis rendu à cet effet à la Maison municipale de santé, où M. Demarquay a fait les expériences suivantes sous mes yeux, en présence de notre honorable collègue M. Gobley et de plusieurs personnes très-recommandables par leur savoir.

Première série d'expériences. — On fait respirer à un lapin de l'eau pulvérisée, à l'aide de l'appareil de MM. Tirman et Mathieu, contenant 1 gramme de perchlorure de fer pour 100 grammes d'eau distillée. L'animal est placé à environ 30 centimètres de l'appareil pulvérisateur, et la gueule est modérément ouverte, au moyen d'une pince dilatatrice spéciale. On continue l'expérience pendant cinq minutes, en ayant le soin de donner à l'animal quelques instants de repos après chaque minute, puis on le sacrifie. On constate ensuite de la manière la plus évidente avec le cyanure jaune de potassium et de fer et l'acide acétique, la présence du perchlorure de fer dans le larynx, la trachée, les bronches et les poumons. Partout, en effet, on remarque une coloration bleue due à la production du bleu de Prusse.

Dans d'autres expériences on a obtenu des résultats identiques, et dans deux particulièrement le parenchyme pulmonaire a pris une coloration bleue très-prononcée.

Je crois devoir rappeler ici que M. Briau lui-même a trouvé du perchlorure de fer dans les organes respiratoires de deux lapins qui avaient respiré, l'un pendant vingt-six minutes et l'autre pendant vingt minutes, une solution pulvérisée de perchlorure de fer; il importe d'ajouter que la gueule de ces animaux n'était pas ouverte, et qu'ils respiraient par conséquent par les narines.

On a exécuté des expériences semblables avec l'appareil de M. Sales-Girons, et les résultats ont été à peu près les mêmes.

Deuxième série d'expériences. — Les expériences sur les animaux, et spécialement celles de M. Demarquay, ont été l'objet d'attaques assez vives. Ainsi on a critiqué les conditions particulières dans lesquelles se place cet habile chirurgien, et l'on a affirmé qu'on ne pouvait pas appliquer à l'homme les résultats obtenus sur les animaux.

Il était donc indispensable d'opérer directement sur l'homme pour arriver à une solution définitive. A cet effet on a fait venir à la Maison municipale de santé l'infirmière de Beaujon, qui respire à l'aide d'une canule. Là, en présence de plusieurs personnes, on appliqua sur l'ouverture trachéale une bande de papier au perchlorure de fer, que l'on recouvrit de plusieurs bandes de sparadrap et de serviettes. L'appareil pulvérisateur de M. Mathieu fut placé à environ 25 centimètres, et l'on projeta ensuite dans la bouche de cette femme de l'eau pulvérisée contenant 1 gramme d'acide tannique pour 100 grammes d'eau distillée. Au bout d'une minute environ on enleva le linge, les bandes de sparadrap et le papier, puis on introduisit dans la trachée, à l'aide d'une pince, une bande de papier imprégné de perchlorure de fer. Les deux premières expériences furent douteuses; on n'observa, en effet, sur le papier que quelques points colorés en brun. La troisième, au contraire, fut concluante. Le papier réactif se colora en noir, et l'on eut ainsi la preuve que la solution tannique avait pénétré dans les voies aériennes.

Cette expérience présente chez l'homme d'assez grandes difficultés. Ainsi pour que la pénétration puisse s'effectuer facilement, il faut que la langue soit un peu avancée hors de la bouche et surtout abaissée; le liquide pulvérisé ne pénètre pas si cet organe est appliqué contre la voûte palatine. Il faut également que le liquide employé puisse être reconnu par des réactions caractéristiques et faciles à saisir; aussi les sels de peroxyde de fer, l'acide tannique et le cyanure jaune de potassium et de fer, conviennent-ils pour ce genre de recherches.

Chez la femme de Beaujon les difficultés ont été encore plus grandes; en effet, son larynx étant rétréci, elle ne peut pas rester longtemps sans sa canule, et il est indispensable pour le succès de l'expérience que l'ouverture faite à la trachée soit parfaitement bouchée. Cette ouverture, qui est considérable, est située dans la région sous-hyoïdienne, les deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont saillants, de sorte que cette région est très-creuse. Il en résulte qu'il n'est pas facile de boucher complétement cet orifice. Dans les deux premières tentatives la malade respirait par la fistule trachéale, et par conséquent l'eau pulvérisée projetée dans la bouche ne passait pas dans le larynx et dans les bronches; mais dans la troisième, M. Demarquay ayant reconnu que les bandes de sparadrap avaient été écartées de l'ouverture trachéale, et que l'air pénétrait facilement sous l'appareil, poussa celui-ci avec ses doigts, et immédiatement la pénétration du liquide pulvérisé eut lieu.

Ces circonstances expliquent l'insuccès de l'expérience de M. Fournié, et les résultats douteux de nos deux premiers essais. Mais si l'on tient compte de la difficulté de cette expérience, de sa courte durée, du défaut d'habitude de la malade pour la respiration des liquides pulvérisés, de la maladie du larynx, on est naturellement conduit à conclure que ce fait donne une grande force aux expériences exécutées sur les animaux.

M. Fournié a établi par des expériences ingénieuses que les poussières minérales solides peuvent pénétrer dans le poumon. En présence de ces résultats, il semblait difficile déjà de ne pas admettre *à priori* que les liquides pulvérisés puissent s'introduire dans les bronches, mais aujourd'hui l'expérience a prononcé.

En résumé, les expériences sur l'homme et sur les animaux, celles de MM. Moura-Bourouillou et Tavernier, les recherches de M. Fournié sur l'introduction des poussières dans les voies respiratoires, et les essais de M. Henry sur un lapin et un cochon, ne laissent aucun doute sur la pénétration de l'eau pulvérisée.

2° *Les liquides pulvérisés éprouvent-ils un refroidissement en sortant des appareils pulvérisateurs?*

La question du refroidissement de l'eau pulvérisée, simple par elle-même, a été singulièrement compliquée par les expériences qui ont été faites dans ces derniers temps et par les conséquences qu'on a voulu en tirer. Tous les observateurs s'accordent à accuser un abaissement de température; mais ils attribuent ce refroidissement, les uns à la pulvérisation elle-même, d'autres à la vaporisation qui se fait à la surface de chaque particule d'eau pulvérisée, quelques-uns au changement d'état de l'air comprimé. On a même pensé que « l'eau chaude ou froide introduite dans le pulvérisateur sort toujours de cet appareil à 3 degrés au-dessous de la température de l'air ambiant », et M. le docteur Auphan, qui vous a adressé une note intéressante sur le refroidissement des liquides pulvérisés, a cru pouvoir formuler la loi générale suivante : « Quelle que soit la température de l'eau soumise à la pulvérisation, la poussière d'eau arrive à la zone respirable (15 à 20 centimètres du point d'émergence pour les petits appareils, et 40 à 50 centimètres pour les grands appareils) avec une température propre, sinon égale, du moins très-voisine de l'air ambiant. »

Dans l'étude de cette question, il faut tenir compte, avant tout, de ce que l'on nomme *équilibre mobile de température*. En effet, les physiciens admettent que, quelle que soit la température de deux corps mis en présence, ils émettent constamment du calorique dans toutes les directions. Le corps le plus chaud émet plus de rayons calorifiques que l'autre, et doit par conséquent se refroidir; le plus froid, au contraire, doit s'échauffer jusqu'au moment où la température est la même des deux côtés. Si ces deux corps se trouvent en contact, l'équilibre peut s'établir par conductibilité, mais il peut aussi se produire à distance par le rayonnement ou par l'air. La quantité de chaleur perdue ou absorbée dans une seconde est d'autant plus grande que la différence de température est plus considérable, lorsque les différences de température ne dépassent pas 15 à 20 degrés, suivant les recherches de Dulong et Petit.

Si l'on applique ces notions élémentaires à la pulvérisation de l'eau, on voit que toutes les fois que l'on introduit dans l'appareil pulvérisateur de l'eau à une température plus élevée que celle de l'air ambiant, elle doit se refroidir en sortant de l'appareil. Si, au contraire, l'eau est plus froide, elle doit se réchauffer par la pulvérisation. C'est ce que démontre l'expérience.

L'évaporation d'une partie de l'eau pulvérisée doit abaisser sa température; mais le refroidissement sera plus ou moins considérable, suivant la pression barométrique, l'état hygrométrique et la température de l'air ambiant, l'étendue de la surface d'évaporation, le renouvellement de l'air, etc.

Le changement d'état de l'air comprimé est une nouvelle cause de refroidissement. On sait que lorsqu'on comprime les gaz, comme dans l'expérience du *briquet à air*, le dégagement de chaleur est considérable, et qu'au contraire la raréfaction d'un gaz est accompagnée d'un abaissement de température.

Dans les appareils pulvérisateurs, et notamment dans celui de M. Mathieu, l'air est soumis dans le récipient à une pression de deux, trois ou quatre atmosphères; il s'y condense et s'échauffe par conséquent. Mais lorsqu'on ouvre le robinet, il sort de l'appareil avec une vitesse plus ou moins considérable, se dilate et par conséquent se refroidit. Or ce changement d'état ne peut s'opérer qu'aux dépens de la chaleur de l'air ambiant, et surtout de l'eau pulvérisée.

Ainsi le refroidissement de l'eau pulvérisée est dû à des causes variables et ne saurait être soumis à aucune règle fixe. Quand on veut se livrer à ces expériences, il importe donc de tenir compte de ces faits, et de s'entourer de toutes les précautions propres à éviter les erreurs.

Il est donc incontestable que les eaux minérales peuvent éprouver un refroidissement considérable par la pulvérisation; mais je crois devoir rappeler qu'il n'existe pas pour cela de loi générale, et que dans ce genre d'expériences il faut toujours indiquer les conditions dans lesquelles on se place.

Avant de terminer cette partie de notre rapport, il convient de rappeler que M. Tampier a indiqué dans une lettre adressée à l'Académie le moyen qu'il emploie de remédier au refroidissement de l'eau pulvérisée. Ce moyen consiste à faire arriver dans un espace confiné, tel que l'hydrofère, dont la température soit supérieure à celle de l'eau et dont la saturation par de la vapeur d'eau soit complète.

Il faut donc, pour éviter le refroidissement dans les salles de respiration, que l'air soit saturé de vapeur d'eau, ce qui doit avoir lieu constamment, et que sa température soit un peu plus élevée que celle de l'eau que l'on veut pulvériser.

3° *Les eaux sulfureuses sont-elles modifiées dans leur composition chimique par la pulvérisation?*

Toutes les personnes qui se sont livrées à l'étude des eaux sulfureuses savent qu'elles sont très-altérables, et qu'il suffit souvent de les laisser quinze ou vingt minutes au contact de l'air pour diminuer leur sulfuration d'une manière notable. Ainsi, dans une série d'expériences faites à Amélie, j'ai fait préparer des bains dans des baignoires découvertes, j'en ai pris le degré sulfhydrométrique de quart d'heure en quart d'heure, et j'ai observé qu'au bout d'une heure l'eau avait perdu plus de 50 pour 100 de ses principes sulfureux.

Le fait de la désulfuration des eaux minérales au contact de l'air, de la destruction de l'acide sulfhydrique et de la conversion du sulfure de sodium en hyposulfite, sulfite et sulfate de soude, est donc connu depuis longtemps; mais MM. Réveil et de Pietra-Santa ont particulièrement appelé l'attention des médecins sur la désulfuration des eaux minérales pulvérisées. Ce dernier ayant observé aux Eaux-Bonnes que l'acétate de plomb et l'azotate d'argent donnaient avec l'eau pulvérisée des précipités beaucoup moins colorés qu'avec l'eau prise à la source, recueillit avec soin de l'eau dans la salle de pulvérisation, puisa de l'eau à la source, et me pria d'en faire l'analyse. On trouva par un essai sulfhydrométrique 0,0235 dans l'eau de la source et 0,0004 dans l'eau pulvérisée. Celle-ci ne contenait donc plus que des traces de sulfure de sodium.

On fit une autre expérience avec de l'eau de Bonnes pulvérisée au moyen de l'appareil de M. Sales-Girons, et l'on trouva pour un litre dans l'eau pulvérisée 0,005 de sulfure de sodium, tandis que la même eau non pulvérisée en contenait 0,024. L'eau pulvérisée était reçue dans un vase en verre, et l'on ne procédait à l'essai sulfhydrométrique que lorsqu'on avait recueilli une quantité suffisante d'eau.

J'ai fait depuis plusieurs essais sulfhydrométriques sur d'autres eaux minérales, et voici quels sont les résultats que j'ai obtenus :

L'eau de Labassère a donné, après la pulvérisation, une perte de 0,016; l'eau de Baréges, une perte de 0,018.

D'autres observateurs, très-connus de l'Académie, avaient reconnu que les eaux sulfureuses perdent une proportion considérable de sulfure de sodium par la pulvérisation.

Il résulte de ces expériences que lorsqu'on recueille de l'eau pulvérisée dans un vase et qu'on la soumet ensuite à l'analyse sulfhydrométrique, la diminution des principes sulfureux est considérable; mais nous avons déjà montré avec quelle rapidité les eaux sulfureuses s'altèrent au contact de l'air. Par conséquent, les résultats que la science possède ne sont pas exacts, et l'on ne peut espérer de bien connaître la proportion des principes sulfureux qui restent dans l'eau pulvérisée, qu'en la recevant, au moment où elle se dépose, dans un liquide titré.

Voici les résultats des essais que M. le rapporteur a exécutés avec le concours de M. Lambert, pharmacien aide-major au Val-de-Grâce :

Solution d'acide sulfhydrique pulvérisée avec l'appareil de M. Mathieu, perte : 0,0051 d'acide sulfhydrique pour 1 litre.

Eaux d'Enghien (appareil de M. Mathieu) : perte, 0,0153; appareil de M. Sales-Girons : perte, 0,0157.

Eaux-Bonnes (appareil de M. Mathieu) : perte, 0,0016; appareil de M. Sales-Girons : perte, 0,0008.

Eau de Baréges (appareil de M. Mathieu) : perte, 0,0002; appareil de M. Sales-Girons : perte, 0,0000.

Eau de Cauterets (appareil de M. Mathieu) : perte, 0,0002; appareil de M. Sales-Girons : perte, 0,0002.

Eau de Labassère (appareil de M. Sales-Girons) : 0,0000.

On a recueilli l'eau pulvérisée à 60 centimètres de l'appareil pulvérisateur, et les résultats ont été à peu près les mêmes.

Quelques expériences, exécutées avec M. Réveil, à l'hydrofère de la rue Taranne, ont fourni des résultats qui ne s'éloignent pas trop des précédents.

Il résulte des expériences ci-dessus :

1° Que la solution d'acide sulfhydrique perd par la pulvérisation une proportion notable de ce gaz, même quand elle est peu concentrée; mais cette perte est due en partie au dégagement de l'acide sulfhydrique dans l'air ambiant;

2° Que l'eau d'Enghien, et probablement toutes les eaux qui contiennent de l'acide sulfhydrique, perdent en moyenne 60 pour 100 de ce principe sulfureux;

3° Que les eaux qui renferment du sulfure de sodium, comme celles des Pyrénées, ne sont point altérées, ou n'éprouvent qu'une légère altération par la pulvérisation;

4° Que la diminution du principe sulfureux paraît être moindre avec l'appareil de M. Sales-Girons qu'avec celui de M. Mathieu.

Ces conclusions sont-elles entièrement applicables aux salles de respiration? Nous ne le pensons pas. En effet, la pulvérisation se fait là dans des conditions différentes. L'appareil est alimenté par une pompe aspirante et foulante, qui puise l'eau dans un réservoir, au contact de l'air; la source se trouve parfois à une distance assez considérable de la salle de respiration; la température de l'eau minérale est ordinairement élevée à 45 ou 50 degrés, et l'eau pulvérisée reste longtemps exposée à l'air de la salle. Si l'on ajoute à ces considérations que l'air des salles de respiration contient moins d'oxygène qu'il n'en peut pénétrer dans les tuyaux qui amènent l'eau et dans les appareils de pulvérisation, on devra admettre que dans ces salles la désulfuration est plus grande que lorsqu'on opère avec les appareils portatifs. Aussi M. de Pietra-Santa a-t-il observé qu'aux Eaux-Bonnes l'acétate de plomb et l'azotate d'argent donnent avec l'eau pulvérisée des précipités moins colorés qu'avec l'eau minérale puisée à la source.

Cependant, si l'eau de la source arrive jusqu'aux appareils en tuyaux pleins et sans air, la perte des principes sulfureux ne doit pas être plus considérable, à la même distance des robinets, dans les salles de respiration qu'avec les appareils portatifs. L'expérience d'Amélie-les-Bains, que nous avons rapportée, ne laisse aucun doute sur ce point.

4° Peut-on, dans l'état actuel de nos connaissances, préciser les effets thérapeutiques de l'inhalation des liquides pulvérisés?

Les questions relatives à la pénétration, au refroidissement et à la désulfuration nous paraissent résolues d'une manière très-satisfaisante. Il n'en est pas de même des effets thérapeutiques des liquides pulvérisés. Les mémoires qui vous ont été adressés, et que je vais résumer en quelques mots, contiennent à cet égard les opinions les plus contradictoires. Ainsi, MM. de Pietra-Santa, Briau, Champouillon et Fournié nient d'une manière formelle l'efficacité des eaux minérales pulvérisées, tandis que MM. Sales-Girons, Auphan et Demarquay affirment que cette médication a donné les meilleurs résultats.

Suivant M. de Pietra-Santa, la pulvérisation serait dans les salles de respiration la cause de nombreux accidents, tels que des céphalalgies, des syncopes, des rhumes, et il n'est nullement disposé à faire remonter à cette méthode thérapeutique les bénéfices d'un traitement dû à l'eau minérale elle-même.

M. Briau a fait suivre aux Eaux-Bonnes ce traitement à 49 malades, qui l'ont supporté parfaitement; une jeune femme seulement s'est trouvée mal dans la chambre même de respiration. Sur ces 49 malades, deux lui ont paru éprouver des effets non équivoques de la respiration de l'eau minérale pulvérisée; ils étaient atteints de plaques syphilitiques à la gorge.

Dans les affections siégeant au pharynx et au larynx, M. Briau n'a observé d'autres effets que ceux produits habituellement par l'eau

minérale en boisson, en gargarismes ou en bains. Chez les malades atteints de quelque lésion des voies respiratoires, il n'a remarqué absolument aucun effet qu'on pût attribuer à la respiration de l'eau pulvérisée. Aussi M. Briau a-t-il la conviction que la poussière d'eau ne pénètre ni dans les bronches, ni dans la trachée, ni même dans le larynx. Mais nous avons vu que cette affirmation n'est pas fondée.

De l'analyse des faits qu'il a observés, il résulte, pour M. Briau, que les observations cliniques conduisent à la négation des effets thérapeutiques des liquides minéraux pulvérisés dans les affections bronchiques et pulmonaires.

M. le professeur Champouillon a combattu énergiquement dans quelques articles les applications thérapeutiques qu'on a voulu faire des liquides pulvérisés. Il pense, comme MM. Briau et de Pietra-Santa, qu'ils ne pénètrent pas dans les voies aériennes, et que l'on doit par conséquent proscrire cette médication d'une manière absolue.

M. Delore ne croit pas que la méthode de l'inhalation pulmonaire ait tenu ses promesses comme médication locale. Bien peu de substances, même les plus volatiles, dit-il, doivent pénétrer jusqu'aux dernières ramifications bronchiques.

MM. Sales-Girons, Auphan et Demarquay, déclarent, au contraire, qu'ils ont employé avec succès les eaux minérales et les liquides médicamenteux pulvérisés dans les affections chroniques des voies respiratoires. Ainsi, M. Sales-Girons a publié un grand nombre d'observations de laryngite granuleuse, de tuberculisation avec hémoptysies, de bronchite capillaire, de catarrhe des bronches, d'aphonie, d'affection laryngée, etc., dont il aurait obtenu la guérison ou l'amélioration par l'eau sulfureuse pulvérisée.

M. Auphan a étudié pendant deux années les effets de l'eau pulvérisée sur l'organisme sain ou malade, et voici les conclusions qui découlent des faits relatés dans son mémoire :

1° Les inhalations minérales convenablement pratiquées sont d'une grande ressource dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire ;

2° La méthode qui consiste à faire respirer les eaux minérales à l'état de poussière, selon le procédé de M. Sales-Girons, est appelée dans certains cas à rendre de grands services ;

3° L'eau pulvérisée est employée très-utilement contre les angines et les laryngites chroniques, les hépatisations pulmonaires sans complication de tubercules, etc.

M. Demarquay et l'un des membres les plus distingués de l'Académie, M. Trousseau, emploient depuis assez longtemps les liquides médicamenteux pulvérisés dans le traitement des maladies chroniques du pharynx et du larynx, et ils déclarent avoir obtenu à l'aide de cette médication des résultats heureux.

Enfin notre savant collègue M. Patissier a exprimé l'espoir « que cette médication se perfectionnera, grandira et sera un jour acceptée par tous les thérapeutistes comme le remède le plus efficace contre les maladies chroniques de la poitrine. »

On voit que les salles de respiration sont considérées par les uns comme un moyen puissant dans le traitement des maladies de poitrine, et par les autres comme nuisibles dans la plupart des cas. Il y a donc une grande incertitude sur les effets thérapeutiques des eaux minérales pulvérisées. De nouvelles recherches, des faits bien observés par des médecins autorisés, sont nécessaires pour que la commission des eaux minérales et l'Académie puissent se prononcer sur cette importante question.

Enfin, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie d'adresser des remercîments à MM. Auphan, Demarquay, Fournié, de Pietra-Santa, Sales-Girons, Tampier et Tavernier.

M. DURAND-FARDEL demande la parole dans le cas où une discussion serait ouverte sur ce rapport.

La discussion ne devant s'ouvrir qu'après l'impression du rapport et après la clôture de la discussion engagée sur le rapport de M. Gosselin, la parole sera réservée à M. Durand-Fardel pour cette époque.

— M. ROBERT lit un rapport sur un nouveau pessaire de l'invention de M. Grandcollot.

Les conclusions approbatives du rapport ont donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Hervez de Chégoin, Depaul, Malgaigne, et qui a eu pour résultat de faire inviter M. le rapporteur à modifier ces conclusions.

M. le rapporteur soumettra à l'Académie une nouvelle rédaction dans la prochaine séance.

PRÉSENTATION.

Brosse volta-électrique — M. BRANDUS présente, au nom de M. le docteur Hoffmann (de Berlin), un petit appareil à électricité continue, connu dans la pratique médicale sous le nom de *brosse volta-électrique*. (Voir, pour la description de cet appareil, le numéro du 12 octobre dernier.)

M. Brandus prie l'Académie de nommer une commission pour expérimenter cet appareil, et il s'offre de se mettre à la disposition des commissaires pour tous les renseignements et explications dont ils pourront avoir besoin. (M. Gavarret, rapporteur.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Pruez-Latour, né à Oleron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées); *De la paralysie générale des aliénés, et plus spécialement de quelques symptômes du début.*

Saint-Paul, né à Rollot (Somme); *De l'atrophie graisseuse progressive des muscles.*

Bascou, né à Peyrusse-Grande (Gers); *Des déchirures du périnée pendant le travail de l'accouchement.*

Dubuc, né à Orgibet (Ariége); *Essai sur la chromocrinie partielle de la peau.*

Blondeaux, né à Seurre (Côte-d'Or); *De la stomatite ulcéreuse des enfants et de la nécrose du maxillaire dans cette affection.*

Hue, né à Fervacquen (Calvados); *De quelques points de pathologie chez les enfants nouveau-nés et chez les jeunes animaux de l'espèce bovine.*

Moussaud, né à Courçon (Charente-Inférieure); *Des inclusions fœtales.*

Bodez, né à Larzicourt (Marne); *Observations de fractures de la colonne vertébrale.*

Leheau, né à Maubeuge (Nord); *Essai sur les ulcérations du col de l'utérus.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 28 décembre, M. le docteur Bertrand, médecin du lycée impérial de Châteauroux, a été nommé officier d'académie.

— Parmi les noms des lauréats de la Société impériale et centrale d'agriculture de France, nous trouvons avec plaisir ceux de deux de nos confrères. M. le docteur Sirand, à Larnagol (Lot), a obtenu une médaille d'or pour ses expériences séricicoles, et M. le docteur Loiseau, à Paris, une médaille d'argent pour son procédé de greffe de rameaux sur racines.

— La Société médico-psychologique vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1862. Ont été élus : *Président*, M. Ad. Garnier (de l'Institut); *vice-président*, M. Delasiauve; *secrétaire général*, M. Archambault; *secrétaire*, M. Loiseau; *archiviste-trésorier*, M. Brochin; *membres du comité de publication*, MM. Cerise, Michéa, Buchez et Legrand du Saulle.

— Dans sa séance du 30 décembre dernier, la Société impériale de médecine de Lyon a élu vice-président M. le docteur Gubian père. D'après le règlement, M. Gubian deviendra de droit président de la Société en janvier 1863. MM. les docteurs Chavanne et Delore ont été élus secrétaires adjoints, en remplacement de MM. Fonteret et Saint-Cyr arrivés, au terme de leurs fonctions.

— Les inscriptions prises à l'Ecole préparatoire de Toulouse pour le premier trimestre 1861-62 sont de 105, dont 73 pour le doctorat, 24 d'officier de santé et 8 de pharmacien. C'est une diminution de 30 sur la période correspondante de l'année dernière, due à la rétroactivité des certificats de grammaire exigés. Les nouvelles inscriptions sont de 60, dont 7 de plus que l'année dernière pour le doctorat.

— La Société médicale d'Amiens, formant le Comité central de vaccine du département de la Somme, a tenu sa séance annuelle le 29 décembre. M. le docteur Thuillier fils, secrétaire de la Société, a proclamé les noms des vaccinateurs qui ont mérité des récompenses ; ce sont :

MM. Croizet, officier de santé à Huppy; Hordequin, officier de santé au Candas; Delasalle, officier de santé à Ailly-sur-Somme; Bourra, officier de santé à Louvencourt; Sorel, officier de santé à Villers-Bretonneux.

Des lancetiers d'honneur ont été accordés à MM. Vasseur, officier de santé à Boves; Thouret, docteur en médecine à Airaines; Quentin, officier de santé à Fresne; Ohry, docteur en médecine à Nesle; Mention, officier de santé à Roisel; Mme Lecointe, sage-femme à Vignacourt;

Et des mentions honorables à MM. Rovillain, officier de santé à Camon; Bouffet, docteur en médecine à Péronne; Lescardé, docteur en médecine à Roye; Dhervelly, officier de santé à Epehy; Morel, officier de santé à Rogy; Tripier (Noël), officier de santé à Pont-Remy; Serré, officier de santé à Miraumont; Sempé, officier de santé à Beauval; Caudron, docteur en médecine à Athies; Sergeant, officier de santé à Montauban; Greuet, officier de santé à Cérisy-Gaifly; Mme Dingeon, sage-femme à Hallencourt.

M. le docteur Herbet a rendu compte des travaux sur la question qui avait été mise au concours en 1861, et qui est la suivante: *Traité élémentaire d'hygiène des campagnes.* (Indiquer les mesures générales qui pourraient être prises dans l'intérêt de cette hygiène par les autorités communales et départementales.)

Les lauréats sont :

1° *Prix.* Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à M. Malapert (Alphonse), docteur en médecine, associé correspondant de la Société médicale d'Amiens, à Gamaches (Somme);

2° *Mentions honorables.* M. Chahriers (Achille), docteur en médecine à Aix (Bouches-du-Rhône), et M. Palais, docteur en médecine à Montmirail (Marne).

A la fin de la séance, M. le secrétaire rappelle que la Société médicale a décidé qu'elle décernerait dans sa séance publique annuelle de 1862 une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur l'*Hygiène des ouvriers occupés dans les filatures.*

Dans sa séance du 27 décembre 1861, la Société a, en outre, décidé qu'une médaille d'or de la valeur de 200 fr. serait décernée en 1863 à l'auteur du mémoire sur la question suivante : *De l'alcoolisme et de ses effets pathologiques sur l'individu et sa descendance.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux; par M. Ch. DEVAL, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique ophthalmologique, etc. Un très-fort volume grand in-8°, contenant : 1° 44 figures intercalées dans le texte; 2° six planches destinées à l'appareil instrumental; 3° six planches coloriées représentant les principales altérations constatables à l'ophthalmoscope; 4° l'épreuve de la vue ou échelle typographique d'E. Jæger. Prix : 15 fr.; par la poste, 16 fr. Librairie Ch. Albessard et Bérard, éditeurs, rue Guénégaud, 8, à Paris.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. 16
Un an. 30

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Constitution médicale; maladies régnantes. — Diabète sucré avec lésion du quatrième ventricule. — Tumeur blanche du genou traitée par les cautères et l'application de l'appareil ouaté. — Corps flottants dans le corps vitré. — Observation de hernie ombilicale étranglée. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 18 décembre 1861. — Nouvelles. — FEUILLETON. Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale. — Maladies régnantes.

Nous avons déjà exposé dans l'une des dernières *Revues* les caractères de la constitution médicale de l'automne dernier pour Paris et pour quelques-uns des grands centres de l'est et du sud de la France ; nous venons de recevoir de notre correspondant M. le docteur Thirion, médecin des mines et salines de Gouhenans, à qui nous sommes déjà redevables de plusieurs communications du même genre, les détails suivants sur la constitution médicale de cette contrée pendant la même époque :

L'automne, dans cette région, s'est ressenti comme partout dans sa première période des fortes chaleurs de l'été. En effet, depuis le 21 septembre jusqu'au 30 du même mois, la température moyenne a été + 13°,9 centigrades; de plus, nous avons encore eu les 29 et 30 jusqu'à + 20° de chaleur. Mais pendant tout ce temps les pluies ont été fréquentes, le vent d'ouest a dominé, souvent avec violence, et le ciel a été rarement clair. La plus grande pression atmosphérique a été de 760 millimètres; la moins grande de 751,20 millimètres; le papier ozonométrique a éprouvé de fréquentes réactions; les plus intenses ont atteint le chiffre 16 de la gamme de M. Bérigny.

Ainsi la chaleur, jointe à l'humidité, a caractérisé le commencement de l'automne. Une telle constitution, favorable à la production des miasmes, devait avoir sur les organismes une certaine influence. Les maladies qui ont alors prédominé ont été des diarrhées, souvent très-abondantes, et qui occasionnaient beaucoup de faiblesse. A ces diarrhées est venue se joindre la dyssenterie, mais cette dernière n'a présenté aucun caractère de gravité. Les névralgies faciales et les névralgies sciatiques ont été très-fréquentes, quelquefois intermittentes; enfin la coqueluche, qui s'était déclarée sur la fin de l'été, a pris plus d'extension; presque tous les enfants en ont été atteints; quelques cas ont été apyrétiques, dans d'autres la fièvre a été assez vive; il y a eu peu d'épistaxis, mais souvent des nausées et des vomissements. Les rechutes ont été fréquentes.

Une grande partie de la chaleur de la première période de l'automne s'est encore prolongée pendant presque tout le mois d'octobre, dont la moyenne a été de + 13° et de + 22°,2 pour sa plus haute température; quant à la plus basse, le thermomètre a marqué + 1°,6. Les vents d'est, de sud-est et de nord-est ont dominé alternativement pendant tout ce mois. Le ciel a été assez généralement clair. Il y a eu souvent, le matin, des brouillards et de fortes rosées. Les jours de pluie n'ont pas été nombreux. Le baromètre a indiqué 762,47 millimètres pour son maximum d'élévation, et 748,95 pour son minimum. Les réactions du papier ozonométrique n'ont été ni fréquentes ni très-intenses; les plus fortes ont atteint le chiffre 13 de la gamme.

Outre la coqueluche qui a continué à sévir, M. Thirion a aussi observé chez les adultes, dans le commencement de ce mois, quelques bronchites aiguës avec quintes fortes mais courtes. Dans le courant du même mois étaient dispersées çà et là des diarrhées et des dyssenteries, mais toujours sans caractères de gravité.

Le mois de novembre a offert sur le précédent une différence notable dans la température. Sa moyenne a été de + 7°,2 centigrades. Le mercure n'est monté que jusqu'à + 16°,4 et est descendu à — 4°,5. Les vents d'ouest et de sud-ouest ont régné pendant la plus grande partie de ce mois. Le ciel a été constamment chargé d'épais nuages ou obscurci par des brouillards. Il y a eu des pluies presque continuelles et abondantes. Vers les premiers jours du mois, on remarquait de la neige sur le sommet des montagnes des Vosges. La plus grande élévation du mercure dans le tube barométrique a été de 766,98 millimètres, son plus grand abaissement a eu lieu à 742,18 millimètres. Journellement on a constaté la présence de l'ozone, et souvent avec intensité.

La diminution de la température, les pluies presque continuelles, l'atmosphère saturé sans cesse de vapeurs d'eau, ont donc rendu le mois de novembre froid et humide. Sous un pareil état de l'air, les angines, les bronchites catarrhales, ont été assez fréquentes, la plupart légères et sans complication. M. Thirion signale aussi l'embarras gastrique et quelques recrudescences de diarrhée. Quant à la dyssenterie, elle a fini par disparaître entièrement, mais elle a continué à sévir dans les montagnes, vers le nord-est. Enfin, parmi les maladies prédominantes de ce mois, il cite encore quelques cas d'affections diphthéritiques et des blépharites catarrhales. La rougeur dans ces dernières affections se bornait à la paupière supérieure, qui était œdématcuse; il se formait quelquefois un chémosis avec abondante sécrétion. Des granulations se sont aussi montrées sur la muqueuse palpébrale, par suite de la durée de la maladie.

La température depuis le 1er décembre jusqu'au 21 a éprouvé quelques variations. Dans le commencement de ce mois elle s'était abaissée d'une manière sensible, car le mercure est alors descendu jusqu'à — 3° centigrades; mais ensuite, pendant huit à dix jours, sa marche a changé, et a oscillé entre + 6° et + 12°,5. Enfin, un nouvel abaissement s'est manifesté et a duré jusqu'au solstice d'hiver.

La température moyenne du 1er au 21 a été de + 5°,7. Durant cette dernière période, le ciel a été nuageux, presque complétement couvert ou voilé par d'épais brouillards. Les pluies ont été fréquentes, quelquefois mélangées de neige. Les vents d'est, nord-est, sud-est, ont régné alternativement. La plus grande pression de l'atmosphère a été de 762,49 millimètres, et la moins grande de 751,19. Quant à l'ozone, sa présence ne s'est pas souvent décelée; cependant il y a eu quelques réactions assez intenses.

Outre la persistance des indispositions gastro-intestinales, des rhumatismes, des névralgies et des blépharites catarrhales, d'autres manifestations morbides se sont déclarées au commencement de décembre; ainsi on a observé quelques cas de fièvre typhoïde avec violente céphalalgie, délire, épistaxis au début; enfin des stomatites pseudo-membraneuses, qui notamment donnaient à l'haleine une fétidité insupportable.

Diabète sucré avec lésion du quatrième ventricule.

On se rappelle le rapport physiologique que les expériences de M. Cl. Bernard ont établi entre le phénomène de la glycosurie et la lésion des parois du quatrième ventricule. L'observation anatomo-pathologique est venue confirmer cette donnée de la physiologie expérimentale, et nous avons déjà signalé dans cette *Revue* les lésions que M. le docteur Luys a découvertes dans cet organe chez les sujets qui ont succombé au diabète.

Voici un nouvel exemple de ce genre d'altération observé sur un diabétique qui a succombé dans le service de M. Tardieu, à l'hôpital de Lariboisière, et dont l'observation a été communiquée par M. Martineau à la Société anatomique.

Un homme, âgé de vingt-neuf ans, n'ayant jamais eu d'autre maladie sérieuse qu'une diarrhée persistante survenue pendant l'épidémie cholérique de 1854, fut pris, au mois d'août 1859, après s'être exposé à une forte chaleur, d'une soif intense, et but une grande quantité d'eau. A partir de ce moment, la soif persista, et le malade fut obligé de continuer à ingérer tous les jours une grande quantité d'eau.

En même temps que cette soif insupportable, il remarqua que son appétit avait augmenté, et était devenu si fort, qu'il avait de la peine à se rassasier. Malgré cela, il maigrissait beaucoup et avait perdu vingt-cinq livres en trois mois. Bientôt il s'aperçut qu'il était obligé d'uriner beaucoup plus souvent qu'autrefois; il rendait de cinq à six litres par jour. Cet homme raconte en outre, que dès le début de la maladie il a eu un commencement de paralysie; il a éprouvé des fourmillements, de la faiblesse dans la moitié gauche du corps; il avait de la peine à marcher et traînait la jambe gauche. Il se servait également avec difficulté de la main gauche. Cet état a disparu peu à peu, après trois mois de durée.

Inquiet de ces symptômes, sentant d'ailleurs ses forces diminuer, au point de ne pouvoir plus travailler comme auparavant, il entre, au mois de décembre de la même année, à l'hôpital Beaujon, où on le soumet au traitement par le gluten, les viandes rôties, le vin de Bordeaux, l'eau de Vichy et les pilules de Vallet. Il en sort au bout de six mois, les phénomènes morbides n'ayant cessé de s'aggraver.

Après un séjour d'environ six semaines à Vincennes, il est pris d'une adénite sous-maxillaire pour laquelle il va à Lariboisière, dans le service de M. Hérard, qui le soumet pendant trois mois, sans grand avantage, à un traitement tonique. Après avoir parcouru ainsi, sans plus de succès, plusieurs hôpitaux, il rentre de nouveau, dans le mois de février dernier, à Lariboisière, dans le service de M. Tardieu.

Voici ce que l'on constate en ce moment chez ce malade. Il est très-amaigri et très-faible; ses membres sont grêles, la face pâle; la peau, sèche, rugueuse, est le siége d'une assez forte démangeaison. Le pouls est assez fréquent, régulier, plein, 80 pulsations; la langue est rouge et sèche. Le malade, toujours altéré, mais moins cependant qu'autrefois, boit environ quatre litres dans les vingt-quatre heures; il urine à peu près la même quantité dans le même espace de temps. Le goût est perverti; la plupart des aliments, mais particulièrement les féculents, lui paraissent sucrés. La faim est extrême. Le ventre est souple; légère sensibilité à l'épigastre. Diarrhée assez abondante ayant

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par le Dr E. CHASSAIGNAC (1).

Quatorze cent soixante-treize pages in-8° ! Rien que cela sur la suppuration et le drainage chirurgical ! Qui donc prétend-on accabler de cette lecture ?

— Permettez-moi, avant de répondre à votre question, de vous rapporter un fait tout récent. En avril dernier, on me fit voir, à mon débotté à Paris, deux enfants de sept ou huit ans, condamnés à perdre chacun un jambe. Ayant quelque raison pour accuser le périoste de désordres réputés irréparables, je conseillai, avant de passer outre, d'appeler en consultation M. le docteur Chassaignac. L'habile chirurgien de Lariboisière diagnostiqua des abcès sous-périostiques, passa des drains, et les enfants, aujourd'hui guéris de leur affection locale sans mutilation aucune, s'appliquent avec succès à refaire leur constitution délabrée.

On pourrait, comme vous le voyez, infliger la lecture des 1473 pages in-8°, d'abord aux juges de mes deux enfants désignés plus haut, ensuite à ceux qui ignorent ce que c'est qu'un phlegmon diffus, une ostéomyélite, des fistules ostéopathiques, etc.; enfin, à tous ceux qui, « faute de savoir, de vigilance et de sagacité, peuvent, des cas les plus simples, voir sortir de redoutables complications. »

Mais il y a mieux à faire, c'est de recommander le précieux travail de M. Chassaignac aux hommes désireux « de connaître pratiquement l'art de *bien diriger* la suppuration. »

L'ouvrage est divisé en trois parties.

I. Dans la première partie, subdivisée en quatre sections, puis en nombreux chapitres, on traite de la *suppuration en général.*

Il y a une première section grosse de toutes les questions soulevées par les sciences dites accessoires, touchant les caractères, le diagnostic différentiel, les variétés, la théorie, les causes et les conditions de la formation du pus, et, à l'article 2 du chapitre IV de cette même section, des données microscopiques fort utiles dans les perplexités où vous jettent parfois les abcès de l'aine. Le pus est-il sans mélange ? vous avez affaire à un abcès simplement froid ; contient-il des particules osseuses ou des matières minérales imperceptibles à l'œil nu ? il provient d'une carie.

En poursuivant la lecture à travers la deuxième section de la même partie, où l'on étudie la *suppuration dans ses rapports avec l'organisme,* le praticien retrouve çà et là, nettement formulés, les résultats de ses quotidiennes observations et la confirmation de certains signes extérieurs, symptomatiques, propres à faire distinguer les *ostéomyélites des abcès sous-périostiques.* Plus loin, un aperçu ingénieux sur la cachexie purulente des muqueuses, qui se recommande par sa nouveauté non moins que par des avantages féconds en résultats pratiques. Peut-être y a-t-il quelque *desideratum* au chapitre consacré à la résorption et à l'infection purulente, où l'on s'étonne de ne pas voir figurer le nom de M. Sédillot, et la doctrine relative à la cicatrisation des cavités purulentes prêterait-elle le flanc à la critique; mais à quoi bon taquiner l'auteur pour si peu?

Dans la troisième section sont rangés sous différents titres tous les préceptes véritablement pratiques que l'on peut offrir sur le traitement préventif, sur l'opportunité de l'évacuation du pus et sur le mode d'ouverture des collections purulentes. Ou je me trompe fort, ou vous vous empresserez de rendre pleine et entière justice à l'auteur, quand vous aurez mis en pratique, comme nous l'avons tenté nous-même avec succès, le lavage et l'occlusion des cavités suppurantes, dans le but d'utiliser la lymphe plastique de retour au profit de la cicatrisation de ces mêmes cavités. « Vous enfermez le loup dans la bergerie ! s'écriera le *profanum vulgus.* — Que vous importe? Est-ce qu'il sait ce que c'est que la lymphe plastique de retour?

A propos du drainage, exposé avec détail dans la section IV, surtout du drainage par *adossement,* on a demandé (doute intéressé peut-être) ce qu'il y avait de nouveau dans le procédé. Que l'auteur se rassure ; sa large application des vagues données de Ferri, J. Cloquet, Baudens, et sa doctrine hardie sont entrées aujourd'hui trop avant dans la pratique chirurgicale, l'occlusion et le drainage ont rendu de trop éclatants services pour qu'il n'en revienne pas à l'éminent chirurgien de Lariboisière toute la reconnaissance qu'il mérite.

II. C'est de la deuxième partie, forte de XIV sections, où l'auteur passe en revue la suppuration dans les éléments histologiques, que

(1) Deux vol. in-8° de 1473 pages.

succédé depuis quelques jours à une constipation opiniâtre. Le foie est plus volumineux que dans l'état normal : il correspond en haut au cinquième espace intercostal, tandis qu'en bas il est à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. La rate est normale. Les organes génitaux sont très-affaiblis ; il éprouve des démangeaisons assez violentes au méat urinaire. Son urine forme sur les vêtements des plaques jaunâtres assez épaisses.

Dès le début des accidents, sa vue s'était très-affaiblie ; pendant quatre à six mois, il a vu trouble, surtout de l'œil gauche ; la lecture était devenue complétement impossible. Bien qu'elle ne soit pas actuellement aussi bonne qu'avant sa maladie, elle n'est cependant pas très-mauvaise ; il peut lire, écrire et voir assez distinctement. Les yeux ne présentent rien d'anormal ; cependant, à l'ophthalmoscope, on constate une atrophie partielle de la rétine des deux yeux, plus prononcée surtout du côté gauche ; en même temps on aperçoit sur la rétine de petits dépôts blanchâtres. La choroïde, dans les deux yeux, est légèrement décolorée.

Enfin, depuis environ deux mois et demi cet homme tousse assez fréquemment ; ses crachats sont abondants, muqueux, jamais sanguinolents. Souvent dans l'après-midi il a de la fièvre ; il transpire la nuit. La percussion de la poitrine dénote dans la fosse sus-épineuse, en arrière et à droite, une submatité marquée ; l'auscultation permet d'entendre dans la même région quelques craquements humides, accompagnés d'un souffle à l'expiration et d'une bronchophonie manifeste. L'urine, essayée au moyen du sous-nitrate de bismuth et de la potasse, dénote la présence du sucre en assez grande quantité.

Le malade est mis à l'usage des alcalins à l'intérieur et à l'extérieur ; vin de Bordeaux et de quinquina ; pain de gluten.

Au bout d'un mois, l'état du malade s'aggravait de plus en plus, les forces diminuaient graduellement ; diarrhée abondante ; transpiration copieuse ; fièvre ; insomnie ; œdème des extrémités inférieures ; signes de caverne au sommet droit.

Dans le mois d'avril, sous l'influence du même traitement, auquel on joint les opiacés, il survient un amendement dans les principaux symptômes ; mais cette amélioration n'est pas de longue durée ; dans le courant du mois de mai, on constate la formation de nouvelles cavernes dans le poumon droit, qui en est envahi dans presque toute son étendue, et le développement de tubercules crus dans le poumon gauche. Le malade est tombé dans le dernier degré de la cachexie.

Le 6 juin, le malade est réduit à un état squelettique. Depuis une dizaine de jours la vue s'est de nouveau altérée ; le malade éprouve une grande difficulté pour lire ; de temps en temps il voit voler devant ses yeux des points brillants comme des étincelles ; les dents sont en partie tombées ; celles qui restent sont noirâtres, cariées. Cavernes dans le poumon gauche.

Il meurt le 10 juin.

On trouve à l'autopsie : des cavernes énormes au sommet des deux poumons ; tubercules disséminés dans le reste de cet organe. Les ganglions mésentériques sont gros, volumineux, remplis de matière tuberculeuse. La muqueuse gastro-intestinale est vivement congestionnée et ecchymosée par places. Le foie est ferme, très-congestionné, plus volumineux qu'à l'état normal. La rate est également congestionnée et volumineuse, ainsi que les reins.

Le cerveau a son volume normal ; il n'offre du reste aucune altération, soit dans sa coloration, soit dans sa consistance. Le quatrième ventricule seul présente une légère altération ; la substance cérébrale, qui forme le plancher de ce ventricule, surtout au niveau du *calamus scriptorius*, présente une coloration grisâtre assez prononcée. Il existe une injection très-prononcée de cette substance, qui la fait ressembler à la substance grise ; en outre, les vaisseaux qui rampent à la surface de ce ventricule sont plus volumineux, plus apparents.

M. le docteur Luys, qui assistait à l'autopsie, reconnait là l'altération qu'il a décrite dans le diabète ; pour lui, ce serait le premier degré de l'altération. Dans une période plus avancée, il existe une légère altération de la substance cérébrale, altération que ces mêmes observateurs ont constatée le même jour chez un malade du service de M. Hérard, et qui a succombé comme celui-ci à un diabète. Les deux papilles de la rétine sont atrophiées ; on observe à l'entour de petites granulations jaunâtres assez dures.

Tumeur blanche du genou traitée par les cautères et l'application de l'appareil ouaté.

Un jeune garçon de dix à douze ans est entré à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Nélaton, il y a six mois, pour une tumeur du genou, dont l'origine remontait déjà à cette époque à environ dix-huit mois. Ce genou était alors très-volumineux ; le membre était maintenu légèrement fléchi, et la plus petite tentative de redressement était suivie des plus vives douleurs. M. Nélaton, pensant qu'il avait affaire à une de ces tumeurs constituées par un état fongueux de la synoviale, fit appliquer autour de l'articulation quatre cautères à la potasse caustique. Une fois l'eschare produite, le membre fut enveloppé dans un appareil ouaté de Burggraeve (1).

L'enfant est aujourd'hui, sinon complétement guéri, du moins dans un état tel d'amélioration qu'on peut considérer dès à présent sa guérison comme très-prochaine.

C'est là un fait très-simple en apparence, et qui a en réalité une importance pratique très-grande. M. Nélaton n'hésite pas à attribuer en grande partie cet heureux résultat à l'action de l'appareil ouaté, dont il a déjà plusieurs fois constaté les excellents effets, et qu'il ne laisse pas échapper l'occasion de préconiser.

On sait en quoi consiste cet appareil. On enveloppe le membre dans une feuille épaisse de ouate ; on applique autour une bande amidonnée, et le tout est recouvert d'un dernier tour de bande. Cet appareil remplit une double indication : il est tout à la fois compressif et immobilisant. Les bandages compressifs amidonnés ou dextrinés dont on se sert habituellement ont le double inconvénient d'exercer une compression trop forte et douloureuse sur les parties saillantes, et de ne pas comprimer du tout les parties déprimées. En supposant même que le bandage ait été si bien et si exactement fait qu'il exerce une compression égale partout au moment où il vient d'être appliqué, s'il survient au bout de quelque temps un peu de dégorgement et de réduction de volume du membre, la compression ne tarde pas à devenir insuffisante.

Avec le nouvel appareil, au contraire, on a une couche épaisse de ouate, tassée, contenue par une bande inextensible ; quelles que soient les modifications qui surviennent dans le volume du membre, en raison de l'élasticité de la ouate, il ne se fait jamais de vides, et la compression est toujours égale dans tous les points.

On a vu qu'on avait établi quatre cautères autour de l'articulation, et qu'on avait appliqué immédiatement l'appareil, sans trop se préoccuper de ce qui se passerait ultérieurement. Il n'y a, en effet, aucun inconvénient à laisser l'eschare se détacher et la suppuration s'établir sous le bandage. On en serait quitte d'ailleurs, si l'on craignait de laisser ainsi le pus séjourner trop longtemps sous la ouate, pour renouveler plus souvent l'application de l'appareil.

Après l'amendement considérable obtenu sous l'influence de ce traitement au bout de quelques mois, il restait quelque chose à faire, c'était le redressement du membre. Le membre a été aisément redressé, grâce au concours du chloroforme, et replacé dans l'appareil.

Ici se présente une objection, que les praticiens s'entendront souvent faire dans le monde : N'y a-t-il pas lieu de craindre les conséquences d'une immobilité prolongée, l'ankylose ? Cette objection n'aurait d'ailleurs rien de particulier à l'appareil dont il s'agit ; elle s'appliquerait tout aussi bien à tous les modes d'immobilisation, de quelque nature qu'ils soient. Mais cette objection repose, suivant M. Nélaton, sur une erreur due à l'école de Lyon. On sait, en effet, que l'opinion du prétendu danger de l'immobilisation, émise par Bonnet, est encore soutenue aujourd'hui par ses élèves.

M. Nélaton considère ce danger comme chimérique ; il a maintenu des articulations dans l'immobilité pendant dix, douze, quinze mois même, sans voir survenir jamais l'ankylose.

Le meilleur moyen de la prévenir d'ailleurs, c'est de guérir la maladie de l'articulation le plus tôt possible. Or il ne connait pas de moyen meilleur et plus sûr pour atteindre ce résultat, dans les tumeurs blanches à marche subaiguë ou moins, que l'association des deux moyens qu'il a mis en usage chez ce jeune malade, la compression avec immobilisation du membre à l'aide de l'appareil ouaté, jointe à l'action des exutoires.

— Nous exposerons dans une prochaine *Revue* les faits du service de la Clinique qui nous ont paru offrir en ce moment le plus d'intérêt pour les élèves et les médecins qui aiment à être au courant du mouvement de ce service.

(1) Nous continuons à désigner cet appareil sous ce nom, pour nous conformer à l'usage adopté, et sans préjuger la question de priorité d'invention qui a été soulevée à ce sujet.

Corps flottants dans le corps vitré.

A l'occasion de l'observation de corps flottants dans le corps vitré que nous avons publiée dans la *Revue* du 21 décembre dernier, M. le docteur Sichel nous fait remarquer que l'existence de ces corpuscules mobiles du corps vitré, reconnaissables à l'ophthalmoscope, est connue depuis longtemps ; et il nous rappelle qu'il en a donné lui-même la description et une figure dans son *Iconographie ophthalmoscopique*, page 808, § 915, pl. LXXX, fig. 8. Il nous annonce en même temps que depuis près d'une année il destine à la *Gazette des Hôpitaux* un article sur ce sujet, qui contient une observation très-curieuse, et auquel il met en ce moment la dernière main. Nous accueillons avec le même empressement la réclamation de notre honorable confrère et la promesse qu'il veut bien nous faire.

OBSERVATION DE HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE

opérée par M. Hutin, avec succès, chez un vieillard de soixante-huit ans.

(Communiquée à la Société de chirurgie, séance du 18 décembre.)

P... (Jean), né à Chatte (Isère) en 1785, est doué d'une constitution vigoureuse. En 1806, il prit du service dans le 44e de ligne. Tout en lui annonçait une organisation propre au métier des armes, P... passa du 44e de ligne dans la gendarmerie.

Un jour, en sautant un mur, et à la suite d'un effort qu'il fit pour conserver l'équilibre, il sentit un craquement dans la région ombilicale et vit apparaître une tumeur du volume d'une noix et de forme ovoïde. P... avait alors quarante-huit ans et était obèse.

L'accident n'eut pour lui aucune suite fâcheuse immédiate. Un médecin fut appelé, constata une hernie ombilicale, la réduisit et prescrivit au malade une simple ceinture destinée à maintenir la réduction. P... reprit son service, mais comme cette ceinture provoquait chez lui une compression abdominale gênante, il en négligea bientôt l'emploi. La hernie, habituellement sortie, n'était réduite qu'au moment des repas, car alors elle occasionnait quelques troubles dans la digestion. Cet état, constituant à peine une légère infirmité, se perpétua pendant vingt ans, sans aucun autre accident que l'augmentation progressive du volume de la tumeur, qui avait acquis la grosseur du poing.

Toutefois, le 22 février 1853, P... ayant négligé comme d'habitude d'appliquer sa ceinture, essaya, après un repas copieux, de réduire sa hernie, mais il ne put y parvenir. Après une heure d'essais infructueux, la tumeur devint le siége d'une douleur insolite ; il survint des vomissements, et c'est dans cet état qu'il fut apporté à l'infirmerie des Invalides.

La tumeur, qui a le volume d'une tête de fœtus à terme, est ovoïde et obliquement dirigée de haut en bas et de dedans en dehors ; sur son côté droit, on voit la cicatrice ombilicale à demi déplissée. Elle est douloureuse, rénitente, sonore ; les vomissements continuent ; la face est grippée ; le pouls est dur, petit, très-fréquent (126 pulsations) ; la peau est froide, couverte d'une sueur visqueuse. On essaye par tous les moyens rationnels de réduire la hernie. Le taxis, prolongé et fait avec ménagement, la position, les applications de glace, d'éther, d'extrait de belladone, des lavements purgatifs, tout est ra-

---

surgissent peut-être le plus grand nombre d'aperçus nouveaux appuyés sur de savantes et consciencieuses recherches.

Pour commencer, M. Chassaignac renverse la croyance, peut-être déjà fort ébranlée, de la multiplicité des foyers dans l'abcès phlegmoneux du tissu cellulaire proprement dit, et d'une sorte de cotisation de la part de ces foyers pour former une cellule unique. En détruisant cette erreur des anatomo-pathologistes, trop accoutumés à examiner tardivement les traces laissées par les phlegmons diffus, et en démontrant l'*unicité initiale* du foyer dans le phlegmon à toutes les périodes, l'auteur a du même coup ruiné la doctrine du respect à la maturité et fortifié la pratique de l'évacuation du pus dès sa formation. Un abcès bien vidé, bien lavé, peut être traité comme une plaie simple et réuni par première intention, sans que l'on ait besoin de prendre d'autre souci de la membrane *pyogénique*, descendue au rang de simple membrane *kystique*... protectrice, si l'on veut.

Pour beaucoup, le *phlegmon diffus* est encore une énigme dont il est difficile de débrouiller le sens. Grâce aux efforts de notre savant auteur, « il se caractérise par l'occupation purulente simultanée dans une étendue notable, par le sphacèle du tissu cellulaire, par les sécrétions purulentes concrètes, par le décollement de la peau dans une grande étendue, par les aponévroses qui se teignent pathologiquement de dedans en dehors et non de dehors en dedans » ; conséquemment il n'est plus permis de le confondre avec le *phlegmon* par *diffusion*, qui n'est qu'une complication du phlegmon simple ; ni avec l'érysipèle œdémateux, ni avec l'œdème douloureux.

La seconde section de cette deuxième partie est toute neuve. L'auteur y appelle l'attention des praticiens sur la suppuration des différentes bourses de glissement, qu'il éclaire d'une vive lumière, grâce aux travaux de l'anatomie moderne. On pourrait en dire autant de la façon dont il traite, dans la section suivante, la suppuration de la peau, depuis la *sous-épidermite* jusqu'à la *fibro-dermite* suppurante.

La phlébite suppurative jouait dans l'infection purulente un rôle exclusif, M. Chassaignac l'en dépouille (IIIe section), en lui opposant préventivement l'alcoolature d'aconit et le pansement par occlusion. Tous les détails sur les altérations anatomiques, les symptômes, les terminaisons, l'étiologie, le diagnostic, le traitement de la phlébite en général, de toutes les espèces de phlébite en particulier, sont saisissants d'intérêt.

Quant à l'article *artérite* purulente qui suit, d'une indigence désespérante, il semble avoir été mis à cette place tout exprès pour faire ressortir la richesse des découvertes faites sur la suppuration du système lymphatique, si obscure, si confuse dans les livres. Rien de plus clair que la division en angioleucite vésiculaire, trajective, ganglionnaire et générale : la première, suivant notre auteur, est la cause la plus commune des abcès en général ; la seconde se fait remarquer surtout par le raccourcissement des vaisseaux qui tendent à limiter, avec une extrême douleur, les mouvements du membre affecté ; enfin l'une et l'autre, au lieu de se transmettre toujours le long des vaisseaux jusqu'aux ganglions inclusivement, sont sujettes à des confinements dont la cause échappe.

Passons rapidement par-dessus la section VII, curieux nécrologe des suppurations du système nerveux, pour arriver à la myitis suppurative. Hunter avait dit : « De tous les tissus du corps humain, le tissu musculaire est le moins susceptible de l'inflammation et de ses conséquences. Les variantes pleines d'intérêt de notre auteur, ne changent rien à la déclaration de l'illustre Anglais. Les muscles, en effet, ne suppurent guère que dans des circonstances toutes particulières, telles, par exemple, que dans les cas de morve et de farcin, dans l'état puerpéral ou syphilitique : hors de ces causes spécifiques, la suppuration ne paraît atteindre que le tissu cellulaire intra-musculaire.

Après avoir donné sur les suppurations des gaînes tendineuses et des tendons deux chapitres relevés par de bonnes observations, l'auteur s'occupe des suppurations du tissu osseux dans la section X.

Cette section, qui ne remplit pas moins de 267 pages, est d'une grande richesse de faits, rangés sous les deux chefs suivants :

1° Suppuration dans les os eux-mêmes ; 2° dans les jointures.

1° *a*. Les suppurations dans la continuité des os les attaquent souvent après les dénudations traumatiques. A ce sujet, l'auteur émet sur la disparition insensible de lamelles externes de l'os une théorie dont l'expérience nous a maintes fois démontré la justesse ; comme lui, nous avons vu se faire un travail de bourgeonnement qui détruit de dedans en dehors la plaque osseuse nécrosée ; seulement nous avions rapporté à l'action thérapeutique de la liqueur acide de Villate ce travail, dont il faut bien faire honneur à une action vitale réparatrice.

b. Il y a des collections purulentes, quelquefois considérables, qui,

pidement épuisé sans aucun succès ; M. Hutin se décide à l'opération le 24 au matin.

La tumeur est incisée dans toute son étendue. On arrive rapidement sur un sac herniaire bien distinct et sans adhérences. Après l'incision du sac, un peloton d'épiploon d'abord, puis une anse intestinale tordue au niveau de son pédicule, se présentent au bistouri. L'intestin est vivement congestionné, d'une teinte rouge vineuse, mais nulle trace de gangrène.

Le collet du sac est reconnu : il est dur et résistant. A l'aide d'un bistouri boutonné, conduit à plat sur la pulpe de l'index gauche, M. Hutin pratique sur le collet trois incisions profondes d'un millimètre et demi dans différentes directions. A l'aide de ce débridement multiple, l'épiploon et l'intestin sont facilement réduits.

Le collet restait à nu ; M. Hutin l'excise dans son pourtour, de façon à transformer cette ouverture en une plaie simple, dont il affronte les bords et qu'il réunit par trois points de suture entortillée. On panse à plat et on fait de larges applications de glace.

Les accidents cessent immédiatement, et le malade peut prendre un peu de repos pendant la nuit. Le lendemain, le pouls a son rhythme normal ; il survient spontanément une garde-robe. La glace est maintenue pendant cinq jours. Au bout de huit jours, en enlève les points de suture ; la plaie est incomplétement cicatrisée, et il reste au centre un trajet fistuleux profond, à bords anfractueux et engorgés. L'état général est très-satisfaisant.

Trois abcès phlegmoneux surviennent successivement au pourtour de l'ombilic et sont suivis de décollements assez considérables. Des topiques émollients, des injections et un peu de compression, rendent facilement raison de ces accidents.

Mais vers la fin de mai, une influence scorbutique s'étant manifestée dans les salles, le malade en ressentit les effets. Les fonctions digestives s'alanguirent ; il survint de la tuméfaction aux gencives, de l'œdème aux jambes et une éruption scorbutique. La cicatrisation s'arrêta et la plaie devint le siége d'une induration envahissant un espace de près d'un décimètre carré. M. Hutin eut recours alors à une médication dont il retire toujours de bons effets chez les vieillards en pareil cas. Il fit recouvrir l'abdomen et les jambes de goudron, rendu plus liquide par l'addition d'un tiers d'huile d'olives, joignant à cela des gargarismes antiscorbutiques, des tisanes amères, un régime tonique. La cicatrisation reprit son cours, et le 19 juillet, le malade sortit entièrement guéri des suites de l'opération, mais non de la hernie, car la tumeur s'est reproduite offrant environ le volume d'un œuf; elle siége à gauche de la cicatrice ombilicale. Sa forme est conique ; quand on la réduit, on constate très-facilement une perte de substance circulaire d'un diamètre égal à celui d'une pièce de deux francs, et dont la circonférence est épaisse et rugueuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 décembre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

A l'occasion du procès-verbal, M. MAURICE PERRIN communique une observation de hernie ombilicale étranglée. (Voir ci-dessus).

RAPPORT.

De l'enchondrome du testicule. — M. BÉRAUD lit un rapport sur un mémoire présenté par M. Paul Dauvé.

Messieurs,

Une commission, composée de MM. Verneuil, Désormeaux et moi, a été nommée pour vous rendre compte d'un mémoire de M. Dauvé, intitulé *De l'enchondrome du testicule.*

Cette commission, par l'organe de son rapporteur, vient aujourd'hui remplir sa tâche.

Le mémoire de M. P. Dauvé nous a paru mériter l'attention de la Société à plusieurs points de vue. Il se fait remarquer par une exposition savante, par des aperçus ingénieux et par des déductions toujours rigoureuses, ainsi que vous allez en juger vous-mêmes par l'analyse succincte que nous allons avoir l'honneur de vous présenter.

L'auteur a d'abord exposé les faits connus dans la science, et ceux qu'il a pu observer lui-même, il les a colligés et appréciés avec talent, puis il a construit avec eux une histoire fidèle et presque complète de l'enchondrome testiculaire. Il y a donc dans ce mémoire deux parties bien distinctes ; la première renferme l'histoire critique de cette affection, la seconde se rapporte à son histoire dogmatique et clinique.

La première partie est précédée d'une introduction et d'un historique. L'introduction est consacrée à nous dire quel est le but de l'auteur en écrivant sa monographie.

M. Dauvé nous avertit trop modestement peut-être qu'il n'a pas l'intention de publier un traité complet sur les tumeurs cartilagineuses du testicule. Les faits, dit-il, ne sont pas assez nombreux, leur description est souvent trop concise et trop imparfaite, pour que des conclusions bien précises puissent être tirées. Mais en rapportant un cas remarquable qu'il a observé, il a voulu mettre en regard les faits analogues déjà publiés, et tirer de cette étude comparée quelques considérations pratiques. Nous verrons bientôt que M. Dauvé est resté fidèle à son programme, et qu'il ne s'est jamais laissé guider par l'imagination.

L'historique de l'enchondrome du testicule a paru à votre commission d'une exactitude rigoureuse. On pourra s'en faire une idée en voyant que M. Dauvé a cité plus de soixante ouvrages ou passages d'auteurs sur un sujet si restreint et tout récemment étudié.

M. Dauvé nous a d'abord tracé en quelques lignes l'histoire de l'enchondrome en général. Il a fait voir ce que la science devait à la France, à l'Angleterre, à l'Allemagne. Tout en rendant justice aux savants étrangers, nous avons vu avec satisfaction que, sans refuser à Muller l'honneur de l'impulsion, il s'attache à démontrer que bien avant le célèbre physiologiste allemand, M. Cruveilhier, en France, avait déjà décrit l'enchondrome sous le nom d'*ostéo-chondrophyte*.

Passant ensuite à l'histoire spéciale de l'enchondrome du testicule, il en fait une exposition fidèle. Il cite les travaux d'Ast. Cooper, de MM. Curling, Gosselin, Follin, Rokitansky, Virchow, l'observation de M. Lhonneur, la sienne propre, et celle de M. Verneuil, qui est inédite. Il se plaît à rendre justice à la thèse de M. le docteur Gyoux, que votre rapporteur vous avait offerte dans une des précédentes séances.

Vous le voyez, Messieurs, la science est déjà assez riche sur ce sujet pour entreprendre fructueusement et sans témérité une description de l'enchondrome testiculaire.

Votre commission est heureuse de constater ce résultat, et elle ne doit pas manquer de faire remarquer que la Société de chirurgie n'a pas été étrangère à cette féconde impulsion. Vous vous rappelez tous le savant rapport de notre honorable collègue M. Giraldès sur une observation de M. Paget, relative à l'enchondrome du testicule. De ce rapport est née la thèse de M. Gyoux, et bientôt après vous avez entendu les communications intéressantes de M. Richet, de M. Demarquay, et celles de MM. Dauvé et Lhonneur.

Pour arriver à utiliser tous ces documents, il fallait les examiner, les apprécier, juger de leurs différences et de leurs analogies ; c'est ce que M. Dauvé a fait avec un talent auquel la commission s'empresse de rendre justice.

De cet examen il est résulté cette première conséquence : que l'on pourrait grouper les faits connus en plusieurs catégories, à savoir :

1° L'enchondrome associé avec la maladie kystique ;
2° L'enchondrome associé avec l'encéphaloïde ;
3° L'enchondrome associé avec la maladie kystique et l'encéphaloïde à la fois;
4° L'enchondrome associé avec le tubercule ;
5° L'enchondrome associé avec le tissu fibreux et d'autres tissus ;
6° L'enchondrome pur.

Nous allons suivre M. Dauvé dans chacune de ses divisions :

1° Relativement à l'association de l'enchondrome avec la maladie kystique, M. Dauvé fait remarquer qu'il est admis généralement, et surtout par Curling, que la maladie kystique se complique souvent d'enchondrome dans le testicule ; il n'a pu cependant trouver qu'un seul cas où cette association lui fût bien démontrée, et encore, dans ce cas, le cartilage était tellement abondant, que si Curling lui-même n'avait pas constaté la nature kystique de la tumeur, il croirait que ce fait pourrait être considéré comme un des plus beaux cas d'enchondrome pur du testicule. M. Dauvé conclut néanmoins que ce fait peut démontrer l'association de ces deux affections.

Considérant, cependant, que le caractère de l'enchondrome est de présenter dans son évolution des kystes plus ou moins grands, et que M. Curling ne connaissait pas encore bien l'histoire de l'enchondrome quand il a décrit sa maladie kystique, la commission a pu se demander si aujourd'hui M. Curling considérerait encore ce fait comme se rattachant à la maladie kystique plutôt qu'à l'enchondrome, et elle serait elle-même plutôt disposée à admettre la dernière supposition. Il en résulte que sous ce rapport votre commission cherche encore des preuves qui démontrent l'association de la maladie kystique avec l'enchondrome.

2° Quant à l'enchondrome combiné avec l'encéphaloïde, il a été constaté d'abord par Muller, ensuite par Virchow, Baring (du Hanovre), par Paget, et enfin par notre collègue M. Demarquay. Il existe neuf cas dont l'examen a fourni à M. Dauvé les déductions suivantes. Les rapports réciproques des tissus ont été variables. Le plus souvent les deux produits morbides sont contenus dans des capsules fibreuses distinctes. Les faits démontrent que chaque produit marche avec son caractère propre, sans qu'il ait sur son voisin une influence bien marquée. Dans un cas de M. Paget il y avait ceci de curieux, c'est que les tumeurs lombaires renfermaient les cellules de l'encéphaloïde et ne contenaient aucune trace de cartilage. Ce fait à lui seul démontre bien la gravité relative de ces deux affections.

3° La combinaison de l'enchondrome avec l'encéphaloïde et la maladie kystique réunis a été observée trois fois. Nous devons ces observations à M. Cruveilhier, à Thompson et à Cæsar Hawkoni. Nous faisons encore ici les mêmes réserves que dans le premier chapitre à l'égard de la maladie kystique, et nous croyons que M. Dauvé aurait pu considérer ces kystes comme propres à l'enchondrome, de sorte que ces trois faits rentreraient naturellement dans la classe qui précède, et les réflexions que nous avons données à ce sujet s'y rapportent pleinement, ce qui nous dispense d'y revenir.

4° L'enchondrome s'associe rarement avec le tubercule. M. Dauvé rapporte seulement deux observations. L'une est à M. Letenneur, l'autre à M. Lebert. Cette dernière est parfaitement démonstrative.

5° L'enchondrome du testicule a été vu associé au tissu fibreux, à une masse phymatoïde, à des matières grasses amorphes et à du tissu fibro-plastique. Les faits qui démontrent cette association sont dus à MM. Robin et Ordoñez. Du reste, dans ces deux cas, le cartilage était rare et avait pour siége l'épididyme.

6° L'enchondrome pur ou type du testicule est démontré par huit observations qui sont dues par rang de date à Ast. Cooper, à MM. Zambaco, Paget, Jouon, Richet, Dauvé, Lhonneur et Verneuil. M. Dauvé a rapporté textuellement chacune de ces observations, dont la plupart vous sont suffisamment connues, puisqu'elles ont été communiquées à la Société et publiées dans nos Bulletins.

La commission doit vous faire remarquer cependant que l'observation de M. Verneuil est inédite, et qu'il n'est pas nécessaire de vous dire combien elle a contribué à enrichir le mémoire de M. Dauvé par les réflexions dont elle est accompagnée.

M. Dauvé ne s'est pas contenté de reproduire ces observations, il les a fait suivre des remarques propres à leur auteur et de celles qui lui appartiennent ; il en a de suite tiré les conclusions les plus immédiates, qui vont lui servir bientôt à édifier l'histoire de l'enchondrome testiculaire.

Cette seconde partie n'est en quelque sorte que le résumé de tout ce qui précède, c'est la substance même du travail ; c'est assez vous faire comprendre qu'elle en est la partie la plus importante. Il faut ajouter que pour en faciliter la lecture et l'intelligence, M. Dauvé la fait précéder d'un tableau qui permet d'un seul coup d'œil de juger chaque observation en particulier et de l'ensemble de son travail.

Pour l'exposition dogmatique, M. Dauvé a suivi la méthode classique, et il traite dans autant de chapitres de l'anatomie pathologique, des causes, des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement de l'affection cartilagineuse du testicule.

Dans l'anatomie pathologique, ce chirurgien commence par donner l'état des parties ambiantes, de la tunique vaginale, du cordon, des tuniques fibreuses et du dartos. Puis il décrit les lésions du parenchyme testiculaire et de l'épididyme.

Relativement à ce dernier point, il montre que l'enchondrome du testicule a été vu dans ses diverses phases de crudité, de ramollissement. Il insiste principalement sur le siége primitif de l'altération, qui est plus souvent dans le testicule que dans l'épididyme. Les observations lui montrent que le tissu cartilagineux peut se développer dans toutes les parties constituantes de l'organe et dans toutes ses régions. Ainsi l'affection a débuté dans les canaux du corps d'Higmore d'après Curling, dans les lymphatiques du *rete testis* et du cordon d'après Paget, dans le cordon épididymaire et dans les lymphatiques du corps d'Higmore d'après ses propres recherches, dans le tissu cellulaire interlobulaire d'après M. Verneuil, dans tous les tissus d'après M. Lhonneur, et enfin dans la tunique albuginée d'après M. Jouon.

Ainsi l'on voit que tous les tissus du parenchyme testiculaire peuvent être le siége primitif de la lésion, et dès lors nous sommes obligés de reconnaître que Curling était trop exclusif en professant que le cartilage débutait toujours par le corps d'Higmore.

Relativement à l'étiologie, M. Dauvé rejette l'influence des diathèses scrofuleuse, syphilitique ; mais il admet volontiers (et les faits le démontrent suffisamment) une diathèse propre, ou, si l'on veut nous permettre cette expression, une *diathèse cartilagineuse*. Il montre ensuite que l'hérédité n'est pas prouvée, et que c'est vers l'âge de 25 à 35 ans que la lésion est la plus fréquente.

Quant aux causes physiques, il ne voudrait pas admettre l'opinion de Müller, leur faisant jouer un grand rôle ; il reconnaît cependant qu'elles peuvent hâter la marche de l'affection.

D'après l'analyse de quinze observations où l'étiologie est notée, six fois les malades ont accusé une contusion du testicule, deux fois

---

s'accompagnant de symptômes généralement graves et de douleurs *cruciantes*, se forment entre l'os et le périoste; c'est ce que M. Chassaignac appelle abcès *sous-périostiques* aigus. Crampton, Weir, quelques Allemands, et Gerdy, en ont publié un très-petit nombre de cas ; Roux en a fait le sujet de plusieurs leçons, et nous en possédons une très-bonne observation de M. Guersant ; mais notre auteur est le premier qui ait su débrouiller ce cahos de *périostite superficielle*, de *périostite suppurative*, etc., en en retranchant la vague synonymie et tous les éléments disparates qui y avaient été introduits par quelques-uns des rares auteurs cités. Il faut lire l'article *Abcès périostique aigu* dans le livre lui-même, pour se faire une juste idée de ce que cet excellent travail renferme de savoir, de finesse d'observation, de bon sens et d'intelligence pratique.

c. N'attachez pas moins d'importance qu'au précédent, à l'article *Ostéomyélite* qui suit. Il s'agit dans celui-ci, où le diagnostic est traité de main de maître, d'une maladie nouvelle, dont l'éminent chirurgien de Lariboisière prétend, non sans quelque apparence de raison, composer une *triade* typhoïde avec l'abcès sous-périostique et le phlegmon aigu ; le premier de ces états pathologiques se distingue des deux autres par une sensation de fracture, sans fracture perçue par les patients, et le dernier des deux premiers par l'absence de globules huileux dans le pus.

d. Enfin, l'ordre continue à s'introduire dans le fouillis des maladies osseuses. On a placé ici, pour l'instruction de tous, et comme trait d'union entre ce qui précède et la carie, une étude bien faite de l'ostéite suppurée, toujours négligée, sinon méconnue. Il est donc désormais interdit d'employer le mot ostéite comme synonyme de carie.

e. Ce qui distingue la carie de l'ostéite suppurée, de l'ostéo-malacie, c'est son phagédénisme chronique. Bien qu'elle attaque de préférence le tissu compacte des os, elle a pour caractère anatomique un aspect spongoïde, dû à la disparition des sels calcaires et à la vascularité exagérée de la trame osseuse et du périoste, devenu moins adhérent. Dans l'ostéite suppurée, le pus est sans mélange de matière minérale ; dans la carie, la substance osseuse pulvérulente est incessamment charriée par le pus. Ce qu'il y a de consolant, c'est que l'on peut compter sur la puissance du drainage, appliqué à tous les points de l'édifice osseux et aidé de tous les moyens généraux connus, pour obtenir la cure radicale de la carie, quand elle est encore possible.

L'histoire de la nécrose et des suppurations osseuses spécifiques, poursuivie avec le même soin, avec la même ardeur scientifique, termine d'une manière fort convenable ce chapitre important.

2° On n'aborde qu'en portant un pronostic grave les suppurations articulaires et péri-articulaires, issues de causes aussi variées que leurs formes ; aussi pensons-nous que les praticiens seront heureux de lire dans le volume que nous parcourons, toutes les observations données à l'appui du triomphe du drainage sur les autres procédés curatifs dans ces affections redoutables.

Enfin, le volume est clos par quatre sections d'inégale étendue et non moins dignes que les autres de provoquer au travail le nombre malheureusement trop restreint des lecteurs sérieux ; elles sont relatives à la suppuration dans les tissus muqueux, séreux, glanduleux, et dans les productions accidentelles.

III. Sous la puissante direction de l'auteur, débarrassé des généralités, il vous sera facile de poursuivre, à travers la troisième partie, qui remplit le second volume tout entier, l'histoire de la suppuration dans chaque appareil, dans chaque organe, *a capite ad calcem*. « C'est là que le terrain devient tout à fait clinique et que chaque assertion est justifiée par des exemples spéciaux. » Laissez-vous conduire ; jamais vous ne vous serez abandonné à un guide plus ingénieux et plus sûr.

Vous plaindrez-vous aussi du grand nombre d'observations qui, suivant les gens superficiels, embarrassent le texte et gonflent les tomes ? Vraiment il fallait un siècle comme le nôtre pour que pareille accusation pût être formulée ! Les ennemis si passionnés, si injustes de J. L. Petit lui ont-ils fait un crime de ce procédé didactique ? Mais lisez-les, ces observations d'une incontestable valeur, afin de vous convaincre qu'elles occupent la place abandonnée dans d'autres ouvrages à une érudition facile, vulgaire, et de douteux aloi.

Le style a des négligences ! Quand cela serait ! L'auteur n'aurait-il pas bien fait de sacrifier parfois l'élégance à la clarté, dans un ouvrage d'aussi longue haleine ?

En résumé, le livre est bon, utile à propager dans l'intérêt de la science et un peu aussi de l'humanité. Pas un initiateur, j'oserais l'affirmer, ne le recommandera aux hommes de bonne volonté, sans leur répéter avec le poëte :

Nocturna versate manu, versate diurna.

Dr E. A. ANCELON.

un violent effort, une fois une orchite blennorrhagique. Dans le cas de Paget, la contusion a manifestement hâté le ramollissement. Enfin, dans cinq autres cas, la cause reste ignorée.

Il semblerait, d'après cela, que la lésion physique est fréquente; mais il ne faut pas trop se laisser aller à tenir compte du récit des malades sur ce point, parce qu'ils sont toujours disposés à rapporter aux causes extérieures le principe de leur maladie. Et la commission pense avec M. Dauvé que la cause est inconnue, ou, si l'on veut, qu'elle tient à une cause spéciale ignorée, à une diathèse cartilagineuse.

Dans la description des symptômes, M. Dauvé n'a pas suivi une marche didactique; il a préféré se placer au point de vue clinique, et il a fait voir que l'enchondrome se présente ici, comme dans les autres organes, sous trois aspects, en insistant surtout sur la période de début ou de crudité, et sur celle de ramollissement. Il passe successivement en revue la douleur, la forme de la tumeur, son volume, son poids, sa consistance. Il donne un aperçu rapide des symptômes généraux, de la marche et de la durée de la maladie, qui lui paraît être en moyenne de vingt et un mois. A cet égard, votre rapporteur pense qu'il y a une fausse interprétation des faits. La plupart des malades ayant été opérés et étant morts des suites de l'opération, ne peut-on pas se demander si l'affection n'aurait pas mis un temps plus long pour arriver à cette fatale issue si on l'avait abandonnée à elle-même? L'histoire générale de l'enchondrome nous ferait croire que la durée de son développement est plus considérable que ne l'a indiqué M. Dauvé. Nous profiterons de cette circonstance pour signaler une petite lacune dans l'œuvre que nous analysons: c'est l'influence de cette maladie sur les fonctions génitales. Nous n'avons à cet égard, il est vrai, que des renseignements incertains; mais, enfin, il aurait fallu au moins en dire quelques mots.

Quant au diagnostic, il a fourni à M. Dauvé un chapitre des plus intéressants. Notre auteur a d'abord résumé les caractères généraux de l'enchondrome du testicule, puis il l'a comparé aux diverses tumeurs des bourses.

Longue durée de la maladie, lenteur dans l'évolution, indolence à la pression, état sain du cordon et des enveloppes, dureté spéciale, élasticité, volume et poids considérables, forme ovoïde et surface irrégulière et légèrement mamelonnée, siége constant dans un seul organe, telle est la physionomie sous laquelle M. Dauvé nous présente l'enchondrome testiculaire, tels sont les signes qui permettront d'arriver à son diagnostic. M. Dauvé pense que la sensation de pointes dures et élastiques peut à elle seule servir de base au diagnostic; mais cette sensation tant désirable manque souvent, soit à cause de l'épaississement de la tunique vaginale, soit à cause d'un petit épanchement dans cette tunique; de sorte qu'il faut interroger le plus souvent tous les signes que nous venons d'énumérer.

Malgré cela, nous croyons que ce diagnostic offre encore quelques difficultés, et nous devons savoir gré à M. Dauvé d'avoir établi le diagnostic différentiel de cette affection, avec l'hydrocèle simple ou compliquée de l'épaississement de la tunique vaginale, l'hématocèle, l'orchite aiguë, l'orchite chronique, le testicule syphilitique, l'encéphaloïde, le tubercule et la maladie kystique.

Votre commission, Messieurs, a vu avec satisfaction que M. Dauvé avait accordé une grande valeur à un signe donné par M. Gosselin pour déterminer la nature des tumeurs du testicule. Dans les tumeurs solides, en effet, la dureté est surtout apparente et superficielle en arrière. De ce fait général, applicable à beaucoup de circonstances, on peut arriver, par exemple, à distinguer l'enchondrome de l'hydrocèle avec épaississement des parois de la tunique vaginale. Ainsi, dans ce dernier cas, la tumeur aura une dureté égale dans toute sa circonférence, tandis que dans l'enchondrome la dureté sera plus manifeste, plus accessible en arrière.

Quant au pronostic et à la nature de l'enchondrome, M. Dauvé les a formulés d'une manière très-nette, soit en se basant sur l'histoire générale de cette affection, soit en invoquant les faits spéciaux. Je ne crois pas, dit-il, que l'enchondrome testiculaire soit une affection maligne, dans le sens scientifique attaché à ce mot quand il s'applique au cancer. Mais ces faits prouvent que les tumeurs cartilagineuses du testicule peuvent se généraliser dans les viscères, se développer dans les ganglions lymphatiques, et entraîner dans ces deux cas, par leur développement rapide ou par leur ramollissement, les désordres les plus graves.

Examinant la question du résultat des opérations, M. Dauvé nous montre toute la gravité de cette affection, puisque sur huit observations d'enchondrome pur il y a eu trois morts, quatre guérisons et un cas ignoré. Dans les trois cas de mort, le premier a succombé à des tumeurs cartilagineuses dans les poumons et les lymphatiques du cordon; le second à des tumeurs lombaires ayant perforé le duodénum; le troisième à des troubles graves de la respiration dont la nature reste inconnue, puisque l'autopsie n'a pu être pratiquée.

Pour le traitement, M. Dauvé a posé les indications de l'opération de la castration avec une grande sagesse, ce qui, il faut le dire, n'est pas commun chez les jeunes chirurgiens.

Nous voilà arrivés à la fin de notre analyse, qui peut maintenant vous mettre à même de juger que les éloges donnés par la commission à l'auteur de ce travail ne sont pas immérités.

M. le rapporteur fait ici l'énumération de plusieurs autres travaux de M. Dauvé, et termine ainsi:

Pour tous ces motifs, et spécialement en ce qui concerne le mémoire sur l'enchondrome, la commission vous propose les conclusions suivantes:

1° Des remercîments et des félicitations à l'auteur;

2° Renvoyer le mémoire au comité de publication pour être inséré dans les *Mémoires* de la Société;

3° L'inscription de M. Dauvé au nombre des candidats aux places vacantes de membres correspondants.

Les conclusions sont adoptées.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre les rapports des commissions nommées pour préparer les élections aux titres de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On nous assure que MM. les ministres de l'intérieur et du commerce viennent de prendre collectivement un arrêté qui charge une commission de rechercher quelles sont les causes du *crétinisme* dans certaines contrées de la France, et quels pourraient être les moyens d'y remédier. Cette commission, présidée par M. Rayer, serait composée de MM. Mélier, Tardieu, Parchappe, Constant, Anthelme et Morel (de Rouen).

— M. le docteur Hannin (de Gondrecourt) nous adresse les renseignements suivants sur l'assassinat de notre malheureux confrère Guyot (de Saint-Joire), dont quelques circonstances ont été rapportées d'une manière inexacte:

Il n'est pas vrai que Vincent, l'assassin, ait été traité pour une maladie *vénérienne*, qu'il ait recherché une jeune fille en mariage, et que M. Hannin ait été consulté sur son état de santé par le père de la future.

M. Guyot l'a soigné il y a huit ans environ, et il n'est allé réclamer les soins de M. Hannin que bien longtemps après, il y a deux ans. Il était atteint d'une affection strumeuse ou scrofuleuse, et il est à peu près certain que M. Guyot ne lui a pas fait de *saignées*.

Quant à ce qui me regarde, ajoute M. Hannin, mes soins ont consisté en quelques coups de bistouri avec prescription d'un traitement dépuratif et d'un régime fortifiant. Le malade s'en est bien trouvé, il l'a dit à qui a voulu l'entendre à Saint-Joire, et il est même venu me remercier deux fois en m'apportant des présents. Depuis cette époque je l'ai perdu de vue.

Depuis sept à huit mois, paraît-il, il était décidé à nous assassiner, prétendant que nous lui avions donné de mauvais remèdes qui avaient détruit sa santé et empoisonné son existence. Je traitais dans le courant du mois dernier, avec M. Guyot, un malade à Saint-Joire, et Vincent n'a cessé de nous guetter avec sa pioche et son pistolet jusqu'au 26 au soir, jour fatal pour mon malheureux confrère, qu'il a massacré à coups de pioche, réservant son autre instrument pour le lendemain.

Je ne sais ce qui a pu déterminer ce malheureux. Pourquoi a-t-il changé si subitement d'opinion à l'égard de ses deux médecins? Est-il devenu tout à coup monomaniaque?.....

— Le Journal *le Temps* publie la statistique suivante:

Aux termes de la loi du 11 mars 1803 sur l'exercice de la médecine, et l'arrêté du 8 juin 1805, nul ne peut exercer la profession de médecin ou de chirurgien dans le département de la Seine s'il n'a préalablement fait enregistrer son diplôme aux secrétariats de la préfecture et des deux sous-préfectures de Sceaux et de Saint-Denis.

1,729 docteurs en médecine et en chirurgie ayant accompli ces formalités exerçaient à Paris dans le cours de l'année 1861.

440 étaient membres de l'ordre de la Légion d'honneur: 1 grand-officier, 15 commandeurs, 63 officiers et 361 chevaliers.

Ainsi, sur 4 médecins ou chirurgiens, 1 est décoré. La proportion des croix est beaucoup moins grande parmi les avocats inscrits au tableau de la Cour impériale.

Sur 696 avocats que nous trouvons dans l'*Almanach impérial*, 40 seulement sont décorés (1 commandeur, 4 officiers et 35 chevaliers). Il convient de remarquer à ce sujet que beaucoup de médecins rentrent dans la catégorie des fonctionnaires par les emplois qu'ils occupent, soit dans les hôpitaux, soit dans les différents services de l'assistance, de la garde nationale et de la santé publique.

— La Société médicale du 4me arrondissement a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau, qui se trouve ainsi composé pour l'année 1862:

Président, M. Deville; *vice-président*, M. Ledeschault; *secrétaire général*, M. Vinchon; *secrétaire annuel*, M. Ossian Henry fils; *trésorier*, M. Naudinat.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 5. — MARDI 14 JANVIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 5. — MARDI 14 JANVIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 JANVIER 1862.

Séances des Académies.

L'Académie des sciences, dans sa première séance de l'année (6 janvier), a procédé à l'élection d'un vice-président pour l'année 1862, le vice-président de l'année dernière passant de droit, comme on le sait, à la présidence.

M. Velpeau a été appelé par les suffrages de l'Académie à la vice-présidence pour la présente année.

M. le président sortant a fait connaître, suivant l'usage, l'état des publications de la Compagnie et les changements arrivés parmi ses membres depuis le 1er janvier 1861. Elle a perdu, dans les sections des sciences physiques et naturelles, M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire et M. Tiedemann, associé étranger, récemment remplacé par M. le baron de Liebig (de Munich). Elle aura une nomination de membre titulaire à faire dans la section d'anatomie et zoologie. Les membres élus dans le courant de l'année pour ces mêmes sections sont : M. Duchartre, dans la section de botanique; MM. Daubrée et Henri Sainte-Claire Deville, dans la section de minéralogie; MM. Gervais et Puskinje, correspondants, dans la section d'anatomie et zoologie. Elle a perdu, enfin, deux correspondants, l'un dans la section de médecine et chirurgie, M. Maunoir, l'autre dans la section d'anatomie et zoologie, M. Rathke. Elle aura à pourvoir à la nomination d'un correspondant dans la section de médecine et chirurgie, en remplacement de M. Maunoir.

—L'Académie de médecine, dans sa séance extraordinaire de samedi, a entendu la lecture du rapport général annuel sur les épidémies pour l'année 1860, fait au nom de la commission permanente par M. Jolly, son secrétaire rapporteur pour cette année. Nous n'avons emprunté à ce document important, qui renferme des considérations générales très-intéressantes sur les épidémies et sur la topographie, la météorologie, la géologie et l'hydrologie médicales, que le résultat brut relativement à la proportion de la mortalité par épidémies pendant l'année 1860. Nous aurons à faire probablement plus d'un emprunt utile à ce rapport, lorsqu'il aura été publié.

Avant cette lecture, M. Robert a soumis à l'approbation de l'Académie la nouvelle rédaction des conclusions de son rapport sur le pessaire de M. Grandcollot; ces conclusions ont été adoptées, malgré les nouvelles oppositions qu'elles ont rencontrées de la part de quelques membres. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Spléno-mégalie donnant lieu à une névralgie périodique (dite fièvre larvée).

L'observation que nous publions aujourd'hui est remarquable à plus d'un titre. D'abord, elle démontre une fois de plus l'importance extrême des études plessimétriques en général, et, en particulier, leurs utiles applications au diagnostic des splénopathies. Ensuite, elle nous fait en quelque sorte toucher du doigt la corrélation qui existe non-seulement entre les fièvres intermittentes légitimes et les splénopathies, mais encore entre celles-ci et les fièvres dites larvées.

D'ailleurs, ce fait qui vient s'ajouter à tant d'autres, n'a pas besoin de commentaires, il parle de lui-même assez éloquemment.

Au no 17 de la salle Saint-Charles, service de M. le professeur Piorry, est couché le nommé N..., âgé de vingt-sept ans, cordonnier, d'une force moyenne, et en apparence d'une faible constitution. Ce malade, par ses réponses, par ses gestes et par son air hébété, ferait croire, au premier abord, qu'il est atteint d'aliénation mentale.

Il se plaint d'éprouver depuis longtemps des maux de tête, et si on vient à lui demander de préciser le genre de douleurs qu'il éprouve, l'intensité de ces mêmes douleurs et leurs limites précises, il fait à ces questions des réponses vagues et évasives.

Les mouvements qu'il exécute sont très-brusques, et il est d'une telle sensibilité sur tous les points du corps, principalement dans la région hypochondriaque gauche, que si on vient à lui percuter la région splénique, il bondit dans son lit.

A force de questions, il finit par déclarer que hier son mal de tête a été très-violent à six heures du soir.

M. le professeur Piorry mesure la rate et constate qu'elle a plessimétriquement huit centimètres de haut en bas. Il prescrit à ce malade trois cuillerées d'extrait de quinquina, préparé selon la méthode de M. Armand.

Le foie et le cœur sont très-petits.

Le sommet du poumon droit est moins sonore que celui du côté gauche, et la respiration s'y fait moins bien.

Le lendemain de son entrée, 4 janvier, le malade est dans un état bien plus satisfaisant et répond assez clairement aux questions qu'on lui adresse.

Il raconte qu'il y a plus de dix années, alors qu'il habitait les bords de la Loire, dans un pays marécageux, il avait éprouvé plusieurs accès de fièvre intermittente, dont il a été incomplétement guéri. De 1852 à 1858, il a parcouru la France en divers sens et s'est ressenti parfois, mais cela d'une manière très-irregulière, de quelques accès fébriles intermittents. Dans le courant de l'année 1857, lors de son séjour à Lyon, il se vit contraint d'entrer à l'hôpital de cette ville pour s'y faire soigner de sa fièvre intermittente, qui l'avait repris de nouveau avec une certaine intensité. Au bout de peu de jours, il sortit de cet hôpital, ne se ressentant plus d'aucun mal.

En 1860, notre malade est venu habiter Paris, rue Saint-Honoré. Sa santé a été bonne jusqu'au mois de novembre dernier, époque à laquelle il a commencé à ressentir à certaines heures de la journée, et plus particulièrement de la nuit, de violentes douleurs névralgiques occupant tout le côté gauche de la tête et de la face.

Le malade entend moins bien de l'oreille gauche que de la droite, et les douleurs névralgiques qu'il éprouve sont contusives et exaspérées par la pression des parties endolories. De temps en temps il ressent quelques frissons et des sueurs; mais cela, avec peu de fixité.

La veille, ses douleurs névralgiques ne sont pas revenues à six heures du soir; il s'en est cependant ressenti pendant la nuit, quoique avec une intensité beaucoup moins grande. La rate est diminuée de volume, et elle n'a plus que 6 centimètres et demi de haut en bas.

La rate, moins douloureuse qu'hier à la percussion, l'est manifestement encore à son bord inférieur.

On administre de nouveau au malade trois cuillerées d'extrait de quinquina.

Le 5 janvier, le malade trouve beaucoup d'amélioration dans son état de santé. Non-seulement il ne s'est pas ressenti à six heures du soir et pendant la nuit de ses violentes douleurs, mais il a pu la nuit dernière goûter un repos dont il n'avait pu jouir depuis quelque temps.

La rate, mesurée par le plessimètre, n'a plus que 5 centimètres et demi de haut en bas.

On administre de nouveau trois cuillerées d'extrait de quinquina.

Le 6, le malade est guéri; ses douleurs ont disparu, ses réponses sont claires et nettes. Il n'a plus cette sensibilité exagérée qu'il manifestait les jours précédents, surtout lors de la percussion de la région splénique.

La rate, revenue à son état normal, n'a plus que 4 centimètres et demi.

Le 7, le malade est dans un état de santé très-satisfaisant. Il demande à sortir de l'hôpital; mais dans la crainte où l'on est d'une récidive et pour assurer sa guérison, on préfère le garder encore quelques jours.

La rate n'a pas changé de volume; elle a toujours 4 centimètres et demi.

Le 9 janvier, le malade va à Vincennes. L. GUICHARD, externe du service.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. DESMARRES.

Choroïdite syphilitique.

Par M. le Dr Xavier GALENZOWSKI, chef de clinique.

Il y a très-peu d'organes dans l'économie humaine qui soient à l'abri de l'affection syphilitique, et tous les jours on acquiert la preuve que des organes, qui étaient considérés jusque-là comme inaccessibles à ces maladies, y sont sujets. Sans parler des cas de kératites syphilitiques observés par Benjamin Bell et par M. Pétrequin, de cataractes de même nature signalées par Lallemand, cas qui sont discutables, il est vrai, ne suffirait-il pas de citer les amauroses syphilitiques dont l'existence a été signalée déjà par un grand nombre d'observateurs, ainsi qu'il résulte du dernier compte rendu de la clinique de M. le professeur Velpeau ?

Mais pendant longtemps on ne s'est rendu compte que d'une manière très-vague de ces sortes d'amauroses; et, sans localiser ni préciser davantage, on a attribué la cécité à une lésion syphilitique des membranes internes de l'œil.

M. Desmarres est le premier qui ait observé et décrit dans son *Traité des maladies des yeux*, l'affection syphilitique de la rétine, sous le nom d'œdème de la rétine ou rétinite syphilitique. Il a en outre constaté qu'à part les infiltrations, il y avait des changements dans la choroïde, et que l'affection de cette membrane n'était que la conséquence de l'inflammation de la choroïde.

Ainsi, M. le docteur Zambaco a publié, dans son mémoire déposé à l'Académie, en réponse à la question suivante, proposée pour le concours des prix : *Des affections nerveuses dues à la diathèse syphilitique*, et couronnée en 1859, des observations de choroïdite syphilitique datant de 1857 et qui lui ont été communiquées par M. Desmarres.

Cette opinion ne me paraît pas douteuse, et d'après les observations que j'ai recueillies pendant deux années consécutives dans la clinique de M. Desmarres, je puis dire avec certitude que dans la majorité des cas, c'est la choroïde qui est primitivement atteinte, lorsque l'ophthalmoscope nous démontre l'existence d'un trouble dans le corps vitré et d'exsudations dans la choroïde.

Sur le nombre considérable de malades qui viennent tous les ans à cette clinique, il y en a de vingt à trente atteints de choroïdite syphilitique. Ainsi, par exemple, dans les dix mois de l'année courante, nous avons eu dix-huit malades atteints de cette maladie. Dans un cas particulier, l'affection était principalement concentrée dans la rétine et dans la papille du nerf optique, la choroïde n'étant que légèrement congestionnée. Mais je ne doute pas que si le mal n'eût été arrêté dans son origine, la maladie n'eût pris des proportions plus graves, avec la forme d'une vraie choroïdite syphilitique telle que nous allons la décrire.

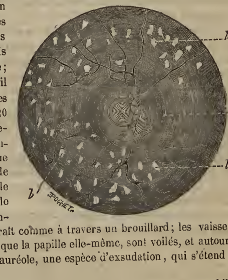
Voici quelques observations de cette maladie :

OBS. I. — M. G..., âgé de trente-six ans, militaire, et secrétaire aux bureaux de la garde de Paris, d'une bonne santé et d'une constitution robuste, ayant toujours eu une bonne et longue vue, s'apercevant qu'elle s'affaiblissait, vint à la clinique de M. Desmarres le 26 septembre 1860.

Le malade nous dit qu'en octobre 1859 il a eu un chancre et un bubon, suivis, au mois de décembre de la même année, de symptômes secondaires, tels qu'éruptions sur tout le corps, végétations à l'anus, plaques muqueuses à la langue, boutons dans le cuir chevelu.

Après un traitement mercuriel de trente-deux jours, tous les symptômes ont disparu. Malheureusement ce traitement n'a pas été continué assez longtemps pour neutraliser complétement l'action du virus, qui se porta sur les yeux. Déjà, au mois de mai 1860, la vue était devenue trouble et fatiguée, au point que M. G... ne pouvait continuer son travail de bureau; huit jours de repos suffirent pour remettre les yeux de cette fatigue, et G... put reprendre son travail, et le continua jusqu'au mois de septembre, malgré de fréquentes fatigues.

Vers la mi-septembre, la vue se troubla complétement; il ne pouvait plus ni lire ni écrire. Ce fut alors qu'il se décida à venir à notre clinique; et voici ce que nous avons constaté : paupières saines, conjonctives, non injectées, rien dans la cornée ni dans l'iris; la pupille se contracte bien dans les deux yeux, et il n'y a rien dans le cristallin. Le malade ne voit rien de loin, et de près il peut compter les doigts à un pas, mais il ne peut pas lire; à peine reconnaît-il une ou deux lettres des numéros 19 et 20 des caractères de Jaeger. L'examen ophthalmoscopique ne nous montre pas de changements dans le cristallin, ni dans le corps vitré; cependant la rétine apparaît comme à travers un brouillard; les vaisseaux de la papille, ainsi que la papille elle-même, sont voilés, et autour de celle-ci, il y a une auréole, une espèce d'exsudation, qui s'étend à 5 ou 6 millimètres.



Il était évident que nous avions affaire à une choroïdite syphilitique; nous conseillâmes donc d'appliquer une ventouse scarifiée près de chaque oreille; de faire des frictions au pourtour des orbites, matin et soir, avec l'onguent napolitain; de prendre tous les jours, matin et soir, une pilule contenant 0,05 cent. de proto-iodure de mercure, et de bassiner l'œil avec le collyre au sublimé, 0,01 cent. pour 440 gr. d'eau distillée.

Après un mois de traitement, la vue était sensiblement améliorée. Nous prescrivîmes de prendre les mêmes pilules alternativement avec la potion iodée contenant 6 gr. d'iodure de potassium pour 200 gr. d'eau.

Le résultat de ce traitement était on ne peut plus satisfaisant, et déjà au commencement du mois de décembre, le fond de l'œil était presque complétement éclairci, le malade pouvait lire et écrire, quoi-

que le travail le fatiguât encore. Nous avons recommandé le repos des yeux jusqu'à la complète guérison, et la continuation du traitement pendant quelques mois encore; mais le malade se croyant guéri reprit son travail et cessa le traitement.

Au bout de deux mois, la vue se troubla de nouveau, et il revint à la clinique le 26 juin de l'année courante.

Son état était déplorable, la vue était presque complétement perdue; il ne pouvait pas même se conduire; il distinguait encore la lumière et apercevait l'ombre de la main qu'on passait devant son œil. A l'extérieur, les yeux ne présentaient pas des changements notables. On voyait une légère injection des vaisseaux ciliaires extérieurs, sans changement de l'iris ni de la pupille.

Avec l'ophthalmoscope nous avons trouvé une grande quantité de flocons dans le corps vitré, principalement dans l'œil droit. Ces flocons avaient l'aspect d'une toile d'araignée épaisse, se pliant ou se dépliant dans les différents mouvements de l'œil.

La pupille n'était visible qu'à travers un grand brouillard; elle était d'une teinte blanche rougeâtre, les vaisseaux amincis, les contours mal dessinés, à cause d'une auréole grisâtre dont elle était entourée; la choroïde congestionnée. On apercevait des taches jaunâtres (*b*) dans la partie périphérique de la choroïde.

L'œil gauche présentait le même état, mais à un degré moins prononcé.

Nous lui prescrivîmes trois pilules de Sédillot tous les jours, alternativement avec la potion iodée de 8 grammes (une cuillerée); une ventouse sur la tempe de chaque côté; friction avec onguent napolitain au pourtour des orbites, matin et soir, et le collyre au sublimé pour bassiner les yeux trois fois dans la journée.

Le 18 juillet, nous constatons un peu d'amélioration; le malade distingue un peu mieux les objets, mais il ne peut pas se conduire dans la rue tout seul. Le fond de l'œil s'éclaircit un peu. Les pilules de Sédillot sont remplacées par celles de proto-iodure de mercure; le reste du traitement est le même.

Le 1er août, bains au sublimé deux fois par semaine pendant trois semaines.

Le 20 août, bains supprimés; le reste du traitement, le même; pas de salivation.

Le 30, le malade va beaucoup mieux; il se conduit dans la rue tout seul, distingue de près la figure d'une personne, quoique imparfaitement. Les yeux sont très-sensibles à la lumière: flocons moins épais; la papille est plus visible, la rétine moins infiltrée, et sur toute la choroïde on aperçoit des taches blanches, jaunâtres, rondes, bien limitées; elles sont très-nombreuses, situées dans la périphérie, principalement du côté externe et supérieur, et on pourrait les comparer à une éruption.

Comme l'estomac ne fonctionne plus très-bien, nous avons suspendu le traitement interne pour deux semaines, aussi bien que la friction mercurielle.

Le 15 septembre, le malade reprend le même traitement interne; mais à plus faibles doses. Sous l'influence de cette médication, il va de mieux en mieux.

Le 30 octobre, nous pouvons constater qu'il lit le n° 6 des caractères de Jaeger, quoique avec difficulté; mais il voit toujours les objets dans un brouillard. Les flocons, quoique diminués, existent toujours dans l'œil gauche, principalement. En même temps la photophobie est très-forte par suite de l'état de la rétine, dont l'infiltration n'a pas encore complétement disparu. Le champ visuel est en même temps diminué, principalement dans le sens transversal; il ne voit que sur l'étendue de 14 centimètres en dedans et 20 centimètres en dehors. Nous espérons cependant que, si le traitement spécifique est continué pendant quelques mois encore, la vue s'améliorera davantage, et le malade sera placé dans une condition relativement favorable pour mener une vie tranquille; mais il devra abandonner les travaux de bureau.

Obs. II. — Mme C..., quarante-deux ans, couturière, se présente à la Clinique, le 4 septembre 1861, pour consulter sur sa vue qui est presque complétement perdue; elle ne distingue pas les personnes, et ne peut même pas se conduire seule. Sa vue avait été toujours excellente.

Il y a deux ans cette femme a eu un chancre; deux mois après apparurent des éruptions sur tout le corps, des plaques muqueuses dans la bouche et un mal de gorge très-intense. Soumise au traitement antisyphilitique, elle allait déjà un peu mieux, lorsqu'elle accoucha d'un enfant très-chétif, couvert d'éruptions, et qui succomba en quelques semaines.

Au mois de décembre 1860 la malade fut prise d'une iritis syphilitique double, qui se dissipa après deux mois de durée.

Au mois d'avril suivant, la vue se troubla de nouveau; les yeux devinrent rouges; elle voyait une grande quantité de mouches volantes, et tous les objets se présentaient comme à travers une gaze: elle ne pouvait plus travailler.

Dans les derniers jours du mois d'août la maladie a fait des progrès rapides; ne pouvant plus se conduire, la malade vint nous consulter.

Etat présent : Cercle rouge péricornéen; cornée saine; iris brun sale dans les deux yeux; le bord pupillaire frangé; synéchies postérieures multiples, principalement dans l'œil gauche; la pupille est noire, irrégulière à gauche, et immobile.

A l'ophthalmoscope, on trouve des synéchies postérieures et des dépôts de pigment sur la capsule; le fond de l'œil apparaît rouge, et le corps vitré ne contient pas de flocons, mais l'examen de la rétine dans les deux yeux est presque impossible, elle apparaît comme à travers un brouillard; la papille est à peine visible, elle se présente comme une tache un peu plus blanche que le reste; les vaisseaux de la rétine, aussi bien que la choroïde, ne sont pas davantage reconnaissables.

Cet état est dû à une choroïdite syphilitique. Nous prescrivons une instillation de 15 à 20 gouttes d'atropine par jour dans chaque œil, des frictions avec l'onguent napolitain au pourtour des orbites, collyre au sublimé, et les pilules au proto-iodure de mercure de 0,05 cent. (une le matin et une le soir).

Le 12 septembre, la rougeur péricornéenne a disparu; le fond de l'œil est moins trouble.

Le 19, la malade voit moins de brouillard et commence à compter les doigts. La papille du nerf optique se voit plus distinctement; l'infiltration péripapillaire a sensiblement diminué; on peut apercevoir dans l'œil gauche de petites exsudations rondes, disséminées çà et là sur la partie périphérique de la choroïde.

Le 27, la malade, venue toute seule pour la première fois à la consultation, distingue les lettres du n° 20 des caractères de Jaeger.

Le 3 octobre, la vue n'a pas changé depuis la dernière visite; mais la malade se plaint d'avoir les yeux très-sensibles à la lumière. La friction mercurielle est supprimée, et nous lui conseillons de prendre la potion iodée alternativement avec les pilules de proto-iodure.

Le 10, il y a de l'amélioration; la malade voit moins de brouillard et elle peut distinguer de l'œil gauche les lettres du n° 14. Le champ visuel est sensiblement diminué, principalement dans l'œil droit.

Le 16, l'œil droit ne voit rien. Avec l'ophthalmoscope nous constatons que les contours de la papille du nerf optique sont plus apparents; le fond de l'œil est en général moins trouble, mais les vaisseaux sensiblement atrophiés, et vers la périphérie on trouve les dépôts pigmentaires dans la rétine.

L'œil gauche va bien, et, vu la marche de la maladie et l'effet du traitement, nous pouvons espérer que la malade pourra recouvrer la vue de cet œil au point de pouvoir travailler, quoique avec une certaine précaution.

Ces observations sont suffisantes pour donner une idée de la maladie dans ses formes les plus fréquentes. Nous avons remarqué que sur les dix-neuf cas observés cette année, six fois il n'y avait qu'un seul œil atteint; dans trois cas les signes de l'affection secondaire n'ont pas été constatés; six fois la maladie a eu lieu avec iritis, et treize fois il n'y avait pas la moindre trace de l'inflammation de l'iris.

Les signes ophthalmoscopiques étaient partout les mêmes: trouble général du corps vitré, et pour la plupart sans flocons; exsudation péripapillaire, diminution du volume des vaisseaux.

Après avoir comparé tous les cas de ce genre, et nous conformant à ce que professe M. Desmarres, nous nous permettons de formuler les conclusions suivantes sur la choroïdite syphilitique en général:

1° L'une des formes les plus fréquentes de l'amaurose syphilitique est la choroïdite syphilitique, bientôt suivie de désordres dans la rétine.

2° Cette maladie présente trois phases différentes ou périodes. Dans la première période, on trouve un trouble du corps vitré, des exsudations péripapillaires dans la choroïde et des infiltrations de la papille du nerf optique; la papille par conséquent apparaît voilée, masquée à la manière d'une lune regardée pendant un épais brouillard.

Dans la deuxième période, le trouble du corps vitré diminue sensiblement; ce n'est que par exception qu'on voit se former des flocons en forme d'une toile d'araignée. La papille du nerf optique reste infiltrée, ses contours restent diffus, et les parties environnantes de la rétine opaques. Le reste de la rétine, dans les deuxième et troisième périodes, reprend sa transparence normale. Les vaisseaux du nerf optique et de la rétine diminuent de volume; la choroïde se couvre dans sa périphérie d'exsudations multiples en forme de plaques rondes, blanches, grisâtres, ce qui se présente comme une éruption blanche sur le fond de l'œil. Dans la troisième période, le corps vitré reprend sa transparence normale, la papille se dégage des exsudations, la circulation devient plus libre dans les vaisseaux de la rétine, et la vision se rétablit, quoique avec diminution du champ périphérique. Ou bien, ce qui arrive malheureusement plus souvent, la papille s'atrophie, les vaisseaux diminuent de volume, et il se produit des infiltrations pigmentaires dans les parties périphériques de la rétine, ce que j'ai très-bien observé dans les deux cas décrits plus haut.

3° La choroïdite syphilitique se développe ordinairement bientôt après l'apparition de l'affection secondaire; quelquefois cependant elle peut se développer beaucoup plus tard.

4° Elle se développe le plus souvent sans iritis, comme cela se voit dans la première observation.

5° La choroïdite syphilitique se développe tout aussi souvent dans un œil que dans les deux yeux à la fois. Quand il n'y a qu'un seul œil de pris, il peut se faire que l'affection ne se porte pas sur l'autre œil, principalement si le traitement antisyphilitique est administré. Dans d'autres cas, au contraire, la maladie, restant uni-oculaire, atteint à la longue l'autre œil.

6° On voit quelquefois l'iritis syphilitique se développer dans un œil avec ou sans choroïdite, et bientôt après survenir une choroïdite sans iritis dans l'autre œil.

7° La marche de cette maladie est ordinairement très-lente; elle se développe pendant des mois entiers, présente des améliorations périodiques, qui sont souvent suivies d'aggravations et même de la perte complète de la vue.

8° Le pronostic de la choroïdite syphilitique est très-grave, la marche de la maladie très-irrégulière et incertaine, et il est rare qu'elle puisse être complétement guérie. Le plus souvent la vue ne revient qu'en partie. Bien des fois l'atrophie du nerf optique avec amaurose en est la conséquence.

Diagnostic différentiel. — Après avoir décrit les symptômes ophthalmoscopiques de cette maladie, il ne nous sera pas difficile de la distinguer des autres maladies. On ne peut la confondre avec aucune autre maladie, si ce n'est avec les flocons du corps vitré, la rétinite exsudative et l'œdème aigu de la papille. Et en effet:

a. Si la pupille n'est pas assez large, les flocons du corps vitré échappent à notre examen, tandis qu'ils masquent le fond de l'œil, et la papille par conséquent se présente voilée. Mais il suffit, dans ces cas, de dilater la pupille pour que le doute disparaisse. Quant aux cas particuliers de la choroïdite syphilitique accompagnée de flocons dans le corps vitré, on ne les confondra pas, à cause d'autres symptômes dans la choroïde et dans la papille, que nous avons décrits tout à l'heure.

b. La congestion de la papille et de la rétine avec leur infiltration peut simuler la choroïdite syphilitique. La papille apparaîtra trouble en effet comme dans cette dernière maladie, et les contours mal définis. Mais en examinant attentivement la rétine dans toute son étendue et à l'image droite, nous verrons d'abord qu'il n'y a que la partie centrale de la rétine, ainsi que la papille, qui sont troubles; dans la périphérie, au contraire, vers l'*ora serrata*, la rétine a conservé sa transparence normale. Ensuite, dans la rétinite, il y a augmentation dans la quantité des vaisseaux et dilatation des vaisseaux centraux; dans la choroïdite, au contraire, les vaisseaux diminuent de volume, et le trouble de la rétine est général. Enfin, dans la choroïdite, il y a un trouble général du corps vitré, ce qui fait que toutes les parties de la rétine, centrales ou périphériques, se présentent comme à travers un brouillard; tandis que dans la rétinite le corps vitré reste complétement transparent, et nous pouvons distinguer nettement toutes les parties de la rétine, excepté la partie centrale — la papille.

c. Dans un œdème aigu de la papille du nerf optique, accompagnant les maladies cérébrales, on trouve aussi des exsudations péripapillaires qui rendent les contours de la papille très-diffus. Mais avec un peu plus d'attention, on trouve que les exsudations occupent la rétine, qu'elles sont blanches, épaisses, et couvrent les vaisseaux de la rétine dans cet endroit. D'un autre côté, le corps vitré n'est pas troublé, et la choroïde est partout normale. L'erreur est encore plus difficile quand on se rappelle que l'œdème aigu se déclare brusquement et tout d'un coup, tandis que la choroïdite syphilitique se développe très-lentement.

Traitement. — Le traitement de la choroïdite syphilitique ne diffère en rien de celui de l'iritis syphilitique, si ce n'est par l'énergie d'action plus grande encore qu'il réclame. Ainsi la saignée générale de 350 à 400 grammes dans le commencement de la maladie, et 20 à 30 sangsues à la tempe, les purgatifs, frictions mercurielles au pourtour de l'orbite, atropine dans l'œil, sublimé en collyre, pilules de Sédillot et la potion iodée. Du reste, le traitement de l'iritis syphilitique décrit dans le *Traité des maladies des yeux* de M. Desmarres, et les observations que je publie ici, donneront la meilleure idée de la manière dont on doit agir dans une maladie aussi grave que la choroïdite de nature syphilitique.

LE FROID ET L'ABUS DE LA CHASSE

considérés comme causes occasionnelles de congestion cérébrale.

Paralysie générale et congestion cérébrale. — Hygiène des vieillards.

Par M. le Dr Legrand du Saulle.

On trouve dans la flagrante violation des lois de l'hygiène l'explication de plus d'un point obscur de pathologie; aussi les hommes qui consacrent leur existence à l'étude et à la pratique de la science médicale, n'ont-ils pas seulement à triompher des lésions qui troublent le régulier accomplissement des fonctions physiologiques et compromettent la vie, mais encore à éclairer, par une intelligente application de l'hygiène, l'étiologie et la prophylaxie des affections qui frappent l'humanité.

Nous plaçant à ce point de vue, nous croyons devoir appeler l'attention des médecins sur deux causes occasionnelles assez fréquentes de congestion cérébrale: le froid et l'abus de la chasse. C'est indiquer par là que nous toucherons forcément à la question de la paralysie générale (dont la fréquence prend depuis quelques années des proportions presque alarmantes), la congestion cérébrale se trouvant unie par des liens très-étroits avec cette triste et incurable maladie. Si nous parvenons à faire accepter les convictions qui nous animent, et à démontrer que le froid et l'exercice de la chasse poussé jusqu'à l'excès, doivent être rangés parmi les causes occasionnelles de la congestion cérébrale, nous n'aurons fait qu'insister indirectement sur quelques circonstances étiologiques assez fréquentes, bien que souvent inaperçues, de la paralysie générale, et peut-être, — nous l'espérons du moins, — deviendra-t-il désormais moins difficile de se soustraire à quelques-unes des causes morbifiques non encore soupçonnées. *Qui sufficit ad cognoscendam morbi causam, sufficit quoque ad curandam*, a dit Hippocrate.

1° Les effets produits par le froid sur l'économie animale varient d'après le degré d'abaissement de la température, mais ils peuvent être énumérés dans l'ordre suivant: rubéfaction, puis tuméfaction de la peau; picotement aux extrémités; tremblement; frisson; douleur; teinte violacée de la peau; besoin de flexion dans tous les muscles; augmentation des sécrétions à la surface des membranes muqueuses bronchiques; engourdissement; gêne de la locomotion; propension au sommeil.

Le froid devient-il extrêmement intense, voici quels sont les phénomènes observés: céphalalgie, regard fixe; dilatation marquée et quelquefois inégalité des pupilles; affaiblissement de la vue; cécité dans quelques cas; facies crispé; mouvements lents; habitude du corps recherchant la flexion; marche vacillante simulant l'ivresse; anéantissement de la locomotion; tendance irrésistible au sommeil. Enfin, la température vient-elle à s'abaisser davantage, l'immobilité du regard, la perte de la vue, un assoupissement léthargique, des hémorrhagies nasales, l'émission involontaire de l'urine et la gangrène par congélation, en sont bientôt les déplorables conséquences.

L'influence des saisons froides et humides a été regardée par quelques auteurs anciens comme capable d'exercer une action sur le développement des accidents congestifs: *Frigus cerebro inimicum*, a dit le père de la médecine. Sacchinus, Hollerius, Forestus et Morgagni ont soutenu la même thèse, surtout en ce qui concerne « le froid humide survenant après un été sec et chaud. » Larrey a observé en Russie, dans les rangs de notre armée, composée d'hommes cependant très-jeunes, de fort nombreux exemples d'hémiplégie, d'apoplexie foudroyante ou de manie furieuse, et Desgenettes a déclaré que l'invasion des symptômes cérébraux avait lieu quelquefois d'une manière subite.

Les grandes perturbations atmosphériques ébranlent les forts ; abattent les faibles. L'air sec, élastique, imprime une certaine tonicité à la fibre animale. Le vent du nord violent qui souffle alors que la température est très-froide, présente au contraire des dangers de toute nature : il pénètre jusqu'à la peau, et les derniers ramuscules de l'arbre aérien en sont péniblement affectés. C'est alors que, par suite du refoulement du sang dans les viscères, nous voyons survenir les ruptures du cœur, les apoplexies pulmonaires, et surtout les congestions cérébrales.

M. Baillarger, que ses travaux ont placé aujourd'hui au premier rang des pathologistes, a été consulté, il y a trois ans, dans les circonstances suivantes : Un jeune Valaque, à peine âgé de vingt-cinq ans, fit un jour avec des amis un repas assez copieux; il sortit presque aussitôt après le dîner, fut saisi par le froid, qui était en ce moment des plus intenses, et fut immédiatement frappé de congestion cérébrale, dont il ne se releva qu'en état complet de paralysie générale.

M. Bigueur, l'un des témoins de la retraite de Moscou, a rapporté dans sa dissertation inaugurale qu'un enseigne de vaisseau, âgé de vingt-neuf ans, fait prisonnier au passage de la Bérésina, fut conduit à Astrakan, et que là, malgré le froid le plus intense, on lui coupa les cheveux. A l'instant même, ce jeune marin éprouva des troubles de la vue, une faiblesse musculaire très-grande, une difficulté extrême dans la prononciation, et des mouvements convulsifs désordonnés. Lorsqu'il fut vu et traité, au bout d'un certain temps, par MM. Bigueur et Sarlandière, il était dans une agitation continuelle, analogue à la danse de Saint-Guy, ne pouvait plus se tenir debout, et ne s'exprimait que très-difficilement.

Ces exemples, que nous pourrions si aisément multiplier, nous conduisent à dire que dans un grand nombre de cas de paralysie générale, les malades ont eu auparavant, et à des intervalles indéterminés, une ou plusieurs congestions cérébrales. Lorsque l'afflux sanguin a été brusque, qu'il a frappé les deux hémisphères, les symptômes sont francs et acquièrent de suite une haute gravité. Quand la congestion, au contraire, s'est lentement opérée et a été unilatérale, les signes en sont légers, obscurs, parfois insidieux. Une syncope, des vomissements, de l'embarras dans la prononciation, et une paralysie éphémère d'un bras, d'une jambe ou de ces deux membres à la fois et du même côté, composent toute la scène pathologique. Quelques heures, un jour, plusieurs jours s'écoulent, et il n'est plus question de rien. Le malade et sa famille ignorent la plupart du temps le nom, le caractère et la valeur pronostique de cette *indisposition ;* leur quiétude est d'autant plus à l'abri que l'intelligence a moins souffert. La congestion unilatérale modifie faiblement l'harmonie des facultés de l'entendement, car l'on sait qu'un seul hémisphère se charge volontiers de suffire à toutes les manifestations de la pensée. Mais revenons au froid.

S'il nous est permis de tenter une explication des phénomènes congestifs produits par le froid, nous rappellerons que sous l'influence de la diminution de la chaleur, le cours des liquides éprouve dans les tubes capillaires un ralentissement très-marqué ; or la même cause amène dans les vaisseaux de la périphérie du corps, et de proche en proche jusque dans les parties profondes, des manifestations analogues. Il y a stase du sang à l'extérieur : refoulé, il s'accumule dans les viscères.

D'une enquête à laquelle nous venons de nous livrer, il résulte que la congestion cérébrale est plus fréquente en hiver que dans toute autre saison, et nous avons nous-même maintes fois remarqué que dans les établissements d'aliénés, les malades atteints de paralysie générale sont congestionnés de préférence ou davantage pendant les mois de décembre et de janvier.

Dans le paragraphe suivant, nous retrouverons encore une part d'influence dévolue au froid.

2° Les médecins ont trop préconisé, en général, l'exercice de la chasse contre l'embonpoint exagéré, la *prétendue* disposition à l'apoplexie, l'hypochondrie, les préoccupations de nature triste et l'épilepsie. Le malade auquel ce moyen hygiénique a été imposé ne fait pas toujours de la chasse un but salutaire de promenade et de distraction ; il ne sait ni s'arrêter à temps ni éviter la fatigue : exagérant, au contraire, la prescription médicale, il se passionne chaque jour davantage pour un plaisir qui finira peut-être par porter une sérieuse atteinte à sa santé. Pour avoir été inspiré par l'ardent désir d'être utile, le médecin n'a fait parfois que remettre entre des mains inintelligentes une arme dont on est trop porté à abuser.

L'exercice modéré est, on le sait, une des conditions premières de notre organisation physique et du libre jeu de nos facultés mentales : il régularise la circulation, le dispense avec mesure dans toutes les parties du corps, produit à la peau une chaleur douce et agréable, sert en quelque sorte de sauf-conduit à tous les actes physiologiques, et éloigne par cela même toute éventualité congestive. Voilà pour l'usage ; mais arrivons à l'excès.

L'exercice immodéré accélère le cours du sang de la façon la plus appréciable, élève la température animale et détermine une dépense énorme de force nerveuse. Dans un assez grand nombre de cas, la chasse peut être prise comme type de marche forcée, d'extrême fatigue et d'épuisement ; aussi, examinez le chasseur surmené à son retour au logis : il est haletant, à demi courbaturé, et porte la tête un peu inclinée sur la poitrine; sa face est injectée, son attitude pesante, son œil brillant, son pouls fréquent, sa sensibilité un peu émoussée, son urine ammoniacale. Il parle peu, est affaissé, distrait, agacé, inattentif aux impressions diverses de son foyer, et sa physionomie porte parfois l'empreinte d'un léger étonnement. Son premier soin est de se placer devant un grand feu, et là il ne tarde pas à s'endormir. L'état comateux dans lequel il va rester plus ou moins de temps est la conséquence logique de la grande activité circulatoire de la journée, de la surexcitation due aux émotions de la chasse ou aux boissons alcooliques qui ont été prises en guise de stimulant, de la prostration des forces, de la diminution consécutive de l'action cérébrale, et du passage subit d'une température basse à une température élevée. Entre cet état et l'imminence possible d'une congestion, il n'y a pas aussi loin qu'on pourrait le croire.

On va sans doute nous objecter que les pertes déterminées par l'exercice immodéré sont rapidement compensées ; c'est là une erreur. Après une grande fatigue, l'estomac et les intestins participent à l'atonie qui a amené l'épuisement du système nerveux général, et il n'est pas rare d'observer dans ce cas de formidables indigestions. Les chasseurs s'en méfient si bien, que très-souvent ils gagnent leur lit le soir sans avoir pris part au repas de la famille.

Si les médecins veulent bien à l'avenir y faire attention, ils se convaincront qu'il est effectivement très-vrai que des congestions cérébrales surviennent à la suite de parties de chasse trop fréquemment renouvelées ou extrêmement fatigantes, et qu'il ne faut pas considérer ce fait comme une simple coïncidence : l'exercice immodéré, le froid ressenti pendant de longues heures, la surexcitation cérébrale, les émotions diverses, les périls encourus, les boissons alcooliques, sont autant de raisons qui appellent l'afflux sanguin, surtout lorsque le chasseur est déjà avancé en âge. Nous avons recueilli depuis deux ans quatre observations qui ne laissent aucun doute à cet égard, et plusieurs confrères que nous avons interrogés se sont souvenus de quelques faits de ce genre ; mais nous ne livrons des résultats encore aussi incomplets qu'à titre de renseignements, et nous ne pouvons qu'appeler sur eux le contrôle sévère de l'observation et de l'expérience. Des recherches ultérieures entreprises dans ce sens, démontreront la vérité ou l'erreur de notre assertion.

Nous avons parlé il y a un instant de la *prétendue* disposition à l'apoplexie. C'est qu'effectivement, et quoi qu'en ait dit Morgagni, rien dans la constitution et dans le tempérament d'un individu ne justifie cette tendance spéciale : aucun signe extérieur applicable aux sens ne l'indique. Que l'on recoure aux observations si justes de Corvisart, et l'on verra que les hommes qui passent aux yeux de tous pour être fatalement voués à l'apoplexie, sont atteints de préférence d'affections du cœur ou des gros vaisseaux. Fodéré a même cru remarquer que les *individus à constitution apoplectique* échappaient précisément à l'afflux sanguin du côté de l'encéphale. Sans vouloir nous porter garant de cette dernière opinion, nous dirons qu'on se rend compte tous les jours, par le fait d'une hémorrhagie cérébrale, de morts subites amenées par une lésion cardiaque non soupçonnée. Lorsque l'autopsie peut être faite, ce diagnostic posthume est fréquemment porté.

Si les jeunes gens et les adultes résistent en général admirablement bien à toutes les conséquences de la chasse, poussée jusqu'à l'abus, ils n'en sont point cependant tout à fait exempts; mais c'est principalement aux hommes ayant dépassé cinquante ou cinquante-cinq ans, et surtout soixante ans, qu'il importe de faire entendre de salutaires conseils. Que l'on nous permette à cette occasion de présenter quelques considérations sur la physiologie et l'hygiène des vieillards.

3° Le cerveau, centre et dispensateur de la sensibilité, subit avec les progrès de l'âge une évidente altération. Son volume, sa substance et son système sanguin, sont les trois points sur lesquels porte la défavorable influence de la sénilité. En effet, d'après des pesées très-soigneusement faites, on a constaté, toute proportion gardée, que la masse encéphalique éprouvait un retrait à une époque avancée de la vie. L'atrophie, loin d'être absolue, n'est certainement que tout à fait relative, mais le fait mérite d'être mentionné. A ce même moment, la densité du cerveau augmente.

En vertu de la diminution de la contractilité artérielle, l'excitation communiquée au cerveau par un sang moins chaud, moins rapide et moins oxygéné, décroît et s'affaisse ; aussi voyons-nous fléchir l'activité cérébrale et les manifestations de la pensée perdre de leur spontanéité. *Claudicat ingenium*, a dit Lucrèce.

Pour bien faire comprendre le mécanisme de la modification du système cérébral chez le vieillard, rappelons que le cerveau doit accomplir, à l'état physiologique, des fonctions d'une telle importance pour la conservation de la vie physique et l'équilibre des facultés de l'intelligence, qu'il doit nécessairement être abreuvé jusqu'à ses derniers confins d'un sang dont l'abondance ne le cède ni à la pureté, ni au degré élevé d'animalisation. C'est bien là ce qui existe, mais les vaisseaux qui contiennent et charrient ce sang forment un très-grand nombre de lacis et de réseaux, et sont divisés presque à l'infini; or, si à cette première condition d'une lente circulation, nous ajoutons la suprématie déprimante de la pléthore veineuse, il deviendra facile d'expliquer la fréquence des congestions et des hémorrhagies, et si ces congestions et ces hémorrhagies sont si peu rares par elles-mêmes, pourquoi les augmenter encore, en s'exposant aux deux causes que nous avons signalées ?

Nous pensons que la chasse doit être interdite, par quelque température que ce soit, à tous les hommes ayant dépassé soixante ans. On va voir, en effet, que la clémence du temps ne saurait devenir pour eux un prétexte logique, une excuse acceptable.

Lorsque l'atmosphère est chargée d'humidité, chaude, saturée de parties aqueuses, le vieillard est faible, abattu, languissant, peu disposé à agir. Si, au lieu de s'en tenir à un régime de vie sagement ordonné, à un mouvement doux qui aura pour effet de maintenir les actes vitaux et les forces musculaires dans un état compatible avec la santé, il part pour la chasse et s'en va à travers des chemins souvent impraticables et pendant de longues heures épuiser le peu de force de résistance qui lui reste, il rappelle le sang et la chaleur à la périphérie du corps, provoque, par la raréfaction du sang, une pléthore subite du côté d'un viscère important et se place ainsi sous l'imminence d'une congestion. En admettant qu'il échappe au danger un grand nombre de fois, il n'en est pas moins vrai qu'il arrive un moment où il ne peut plus réparer cette force en réserve si inconsidérément dépensée. Ce jour-là, il tombe foudroyé !

De ces diverses considérations, nous croyons pouvoir faire ressortir les propositions suivantes :

1° Le froid, en ralentissant le cours du sang dans les vaisseaux de la périphérie du corps, favorise l'accumulation sanguine du côté des viscères, et exerce une action marquée sur le développement des congestions cérébrales ;

2° L'exercice de la chasse trop fréquemment renouvelé ou poussé jusqu'à l'excès, en produisant dans la grande majorité des cas du trouble dans la circulation, une élévation de la température anormale, une fatigue extrême, une dépense très-grande de force nerveuse, une vive surexcitation des facultés de l'intelligence, et consécutivement un état voisin de l'accablement comateux, est une cause occasionnelle assez fréquente de congestion cérébrale ;

3° La chasse doit être interdite aux vieillards : chez eux, la circulation est ralentie, la contractilité artérielle diminuée, la pléthore veineuse dominante, et, par un exercice immodéré, ils ne peuvent que s'exposer plus directement à un danger qui déjà les menace ;

4° La *constitution apoplectique* n'existant pas, et aucun signe extérieur ne révélant la tendance aux afflux sanguins encéphaliques, il ne saurait être admis d'exception en faveur de ces individus que leur tempérament *semble* protéger sûrement contre les accidents cérébraux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 janvier 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un vice-président, qui, cette année, doit être pris parmi les membres des sections des sciences naturelles.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 48 (majorité 25),

M. Balard obtient.	23	suffrages.
M. Velpeau.	23	—
M. Andral.	1	—
M. Longet.	1	—

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, il est procédé à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants étant 54 (majorité 28),

M. Velpeau obtient.	27	suffrages.
M. Balard.	26	—
M. Andral.	1	—

Aucun des candidats n'ayant encore cette fois réuni la majorité absolue, l'Académie procède à un troisième scrutin.

Le nombre des votants, cette fois, étant 56 (majorité 29),

M. Velpeau obtient.	29	suffrages.
M. Balard.	26	—

Il y a un billet blanc.

M. Velpeau, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1862.

— Conformément au règlement, M. Milne-Edwards, président sortant de fonctions, avant de quitter le bureau, fait connaître à l'Académie l'état où se trouve l'impression des recueils qu'elle publie et les changements arrivés parmi les membres et les correspondants de l'Académie, dans le cours de l'année. (Voir au *premier-Paris*.)

Physiologie du cœur. — MM. CHAUVEAU et MAREY communiquent une deuxième note relative à la détermination graphique des rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules. Cette dernière note a pour objet de répondre aux objections que M. Beau a soulevées contre les conclusions de leur précédente communication sur ce sujet, et de compléter en même temps la démonstration de ces deux propositions, résultats de leurs expériences, savoir :

1° Que la systole de l'oreillette commence et finit avant celle du ventricule ;

2° Que la systole du ventricule et la pulsation cardiaque (choc du cœur) commencent et finissent toutes deux simultanément.

Les résultats des nouvelles expériences consignées dans cette deuxième note, montrent le synchronisme et la communauté d'origine de ces trois mouvements : la systole de l'oreillette, qui élève la pression du sang dans le ventricule et le dilate ; et la distinction qui existe entre ces trois mouvements simultanés et la systole ventriculaire et le choc qu' l'accompagne, lesquels correspondent seuls au battement puissant que la main ressent quand elle est appliquée sur le cœur. (Commissaires précédemment nommés : MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

Sensibilité des tendons enflammés. — M. le Dr ALEXANDRE LEGRAND transmet à l'Académie la relation du fait suivant, qui lui paraît venir à l'appui de cette proposition formulée par M. Flourens, savoir : *Le tendon sain est dépourvu de sensibilité et le tendon enflammé a une sensibilité très-vive.*

Je fus mandé, le 14 octobre dernier, auprès d'une femme âgée de soixante-huit à soixante-neuf ans, qui au premier aspect me parut atteinte d'une arthralgie du poignet gauche : un examen plus attentif me fit bientôt reconnaître que l'articulation radio-carpienne n'était que très-secondairement affectée. En effet, j'observai que tous les doigts étaient forcément fléchis, de manière que la main était aux trois quarts fermée, avec impossibilité pour la malade de l'ouvrir ni de la fermer entièrement. La flexion était très-prononcée pour le petit doigt, et allait en diminuant pour les autres en s'éloignant du premier, de sorte que le pouce avait conservé un peu de liberté d'action. Si on essayait de fléchir les doigts davantage, on excitait de la douleur ; mais on faisait immédiatement crier la malade en faisant la plus légère tentative pour les redresser, surtout l'auriculaire. L'examen le plus superficiel permettait de reconnaître que cette exquise sensibilité avait exclusivement son siége dans les tendons fléchisseurs des doigts ; mais surtout dans celui qui se maintenait le plus fléchi. La plus légère pression exercée le long du tendon de celui-ci jusqu'à ses points d'attache les plus éloignés excitait la plus vive douleur, qu'on retrouvait sur le trajet des autres tendons, quoique moins exquise ; la peau qui recouvrait ces tendons était légèrement animée et chaude.

Le diagnostic n'était pas difficile ; il existait une inflammation des tendons fléchisseurs des doigts, légèrement étendue aux aponévroses qui concourent à former l'articulation, et une réaction générale marquée, car le pouls battait 90 fois par minute, et la malade était privée de sommeil depuis plusieurs nuits.

La cause de cet ensemble de symptômes était une morsure que la malade avait reçue à la base du petit doigt

— M. A. MARTIN adresse une description de cathéters cannelés qu'il a imaginés en 1858, et qui ont, suivant lui, de grands rapports, tant pour leur destination (médication topique permanente du canal de l'urèthre) que pour leur forme, avec des appareils présentés le 25 novembre à l'Académie au nom d'un chirurgien napolitain, M. Vinci. (Renvoi à l'examen des commissaires alors désignés : MM. Cloquet, Jobert, Civiale.)

— M. BUISSON présente une note sur le traitement au moyen duquel il a guéri un cheval qui présentait tous les principaux symptômes de la morve. (Renvoi à l'examen de M. Rayer.)

— M. LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS transmet deux mémoires destinés au concours

pour le prix du legs Bréant : l'un de M. Reed (de Londres) sur un moyen supposé propre à prévenir l'invasion du choléra ; l'autre de M. W. Jenkins, sur un remède contre cette maladie. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

Mécanisme de la physionomie humaine. — M. DUCHENNE (de Boulogne) communique un mémoire intitulé *Mécanisme de la physionomie humaine ou analyse électro-physiologique de ses différents modes d'expression.* (Voir le numéro du 4 janvier.)

— M. FRERICHS adresse de Berlin, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, son *Traité des maladies du foie.* (Réservé pour la future commission.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 11 janvier 1862. — Présidence de M. LARREY, vice-président.

CORRESPONDANCE.

Il n'y a point de correspondance officielle. La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Verneuil, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie (renvoi à la section);

2° Une lettre de M. le docteur E. Trastour, professeur adjoint de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes, qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté (le dépôt est accepté);

3° Une lettre de Mme Petitjean, qui soumet au jugement de l'Académie un appareil qu'elle a inventé pour éclairer le conduit auditif et l'intérieur de la bouche, de manière à faciliter aux médecins l'exploration de ces cavités (commissaire, M. Gavarret).

RAPPORTS.

Pessaire à pièces articulées et mobiles. — M. ROBERT donne lecture des conclusions modifiées du rapport qu'il a fait dans la précédente séance sur un pessaire nouveau de M. Grandcollot, à pièces articulées et mobiles, destiné à remédier aux prolapsus de la matrice et aux déviations de cet organe.

Nous reproduisons un extrait de ce rapport avec les nouvelles conclusions :

M. le rapporteur, commençant par apprécier sommairement les pessaires connus jusqu'à ce jour, constate que malgré leur nombre considérable, et bien que les praticiens aient épuisé toutes les combinaisons de forme pour arriver à la contention des déplacements de l'utérus, ces efforts sont restés impuissants, et que la plupart des pessaires sont tombés en désuétude. Le vice commun à tous ces instruments est de soutenir l'utérus en prenant leur appui contre les parois du vagin qu'ils distendent diversement suivant leur forme, et de déterminer de la gêne, de la douleur et une irritation des organes génitaux internes, quelquefois telle qu'ils ne peuvent être supportés. Cette impuissance des moyens de contention qui agissent directement sur le vagin ou sur le périnée a dû naturellement faire chercher des points d'appui en dehors de ces organes; de là l'idée de fixer les pessaires en les soudant à une tige recourbée et rigide fixée elle-même à une ceinture entourant les hanches. Cette idée, déjà fort ancienne, dit M. le rapporteur, réalise un progrès; mais depuis Saviard qui l'a émise le premier, jusqu'à nos jours, l'application en est restée très-incomplète, et les instruments que l'on a produits dans ce but présentent des inconvénients sérieux.

Ce point de l'histoire des pessaires établi, M. le rapporteur décrit en ces termes l'instrument imaginé par M. Grandcollot :

Il se compose d'une ceinture hypogastrique à deux pelotes. Entre elles se trouve uno armature métallique à doubles brisures latérales ; dans l'écartement desquelles est placée l'insertion d'un col de cygne suspenseur du pessaire, et couché convenablement pour s'adapter sur le pénil. Ici déjà se trouve un système de mouvement par lequel ce col de cygne peut, au gré des chirurgiens, être fixé ou exécuter des mouvements variés de rotation et d'inclinaisons. Au col de cygne se trouve adapté une tige intra-vaginale munie d'une cuvette, à son extrémité supérieure. Cette tige est rectiligne, formée de deux cylindres creux emboîtés et glissant l'un sur l'autre, s'allongeant ou se raccourcissant à volonté et contenant :

1° Un ressort à boudin dont la puissance, indépendante des changements de longueur de la tige, demeuro invariable.

2° Un système d'excentrique qui lui permet de se renverser plus ou moins sur son axe, et même d'exécuter autour de lui une révolution complète. Ce mécanisme en rend l'introduction très-facile et lui permet d'être appliqué aux déviations de l'utérus, quelle que soit la position anormale prise par cet organe. Enfin la tige rectiligne est articulée avec le col de cygne, de manière à pouvoir tourner sur elle-même et exécuter des mouvements de circumduction. Il résulte de l'ensemble de ces brisures que la cuvette, une fois placée de manière à embrasser exactement le col de l'utérus, peut exécuter tous les mouvements que ce col lui-même exécute dans les divers mouvements du tronc, et qu'elle ne peut exercer aucune pression fâcheuse sur les organes qui l'avoisinent. L'instrument de M. Grandcollot, ajoute M. le rapporteur, ne présente donc aucun des inconvénients que nous avons signalés dans les appareils à suspension pourvus de tiges rigides.

Suit l'exposé des résultats cliniques obtenus par l'emploi de ce moyen. M. le rapporteur cite cinq observations prises parmi les faits qu'il a observés lui-même ou qui ont été recueillis par ses collègues des hôpitaux de Paris.

Ces détails, dit en terminant M. le rapporteur, démontrent que l'appareil de M. Grandcollot, par la mobilité des pièces qui le composent, par l'élasticité de la tige qui supporte la cuvette, et la faculté que possède celle-ci de l'incliner dans tous les sens, paraît plus apte que tous les moyens connus à remédier aux déplacements considérables de l'utérus. Il propose pour conclusion de répondre au ministre que le pessaire de M. Grandcollot, à pièces articulées et mobiles, peut être une ressource précieuse dans certains cas d'abaissement de l'utérus considérables et rebelles à l'emploi des pessaires connus jusqu'à ce jour.

Après quelques nouvelles observations de MM. Depaul et J. Cloquet, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Epidémies. — M. JOLLY, au nom de la commission permanente des épidémies, composée de MM. Louis, président, Larrey, Briquet, Bouillaud, Gibert et Jolly, secrétaire rapporteur, lit le rapport général des épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1860.

M. le rapporteur, après des considérations générales sur les épidémies, qui depuis des siècles se reproduisent à peu près invariablement les mêmes dans notre pays, sauf des nuances de formes et des variabilités de degré d'intensité et de développement, constate que l'année 1860 compte parmi celles qui ont été le moins éprouvées depuis nombre d'années; loin de donner un excédent de mortalité sur le chiffre des naissances, ainsi que cela avait eu lieu l'année dernière pour un certain nombre de départements, le chiffre des décès, en 1860, est resté généralement au-dessous de la moyenne, même dans les départements qui ont été le moins épargnés.

La commission se plaît à dire que sur les 89 départements qui composent la France de 1860, il s'en trouve 32 qui, par des rapports négatifs, témoignent des heureuses conditions de santé dont ils ont joui. Elle a regretté pourtant que, pour pareil motif ou par une coupable négligence, 23 départements se soient encore abstenus d'adresser à l'Académie leurs rapports annuels.

M. le rapporteur signale aux médecins des épidémies, comme sujet d'études constituant un élément essentiel dans le plan des rapports, la topographie médicale, la météorologie, la géologie et l'étude des eaux affectées aux usages domestiques, et il entre sur ce dernier point dans des développements qu'il ne nous est pas possible de reproduire en ce moment. Puis vient l'exposé des épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1860, l'analyse des principaux rapports et les propositions relatives aux récompenses demandées au ministre pour leurs auteurs.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'association générale des médecins de France a admis, dans sa séance du 10 janvier, MM. Arnould, Bouchut, Bouley, Bourdon, Civiale, Collineau, Ferrand, Gérin-Roze, Jacquart (Florès), Lasègue, Leroy-Dupré, Moulion, Normand-Dufié, Sarazin (Ch.), Saint-Elme-Heme, Tourraine, Vulpian.

— La Société médicale du 9e arrondissement, par l'intermédiaire de M. le docteur Piogey, son trésorier, a fait don à la Société centrale de la somme de cent francs.

— On lit dans l'*Union médicale :*

« On parle beaucoup du mariage prochain d'une veuve qui échangerait son titre de comtesse, et l'un des plus grands noms de l'aristocratie, contre le nom de l'un de nos plus aimables confrères, qui ne peut graver sur son blason que la plume du journaliste. Ce n'est pas nous qui crierons à la mésalliance. »

Nous pouvons ajouter à cette nouvelle que ce confrère est notre ancien collaborateur et ami M. le docteur Félix Roubaud, inspecteur des eaux de Pougues, et que la jeune veuve est Mme la comtesse de Montureux, née Alix de Clermont-Tonnerre.

— La Société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1862 :

Président, M. Chatin; vice-présidents, MM. de Bouis, Cosson, Gubler, Roussel; secrétaire général, M. de Schœnefeld; secrétaires, MM. Duchartre et Eug. Fournier; vice-secrétaires, MM. A. Gris et Prillieux; trésorier, M. François Delessert; archiviste, M. A. Jamain.

Membres du conseil : MM. Brice, Brongniart, Bureau, Decaisne, Fermond, Gide, Lasègue, Le Dien, Moquin-Tandon, A. Passy, E. Puel, E. Roze.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La médecine nouvelle, basée sur des principes de physique et de chimie transcendentales et sur des expériences capitales, qui font voir mécaniquement l'origine du principe de la vie, par Louis LUCAS. Tome Ier comprenant les principes de la médecine, la physiologie, etc. Paris, 1862, un volume in-18. Chez F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Traité pratique de médecine légale, rédigé d'après des observations personnelles, par J. L. CASPER, professeur de médecine légale à l'Université de Berlin, médecin expert des tribunaux, conseiller intime du roi, etc.; traduit de l'allemand sous les yeux de l'auteur par M. Gustave GERMER-BAILLIÈRE. Deux volumes grand in-8°. Prix : 15 fr. Atlas colorié, se vendant séparément, 12 fr. A la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Traitement préventif du croup par le tannage, par LOISEAU (de Montmartre). Paris, 1861, in-8° de 16 pages. Prix, *franco*, par la poste, 75 centimes. Chez F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive, par M. A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux de Paris; suivi d'un *Traité d'embryologie,* par M. A. VERNEUIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. 2e édition revue et augmentée, avec 200 figures intercalées dans le texte. Un volume grand in-18 de 946 pages. Prix : 12 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 6 — JEUDI 16 JANVIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 6. — JEUDI 16 JANVIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 15 janvier 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Bouillaud, en prenant possession du fauteuil de la présidence, a adressé à ses collègues une allocution dans laquelle il a distribué généreusement les éloges aux membres sortants du bureau, et aux nouveaux élus, ainsi qu'à la presse médicale, dont il a apprécié en termes flatteurs l'utile concours dans l'œuvre commune de progrès auquel elle coopère avec l'illustre Compagnie. Si la presse avait besoin d'encouragements, elle en trouverait dans cet hommage public, dont nous tenons pour notre part à remercier ici l'honorable président (1).

L'ordre du jour a appelé la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. Après quelques courtes explications de M. Renault sur les conditions hygiéniques des infirmeries vétérinaires, M. Davenne a pris de nouveau la parole sur cette importante question des conditions de salubrité des hôpitaux, qui tient en ce moment en éveil l'attention des administrateurs et des médecins.

Le discours de M. Davenne roule tout entier sur l'intéressant travail de M. Lefort, dont nous avons publié des extraits dans les derniers numéros de décembre.

L'honorable M. Davenne est beaucoup moins loin qu'on n'aurait pu le croire des opinions exprimées par M. Lefort et par M. Malgaigne. Les dissidences, beaucoup plus apparentes que réelles, portent plutôt sur des malentendus que sur les faits eux-mêmes. Sauf ce qui concerne l'utilité des hôpitaux consacrés spécialement à l'enfance et quelques points qui touchent à des questions d'économie sociale, dont il ne nous appartient pas de nous occuper ici, M. Davenne accepte et reconnaît comme vrais la plupart des faits exposés dans le travail de M. Lefort et dans l'argumentation de M. Malgaigne, notamment en ce qui a trait à l'infériorité relative des résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris et à ses causes probables. Il est allé aussi loin qu'eux dans l'expression du regret que lui fait éprouver la situation des hôpitaux consacrés aux femmes en couches. Aussi s'est-il associé à leurs vœux pour l'accomplissement des réformes que nécessite un pareil état de choses.

Mais en reconnaissant tout ce qu'il y a de défectueux ou d'imparfait dans l'aménagement de la plupart de nos vieux hôpitaux, en ne dissimulant point l'étendue des devoirs et des obligations que créent à l'administration les faits révélés par cette discussion, M. Davenne, appuyé sur les documents que MM. Lefort et Topinard ont recueillis auprès de nos voisins, n'a pas craint de demander aux chirurgiens s'ils ne pensaient pas qu'ils eussent aussi leur part de responsabilité engagée dans cette question, et leurs réformes à opérer dans les vieilles habitudes traditionnelles de pansement et de régime des opérés.

L'allocution de l'ancien directeur de l'Assistance publique, écoutée avec un vif intérêt, a été accueillie avec une faveur marquée par toute l'assistance. Plusieurs chirurgiens se sont fait inscrire pour mardi prochain. La discussion, qu'on avait pu craindre un instant de voir détournée de son but par les travaux intercurrents de l'Académie, a été replacée par ce discours dans tout son jour. Que rien n'en entrave désormais le cours, et il nous paraît impossible qu'elle n'aboutisse pas à quelque résultat important. — Dr Brochin.

(1) Nous saisissons cette occasion pour relever une erreur, très-excusable d'ailleurs, comme on va le voir, et qui nous a été signalée dans cette allocution. Nous avons dit que c'était la seconde fois que M. Bouillaud était élevé aux honneurs de la présidence. Ce n'est pas exact. M. Bouillaud a été vice-président en 1847 ; il était naturellement désigné par ce fait même pour la présidence pendant l'année 1848. Mais des circonstances particulières l'engagèrent alors, avant l'élection, à décliner cet honneur.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Apoplexie de l'ovaire. — Influence des maladies de l'ovaire sur la métrorrhagie.

Au commencement de décembre 1861 il entra dans le service de M. Demarquay une jeune femme, accouchée depuis six mois, qui se plaignait d'une métrorrhagie. Quelque temps avant son entrée à la Maison de santé, elle avait éprouvé des douleurs vives dans la région hypogastrique ; mais une application de sangsues avait calmé ces accidents. En examinant cette malade au spéculum, on reconnut que le col présentait une ulcération fongueuse saignant au plus léger contact. M. Demarquay pratiqua une légère cautérisation sur le col avec le fer rouge. Les premiers jours tout se passa bien, à part quelques douleurs dans la région lombaire, et la métrorrhagie fut arrêtée ; mais bientôt l'époque des règles revint, et comme la malade éprouvait quelques douleurs, M. Demarquay lui fit prendre un peu de sous-acétate d'ammoniaque. L'écoulement menstruel s'établit en effet ; mais quelques jours après il survint des vomissements, une douleur assez vive dans la région hypogastrique ; le pouls devint petit, serré, et la malade succomba en présentant tous les signes d'une péritonite.

A l'autopsie, on trouva du pus épanché dans la cavité du petit bassin ; l'utérus était couvert de fausses membranes ; l'ovaire droit était détruit par la suppuration ; quant à l'ovaire gauche, il offrait le volume d'une grosse noix, et était entouré de tous côtés par des fausses membranes. Une coupe pratiquée au milieu de son tissu fit reconnaître dans son épaisseur plusieurs foyers hémorrhagiques, dont le contenu se serait épanché dans le péritoine si des fausses membranes n'y eussent pas mis obstacle en circonscrivant le foyer sanguin.

L'ouverture de la cavité utérine a permis de constater que l'ulcération se prolongeait jusque dans la cavité du col ; mais la muqueuse du corps de l'utérus était parfaitement saine. Du reste, comme le museau de tanche ne présentait aucune perte de substance, il était aisé de voir que la cautérisation avait été superficielle. En pressant le col utérin, on faisait sourdre du sang au niveau de la surface de l'ulcération.

Cette observation, dont nous ne présentons qu'un résumé, pourrait donner lieu à beaucoup de considérations ; mais notre but, en publiant ce fait, est seulement d'insister sur la liaison qui existe dans certains cas entre une lésion de l'ovaire et la métrorrhagie.

Ce fait vient à l'appui de la théorie qui a été développée avec tant de talent par M. le professeur Laugier dans ses leçons de clinique (1853) et dans un mémoire qu'il a lu à l'Académie des sciences (1855), théorie qui a été admise aussi par MM. Nélaton, Denonvilliers et Huguier, à savoir que l'hématocèle rétro-utérine est produite par une hémorrhagie ovarienne. En effet, si l'ovaire n'eût pas été enveloppé de fausses membranes, le sang s'épanchait dans le cul-de-sac rétro-utérin. Mais ce n'est pas ici le lieu de parler de l'hématocèle, puisqu'elle ne s'est pas produite dans le cas actuel ; recherchons plutôt la cause de l'apoplexie de l'ovaire, constatée par l'autopsie.

Les hémorrhagies de l'ovaire sont très-communes, et avant que l'attention ait été appelée d'une manière particulière sur une affection dont elle est souvent la cause (l'hématocèle), dès l'année 1834, M. Duplay publiait dans les *Archives générales de médecine* un mémoire où il faisait remarquer la coïncidence que l'hémorrhagie ovarique présentait avec les lésions de la menstruation. L'on sait aussi que Négrier, qui a rapporté plusieurs exemples de foyers apoplectiques de l'ovaire, pense que ces altérations étaient en rapport avec la production des règles. En effet, ce physiologiste a démontré qu'au moment de la menstruation il se fait une rupture des vésicules ovariennes, rupture qui amène la chute spontanée de l'ovule contenu dans la vésicule de Graaf (*Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires dans l'espèce humaine*, Paris, 1840). Au moment où l'ovule arrive à maturité, c'est-à-dire à l'époque des règles, d'après le travail que nous venons de citer, il se fait dans l'ovaire une congestion considérable, puis un épanchement de sang auquel Pouchet a fait jouer un grand rôle dans la chute de l'ovule. Si l'ovaire est sain, la congestion sera modérée, et l'épanchement de sang sera insignifiant ; mais si l'ovaire présente déjà une fluxion inflammatoire, s'il est déjà congestionné, cette congestion augmentera au moment des règles, et il pourra se produire une véritable hémorrhagie dans le tissu de l'ovaire.

S'il survient alors une rupture du péritoine, il y aura production d'une hématocèle dans la cavité péritonéale, comme cela fut observé en 1855 par M. Demarquay, à l'hôpital Saint-Louis, chez une femme qui mourut en quarante-huit heures d'une péritonite déterminée par un épanchement sanguin dans le péritoine, épanchement qui avait sa source dans l'ovaire droit, présentant un foyer sanguin qui semblait occuper la cavité d'une vésicule de Graaf (*Union méd.*, 1855, p. 566). Ce fait peut aussi être rapproché de celui qui vient d'être observé à l'Hôtel-Dieu. Une jeune fille mourut à la suite d'une fièvre typhoïde, dans le service de M. le professeur Trousseau, et à l'autopsie on trouva du sang épanché dans le cul-de-sac péritonéal recto-utérin, épanchement qui avait eu pour source un kyste

---

BIBLIOGRAPHIE.

Compendium de chirurgie pratique ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament, par MM. Denonvilliers et Gosselin (1).

Nous sommes heureux de pouvoir enfin annoncer à nos lecteurs la publication de la 15e livraison si attendue du *Compendium de chirurgie pratique* ; elle complète le troisième volume de cette œuvre remarquable, de cette encyclopédie chirurgicale commencée sous les auspices d'Auguste Bérard et du professeur Denonvilliers, lequel, à la mort de son infortuné collègue, s'adjoignit pour collaborateur un de nos chirurgiens les plus distingués, M. Gosselin, devenu depuis professeur à la Faculté. En de telles mains, l'œuvre ne pouvait déchoir. Aussi pouvons-nous hardiment affirmer, sans crainte d'être contredit, que le *Compendium* représente toujours avec autant d'exactitude la vraie science, les saines doctrines de la chirurgie moderne.

(1) 15e livraison, complétant le tome III. Chez Asselin.

Comme il importe avant tout à celui qui interroge une analyse bibliographique, de savoir ce qui se trouve dans l'ouvrage qu'il se propose d'acquérir, nous avons toujours pensé que la meilleure manière de rendre compte d'un livre, c'était de dire d'abord ce qu'il contient, et à présenter chemin faisant nos réflexions sur tel ou tel passage. Ainsi ferons-nous pour ce troisième volume.

Il est tout entier consacré à la chirurgie des organes des sens, rangés dans l'ordre suivant : les appareils olfactifs, de la vision, auditif, et enfin la bouche et ses dépendances. Sur chacun de ces chapitres, nous n'avons pas à entrer dans de grands détails. L'ordre qui a été suivi par les auteurs a été l'ordre classique, que l'on n'a pas encore remplacé par un autre formellement démontré meilleur, ainsi les lésions traumatiques, les lésions vitales et organiques, les difformités, les opérations.

Dans la première division du livre se trouvent les maladies du nez, des fosses nasales, des sinus frontaux et maxillaires.

Dans la seconde, les maladies des yeux et des divers appareils qui en dépendent. De celle-ci, nous aurons encore moins à dire que des autres ; car il est peu de nos lecteurs qui n'aient entre les mains le *Manuel des maladies des yeux* des auteurs du *Compendium*, manuel qui n'est autre chose que le tirage à part et la réunion en un volume séparé du travail composé pour le *Compendium*. Le succès obtenu par ce petit volume, aujourd'hui presque épuisé, est la meilleure preuve de sa haute valeur.

En écrivant l'histoire des maladies de l'appareil auditif, les auteurs ont bien été forcés de convenir, comme tous ceux qui ont traité le même sujet, que rien n'est, en chirurgie, plus obscur que bien des affections de l'oreille interne. Mais nous croyons que le livre qui y est consacré n'est pas un des travaux les moins complets qui existent sur la matière.

Vient enfin la bouche, cette région si complexe, et dans laquelle on rencontre tant de parties de structure diverse ; nous avons été heureux de trouver dans cette partie du volume de MM. Denonvilliers et Gosselin un long chapitre consacré aux dents, à leurs maladies, et aux opérations qu'elles réclament souvent. Les maladies des dents, les opérations graves ou légères dont elles sont l'occasion, ont été en général trop négligées par les chirurgiens. Nous ne connaissons guère, en fait d'ouvrages modernes, que le *Précis de médecine opératoire* de Lisfranc, si malheureusement interrompu par la mort du célèbre chirurgien de la Pitié, qui contienne de longues considérations sur les dents et leurs maladies. Seulement ces considérations, comme tout le reste du livre, sont présentées sans ordre, sans méthode, d'une manière diffuse, prolixe, et constituent plutôt une conversation qu'un chapitre de chirurgie ; dans le *Compendium*, nous trouvons de plus l'ordre le plus rationnel joint aux connaissances pratiques les plus étendues, e la clarté, l'élégance du style, ce qui ne nuit jamais, réunies à la science la plus pratique.

Des retards indépendants de la volonté des auteurs, ont mis un assez long intervalle entre la publication de la quatorzième et de la quinzième livraison. Nous sommes assuré que rien de pareil ne se renouvellera désormais ; régulièrement vont se succéder les fascicules qui termineront cette grande œuvre. Nous n'en voulons pour ga-

hématique de l'ovaire. Ce fait a été pour le savant professeur de l'Hôtel-Dieu le sujet d'une leçon sur l'hématocèle, leçon qui vient d'être publiée dans l'*Union médicale* par M. le docteur Dumontpallier. (Voy. *Union méd.*, 1861, t. XII, p. 566.)

L'anatomie, en nous démontrant la liaison intime qui existe entre le système vasculaire de l'utérus et celui de l'ovaire, pouvait faire prévoir que l'on observerait des métrorrhagies dues à une inflammation de l'ovaire ou des ligaments larges. La malade de M. Demarquay avait éprouvé pendant longtemps des douleurs dans la cavité du petit bassin, douleurs dues à une inflammation des ovaires, puisque à l'autopsie on a trouvé que l'ovaire droit avait été détruit par la suppuration. En même temps que la malade souffrait dans la région hypogastrique, étaient survenues des métrorrhagies qui l'ont obligée à entrer à la Maison de santé, et, lorsqu'elle eut succombé à une péritonite, on trouva plusieurs foyers sanguins dans l'ovaire gauche.

Ce fait tend donc à établir une véritable relation entre la métrorrhagie et l'ovarite, car une hémorrhagie ne peut avoir lieu dans l'ovaire, à moins que cet organe ne présente déjà une congestion considérable due à un état inflammatoire plus ou moins prononcé.

En effet, si l'on réfléchit à ce qui se passe au moment des règles, on comprendra parfaitement qu'une métrorrhagie puisse être liée à une inflammation de l'ovaire. Au moment où une vésicule de Graaf, arrivée à maturité, va bientôt se détacher, l'ovaire est fortement congestionné, ainsi que la muqueuse utérine. Les vaisseaux capillaires de celle-ci sont tellement distendus qu'une rupture ne tarde pas à avoir lieu, et survient alors l'hémorrhagie cataméniale. De même, lorsque l'ovaire est enflammé, le système vasculaire utéro-ovarien est fortement congestionné, et des ruptures successives venant à se faire à la muqueuse utérine, il en résulte des pertes.

Ce que nous venons de dire pour l'ovarite peut parfaitement bien s'appliquer au phlegmon du ligament large, et M. Demarquay a pu recueillir plusieurs observations de métrorrhagie liée à une inflammation du tissu cellulaire de ce ligament.

Ces faits doivent engager à examiner attentivement les annexes de l'utérus avant de pratiquer l'une des opérations conseillées contre la métrorrhagie rebelle. Nous avons vu, en effet, plusieurs fois le chirurgien de la Maison de santé se rendre maître de la métrorrhagie en pratiquant le raclage dans la cavité utérine lorsque la muqueuse était plus ou moins fongueuse; mais dans ces cas la matrice seule était malade, et l'opération n'a jamais été pratiquée sans que les annexes de l'utérus aient été examinées avec le plus grand soin. Malheureusement il est des cas où la maladie de l'ovaire est en quelque sorte latente, comme cela avait lieu chez les malades de Saint-Louis et de la Maison de santé; le chirurgien croit avoir affaire à une affection légère ou du moins qu'il pourra guérir aisément, et il est trompé dans son espoir en apparence si légitime.

Ce sont ces considérations qui nous ont engagé à faire connaître le fait que nous venons de recueillir dans le service de M. Demarquay, non pas tant pour le publier que pour appeler l'attention des chirurgiens sur la métrorrhagie liée à une affection de l'ovaire.

LA SCIATIQUE ET SON TRAITEMENT,

à propos de la cautérisation par l'acide sulfurique,

Par M. le docteur ANDRIEUX, de Brioude (Haute-Loire), médecin de l'établissement de Brioude, etc.

Il y a quelque temps, Legroux conseillait contre les sciatiques rebelles la cautérisation au moyen d'un pinceau chargé d'acide sulfurique. Ce mode de traitement, qui n'est en somme qu'une imitation de la cautérisation par le fer rouge, n'a d'autre avantage que d'être un peu moins effrayant quant à l'appareil.

Voici un fait dans lequel le procédé de Legroux a échoué tout aussi bien que d'autres moyens.

Une femme d'une quarantaine d'années, encore bien réglée, fut prise, dans le mois d'avril 1860, de très-vives douleurs à la fesse et à la partie postérieure de la cuisse gauche. Pendant une quinzaine de jours, la malade fut privée de sommeil et dut garder le lit. Comme il ne s'agissait que d'une *douleur*, les commères du lieu se crurent suffisantes pour la guérir. Les onguents, la *laine grasse*, les *parfums* de toute sorte furent prodigués; la patiente finit par quitter le lit, mais les douleurs duraient toujours assez intenses.

Vers le mois de juin, un *marchand de remèdes*, comme il en passe malheureusement trop dans les campagnes, délivre un *onguent* de sa façon dont *l'effet est assuré*. Un érysipèle se manifeste sur la cuisse et la jambe; les douleurs sont moindres, mais elles se font sentir de nouveau dès que l'érysipèle est guéri, et cette fois elles s'étendent jusqu'au pied.

Au mois de juillet, un médecin est consulté; il prescrit des frictions avec le baume tranquille et l'enveloppement du membre dans la flanelle; point de résultat. Un grand vésicatoire est appliqué à la fesse; une cystite cantharidienne se manifeste, mais les douleurs ne diminuent pas.

Un nouveau médecin ordonne des eaux minérales, que des motifs particuliers font refuser, de même que le souvenir de ce qui avait eu lieu déjà avait fait repousser un nouvel essai de vésicatoires. C'est alors que cet honorable confrère propose la cautérisation par l'acide sulfurique. Une ligne est donc tracée sur le trajet du nerf, depuis la fesse jusqu'au pied, et comme la douleur s'irradiait selon la circonférence au-dessus et au-dessous du genou, deux lignes secondaires furent tracées sur ces points, perpendiculairement à la ligne principale. Toutes les précautions furent prises d'après les indications de Legroux; l'épiderme fut très-légèrement humecté, des plaques de ouate furent appliquées sur les parties cautérisées. Pendant quatre ou cinq heures, les douleurs furent vives, au point de donner lieu à une attaque de nerfs; une eschare assez profonde se manifesta, la suppuration fut très-abondante, et après six semaines la cicatrice n'était pas encore faite au jarret, où un nouvel érysipèle s'était déclaré. Cependant les douleurs névralgiques persistaient toujours avec la même intensité.

Au mois d'octobre, le confrère qui avait pratiqué la cautérisation m'écrivait pour me raconter les détails que l'on vient de lire, et me demandait si je croyais pouvoir être utile à sa malade, qui était disposée à tout tenter, en dehors, bien entendu, des vésicatoires et des cautérisations. Sur ma réponse affirmative, la malade vint à l'établissement, où elle fut soumise au traitement suivant :

A huit heures du matin, bain russe de vingt minutes, douche tempérée à la suite.

A dix heures, douche tempérée de quatre minutes, en dirigeant une forte colonne sur le trajet douloureux.

A deux heures du soir, étuve sèche à vapeurs de goudron prolongée de manière à obtenir une transpiration de trois quarts d'heure; demi-bain dégourdi à la suite.

A quatre heures, douche comme le matin.

Au troisième jour, la malade était arrivée à employer l'eau complétement froide, et la durée des douches fut réduite d'abord à deux minutes, pour être progressivement portée à quatre.

A partir du cinquième jour, la douche du matin fut alternée, c'est-à-dire que l'eau employée passait subitement de 35 degrés environ à 10, de demi-minute en demi-minute.

La douleur, qui avait commencé à décroître dès le second jour, avait complétement disparu le sixième, et la malade quitta malgré moi l'établissement après deux semaines de traitement. Je redoutais une réapparition de la névralgie, mais jusqu'à présent elle ne s'est plus fait sentir.

Je désire que ma pensée ne soit pas exagérée. Dans le fait dont il s'agit, la cautérisation d'après le procédé Legroux a échoué; mais il ne s'ensuit pas qu'il doive en être nécessairement ainsi dans tous les cas. Je crois, au contraire, que l'on pourra obtenir de bons effets (et du reste les faits publiés par Legroux et M. Dubourg le prouvent), absolument comme par l'usage des vésicatoires et de la cautérisation par le fer rouge. Ces trois moyens agissent de la même façon; mais le plus sûr, le plus prompt même, et celui dont les conséquences sont le moins pénible, c'est sans contredit l'usage bien entendu des vésicatoires très-fortement camphrés. C'est avec intention que je ne fais pas entrer en ligne un quatrième moyen, abandonné aujourd'hui après quelques instants d'illusion, je veux dire la cautérisation de l'hélix par le fer rouge.

Je vois tous les ans un grand nombre de sciatiques aiguës ou chroniques, soit dans ma clientèle, soit dans l'établissement que je dirige, et j'affirme que j'en ai bien rarement rencontré qui aient résisté d'une manière absolue.

Voici en général les moyens que je mets habituellement en usage et que je ne crains pas de recommander.

État aigu. — Si le mal est à son début, c'est-à-dire s'il ne date que de quelques jours, alors même qu'il n'y a pas de réaction fébrile, que le malade n'offre point de signes de pléthore, je fais appliquer à la fesse de huit à quinze sangsues, selon les cas et selon les sujets. Il est rare, je le répète, que je me dispense de cette émission sanguine au début. En même temps je donne à l'intérieur l'essence de térébenthine, d'après l'une des formules suivantes :

1° Essence de térébenthine.	15 grammes.
Gomme arabique.	15 —
Eau de cannelle, ou de menthe, ou infusion d'arnica.	125 —
Sucre blanc.	15 —
Sirop thébaïque.	35 —

Dose : deux cuillerées à bouche matin et soir.

2° Looch diacodé.	Un demi.
Essence de térébenthine. . .	2 à 4 grammes.

Dose : un demi-looch tous les soirs pendant trois ou quatre jours.

L'essence de térébenthine, conseillée d'ailleurs par bon nombre de praticiens, possède une utilité incontestable, et j'ai, en ce moment même, deux malades chez lesquels elle a produit un effet immédiat. Mais je crois que l'action de cette substance cesse ou du moins devient de plus en plus faible dès que le mal est arrivé à l'état chronique.

Immédiatement après les sangsues, et en même temps que les potions térébenthinées, je prescris à titre d'adjuvant, en frictions et en applications sur tout le trajet douloureux, le liniment suivant :

Essence de térébenthine.	30 grammes.
Huile de jusquiame.	
— de belladone.	
— de ciguë.	

Pour les individus à peau peu irritable, j'ajoute quelques grammes d'ammoniaque.

S'il y a quelque apparence de périodicité, le sulfate de quinine trouve son indication. Mais tous les praticiens savent que l'intermittence, très-commune dans les névralgies faciales, est au contraire très-rare dans les névralgies sciatiques. Par suite, le sulfate de quinine, presque spécifique dans les premiers cas, est le plus souvent sans action dans les seconds.

Si après les sangsues et l'usage de potions térébenthinées, la douleur persiste, c'est le cas de recourir aux vésicatoires volants *très-camphrés*. Toutefois, pour retirer de ce moyen tout l'effet qu'il est capable de produire, il faut appliquer simultanément trois emplâtres : un à la fesse (8 à 10 centimètres), un second à la partie externe du jarret (6 centimètres), et un troisième à la partie externe et supérieure du pied (4 centimètres). Je n'emploie jamais dans le pansement des vésicatoires ni opium ni morphine; je fais sécher le plus promptement possible, et je renouvelle l'application s'il y a lieu.

Dans la très-grande majorité des cas, ce traitement fait justice du mal; mais on pourrait en cas de persistance employer l'électricité, appliquée matin et soir pendant trois ou quatre jours. Cette pratique m'a donné quelquefois de bons résultats. Je possède aussi quelques cas de guérison par l'application de l'électricité seule et d'emblée. Je dirai toutefois de cet agent ce que j'ai déjà dit du sulfate de quinine : il réussit très-souvent dans les névralgies faciales, et presque rarement dans les sciatiques. En outre, il faut bien le dire, l'application de l'électricité exige un outillage que l'on n'a pas toujours sous la main, et entraîne une perte de temps assez considérable dans la pratique ordinaire.

Enfin, un moyen important à cause du prompt effet qu'il peut produire, de l'absence de tout embarras comme de toute conséquence douloureuse ou désagréable, un moyen que l'on a partout sous la main, consiste dans l'application de compresses larges et épaisses imbibées d'eau froide. Voici, entre plusieurs autres, un cas de prompt succès par ce moyen; il date de plusieurs années déjà, et je le cite de préférence, parce qu'il est le premier de ceux où j'ai employé ce moyen.

Le 17 septembre 1847, le nommé C..., âgé d'une quarantaine d'années, de forte constitution, fut pris, à la suite d'un voyage pendant lequel il éprouva un temps très-mauvais, d'une douleur très-vive, suivant le trajet du nerf sciatique et depuis la fesse jusqu'au pied.

Le 21, les douleurs étant devenues intolérables, le malade me fait appeler et me dit qu'il lui semble qu'un chien le ronge et qu'il éprouve de temps en temps des fusées qui, partant de la fesse, vont se terminer au cou-de-pied. Le pouls est fort et fréquent. — 15 sangsues sur la fesse; 30 grammes de sirop diacode le soir.

Le 22, même état, pas de sommeil. — Encore 10 sangsues.

Le 23, la douleur, qui avait diminué après la seconde application de sangsues, est devenue aussi violente qu'auparavant. — Liniment calmant térébenthiné; 30 grammes de sirop thébaïque le soir.

Le 26, après avoir été moins vive pendant deux jours, la douleur a repris toute son intensité. — Large vésicatoire sur la région fessière. (Le malade n'a pas appliqué deux autres emplâtres qui lui avaient été prescrits au jarret et au pied).

Pendant la journée du 27 et du 28 la douleur a notablement diminué; mais le 29 au matin elle reparait, au dire du malade, plus forte que jamais. Le vésicatoire est à peu près sec. Je me décide à essayer de l'eau froide. Une serviette très-épaisse, pliée en deux dans le sens de la longueur, est trempée dans de l'eau de puits qui vient d'être tirée; je la tords modérément, puis je l'applique brusquement sur la

---

rant que cet avis placé en tête de la livraison actuelle, et que nous reproduisons textuellement.

« Les auteurs du *Compendium de chirurgie* auraient été heureux de tenir complétement leurs engagements envers le public en terminant seuls un ouvrage qu'ils avaient commencé seuls; mais une telle tâche exige beaucoup plus de temps que ne leur en laissent aujourd'hui les devoirs de plus en plus impérieux et multipliés de l'inspection générale, du professorat, de l'hôpital et de la clientèle. Ne voulant cependant manquer aux souscripteurs, ni en laissant leur œuvre inachevée, ni en couvrant de leur responsabilité nominale l'œuvre d'auteurs inconnus, ils ont résolu de s'adjoindre un certain nombre de collaborateurs choisis parmi les jeunes chirurgiens les plus distingués de la Faculté et des hôpitaux de Paris. MM. Foucher, Richet et Verneuil, agrégés de la Faculté de médecine et chirurgiens des hôpitaux, MM. F. Guyon, Léon Le Fort et P. Tillaux, prosecteurs de la Faculté, veulent bien prêter leur concours à MM. Denonvilliers et Gosselin, et se dévouer avec eux à l'achèvement aussi prompt que possible du *Compendium*.

» Les auteurs conserveront la direction du travail et y prendront une part personnelle. Les collaborateurs traiteront les sujets auxquels les aura le mieux préparés la direction de leurs études et de leurs travaux antérieurs. Une note placée au commencement de chaque livraison indiquera à qui sont dus les articles qu'elle renferme.

» Les auteurs du *Compendium* espèrent que leurs souscripteurs verront dans cet arrangement une nouvelle preuve du désir qu'ils éprouvent de les satisfaire, en achevant promptement et dignement une œuvre qu'ils ont poursuivie pendant tant d'années, et dans l'exécution de laquelle ils n'ont cessé d'être soutenus par la faveur publique. »

Confiant dans cette promesse, nous attendrons avec patience l'achèvement d'un livre qui pourra, quand il sera achevé, passer à juste titre pour le tableau complet de la chirurgie à la fin de la première moitié du dix-neuvième siècle. F.

Mémoire pratique sur l'emploi de l'ergotine, par J. BONJEAN. Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

M. Bonjean, qui a obtenu une médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris, pour la découverte de l'ergotine, indique les diverses applications de ce médicament, dont la solution est considérée par les plus illustres médecins, et entre autres par MM. les professeurs Flourens, Sédillot et Retzius, médecin du roi de Suède, comme le plus puissant hémostatique que possède la médecine contre les hémorrhagies des vaisseaux tant artériels que veineux.

(Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.) — A plus faible dose, cette solution est employée comme cicatrisante.

On emploie l'ergotine à l'intérieur sous forme de dragées (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19), et M. Bonjean cite les praticiens les plus distingués qui s'en sont servis avec avantage pour faciliter le travail de l'accouchement, arrêter les pertes foudroyantes qui en sont quelquefois la suite, pour combattre les hémorrhagies de toute nature : l'hémoptysie, les engorgements de l'utérus, les dyssenteries qui accompagnent souvent les fièvres intermittentes, les diarrhées chroniques, etc., et en raison de la propriété dont jouit l'ergotine de ralentir la circulation d'une manière très-marquée, elles offrent un moyen puissant pour enrayer la phthisie pulmonaire.

hanche et la cuisse, que j'enveloppe de mon mieux. Le malade éprouve, au moment de l'application du linge mouillé, une très-désagréable secousse, mais la douleur cesse comme par enchantement. Je recommande de retremper la serviette dès qu'elle sera bien réchauffée.

Le 30, le malade a parfaitement dormi; la douleur a reparu deux ou trois fois, lorsque l'on a laissé la serviette trop longtemps; mais elle a disparu de nouveau après une nouvelle application.

Le 1er octobre, plus de douleurs; comme précaution, je conseille de continuer pendant deux ou trois jours encore l'usage de la serviette mouillée.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour, j'ai eu souvent occasion de revoir C... pour d'autres maladies; mais il n'a plus souffert de sa sciatique.

Je ne donne pas l'usage du linge mouillé comme un spécifique; mais dans plusieurs cas il m'a parfaitement réussi.

Etat chronique. — A cet état, la sciatique est une maladie rebelle et qui estropie, dans les campagnes et parmi les ouvriers des champs, un très-grand nombre d'individus. Je me souviens d'avoir vu, dans mon enfance, ma grand'mère clouée sur son fauteuil pendant plusieurs années, sans presque pouvoir se mettre au lit, privée de sommeil, et cela sans que le médecin qui lui donnait des soins lui eût jamais prescrit autre chose que quelques frictions avec le baume Opodeldoch et les bains de Néris, alors qu'elle ne pouvait faire le moindre mouvement.

Les sangsues et la térébenthine, que nous avons vues agir avantageusement dans l'état aigu, sont à peu près sans action contre l'état chronique. Les vésicatoires trouvent encore alors leur application, de même que la cautérisation, soit avec le fer rouge, soit avec l'acide sulfurique d'après le procédé de Legroux. Mais tous les praticiens le savent bien, ces moyens, parfois utiles lorsque la maladie ne date que de quelques mois, ou bien lorsque les douleurs n'ont paru que de loin en loin, ces moyens, dis-je, sont toujours insuffisants lorsque le mal a une longue durée. C'est alors que les bains et les douches de vapeurs trouvent leur application, et leur usage est devenu populaire. C'est alors aussi que les médecins dirigent leurs malades sur les eaux thermales, et ils n'ont que l'embarras du choix, car s'ils jettent les yeux sur le catalogue des maladies traitées *avec le plus grand succès* par la plupart des stations thermales, ils y verront figurer la sciatique chronique. Il est certain que l'on voit des sciatiques guérir par l'usage des eaux à thermalité un peu élevée, quelle que soit leur composition; mais il est certain aussi que l'on voit un grand nombre de malades revenir comme ils y sont allés.

Depuis quelques années, l'on a vanté aussi les résultats obtenus par l'usage des bains de vapeurs térébenthinées. Ces résultats se comprennent très-bien, et l'on peut dire que cette médication constitue une variété puissante des bains de vapeurs sèches et aromatiques.

L'hydrothérapie, même réduite (comme cela se pratique trop souvent, sous prétexte de rationalisme) à l'administration des douches, compte aussi d'incontestables succès. Mais de tous les traitements connus et mis en pratique, le plus sûr, celui qui fournit le plus de guérison alors que tous les autres ont échoué (et ici je parle par expérience de longue date), le traitement le plus sûr, dis-je, c'est l'hydrothérapie combinée. Ce mode de traitement consiste, comme j'ai eu occasion de le dire ailleurs, dans la combinaison des bains russes, des étuves à air chaud, purs ou chargés de vapeurs de goudron et des puissants moyens qui appartiennent à l'hydrothérapie proprement dite; douches puissantes, froides ou alternées, bains de piscines, etc., etc.

Je ne veux pas traiter ce sujet en ce moment; je me borne à l'indiquer, le réservant pour le moment où je m'occuperai des névralgies et de leur traitement. Alors je rechercherai la valeur réelle de chaque méthode thérapeutique; je demanderai aux stations thermales les preuves sur lesquelles elles appuient leur efficacité, et je ferai connaître les observations que j'ai été dans le cas de recueillir dans l'établissement que je dirige. Et malgré la difficulté de savoir ce qu'il advient dans beaucoup de cas pour les malades qui fréquentent les eaux, j'établirai le parallèle des résultats qu'elles donnent et de ceux que fournit le traitement que je préconise. Il me sera facile, j'espère, de démontrer la grande supériorité de l'hydrothérapie combinée; et si le doute existait encore pour quelques esprits, du moins la discussion serait-elle ouverte.

FAIT RELATIF A L'HISTOIRE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
au point de vue de la contagion.

Par M. le docteur MARMISSE (de Bordeaux).

Une famille aristocratique de Bordeaux, très-nombreuse, habitait transitoirement une commune de l'arrondissement, sur les bords de la Garonne. Le cocher est atteint par la fièvre typhoïde, et meurt au dix-septième jour de la maladie. Huit jours après, le père de la maîtresse de la maison s'alite et succombe au vingt-huitième jour. Pendant la maladie de ce dernier, la sœur du cocher, qui avait soigné les deux autres, est atteinte et résiste.

La famille revient à Bordeaux pour fuir le fléau. Elle habite un quartier irréprochable au point de vue de la salubrité. La mère de la dame tombe malade et résiste; aujourd'hui elle est en convalescence, et c'est le cinquième septénaire. Presque en même temps la dame de la maison est frappée à son tour et succombe aujourd'hui, le trente-cinquième jour.

Ainsi, dans cette famille, la fièvre typhoïde a frappé cinq coups, dont trois mortels.

Pour le dernier cas, au début on a invoqué l'homœopathie, qui donne encore parmi nous quelques signes de vie; puis on l'a éconduite, pour la rappeler à la fin.

Tous ces détails m'ont été donnés à domicile, où m'ont introduit mes fonctions de médecin vérificateur des décès.

Je profite de cette circonstance pour prouver au corps médical que le service de la constatation des décès peut mettre à même de recueillir des faits scientifiques d'un haut intérêt, comme je compte le démontrer par la suite.

A QUI APPARTIENT LA PRIORITÉ
de la dilatation du col utérin à l'aide d'une poche membraneuse pour provoquer ou hâter le travail de l'accouchement?

Je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* de jeudi dernier un compte rendu de *deux opérations de céphalotripsie pratiquées à l'hôpital des Cliniques*. Dans cet article, du reste fort intéressant, il est dit que M. Pajot, ayant vu les douches produire des accidents mortels sous la main d'hommes éclairés, a provoqué le travail, dans un cas de vice de conformation du bassin, à l'aide de l'instrument *récemment imaginé par M. Tarnier*.

J'en demande pardon à M. Pajot, mais le dilatateur en question et la dilatation elle-même sont décrits depuis 1855 dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*; l'instrument y est même représenté. Pour l'édification des lecteurs de ce journal qui n'auraient pas mon ouvrage sous la main, je vais transcrire ce qui est écrit à la page 226 de ce livre. Je dois prévenir seulement que le même instrument me sert à d'autres usages, tels que la pelvimétrie, etc.

« Notre dilatateur, comme on va le voir, est une pure imitation de la poche naturelle des eaux, et il est par conséquent très-inoffensif. Nous le formons avec notre sonde pelvimètre. » (Voir la figure).

« On a d'abord une vessie de mouton desséchée qu'on porte dans la trousse. Lorsqu'on doit s'en servir, on la mouille et l'on y fait pénétrer le bec de la sonde pour nouer solidement le goulot en B. De cette manière la vessie fait une cavité continue avec la sonde et dont l'orifice est en G. On peut ouvrir et fermer à volonté cet orifice par le moyen du robinet F placé sur le tube interne qui sert à arrêter les deux pièces de la sonde (d'homme et de femme).

» Une fois qu'on a ouvert le robinet et qu'on a bien chassé tout l'air que contenait la vessie, celle-ci s'accole à la sonde et ne fait guère plus de volume que la sonde elle-même. C'est ainsi qu'elle est conduite sur les doigts explorateurs jusque dans le col, et, s'il est possible, dans la cavité utérine elle-même, en la glissant un peu entre l'œuf et la paroi, sans violenter ni l'œuf ni la matrice.... Quand on est sûr qu'on a pénétré dans la matrice, on pousse par l'orifice G une injection d'eau tiède qui distend la vessie L M N. Une fois la vessie distendue, le dilatateur est monté.

» Les contractions utérines elles-mêmes quelquefois, en poussant la vessie devant le col et le segment inférieur, opèrent le travail préparateur; mais pour le rendre plus actif, on n'a qu'à tirer légèrement sur la sonde lorsque la contraction approche, etc. »

Cette citation et la figure qui l'accompagne n'ont pas besoin de commentaire. Le dilatateur m'appartient; je l'ai employé pour hâter, provoquer la dilatation du col là où il fallait agir plus promptement que les contractions du travail, et si je ne me suis pas servi de cet instrument pour la provocation de l'accouchement prématuré, c'est que les douches m'ont toujours suffi sans produire de graves accidents. Dans mes cours je n'ai pas moins indiqué mon dilatateur comme un des moyens inoffensifs de provoquer le travail lorsque les douches faisaient défaut.

A. MATTEI, d. m. p.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 janvier 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire sur le mal de mer, par M. le docteur Arsène Guien, médecin sanitaire des bateaux à vapeur. (Commissaires, MM. Louis et J. Cloquet).

2° Un rapport de M. le docteur Rouault de Couesquelan, médecin à Rennes, sur une épidémie de dyssenterie. (Comm. des épidémies).

3° Une note de M. le docteur Billod, sur un cas d'amaurose symptomatique de la paralysie générale des aliénés. (Comm., M. Baillarger.)

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Luton, professeur suppléant à l'école de médecine de Reims. (Le dépôt est accepté).

— M. TARDIEU fait hommage, au nom de M. G. Germer-Baillière, d'un exemplaire de sa traduction de la Médecine légale de Casper; et au nom de MM. Jutier et Lefort, de la Monographie des eaux de Plombières.

— M. TROUSSEAU présente, de la part de M. le docteur Vicherat, la relation d'une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Nemours.

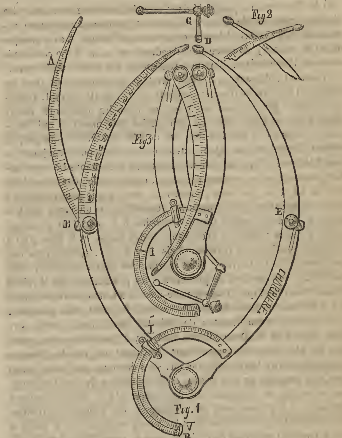
— M. BARTH donne à l'Académie des nouvelles de la santé de M. Moreau, qu'une affection sérieuse tient éloigné de ses séances.

— M. LE PRÉSIDENT, en prenant place au bureau, remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence, et propose de voter des remercîments au président sortant, qu'il félicite pour le talent et la distinction avec lesquels il a dirigé les séances; il paye également un tribut d'éloges au nouveau vice-président, remercie la presse du concours qu'elle prête à l'Académie, et termine en rendant compte à la Compagnie de la réception officielle du 1er janvier et de l'accueil bienveillant que l'Empereur a fait à sa députation.

— M. DEPAUL dépose sur le bureau, de la part de M. J. Charrière, le modèle d'un nouveau compas pelvimètre.

Jusqu'à ce jour les compas destinés à mesurer les parties externes et internes du bassin, pour les cas de rétrécissement, soit pour la phrénologie, les voussures, les tumeurs de toute nature, ont nécessité des instruments spéciaux peu portatifs à cause de leur grandeur. Ce nouveau compas remédie à ces inconvénients de la manière la plus régulière et la plus simple, voici comment :

Il est composé de feuilles de métal très-minces et articulées à leur partie moyenne par deux charnières qui l'arrêtent solidement dans toutes les positions et se fléchissent de même. L'instrument se réduit ainsi à la moitié de sa longueur et au quart de sa largeur.



— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. RENAULT, dans la pensée que les faits relatifs à l'hygiène des écuries et des infirmeries vétérinaires peuvent jeter quelque lumière sur le sujet en discussion, donne de vive voix quelques explications sur les résultats heureux des changements qui ont été opérés dans ces derniers temps dans ces établissements. Ces documents reposant en partie sur des chiffres qu'il ne nous aurait pas été possible de reproduire fidèlement d'après une simple audition, nous reviendrons sur les points les plus importants de ce discours quand il aura été publié dans le *Bulletin*.

M. DAVENNE. Dans le mémoire qui est devenu la cause de ce débat, et qui a pour but principal de réfuter quelques-unes de mes allégations, M. Lefort me prêtant des idées qui ne sont pas les miennes, j'ai hâte de m'expliquer, afin de faire cesser, s'il se peut, tout malentendu.

M. Lefort, en parlant de la mesure en vertu de laquelle, dans les hôpitaux de Paris, on fait payer un prix de journée aux malades qui ne sont pas absolument dans le besoin, a exprimé l'espoir que l'administration renoncerait bientôt à cette mesure. M. Davenne, sans vouloir discuter le mérite de cette disposition administrative, expose les dangers qu'aurait, à divers points de vue, la gratuité absolue que l'on réclame, et fait l'apologie des institutions de prévoyance qui tendent à faire pénétrer et à développer dans les masses les idées d'ordre, de prudence et d'économie.

Après avoir répondu à quelques-unes des assertions de M. Lefort relatives à l'exclusion de certaines catégories de malades des hôpitaux de Londres, et au système de soins à domicile qui est destiné à suppléer l'insuffisance de ces établissements, M. Davenne arrive au point principal de la question, la mortalité comparée des hôpitaux de Londres et de ceux de Paris. M. Lefort convient que la mortalité générale est à peu près la même dans les deux villes. Quant à la mortalité qui sévit dans les services de chirurgie spécialement, il y a désaccord; mais cela tient surtout à ce que les termes de comparaison diffèrent.

Mais avant d'aborder ces points, l'orateur entre dans quelques détails sur un point important de l'hygiène des hôpitaux, dans lequel il trouve l'explication des différences qu'on signale entre les nôtres et ceux de Londres en particulier. Elles tiennent à deux causes principales.

« J'éprouve, dit-il, quelque regret et même un peu de honte à confesser la première; mais il faut avoir le courage de s'avouer ses propres défauts. Or nous sommes bien obligés de reconnaître que les habitudes de propreté de la nation anglaise sont loin, du moins jusqu'ici, d'avoir pénétré chez nous dans les classes de la société qui vivent du travail de leurs mains... D'un autre côté, la disposition même du sol de la ville de Londres est telle qu'à l'aide de la grande abondance d'eau dont jouissent ses hôpitaux, et dont malheureusement ceux de Paris ont été jusqu'à présent dépourvus, on peut évacuer, comme cela se pratique pour les maisons particulières, toutes les déjections, toutes les immondices dont le séjour plus ou moins prolongé vicierait l'air des salles, et qui sont entraînées par des canaux souterrains, chaque jour et à toute heure, jusque dans la Tamise.

» Ce sont donc là, pour Paris, autant de causes d'infériorité qui dépendent, comme on le voit, des circonstances de localité aussi bien que de la différence des habitudes populaires, et dont, pour être justes, nous devons tenir grand compte dans l'appréciation des faits...»

A propos de ce que M. Lefort a dit des hôpitaux d'enfants, sans s'inscrire contre les résultats statistiques recueillis en Angleterre par cet auteur, M. Davenne croit devoir faire observer que ceux qu'il a relevés sur les comptes de l'Assistance publique ont un caractère

officiel dont les premiers sont dépourvus, parce qu'ils ont été publiés sans contrôle. Sans doute la proportion de 1 décès sur 6,64 malades, moyenne de la mortalité de nos deux hôpitaux spéciaux en 1859, est fort considérable, surtout si on la compare à celle de 1 sur 11,43 et même sur 15,54 donnée par quelques hôpitaux anglais. Mais faut-il s'étonner beaucoup de cette mortalité, qui porte sur des enfants de 2 à 15 ans, arrivant presque tous à l'hôpital dans l'état d'affaiblissement, d'une nature appauvrie par de longues souffrances et des privations de tout genre, quand dans les services de médecine de nos hôpitaux d'adultes la moyenne est de 1 à 7,31, comme le constate le compte de 1858, ce qui ne constitue, en réalité, qu'une faible différence de. 67/100 ?

Si M. Davenne n'a pas parlé dans sa précédente argumentation des hôpitaux spéciaux des femmes en couches, établissements contre lesquels, dit-il, M. Lefort s'élève avec beaucoup d'énergie et avec presque autant de raison, c'est parce que l'Académie est saisie d'une communication de l'autorité qui l'invite à rechercher les causes de la mortalité vraiment affligeante qui sévit presque périodiquement dans les maisons et les services d'accouchements. Il se présente souvent, ajoute-t-il, certains phénomènes inexplicables dans les conditions médicales d'une grande ville. La périodicité des maladies qui frappent les femmes en couches est un de ces mystères restés jusqu'à présent impénétrables. Que n'a-t-on pas tenté pour conjurer ce fléau ! Mesures d'hygiène, soins incessants, précautions de toute nature, fermeture des maisons spéciales, dissémination des accouchées dans les hôpitaux généraux ; en un mot, tout ce que peut suggérer à une administration consciencieuse, secondée par un corps médical savant et dévoué, l'ardent espoir d'arracher à la mort tant d'intéressantes victimes ; tous ces efforts sont restés vains, et le fléau n'en a pas moins continué ses ravages. Mais il y a plus : comme pour déjouer toutes les tentatives, pour déconcerter toutes les idées, tous les calculs, ces mesures de prudence, ces précautions que la raison indique aussi bien que la science elle-même, tournent souvent contre le but qu'on se propose. En voici un exemple frappant entre plusieurs.

Le service d'accouchements de l'hôpital Saint-Louis, confié aux soins éclairés de M. Denonvilliers, était, il y a quelques années, placé dans les plus mauvaises conditions. Occupant un rez-de-chaussée presque en contre-bas du sol, sans air, sans étendue, sans clarté, on ne peut rien imaginer de plus triste, et en apparence de plus insalubre, que ces salles, et cependant les accouchements y étaient toujours heureux ; on n'y connaissait pas notamment ces funestes péritonites qui faisaient tant de victimes dans les autres services, et à peine si l'on y comptait quelques rares décès dans le cours d'une longue période d'années. Lors de la reconstruction du pavillon Saint-François, l'administration crut ne pouvoir mieux faire que de reporter le service d'accouchement au premier étage du nouveau bâtiment, dans des conditions excellentes d'aération, d'insolation, d'espace, et en y introduisant tous les perfectionnements que pouvaient exiger la santé et le bien-être des accouchées. Eh bien, sait-on ce qui advint de ces dispositions, dont chacun s'applaudissait? C'est que les péritonites et autres maladies consécutives de l'accouchement, qui n'avaient presque jamais franchi le seuil de l'ancien service, firent presque aussitôt irruption dans le nouveau, de façon que la mortalité y devint tout aussi forte que dans les autres, et que l'hôpital Saint-Louis perdit le privilége de son immunité par l'effet même des mesures qui semblaient devoir lui en offrir un nouveau gage.

Veut-on une autre preuve de cette bizarrerie d'une mortalité dont les causes restent ignorées ? En 1859, il y aurait eu à la Maternité, d'après les chiffres cités par M. Lefort, 1 décès sur 13,31 accouchées ; aux cliniques, 1 sur 32,62. Or s'il existe à Paris un hôpital mal situé, mal exposé, mal entouré, manquant de moyens de ventilation, de promenoirs suffisants, qui mérite, en un mot, l'épithète de détestable, c'est à coup sûr l'hôpital des Cliniques. Eh bien, on n'y perd qu'une accouchée sur 32 ; et à la Maternité, dont les bâtiments laissent beaucoup à désirer, mais qui est placée dans une situation infiniment plus salubre, sur un plateau élevé, entourée de vastes jardins, où l'air circule librement, etc., on en a perdu 1 sur 13, beaucoup plus du double !

Il paraît certain qu'à Londres ces dangers n'existent pas, du moins à beaucoup près au même degré. Cela tient-il à ce qu'une grande partie des accouchements s'y font à domicile, soit par les soins des administrateurs des hôpitaux, soit par ceux des dispensaires ?

En présence de tels résultats, faut-il renoncer désormais à concentrer nos femmes en couches dans des services spéciaux, et les traiter chez elles comme on le fait à Londres? Mais alors que deviendrait l'enseignement, que deviendrait cette école célèbre qui fait une de nos gloires ? Et puis, sommes-nous bien sûrs que ces épidémies désastreuses ne tiennent pas à des influences particulières à notre climat? N'a-t-on pas cru remarquer qu'en même temps qu'elles sévissent dans nos hôpitaux, elles se font sentir dans la ville avec plus ou moins d'intensité ? Ce sont là autant de problèmes dont il appartient à l'Académie de chercher la solution.

Revenant à la question de la mortalité comparée à la suite des grandes opérations dans les hôpitaux de Londres et ceux de Paris, M. Davenne s'exprime ainsi :

La proportion des décès par rapport au nombre des opérés dépasse de beaucoup à Paris le chiffre de la mortalité accusée par les hôpitaux de Londres. Je n'entreprendrai pas de le contester. C'est là un fait considérable, qui n'est malheureusement que trop certain, et dont on chercherait vainement à atténuer l'importance. Il ne reste qu'à lui assigner sa véritable cause.

Faut-il l'attribuer exclusivement aux mauvaises conditions de nos hôpitaux et de nos salles de chirurgie? M. Lefort, qui s'est posé cette question, répond avec une parfaite bonne foi : « Je ne le pense pas. »

(Ici l'orateur cite quelques passages du travail de M. Lefort et de la thèse de M. Topinard, relatifs aux modes de pansement et aux soins consécutifs aux grandes opérations chirurgicales usités en Angleterre.)

L'Académie comprendra, ajoute-t-il, qu'il ne peut m'appartenir à aucun titre de discuter les points scientifiques que présente la question, et que je suis forcé de recourir à des lumières d'emprunt. J'avais déjà remarqué avec quelque surprise que le nombre des insuccès dans nos services de chirurgie variait non-seulement d'hôpital à hôpital, mais de service à service dans le même établissement. Un de nos plus illustres praticiens, je crois pouvoir le dire ici sans manquer au respect dû à une grande mémoire, en comptait plus que n'auraient pu le faire supposer sa haute science et sa rare habileté comme opérateur ; tandis que ses collègues du même hôpital, quoique placés dans des conditions identiques, sinon moins favorables encore, obtenaient beaucoup plus de guérisons. A quoi pouvait tenir un résultat si contradictoire? MM. Lefort et Topinard se sont chargés de la réponse : c'est que le succès dépend moins encore peut-être de l'opération elle-même que des soins minutieux qu'exige le traitement qui la suit.

Si donc l'administration de l'Assistance publique doit tenir grand compte et faire son profit des améliorations que l'Angleterre a successivement introduites dans la construction de ses nouveaux hôpitaux depuis que nous lui en avons donné les premiers exemples, de même aussi peut-être nos chirurgiens ont-ils à profiter de l'expérience que leurs confrères d'outre-Manche ont acquise dans le mode de traitement des opérés, en les imitant dans la simplicité des procédés de pansement, dans l'emploi des méthodes réputées les plus salutaires, et l'observation du régime le mieux approprié à l'état de chaque individu.

Je ne saurais laisser passer, sans dire avec quel empressement je m'y associe, les sages observations de M. Malgaigne au sujet des inconvénients que présentent ces salles immenses de nos vieux hôpitaux, dont il signale le danger surtout pour les services de chirurgie. On conçoit parfaitement que chaque lit étant un foyer particulier d'infection, il importe de n'en pas multiplier le nombre dans un même local : de là la nécessité de diviser les services de chirurgie en salles de dix à quinze lits au plus, et, en s'inspirant des idées de Ténon, de ne construire que des hospices de 400 à 450 lits. La question est donc ici entre les grands et les petits hôpitaux, entre les grandes et les petites salles, et je ne fais nulle difficulté de déclarer que, pour mon compte, je serais très-disposé à partager sur ce point l'opinion de M. Malgaigne. Mais ici s'offrent d'autres difficultés. (M. Davenne signale les nombreuses et graves difficultés administratives que soulève tout projet de réforme de cette nature.)

Quoi qu'il en soit, dit-il en terminant, je partage avec M. Malgaigne l'espoir que cette discussion portera ses fruits, et que les opinions qui s'y sont fait jour auront un retentissement profitable aux intérêts des pauvres et des souffrants, c'est-à-dire à ceux que l'Académie doit avoir le plus à cœur de protéger. (Marques nombreuses d'assentiment.)

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 14 janvier, le ministre de l'instruction publique et des cultes a nommé membres de la commission chargée de reviser le *Codex* ou *Pharmacopée française* et de préparer une nouvelle édition de cet ouvrage, M. Trousseau, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, et M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la même Faculté.

— Par arrêté du 13 janvier, M. Coutenot, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Martin, décédé.

— La Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Morbihan vient d'informer les membres de cette Société que « l'affaire relative aux plaintes de l'Association médicale contre les » associations religieuses qui se livrent à l'exercice de la médecine » et de la pharmacie, vient de recevoir une solution. M. le garde des » sceaux, après s'être concerté avec MM. les ministres de l'intérieur, » de l'instruction publique et des cultes, a décidé que les sœurs devaient être maintenues dans les limites fixées par les lois et règlements sur la médecine et la pharmacie ; qu'elles pouvaient seulement donner des *soins gratuits* aux malades pauvres et leur distribuer des remèdes *simples* et *magistraux*, mais sans avoir le droit » de les vendre. M. le ministre de l'instruction publique et son collègue de l'intérieur ont écrit dans ce sens à Monseigneur l'évêque » de Vannes et à M. le préfet du Morbihan. »

Par cette décision, les lois de ventôse et de germinal an XI reçoivent une solennelle consécration, et les abus relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie, particulièrement ceux qui ont leur source dans les envahissements des congrégations, vont sans doute enfin cesser.

— Nous avons souvent appelé l'attention du corps médical sur l'importance de l'application du cumul des peines en matière d'exercice illégal de la médecine. Ce principe vient d'être consacré de nouveau et fort nettement par un jugement du tribunal de Châteaudun, du 22 novembre 1861, ainsi conçu :

« Attendu qu'il est résulté de l'instruction, du débat et des aveux du prévenu la preuve qu'à Vieuvicq, le 8 septembre dernier, le sieur Goupil a pratiqué une opération chirurgicale sur la personne du sieur Hervet fils, en lui remettant une jambe qui était fracturée ;

» Que les 13 et 20 septembre il est venu visiter le sieur Hervet ;

» Et que le 30 du même mois il a levé l'appareil qu'il avait apposé le 8.

» Attendu que le prévenu n'avait pas de diplôme de docteur ni de certificat d'officier de santé ;

» Qu'il a ainsi, à *quatre fois différentes*, exercé illégalement la chirurgie, fait prévu par les articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI.

» Attendu que, suivant la jurisprudence, les peines encourues pour infraction à l'article 35 ne peuvent excéder les peines de simple police déterminées par les articles 465 et 466 du Code pénal, etc. ;

» Attendu qu'en matière de contravention les peines se cumulent ;

» Condamne le prévenu en quatre amendes de chacune 5 fr. envers les hospices. »

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 7. — SAMEDI 18 JANVIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 7. — SAMEDI 18 JANVIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 ». Un an. . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Lésion de l'oreille interne. — Action réflexe sur le cervelet et les pédoncules.

La clinique fournit de temps en temps aux observateurs des expériences naturelles, toutes faites, et qui offrent sur les expériences physiologiques ce double avantage d'éclairer à la fois l'une par l'autre la physiologie et la pathologie sans qu'il en ait coûté l'infliction d'inutiles tortures.

On connaît les phénomènes remarquables de perturbation locomotrice que M. Flourens a observés chez les animaux auxquels il avait lésé les canaux semi-circulaires. Cette observation, restée longtemps oubliée et presque stérile pour la science, a reçu depuis quelque temps de nombreuses confirmations, dues en grande partie à l'observation pathologique. C'est ainsi, par exemple, que dans une communication faite récemment à la Société de biologie, MM. Signol et Vulpian ont fait connaître un cas de nécrose d'une portion du diploé crânien chez un coq, avec altération profonde de l'appareil auditif et production de phénomènes symptomatiques semblables à ceux qu'avait produits M. Flourens dans ses expériences de section des canaux demi-circulaires : dérèglement des mouvements de locomotion, balancement latéral de la tête, instabilité de l'équilibre, mouvement giratoire de l'animal sur lui-même, etc.

D'un autre côté, à l'occasion de la discussion qui a eu lieu l'année dernière à l'Académie de médecine sur la congestion cérébrale apoplectiforme, M. Ménière a communiqué à cette Compagnie un mémoire sur certaines lésions de l'oreille interne qui donnent lieu à des phénomènes cérébraux semblables à ceux dont il vient d'être question, vertiges, étourdissements, marche incertaine, tournoiement et chute, qu'on avait pris, dans la plupart des cas, pour les symptômes d'une congestion ou de toute autre affection cérébrale. Enfin M. Brown-Séquard a publié depuis, dans des recueils étrangers, des faits physiologiques et pathologiques du même genre.

Telles sont les circonstances relatives à l'histoire de ce phénomène physiologico-pathologique que nous tenions à rappeler ici, parce qu'elles donnent au fait suivant que M. le docteur Hillairet vient d'observer, indépendamment de sa valeur propre déjà considérable, un intérêt d'actualité tout particulier.

M. D..., âgé de trente-cinq ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hillairet, pour une affection qui remontait à une époque déjà éloignée. Cet homme, d'une assez forte constitution, d'une très-bonne santé habituelle, ayant toujours mené une vie régulière, exempte de tout excès, et n'offrant aucun antécédent morbide héréditaire, est pris, immédiatement après un refroidissement, de douleurs assez violentes et persistantes dans les deux oreilles, mais principalement dans la droite. Ces douleurs se calment, d'un côté du moins ; elles se réveillent de temps à autre dans le côté droit avec assez de violence, notamment pendant les changements de température et les temps humides. Il y avait une dizaine d'années que ces douleurs persistaient, lorsque tout à coup elles se calment et font place à un écoulement purulent abondant par l'oreille droite. Un peu plus tard, un médecin, dans le but d'arrêter cet écoulement, ainsi que la douleur qui se montrait de nouveau par instants, conseille une injection de créosote. Aussitôt l'écoulement s'arrête; les douleurs reparaissent avec des exacerbations violentes, et un médecin, quelque temps après, constate dans le conduit auditif droit la présence d'un polype.

Le malade est pris alors de céphalalgie hémicrânienne droite, parfois violente, dont la rémission est précédée par l'écoulement d'un peu de pus. Plus tard, à cette céphalalgie viennent se joindre les accidents suivants :

Le malade est surpris, à des heures variables de la journée, plus souvent le matin que le soir, avant et après ses repas, et le plus habituellement après s'être livré à un travail intellectuel un peu prolongé, par une céphalalgie très-violente, hémicrânienne droite, accompagnée d'irradiations douloureuses sur le côté correspondant du cou et vers la nuque, et suivie de turgescence vasculaire de la face et du cou. En même temps, il éprouve une sensation d'étourdissements, de tournoiement, qui lui donne, dit-il, l'idée qu'il est entraîné dans le vide. S'il est debout, il se sent faiblir ; il vacille comme un homme ivre, avec une tendance irrésistible à s'incliner ou à *tourner du côté gauche*. S'il est couché, il est obligé de se placer sur le côté droit, même dans l'intervalle des accès, sous peine de voir ceux-ci reparaître. Pendant l'accès, il a des nausées. Enfin, le malade dit que sa mémoire a faibli et qu'il ne peut se livrer à un travail intellectuel sérieux, ni même à un travail manuel un peu prolongé. Il a remarqué aussi que depuis quelque temps les érections, moins fréquentes qu'autrefois, sont suivies d'éjaculations brûlantes et douloureuses ; il est devenu d'un caractère très-irritable. Au milieu de ces accidents, les fonctions digestives se sont troublées, et le malade a en partie perdu le sommeil. Néanmoins, l'embonpoint n'a pas sensiblement diminué.

Ces phénomènes ayant déterminé le malade à entrer à l'hôpital, voici ce que l'on constate (c'était le 5 mai dernier) :

Il s'écoule par le conduit auditif droit du pus sanieux en assez grande abondance. Le pourtour de l'orifice du conduit et le conduit lui-même sont rouges, excoriés. Au fond de celui-ci on n'aperçoit pas la membrane du tympan détruite ; mais à sa place, une petite tumeur oblongue, rouge, charnue, de la grosseur d'une fève de marais, ressemblant à un polype. A l'aide du stylet on s'assure que cette tumeur se prolonge profondément et que son pédicule est attaché au rocher, qui donne la sensation osseuse au toucher avec l'instrument ; il est à nu et atteint de carie. L'ouïe est plus ou moins altérée, suivant que le pus s'écoule plus ou moins difficilement par le conduit auditif. On constate, en outre, un peu d'affaiblissement de la mémoire, de l'excitation générale, une grande volubilité dans la parole. La vue est bonne ; les deux pupilles sont égales et de dimension normale ; l'olfaction et le goût sont intacts ; la sensibilité générale ainsi que la motilité sont également conservées, à part toutefois un peu de faiblesse dans les membres inférieurs.

Le diagnostic suivant fut porté : carie du rocher, bourgeons charnus développés sur le rocher à la limite des parties molles et déterminant par la rétention du pus les phénomènes indiqués.

Le malade fut soumis à l'usage du houblon édulcoré au sirop d'iodure de fer, de l'huile de foie de morue et des bains sulfureux.

Les jours suivants, les accès se sont reproduits deux, trois et quatre fois par jour.

Le 11 mai, sur la demande de M. Hillairet, M. Richet procède à l'excision des bourgeons charnus à l'aide d'une petite curette tranchante, et pousse dans l'oreille une injection de teinture d'iode.

Cette opération ayant pour effet de donner une issue facile au pus, produit une amélioration sensible et croissante dans l'état du malade. Les vertiges et les autres symptômes nerveux se dissipent peu à peu.

Le 26, le malade n'ayant pas éprouvé d'accès depuis plusieurs jours et se trouvant dans un état parfait de santé, demande et obtient son *exeat*.

Un mois après, M. D... s'est présenté de nouveau à la visite, et M. Hillairet a pu constater que les accidents qui l'avaient conduit à l'hôpital ne s'étaient pas représentés ; que l'écoulement du pus était très-insignifiant ; que l'ouïe du côté droit était à peu près perdue, et que la santé générale était d'ailleurs excellente.

Certainement, ainsi que l'a fait remarquer avec beaucoup de raison M. Hillairet en communiquant ce fait à ses collègues de la Société de biologie, il eût été facile à une certaine époque de confondre ces accidents avec ceux beaucoup plus graves qui procèdent souvent d'une carie du rocher, tels que des abcès intra-crâniens et des désordres matériels du côté des centres nerveux ; on eût pu encore se croire en droit d'en reporter l'origine à une lésion du cervelet ou de ses pédoncules, les phénomènes observés rentrant dans l'ordre de ceux qui ont été signalés comme appartenant aux lésions de cette partie de l'encéphale. L'erreur a pu être évitée ici, grâce à la connaissance des expériences de M. Flourens et des observations de MM. Brown-Séquard et Ménière, qui ont permis d'attribuer les désordres nerveux à une action réflexe, et de porter un diagnostic et un pronostic favorables, que l'événement a heureusement justifiés.

Érysipèle infantile.

Nous avons examiné à plusieurs reprises dans cette *Revue* la question de la vaccination hâtive des enfants nouveau-nés dans les hôpitaux. Nous avons exposé les avantages et les inconvénients de cette pratique, dont l'utilité incontestable à certains égards est trop souvent rachetée par des dangers qu'il n'est pas toujours possible de conjurer. Voici un nouvel exemple de ces dangers qui vient de se produire chez un enfant couché dans la salle des nourrices du service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu.

Une petite fille, née le 26 décembre, dans le service d'accouchement d'un autre hôpital, est vaccinée le 3 janvier, huitième jour de sa naissance, avant d'être renvoyée. La vaccine se développe régulièrement.

Le 9 janvier, sixième jour, l'enfant devient malade, elle crie, s'agite et refuse le sein. Sa mère l'amène à l'Hôtel-Dieu le 10. A la visite du soir, le chef de clinique, M. Dumontpallier, constate une très-grande fréquence du pouls ; il fait déshabiller l'enfant et trouve les pustules vaccinales très-développées. Le bras gauche est le siége d'un érysipèle qui paraît avoir pris naissance autour des pustules et qui s'étend jusqu'au coude.

Le lendemain, l'érysipèle s'était propagé jusqu'au poignet et il avait gagné la poitrine, le cou et le bras droit. Le visage présente une teinte sub-ictérique. L'enfant est agitée, privée de sommeil et ne cesse presque pas de crier ; elle n'a d'ailleurs ni vomissements ni diarrhée ; on se borne à saupoudrer les parties érysipélateuses avec de la fécule.

Les jours suivants, l'érysipèle s'étend à tout le tronc et aux membres inférieurs.

Le 13, on constate une tuméfaction considérable de la face dorsale de la main droite. On remplace la fécule par des lotions avec une mixture de camphre, de tannin et d'éther.

Le 14, l'aspect général de l'enfant est moins mauvais, son teint est meilleur, il a repris un peu de sommeil et il tette plus volontiers.

Le 15, il est survenu du muguet, il y a eu un vomissement dans la nuit et un peu de diarrhée ; les grandes lèvres, envahies par l'érysipèle, sont le siége d'une eschare superficielle. — Collutoire au borax.

Enfin, le 16, c'est-à-dire hier, jour où nous avons vu cette petite malade pour la première fois, bien que l'érysipèle ait en partie abandonné les points sur lesquels il s'est développé en premier lieu, il occupe encore la plus grande étendue du corps.

Malgré l'état extrêmement grave encore de cette petite malade, malgré le pronostic fatal qu'implique l'érysipèle dans le cours du premier mois de l'existence et que ne justifie que trop l'expérience, cependant il y a lieu d'espérer encore qu'ici il ne se vérifiera point ; — c'est du moins l'opinion de M. Trousseau.

Cette réserve dans le pronostic est fondée ici d'abord sur l'état réel d'amélioration que présente cette petite malade, arrivée aujourd'hui au septième jour de la maladie, mais surtout sur une circonstance dont la valeur n'est peut-être pas assez connue et que nous tenons surtout à signaler ici à l'occasion de ce fait ; nous voulons parler de la formation d'un phlegmon.

« Je n'ai jamais vu guérir les enfants atteints d'érysipèle dans le cours des vingt-cinq premiers jours de la vie, dit M. Trousseau, excepté dans les cas où il s'est développé intercurremment des abcès. Il y a un an, à pareille époque, il y avait dans notre service un enfant nouveau-né atteint d'érysipèle. J'annonçai sa mort comme certaine ; il ne mourut point ; il était survenu des abcès aux mains et sur quelques autres régions du corps. Un peu plus tard, au mois de mars suivant, un autre enfant atteint de la même affection eut 14 abcès sur le corps ; il résista, mais ce fut pour succomber plus tard à une péritonite. »

C'est à M. Lasègue que l'on doit la connaissance de cette sorte d'immunité, qu'on serait très-embarrassé de s'expliquer d'ailleurs, pour les enfants chez qui il survient des abcès pendant le cours de l'érysipèle. Nous suivrons cette petite malade, afin d'être en mesure de juger jusqu'à quel point se vérifiera chez elle cette nouvelle donnée pronostique.

Inoculation de la syphilis par la vaccine.

Parmi les cas les plus intéressants qui se trouvent en ce moment dans le service de M. Trousseau, il en est un qui offre un intérêt d'autant plus particulier qu'il se rattache à l'une des questions les plus graves qui aient été soulevées depuis quelque temps, celle de l'inoculation de la syphilis par la vaccine. Il s'agit d'une jeune fille entrée à l'Hôtel-Dieu pour une affection utérine (catarrhe du col), pour laquelle on a pratiqué plusieurs cautérisations. Comme la variole régnait dans les salles, M. Trousseau engagea cette malade à se faire vacciner. Elle fut vaccinée en même temps que quatre autres malades avec du vaccin pris sur le bras d'un enfant parfaitement sain en apparence. Il ne se développa d'abord que des papules insignifiantes. La malade ayant quitté l'hôpital, avec l'invitation d'y revenir tous les quinze jours pour se faire cautériser, fit remarquer, la première

fois qu'elle vint, que sa vaccine que l'on croyait être restée sans effet avait pris.

Elle portait sur le lieu des piqûres de grosses pustules d'ecthyma ; on n'y fit pas d'abord grande attention, mais bientôt ces pustules prirent l'aspect d'énormes plaques de rupia, qui s'accompagnèrent presque aussitôt d'adénites axillaires et cervicales. Enfin ces jours derniers il est survenu une roséole.

M. Ricord, invité par M. Trousseau à venir voir cette malade, assistait ce matin à la visite. Cette jeune fille, nous a-t-il dit, présente à mes yeux le type de la syphilis. D'où vient-elle? c'est ce qu'il s'agira de rechercher.

Ce fait sera le sujet d'une leçon que M. Ricord, sur la prière de M. Trousseau, doit faire, demain samedi, à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu.

Epidémie de variole.

Nous avons annoncé dans l'une de nos dernières *Revues* que M. le docteur Sernin-Fontan, d'Arreau (Hautes-Pyrénées), nous avait transmis la relation d'une petite épidémie de variole qui a sévi dans cette localité, et qui lui a fourni l'occasion d'exposer quelques faits intéressants relativement à la pratique de la vaccine.

Voici les détails les plus saillants de cette communication.

La variole vient de se montrer à Arreau. Son apparition a été courte et légère. Portée pendant la période d'incubation d'un département voisin, elle a pu être suivie dans sa filiation contagieuse. La transmission s'est presque toujours opérée par contact immédiat.

Les débuts semblaient menaçants. Elle a été fatale aux quatre sujets qui ont été les premiers atteints. C'étaient une petite fille de trois ans, une femme de trente-cinq et deux hommes de quarante ans, tous privés de la vaccine.

Sur les huit autres sujets, vaccinés, il ne s'est montré que des varioloïdes, et, comme conséquence à peu près obligée, il n'y a eu aucun cas de mort. Il est juste de noter, pour être exact, qu'un enfant de vingt mois, frappé par la contagion, n'a eu qu'une éruption très-discrète, que la maladie a été chez lui très-bénigne, bien qu'il n'eût pas été vacciné.

Caractères communs. — Chez deux des adultes emportés par la maladie, l'un au huitième jour de l'éruption, l'autre vers le onzième : sueurs abondantes, éruption confluente à la face, plus discrète sur le reste du corps. Diminution de la fièvre au moment de l'éruption. Délire; pustules irrégulières, très-inégalement développées, venant bientôt à s'affaisser, devenant molles et blafardes. Peu de ptyalisme; léger gonflement de la face. Pas de tuméfaction aux pieds et aux mains; pétéchies la veille de la mort.

Caractères particuliers. — L'homme qui mourut le huitième jour succomba à une complication thoracique.

Le malade qui vécut jusqu'au onzième jour avait présenté, deux jours avant l'éruption, une hémorrhagie intestinale d'une durée de six jours, qui le jeta dans une adynamie profonde. Au second jour de l'apparition des pustules, il était en proie au plus violent délire. Cette agitation vint à se calmer et il y eut un retour lucide qui se prolongea pendant deux jours. Le délire revint, mais alors pour ne plus disparaître. Ce malade s'éteignit dans un état comateux.

La femme mourut le douzième jour, sans avoir présenté de symptômes cérébraux. L'éruption était belle. Cette malade fut enlevée par des accidents qui semblaient caractériser la résorption purulente.

Les varioloïdes ont régulièrement parcouru leurs périodes.

« En présence des renseignements qui précèdent, vous vous étonnerez peut-être, ajoute notre confrère, de la forte proportion des sujets non vaccinés eu égard au petit nombre des individus atteints. Vous serez encore plus péniblement surpris si je vous apprends que la population de notre petite ville (1,400 âmes) fut, en 1848, cruellement décimée par la variole, sans que cette terrible épreuve, qui ne s'effacera pas de son souvenir, l'ait rendue plus soucieuse de son avenir sanitaire. Un relevé exact du registre des décès fixe à vingt-huit le nombre des victimes qui, en quelques semaines, payèrent leur tribut à l'épidémie. Plus de soixante autres personnes furent atteintes. La majorité n'échappa à la mort que grâce à des vaccinations qui remontaient à l'enfance.

» Le fléau jetait partout l'épouvante et le deuil. Au milieu de la désolation générale, pas une voix qui se fit entendre pour prononcer les mots : vaccinations et revaccinations !

» Malgré cette grande leçon, quand la petite vérole a reparu il y a quelques jours, la population n'était pas plus éclairée, pas plus préparée aux précautions merveilleuses qu'une expérimentation positive a mises non-seulement au pouvoir des médecins, mais encore dans les mains de tous, et pour la seconde fois encore personne ne pensait à vacciner et à revacciner. »

Convient-il ou non de vacciner et de revacciner en temps d'épidémie? Telle est la question que se pose notre confrère à cette occasion. Nous ne reproduirons pas ici les objections plus ou moins extra-médicales que ses propositions ont rencontrées dans la population, et les réponses pleines de sens qu'il y a faites, ainsi que les arguments parfaitement motivés qu'il a invoqués en faveur des vaccinations pendant l'épidémie. C'est là une pratique dont l'utilité est trop bien démontrée pour qu'il soit nécessaire de l'appuyer ici de nouveau. Le fait en cette matière est plus éloquent que tous les raisonnements.

Or voici la conduite qu'a tenue notre confrère, et à laquelle nous donnons tout notre assentiment :

Ici, dit-il, l'expérience est venue confirmer, sans grand mérite, les données du raisonnement, en donnant tort aux accusations portées contre la vaccine. Je dois à la bienveillance et à l'empressement de l'administration, qui a bien voulu faire mettre rapidement à ma disposition du vaccin pris à l'Académie impériale de médecine, d'avoir pu fournir des preuves nombreuses de l'innocuité des vaccinations, au moins dans les conditions où nous nous trouvions placés, et que l'on avait considérées comme défavorables à la pratique des vaccinations et même comme dangereuses. C'est la meilleure manière de réfuter les objections.

DE LA GENÈSE

et du développement des follicules dentaires et des dents,

Par MM. les docteurs Charles Robin et E. Magitot.

Le mémoire que nous analysons brièvement ici a pour objet l'histoire du follicule dentaire chez les mammifères, depuis l'époque de son apparition au fond de la gouttière des maxillaires jusqu'à l'achèvement complet de l'organe dentaire au sein de la cavité folliculaire, achèvement qui est aussitôt suivi de l'éruption de la dent au dehors. Cette histoire comprend par conséquent toute la série des phénomènes concernant la genèse et l'évolution des organes formateurs de la dent et des tissus qui la constituent.

Les questions soulevées dans ce travail ont été jusqu'à ce jour l'objet de discussions si nombreuses et d'interprétations si diverses, qu'il était nécessaire de reprendre cette étude et dans son ensemble et dans les nombreux détails qu'elle comporte. Nous ne signalerons toutefois, dans ce résumé, que les résultats les plus importants de ces recherches et les points que nous croyons avoir été particulièrement élucidés ou découverts par leurs auteurs.

Un premier chapitre est consacré à l'évolution des mâchoires avant l'apparition du follicule. Rappelant la disposition des bourgeons maxillaires chez l'embryon, d'après les belles recherches de Reichert et de M. le professeur Coste, ils ont déterminé de la manière la plus exacte la constitution intime de ces bourgeons, lorsque du 25e au 40e jour, chez l'embryon humain, par exemple, ils se sont soudés pour constituer les arcs maxillaires primitifs. Considérant ensuite séparément les deux mâchoires dans leur développement particulier, ils ont montré qu'au sein de l'arc maxillaire inférieur, il se produit avant toute trace du maxillaire lui-même, une petite bande cartilagineuse occupant toute la longueur de cet arc, et se terminant sur les côtés par deux extrémités renflées, situées au niveau du point qui plus tard deviendra la caisse du tympan. Ce cartilage a déjà été observé et décrit par M. Serres, sous le nom de *maxillaire inférieur temporaire*, et par Meckel, en 1821, sous le nom duquel il est généralement connu à l'étranger.

Ce *cartilage de Meckel*, qu'il ne faut point confondre avec le cartilage admis par tous les anatomistes comme précédant l'ossification du maxillaire inférieur, apparaît chez l'homme au moment de la soudure des deux bourgeons maxillaires inférieurs et s'atrophie vers le cinquième mois environ de la vie fœtale. Pendant la durée de son existence transitoire, il remplit deux rôles très-distincts, bien que simultanés :

Le premier consiste en ce que le cartilage, par sa partie moyenne ou corps, sert de squelette en quelque sorte au premier arc branchial ou viscéral (Reichert, 1838), et préside à l'évolution de la mâchoire inférieure, de sorte que cet os se développe à son côté externe sans envahir le moins du monde la substance propre du cartilage de Meckel, si bien que ce dernier se trouve bientôt contenu dans une gouttière spéciale creusée à la partie inférieure du bord interne de l'os.

Le second rôle du cartilage consiste dans la segmentation et l'évolution spéciale de son extrémité céphalique renflée, qui de chaque côté donne naissance à la chaîne des osselets de l'oreille moyenne. Quant au maxillaire inférieur lui-même, il naît et se développe d'après le mode d'ossification dit par *envahissement* (Ch. Robin), sans être précédé d'un cartilage de même forme ni même par aucun cartilage quelconque; sans présenter plusieurs *points d'ossification*, comme on l'admettait à tort, mais un seul de forme lamelleuse, qui s'allonge et s'épaissit graduellement, puis se dédouble à l'un de ses bords, comme le maxillaire supérieur, pour former la *gouttière dentaire* ou *des follicules*.

Etudiant ensuite la disposition des maxillaires au moment de l'apparition des follicules dentaires, les auteurs de ce travail montrent que lorsque la *gouttière dentaire* a pris une forme déterminée, elle contient en même temps le tissu au sein duquel vont se former les follicules et le faisceau des vaisseaux et des nerfs dentaires. Il existe donc primitivement sous chaque maxillaire une gouttière unique, et ce n'est qu'après l'apparition du germe dentaire ou bulbe (premier élément de l'appareil folliculaire) que se forment les cloisons entre les follicules, ainsi que celle qui se produit d'autre part entre la série des follicules et le faisceau vasculo-nerveux, de façon à renfermer ces derniers dans un canal complet, qui prend le nom de *canal dentaire*.

L'étude de l'organisation des gouttières dentaires leur a montré des faits importants relatifs au lieu et au moment précis de la naissance des follicules. Cette dernière, loin de précéder, comme on l'a dit, l'apparition des gouttières, n'a lieu au contraire que lorsque la délimitation de celles-ci est déjà complète.

Le follicule naît alors au contact des vaisseaux et des nerfs dentaires qui sont au fond de la gouttière, au sein du tissu sous-muqueux gingival, qui la remplit à cette époque.

Ils démontrent que ce fait a lieu aussi bien pour la gouttière du maxillaire supérieur que pour l'autre; que les vaisseaux et nerfs qui sont au fond de cette gouttière sont pour les dents supérieures les vaisseaux et nerfs sous-orbitaires ou une de leurs branches, comme chez les carnassiers et quelques autres mammifères; que c'est immédiatement contre le plancher de l'orbite ou à son niveau, dans le point qui sera plus tard le canal sous-orbitaire, qu'apparaissent les follicules des canines et molaires supérieures; que ce n'est que plus tard, lorsque le sinus maxillaire supérieur des fosses nasales se développe en même temps que les racines de ces dents, qu'on voit celles-ci s'éloigner de l'orbite, tandis que les vaisseaux et nerfs conservent leur position *sous-orbitaire*, telle qu'elle était pendant les premières époques fœtales, lors de l'apparition des follicules.

L'examen attentif de nombreuses pièces anatomiques a prouvé aux auteurs de ce travail que cette dernière avait lieu chez l'homme du 55e au 60e jour sur la mâchoire inférieure et du 60e au 65e sur l'autre maxillaire. Ils ont montré ainsi que la genèse des follicules de première dentition avait lieu dans l'ordre suivant :

Du 55e au 60e jour, apparition des follicules des deux incisives médianes inférieures ;

Vers le 65e jour, apparition des follicules des incisives centrales supérieures; puis successivement à quelques jours d'intervalle :

Follicules des incisives latérales inférieures; des incisives latérales supérieures; des premières molaires temporaires inférieures; des premières molaires temporaires supérieures; des deuxièmes molaires temporaires inférieures; des deuxièmes molaires temporaires supérieures; des deux canines inférieures; des deux canines supérieures.

Ainsi se trouve complété le nombre des dix follicules pour chaque mâchoire, soit vingt dents temporaires.

De plus, un autre follicule, celui d'une dent permanente (la première grosse molaire, dont l'éruption a lieu à l'âge de six ans), apparaît pendant la vie intra-utérine. On le voit naître à l'extrémité postérieure de la série des follicules de première dentition, du 85e au 90e jour. Quant aux follicules des dents de la deuxième dentition, ils naissent et se développent d'après le même mode que ceux de la première; leurs parties constituantes sont de structure identique. Ces remarques s'appliquent aussi au mode de naissance et de développement de chacun des tissus (ivoire, émail et cément) constituant les dents correspondantes.

Les follicules des incisives et des canines naissent sous la muqueuse, dans le tissu sous-muqueux, et ils adhèrent directement à cette membrane au moment de leur apparition. Ils se trouvent alors placés un peu en arrière de l'adhérence des autres follicules à la muqueuse, à peu près au niveau du bord libre de la lame postérieure de la gouttière dentaire déjà divisée en alvéoles encore peu profonds. Ils sont, par suite, comme les follicules de première dentition, peu éloignés des vaisseaux et nerfs dentaires, avec lesquels ils conservent ces relations de voisinage pendant toute leur durée; la couronne, il est vrai, s'en éloigne comme pour les autres dents, lors de l'accroissement des racines qui amène l'éruption, mais l'extrémité de celles-ci conserve constamment ces rapports de voisinage avec les vaisseaux et les nerfs. Les branches que reçoivent ces follicules sont des rameaux des vaisseaux et nerfs des follicules de première dentition, qui, pour les atteindre, rampent derrière la paroi de ces derniers et sortent par l'ouverture alvéolaire. Lorsque par les progrès de l'âge les bords alvéolaires de la mâchoire s'accroissent, les follicules et les racines dentaires ne s'éloignent pas très-sensiblement du faisceau vasculo-nerveux, ainsi que nous venons de le dire; il en résulte que l'os dentaire vient envelopper les follicules et leur former ainsi à chacun son alvéole, dont l'orifice tourné vers la muqueuse se rétrécit de plus en plus, tandis que par le côté interne de son fond cet alvéole conserve avec ceux de la première dentition une communication par laquelle passent les vaisseaux et nerfs. Par suite de la persistance de leur voisinage avec le follicule de ces derniers, la muqueuse s'éloigne aussi des follicules pendant l'accroissement en hauteur de la mâchoire; il en résulte que l'adhérence de chaque sac dentaire à la muqueuse s'allonge sous forme de cordon fibreux plein (*Iter dentis*, Delabarre; *Gubernaculum dentis*, Serres, etc.) qui traverse le tissu sous-muqueux et l'orifice alvéolaire correspondant. Il s'allonge tant que les dents de première dentition persistant, le bord des mâchoires s'élève; il diminue ensuite lors de l'éruption des dents permanentes, mais sans jouer un rôle actif quelconque dans ce phénomène.

Les faits précédents que prouve l'examen comparatif de l'évolution des deux sortes de dentition, montrent que c'est à tort que quelques auteurs disent encore que les follicules, une fois nés, s'éloignent de la muqueuse pour s'enfoncer dans les mâchoires en s'y creusant un alvéole. C'est au contraire la muqueuse qui s'écarte des follicules, lesquels conservent leurs rapports de voisinage avec les vaisseaux et les nerfs; c'est près d'eux que naissent ceux de la deuxième comme de la première dentition, à la mâchoire inférieure du moins; aussi ceux des troisième, quatrième et cinquième molaires naissent-ils profondément dans les maxillaires, et le dernier du moins, étant très-tardif, n'a aucun rapport avec la muqueuse avant l'époque de l'éruption.

Cette relation de voisinage des follicules avec les vaisseaux lors de leur apparition, qui est en quelque sorte le fait domi-

nant dans cette question, a été passée sous silence jusqu'à présent par les auteurs qui l'ont traitée.

Après avoir fait connaître le développement de la série des follicules dans son ensemble, MM. Robin et Magitot ont entrepris l'étude de l'évolution de chacune de leurs parties constituantes.

Le bulbe dentaire est la première des parties constituantes de l'appareil folliculaire qui apparaisse au fond de la gouttière et au sein du tissu sous-muqueux gingival. On le voit naître, à l'époque précisée plus haut, sous forme d'un petit point foncé conique, à contour diffus ; peu de temps après ce cône acquiert plus de netteté, et on voit bientôt une petite bande noirâtre partir de sa base et entourer complétement sa partie saillante : cette petite bande devient la paroi folliculaire. Puis, à une époque plus avancée, un intervalle se produit entre la paroi et la partie saillante du cône ; cet intervalle est rempli par un autre organe, le *germe de l'émail*. Enfin, dans certains ordres seulement (Pachydermes ruminants), un troisième organe se produit au-dessous de la paroi folliculaire, enveloppant comme une membrane les deux germes déjà formés : c'est l'*organe du cément* ou *cortical osseux* de Ténon.

Ainsi se trouve constitué le follicule dentaire, composé d'une partie enveloppante et de trois organes contenus dans la cavité.

L'histoire de l'évolution du follicule étant achevée, il restait à déterminer exactement la constitution intime de ses parties constituantes. Ils ont décrit avec la plus grande précision la forme, les rapports et la structure microscopique de chaque tissu. Cette étude les a conduits à des résultats plus neufs encore que celle des follicules considérés dans leur ensemble.

L'ivoire naît dans le follicule, à la surface du bulbe, ou mieux dans l'épaisseur de la couche de matière amorphe qui forme le sommet de celui-ci.

C'est vers le quatre-vingtième jour environ, chez l'embryon humain, qu'apparaissent les premiers vestiges d'ivoire. A cette époque, la couche superficielle du bulbe devient le siége d'une production de cellules spéciales, dites *cellules de l'ivoire*, qui se disposent en une couche continue circonscrivant le sommet bulbaire. Ces cellules sont les agents de la production de l'ivoire, c'est-à-dire qu'elles empruntent au bulbe sous-jacent les principes qui servent à la formation de la substance propre de la dent, appelée ivoire ou dentine. L'ivoire se dépose donc, à mesure qu'il se forme, à la surface de la couche de cellules, et s'étend ainsi du point culminant du bulbe, où il est d'abord formé jusqu'aux parties voisines, de façon à envelopper bientôt dans une calotte éburnée la totalité du bulbe. Puis, lorsque la coque ou enveloppe d'ivoire entoure complétement le bulbe, on constate que les cellules de l'ivoire ont entièrement disparu de la surface de l'organe. Il résulte de cette particularité que l'ivoire une fois né, en tant que tissu, par l'intervention des cellules dites de la dentine, accomplit son développement et achève son évolution sans l'intervention de ces agents primitifs de sa genèse. Il y a donc une distinction considérable à établir entre le phénomène de genèse de l'ivoire par des matériaux que fournit la pulpe dentaire et élaborés par les cellules de l'ivoire, et les phénomènes de développement dont l'ivoire, une fois créé, fait à lui seul tous les frais. Ainsi se produisent les ramifications des canalicules de l'ivoire par résorption moléculaire de la substance. Ainsi apparaissent ces petites masses sphériques dures dites *globules de dentine*. Ainsi a lieu l'augmentation progressive d'épaisseur et de densité de la couche d'ivoire.

L'ivoire n'est aucunement, comme on le voit, un produit de sécrétion, un corps inorganique, contrairement à ce qu'ont soutenu beaucoup d'auteurs, opinion que M. Flourens a un des premiers combattue. (*Arch. du Muséum*, t. II, p. 385.) Il n'est point non plus un os ; car rien dans sa constitution ni dans son mode de développement ne le rapproche du tissu osseux. Ce n'est également pas un produit de transformation spéciale du bulbe, contrairement à ce qu'ont prétendu plusieurs auteurs modernes.

L'ivoire est un produit spécial, sans analogue dans l'économie, apparaissant par génération directe ou *autogenèse*, aux dépens de principes immédiats élaborés par les cellules de l'ivoire, sans que ces cellules ni tout autre élément participe de sa propre substance à sa formation.

Bien qu'ayant apporté plus de précision que nos prédécesseurs dans l'étude de tous ces faits, leurs résultats ne font que confirmer au fond les recherches déjà anciennes de Purkinje et Raschkow, et celles plus récentes de Hunley et de Lent ; mais il faut reconnaître qu'elles les complètent sous bien des rapports, et leur donnent beaucoup plus de netteté. MM. Robin et Magitot ont de plus prouvé péremptoirement que l'organe de l'émail est tout à fait dépourvu de vaisseaux. Ils ont en outre décrit une couche épithéliale restée jusqu'alors ignorée, qui est interposée entre la surface extérieure ou folliculaire de l'organe de l'émail et la face interne de la paroi du follicule ; cette couche offre des dispositions curieuses au niveau de la portion gingivale du follicule. Cet épithélium n'étant pas traversé par les capillaires de la paroi folliculaire, fait que l'organe de l'émail ne reçoit pas de vaisseaux de ce côté. Il n'en reçoit pas non plus du côté du bulbe, puisque sa face bulbaire est séparée de celui-là et de l'ivoire qui le recouvre par la couche épaisse des cellules prismatiques, dites cellules de l'émail.

L'étude du mode de naissance et du développement du cément pendant l'évolution de la dent, est un des points de ces recherches qui leur a fourni le plus grand nombre de résultats nouveaux, et un de ceux, du reste, qui avait été le plus négligé.

Le cément, véritable couche osseuse, très-distinct anatomiquement et physiologiquement de l'ivoire ou dentine (à tort appelé os dentaire), se développe d'une façon qui varie suivant le siége qu'il occupe.

Tantôt, en effet, il ne fait qu'entourer d'une mince couche la partie radiculaire de l'organe, comme chez l'homme, les carnassiers, etc. ; tantôt il enveloppe la totalité de la dent, sort avec elle de la mâchoire au moment de l'éruption, et s'use même par la mastication, comme dans les molaires des ruminants et les dents des solipèdes. Dans le premier cas, la paroi folliculaire se fixant au moment de l'éruption au collet de la dent et étant devenue par suite le périoste dentaire, le cortical osseux ou cément se développe sans production de cartilage préexistant, par autogenèse ou génération directe, entre la surface de l'ivoire et le périoste dentaire, qui fournit les principes immédiats nécessaires à cette genèse. Ils ont pour la première fois élucidé ce point de physiologie relatif au cément radiculaire, et décrit la manière dont ses couches s'appliquent successivement de la base vers la pointe de chaque racine.

Le cément radiculaire se produit dans deux conditions distinctes :

1° Par les portions du follicule devenu périoste alvéolo-dentaire, qui étaient tapissées par l'organe du cément et au niveau desquelles cet organe, qui n'existe plus, a produit d'abord le cortical osseux coronaire par sa propre ossification, tant que c'était la couronne au lieu de la racine qui occupait le sac dentaire. Dans ces parties de ce dernier, le cément continue à se produire lorsque la couronne achève de sortir en emportant l'organe ossifié, mais il se produit d'une autre manière.

Là on trouve le cément se continuant sans interruption de la couronne sur la racine, de l'émail sur l'ivoire. Il ne change pas non plus d'aspect ni de structure, mais toutefois offre une particularité qui est une trace du changement survenu dans son mode de production, et qui permet de reconnaître où a commencé ce changement, même après son achèvement. Souvent, en outre, au niveau de la jonction de l'émail avec la dentine, il devient plus épais ; il le devient aussi sur les portions voisines de la racine dans une étendue variable d'un sujet ou d'une dent à l'autre, pour diminuer d'épaisseur de la base vers la pointe des racines.

Ainsi qu'on le voit, c'est chez les ruminants, les pachydermes et les rongeurs que les dents molaires offrent ces particularités de la production du cément radiculaire.

2° Dans les portions du follicule des molaires des animaux précédents où ne s'étend pas l'organe du cément et dans les follicules ne contenant jamais cet organe, le cément se produit dans des conditions qui diffèrent des premières. A mesure que le follicule se trouve occupé par la racine, qui en se développant chasse la couronne, le cément se produit à la surface de cette racine de sa base vers sa pointe, parce que c'est ainsi qu'elle s'accroît ; mais le développement du cortical, qui s'opère consécutivement à son apparition, a lieu de telle sorte qu'il prend sa plus grande épaisseur vers le bout de la racine à partir du moment où son orifice se rétrécit notablement, et qu'il s'épaissit d'autant moins que l'on remonte plus près du collet de la dent.

Il résulte de là que sur les dents complétement développées le cortical osseux a son épaisseur la plus grande vers la pointe de la racine, tandis que celle-ci diminue en approchant de l'émail ; de telle sorte que si on voulait juger du mode de développement du cément d'après les dispositions acquises par la dent une fois formée, on croirait qu'il se produit postérieurement à l'achèvement complet de la racine et de son sommet vers l'émail. Mais on trouve déjà une mince couche de cément, alors que le bout de la racine est encore largement ouvert et que sa pointe n'est pas encore formée. Ici donc, comme dans les conditions précédentes, le cortical naît forcément à mesure que s'allonge la racine, c'est-à-dire de sa base vers son sommet ; mais l'accroissement, l'augmentation d'épaisseur de la couche ainsi apparue, s'opère plus tard à partir de la *pointe de la racine* (où de bonne heure il devient épais) vers l'émail. Sur les dents de l'homme, des quadrumanes, des carnassiers, etc., le cément reste même très-mince, sans ostéoplastes, vers le collet de la dent et même dans la moitié ou les deux tiers de la longueur de la racine, sur les dents de lait ou même sur les permanentes jusqu'à l'âge adulte.

Ces particularités du développement de ce tissu sont en rapport avec l'absence de germe du cément ; tandis que chez les animaux dont le follicule est pourvu de cet organe pour la couronne dentaire, le cément est aussi épais ou même plus épais au niveau du collet de la dent (où le cortical coronaire se continue avec le radiculaire), que sur la longueur de la racine.

Dans le cas où le cément doit sa formation à un organe spécial contenu dans la cavité folliculaire et placé entre la paroi d'une part, et l'organe de l'émail d'autre part, cet organe, dont ils ont les premiers déterminé la véritable nature intime et le rôle physiologique, est le *germe du cément*. Ce germe du cément est un véritable fibro-cartilage vasculaire, qui subit une ossification proprement dite, ossification qui commence au sein de la cavité folliculaire peu de temps après l'achèvement de l'émail, et un peu avant l'époque de l'éruption des dents hors du follicule.

Dans un dernier chapitre MM. Robin et Magitot ont indiqué les procédés d'investigation et la méthode générale à suivre dans la recherche anatomique et physiologique de l'évolution des follicules dentaires. Ils ont ainsi rendu possible la vérification des résultats obtenus.

Six planches composées exclusivement de dessins originaux des auteurs complètent ce travail, dont l'ensemble comme les détails reposent sur des faits tirés de leurs propres observations.

ORDONEZ.

HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE.

Par M. le Dr MAUNIER.

Depuis les travaux de MM. Beyran, Luton, Gros et Lancereau sur les névroses syphilitiques, l'attention des praticiens est fortement attirée vers ce point de la pathologie. En présence d'une affection du système nerveux qui se montre rebelle aux moyens ordinaires, on se demande généralement aujourd'hui s'il n'y a pas là plutôt à combattre un élément spécifique ou une diathèse, qu'à chercher à agir directement sur les centres nerveux. D'ailleurs, quel inconvénient sérieux y a-t-il à employer un traitement spécifique ?

L'observation suivante, qui vient corroborer les travaux précédents, démontre l'utilité du traitement antisyphilitique :

Le 12 août dernier, M. le docteur M... étant retenu au lit, avait bien voulu me confier le traitement d'un de ses clients, M. Ch. L..., atteint d'une hémiplégie faciale gauche très-rebelle jusqu'ici à tout traitement.

Ce malade est âgé de cinquante-deux ans, issu de parents sains, d'un tempérament mixte, sans hérédité morbide, habitant un logement salubre aux Champs-Elysées. Il avait contracté en 1859 des chancres à la verge, qui traités par la cautérisation disparurent au bout de deux mois. Ce malade, imbu des préjugés courants sur le mercure, n'a voulu prendre aucun médicament spécifique à l'intérieur.

Sept mois après la disparition des chancres, il lui est survenu, sans fièvre, une éruption cutanée qui, d'après l'explication intelligente du malade, semble être caractérisée par l'érythème papuleux. En effet, c'étaient des papules, ou de petites élevures lenticulaires de la largeur d'une lentille, bombées à leur surface et assez saillantes au-dessus du derme.

Quelque temps après l'apparition de cet érythème, la surface de la peau donnait au toucher une sensation rugueuse constituée par de nombreuses aspérités (papilles ou cryptes). L'érythème maculeux occupait surtout le ventre et la poitrine. Quoi qu'il en soit, cette fois-ci le malade, fidèle à ses préjugés, ne prit aucun médicament à l'intérieur, et les syphilides ont duré sept mois. Pendant cet intervalle, il a perdu la barbe, les sourcils, les cheveux, et a éprouvé des maux de gorge.

En 1860, il a consulté pour la première fois M. le docteur M... pour des douleurs générales musculaires, qui furent prises pour du rhumatisme. Ces douleurs, d'abord vagues, ont fini par prendre une intensité toute nouvelle au mois de juin, en même temps qu'il est survenu un bourdonnement dans l'oreille gauche, accompagné de céphalalgie et de vertiges. Ces douleurs augmentaient le soir et surtout la nuit. On a eu recours à divers moyens pour combattre ces accidents, mais sans résultat.

Etat actuel. — La moitié gauche de la face est frappée de paralysie ; l'œil est plus ouvert et plus proéminent de ce côté qu'à droite. Le malade ne peut fermer l'œil gauche, il y a épiphora et photophobie. La narine gauche est immobile pendant l'inspiration ; la pointe du nez est déviée à droite lorsque le malade veut rire. La joue gauche est flasque, la commissure labiale abaissée et rapprochée de la ligne médiane. Le malade ne peut ni siffler ni souffler. La pointe de la langue est également déviée. La sensibilité de ce côté est obtuse, et enfin on y trouve tous les symptômes qui caractérisent la paralysie faciale.

En conséquence de ce qui précède, j'avais affaire à une paralysie de la face de nature syphilitique.

Il fallait donc sans plus de retard procéder par la médication spécifique composée telle que la conseille M. Beyran en pareil cas (iodure de potassium et mercure simultanément).

Ce traitement fut régulièrement suivi pendant quatre mois, et la paralysie disparut définitivement.

Depuis, le malade est venu me voir plusieurs fois, et c'est ainsi que j'ai su que la guérison était maintenue.

OBSERVATION DE GASTRITE CHRONIQUE

traitée avec succès par l'eau minérale d'Alet.

Par M. le docteur FOURNIÉ, inspecteur des sources d'Alet.

M.... (de Lectoure), âgé de vingt-cinq ans, d'une taille assez élevée, d'un embonpoint médiocre, cheveux et barbe noirs, le teint pâle, le visage et le corps amaigris, employé dans l'administration des contributions directes, vivant ordinairement dans de bonnes conditions hygiéniques, avait toujours joui d'une bonne santé et n'avait jamais commis d'excès d'aucun genre.

Toutefois, il y a environ neuf mois, ses digestions s'opérèrent plus péniblement que d'habitude ; le dérangement de sa santé augmentant tous les jours, il fut obligé de rentrer au sein de sa famille pour y suivre un traitement. Les diverses médications employées n'ayant eu aucun résultat favorable, le malade prit le parti d'aller consulter un des premiers médecins de Toulouse, M. le docteur Dieulafoy.

Ce praticien, après avoir bien examiné le consultant, l'avoir ausculté et percuté, n'hésita pas à diagnostiquer l'existence d'une gastrite chronique et à lui conseiller pour tout traitement l'usage en boisson de l'eau minérale d'Alet, sa propre expérience et les faits cités dans la brochure du docteur Fournié lui ayant démontré l'efficacité de ces eaux dans les phlegmasies de l'estomac. Il recommanda au malade de se laisser diriger dans le traitement par le médecin inspecteur de l'établissement.

Rendu à la station thermale d'Alet, M... vint dans notre cabinet pour nous raconter, comme au docteur de Toulouse, les souffrances gastriques qu'il éprouvait depuis environ neuf mois, particulièrement après avoir pris ses repas. Par nos investigations, nous avons pu

constater une rougeur assez forte sur la membrane qui recouvre la luette, les amygdales et l'isthme du gosier; la pointe et les bords de la langue présentaient la même couleur, tandis que la base était recouverte d'une couche saburrale; la région de l'estomac, sensible à la pression, était soulevée par un météorisme bien prononcé; l'auscultation et la percussion n'ont fait découvrir dans toute l'étendue de la poitrine aucun symptôme anormal; la région hépatique n'a présenté non plus rien de particulier; le pouls donnait 72 pulsations par minute.

Le consultant nous a dit que les selles étaient rares, que le sommeil était souvent agité; mais ce qui le tourmentait le plus, c'était la plénitude et la douleur d'estomac après l'ingestion des aliments, qui persistait pendant tout le temps de l'accomplissement de la digestion, ce qui lui occasionnait un grand malaise et une faiblesse générale, accompagnée d'une chaleur significative à la peau. D'après l'ensemble de tous les symptômes que nous avons observés, notre diagnostic étant conforme à celui de notre honorable confrère de Toulouse, nous avons d'abord prescrit au malade de boire trois verres d'eau par jour, de se gargariser avec la même eau, et de n'introduire dans son estomac qu'une très-petite quantité d'aliments de facile digestion.

Ces conseils ayant été exactement suivis, nous avons eu la satisfaction de voir, dans l'espace de huit jours, diminuer la rougeur de l'arrière-gorge, et d'apprendre que les digestions étaient plus courtes et moins douloureuses; progressivement, la quantité de l'eau en boisson a été augmentée, en y joignant deux bains entiers par semaine, et sous l'influence de cette médication, qui a été suivie pendant les vingt-cinq jours que le malade est resté dans l'établissement, la rougeur de l'arrière-gorge et la couche saburrale avaient disparu complétement; le météorisme épigastrique avait cessé, ainsi que les douleurs et la pesanteur que le malade éprouvait à la suite de l'ingestion des aliments, les selles étaient moins rares; le pouls était descendu à 65 pulsations par minute; le sommeil était meilleur, ainsi que le teint; les forces étaient revenues avec la gaieté; le malade faisait trois repas, courait dans les montagnes et pouvait prendre part à tous les exercices auxquels on se livre habituellement dans les stations thermales.

Cette observation, à laquelle nous pourrons en joindre d'autres prochainement et qui sont consignées du reste dans notre rapport à l'Académie, indique d'une manière incontestable l'action tempérante et antiphlogistique de l'eau minérale d'Alet lorsqu'il existe une phlegmasie dans la muqueuse digestive.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 janvier 1862. — Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

— La Société a procédé à diverses élections; elle a commencé par celles de huit membres correspondants nationaux.

Votants, 25. — Majorité, 13.

MM. Bourgeois et Thore ont réuni	22 voix.
Closmadeuc et Silbert (d'Aix)	21 —
Philippeaux	18 —
Raimbert	17 —
Azam	16 —
Tholozan	15 —

En conséquence, les chirurgiens dont les noms précèdent ont été proclamés membres correspondants nationaux.

La Société a ensuite élu six correspondants étrangers.

Votants, 26. — Majorité, 14.

MM. Esmark, Maclead et Bérend ont réuni 23 voix; MM. Michaëlis et Rizzoli en ont réuni 21.

En conséquence, ils ont été proclamés membres correspondants étrangers.

Après un deuxième tour de scrutin et un scrutin de ballottage, M. Piachaud (de Genève) a été également proclamé membre correspondant étranger par 14 voix sur 22 votants.

ÉLECTION DES MEMBRES DU BUREAU.

Élection du président : Votants, 22. — Majorité, 12.

M. Morel-Lavallée a obtenu 21 voix; il a été proclamé *président* de la Société de chirurgie pour l'année 1862.

Élection du vice-président : Votants, 21. — Majorité, 11.

M. Depaul a obtenu 15 voix; il a été proclamé *vice-président*.

Élection des secrétaires : Votants, 21. — Majorité, 11.

M. Béraud a obtenu 18 voix; M. Foucher, 11.

En conséquence, MM. Béraud et Foucher sont proclamés *secrétaires*.

Le *trésorier* et l'*archiviste*, MM. Houël et Verneuil, sont réélus par acclamation.

— La suite des élections et le comité secret pour entendre le rapport sur le *prix Duval*, sont renvoyés à la séance suivante.

La séance solennelle, en raison du retard occasionné par le jour de Noël et le jour de l'an, qui sont tombés un mercredi, et qui ont ainsi privé la Société de deux séances, est fixée au mercredi 22 janvier.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Chavassier, né à Saint-Sernin (Lot-et-Garonne); *Du crâne et de l'encéphale dans leurs rapports avec le développement de l'intelligence.*

Dufau-Lagarrosse, né à Lasserrade (Gers); *De la dyspepsie chez la femme, et de ses rapports avec la chlorose.*

Chouippe, né à Laigle (Orne); *De la valeur scientifique et pratique de la médecine.*

Cros, né à Pézénas (Hérault); *Essai sur l'hérédité et les maladies héréditaires.*

Guichet, né à Donges (Loire-Inférieure); *Considérations sur l'hygiène du sevrage.*

Lancelot, né à Châtillon-sur-Indre (Indre); *Des calculs salivaires.*

D'Heilly, né à Bertrancourt (Somme); *De la menthe poivrée.*

Panis, né à Reims (Marne); *Une femme peut-elle accoucher sans en avoir conscience?*

Darné, né à Rivès (Gers); *Quelques considérations sur l'ulcère simple de l'estomac.*

Bertrand, né à Pont-de-l'Arche (Eure); *De l'opération de la cataracte par la méthode de l'extraction. Appréciation des divers procédés de kératotomie.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Moreau, dont M. Barth avait fait connaître la situation déjà très-grave mardi dernier à l'Académie de médecine, a succombé avant-hier aux progrès extrêmement rapides de sa maladie. Ses obsèques ont eu lieu ce matin. Les cours et les cliniques de la Faculté n'ont pas eu lieu aujourd'hui.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a reçu douze mémoires pour le *prix de la Société*; en voici les titres :

Nº 1. — Sur la nature et le traitement des affections rhumatismales.

Nº 2. — Du tannin comme succédané du quinquina, et de son emploi en thérapeutique.

Nº 3. — De l'angine de poitrine.

Nº 4. — Quelques observations sur divers états de la fièvre typhoïde.

Nº 5. — De l'alimentation dans la fièvre typhoïde.

Nº 6. — Étude clinique et pratique des applications thérapeutiques médicales du perchlorure de fer.

Nº 7. — Du typhus et de la fièvre typhoïde.

Nº 8. — De l'importance de la thérapeutique en médecine pratique.

Nº 9. — Études cliniques et anatomo-pathologiques sur le ramollissement du cerveau, principalement considéré chez le vieillard.

Nº 10. — De l'emploi médical des préparations arsenicales.

Nº 11. — De l'efficacité des larges saignées dans le traitement des phlegmasies pulmonaires.

Nº 12. — Du traitement des névralgies par l'émétique et le sulfate de quinine.

Les auteurs des mémoires nos 11 et 12 ont omis de joindre au manuscrit un pli cacheté contenant à l'extérieur le titre et l'épigraphe et à l'intérieur le nom et l'adresse; ils sont priés d'envoyer au plus tôt cette note complémentaire à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général de la Société.

— A la suite d'un concours sur la question de la diphthérie, la Société médicale d'Indre-et-Loire, dans sa séance annuelle de décembre 1861, a réservé le prix consistant en une médaille d'or, qu'elle avait proposée, et a décerné :

1º Une médaille d'honneur en vermeil à M. Jardin, médecin à Valignières (Gard).

2º Deux mentions honorables : l'une à M. Chonnaux-Dubisson, médecin à Villers-Bocage (Calvados); l'autre à M. le docteur Hulin-Origet, de Chalonnes (Maine-et-Loire).

— Notre confrère M. le docteur Sales-Girons nous prie de réparer, non point une erreur de notre part, mais une omission sans doute involontaire qui a été commise dans le rapport de M. Poggiale sur la pulvérisation des eaux minérales, dont nous avons reproduit les principaux passages dans le numéro du 9 janvier. Le nom de M. Charrière a été omis dans la relation des expériences. Or, l'appareil désigné sous le nom de M. Sales-Girons, qui a servi dans les expériences de M. Poggiale, et qui d'après notre confrère est celui qui effectue le mieux cette pulvérisation, a été fait par cet habile fabricant.

A nos abonnés. — Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui désirent faire relier leur collection peuvent l'envoyer au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

L'Électricité appliquée au traitement des maladies, *Manuel pratique d'électrisation médicale*, contenant l'historique de l'électricité; la description des appareils et instruments employés dans les applications électriques, avec leur manuel opératoire; les différentes méthodes et les différents modes d'électrisation; les diverses maladies qui réclament l'emploi de l'électricité, suivies du procédé opératoire applicable à chacune d'elles; par M. le docteur DESPARQUETS, ex-rédacteur en chef de l'*Électricité médicale*. — Paris, 1862. Un vol. in-18. Prix, 2 fr. 50 (*franco*). — Chez l'auteur, rue de Cléry, 96.

Du Tubercule au point de vue de son siége, de son évolution et de sa nature; par M. le Dr J. A. VILLEMIN, répétiteur à l'École impériale du service de santé militaire. In-8º de 95 pages, avec quatre planches lithographiées d'après nature. Prix, 3 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 20 janvier 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous n'avons à signaler pour cette séance que deux communications, relatives l'une et l'autre à la physiologie, et sous ce point de vue d'un grand intérêt. On connaît les expériences par lesquelles M. Flourens a démontré la coloration des os du fœtus par l'action de la garance mêlée à la nourriture de la mère; preuve que le sang du fœtus est en communication directe avec celui de sa mère. Dans de nouvelles expériences M. Flourens a démontré la coloration des os d'animaux nouveau-nés par le fait seul de la lactation, lorsque la nourriture de la mère a été mélangée avec la garance; preuve que la lactation agit comme la gestation, et que le lait a le même pouvoir que le sang de porter au fœtus les principes qu'il renferme.

Le fait était connu sans doute, puisque depuis longtemps déjà la thérapeutique l'avait utilisé; mais une démonstration expérimentale, venant lui donner un nouveau degré de certitude, ne peut qu'être favorablement accueillie.

La seconde communication, due à M. le docteur Ch. Robin, est relative à un point peu connu d'embryogénie, le mode de production de ce que l'auteur appelle les globules polaires de l'ovule. Il y a dans le travail de M. Ch. Robin, tout à la fois un résultat d'observation et de recherches digne d'intérêt, et un principe de philosophie scientifique servant très-naturellement de préambule à son exposé, et qui peut s'appliquer d'une manière générale à tous les faits scientifiques dont on n'aperçoit pas toujours de prime abord la portée et que, sous ce prétexte, on aurait toujours tort de négliger.

« Parmi les premières phases de l'évolution embryogénique, dit M. Robin, il en est un certain nombre qui, entrevues ou ignorées jusqu'à présent, ont été considérées comme d'une importance secondaire et même peu dignes d'être rattachées à celles qui les précèdent ou qui leur succèdent.

Cependant, lorsqu'on vient à considérer ces phénomènes sous les rapports de leur similitude d'un animal à l'autre, et de leur succession chez un même être, leur valeur devient promptement saisissable. On voit alors que tel acte qui en lui-même paraissait pouvoir être négligé, est la condition essentielle de l'accomplissement de quelque autre beaucoup plus manifeste qui lui succède; on voit que l'exacte interprétation de celui-ci ne saurait être donnée sans une connaissance précise des premiers, etc... »

Tel est précisément le cas qui se présentait pour la production des globules polaires dont M. Robin décrit le mécanisme dans son travail, et qui, consécutive au phénomène de l'ovulation, est la condition de l'apparition des cellules blastodermiques. — Dr Brochin.

Le Sésame s'est ouvert !

L'Académie de médecine vient de faire deux choses qui nous montrent qu'elle sait tenir compte des vœux qui lui sont exprimés dans l'intérêt de la science, dont elle est la plus haute représentation.

La première de ces deux choses, c'est la vérification, déléguée à une commission compétente, d'un fait devenu depuis quelque temps l'objet d'appréciations contradictoires : la pénétration, *jusque dans les dernières ramifications bronchiques*, des liquides médicamenteux poudroyés.

Après avoir ainsi cherché à prévenir la chronicité du litige, l'Académie a bien voulu ensuite inscrire à l'ordre du jour, pour l'une de ses prochaines séances, peut-être pour celle d'aujourd'hui, la discussion du rapport de M. Poggiale. Dans ce rapport, qui se recommande par de nombreuses qualités, M. Poggiale conclut des expériences auxquelles il s'est livré, que les liquides pulvérisés peuvent pénétrer dans les voies respiratoires inférieures.

Pour démontrer cette pénétration, il y a deux moyens de vérification qui se corroborent l'un par l'autre : les réactifs et les résultats thérapeutiques. Les réactifs ont fourni des indications qui justifient pleinement l'opinion du savant rapporteur. Quant aux effets thérapeutiques, ils sont, selon lui, trop peu nombreux ou trop peu connus pour en déduire quelque donnée péremptoire.

Selon moi, la question n'est point encore complétement résolue, ni dans son ensemble ni dans ses détails.

Je connais de vieille date l'impartialité de mon ancien collègue du Val-de-Grâce; je sais avec quel soin il procède aux enquêtes scientifiques, avec quelle circonspection il s'engage dans la voie des conclusions. Je crois donc à la réalité des résultats obtenus par M. Poggiale, assisté d'ailleurs dans ses expériences par un homme qui possède l'inestimable privilége de pratiquer avec un égal bonheur la chirurgie et la physiologie expérimentale.

M. de Pietra-Santa, M. Delore, M. Briau, affirment d'autre part que l'eau minérale pulvérisée ne franchit pas la glotte. J'ai constaté moi-même, mais deux fois seulement, sur les crachats d'un sujet affecté de catarrhe pulmonaire, et auquel j'ai fait inspirer de l'eau ferrugineuse poudroyée, que cette eau ne parvient pas jusqu'aux bronches. Récusera-t-on notre compétence? Je le veux bien, pour mon compte. Mais M. Claude Bernard, un maître, celui-ci, qui a aidé de ses conseils, presque de sa main, M. Briau opérant au Collége de France, n'admet pas non plus la pénétration des liquides sous forme vésiculaire. Je ne puis donc faire autrement que de partager l'opinion de ceux que cautionne M. Claude Bernard.

Ainsi me voilà, avec beaucoup d'autres sans doute, dans la nécessité d'accorder ma confiance à des témoignages entièrement opposés.

Je ne prétends pas tracer un programme pour les débats qui doivent s'ouvrir, ou que du moins on nous fait espérer; mais on comprend qu'il y a un certain intérêt, un intérêt autre que celui de la curiosité, à connaître les causes de dissentiments aussi absolus que le sont ceux que je viens de mettre en parallèle, à savoir si les ondées de poussière d'eau pénètrent dans une partie seulement ou dans la totalité du système ramifié des canaux bronchiques; sous quel état elles y arrivent; comment elles se comportent relativement à l'acte de l'hématose, aux lésions du tissu pulmonaire, et notamment à la tuberculisation; et enfin, si la méthode des inspirations offre des avantages bien positifs et spéciaux dans le traitement de la phthisie.

Toutes ces questions, qui sont du ressort de la physique, de la chimie, de la physiologie, de la clinique, ne sauraient être nulle part plus pertinemment discutées qu'à l'Académie, où l'on parle tous les dialectes de la science. — Dr Champouillon.

HONORAIRES DES MÉDECINS
appelés comme experts devant les tribunaux.

A propos de l'article que nous avons publié dans notre numéro du 26 décembre dernier sur les honoraires des médecins appelés devant les tribunaux en qualité d'experts, nous avons reçu une lettre contenant la question suivante :

« Par quel moyen un médecin assigné comme *témoin* par le ministère public pour expliquer devant un tribunal la manière dont ont été donnés des coups, dont ont été faites des blessures, quelle est leur gravité, leur durée probable, leur signification légale ; comment, dis-je, ce médecin pourra-t-il se faire considérer comme *expert*, et quelle devra être sa conduite à l'avenir devant le tribunal qui persisterait à le considérer comme témoin et non comme expert? »

Evidemment notre confrère a rédigé sa question sous l'impression de quelques ennuis qu'il aura eu à supporter antérieurement à la circulaire que nous avons mentionnée; aussi notre réponse sera des plus simples. Pareille chose ne pourra plus se renouveler, puisque la circulaire ministérielle porte « qu'à l'avenir les *médecins experts* ne seront plus appelés devant la justice comme *témoins*, mais conserveront leur qualité d'*experts* et jouiront des indemnités accordées à ce titre. »

Si par hasard on contestait au médecin cette qualité, il n'aurait, à notre avis, qu'à rappeler au président du tribunal la circulaire de décembre 1861, et à en invoquer le bénéfice. Mais nous ne pensons pas que pareil cas se présente, et, nous le répétons, il est probable que notre confrère fait allusion à quelque affaire antérieure au nouveau régime.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Pajot.

(Suppléant de M. le professeur P. Dubois.)

Leçons sur les affections puerpérales.

(Recueillies par M. le docteur Deneffe.)

L'état puerpéral n'est pas, sous le rapport de sa durée, envisagé de la même manière par tous les accoucheurs; tandis que

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance; par M. E. Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc., etc. 4e édition, avec 46 figures, ouvrage couronné par l'Institut de France (1).

Voici un livre qui a grandement répondu au succès qui lui avait été prédit, il y a seize ans, dans les colonnes de ce journal. D'abord simple manuel in-12 des maladies des nouveau-nés, il a changé de format et de titre : il est devenu un volumineux Traité des maladies de l'enfance, a été traduit en anglais, en allemand, en espagnol, a été couronné par l'Institut de France, et fait aujourd'hui sa quatrième apparition dans le monde médical.

Placé à la tête d'un service de médecine à l'hôpital Sainte-Eugénie (Enfants malades), M. Bouchut mieux que personne était en demeure d'étudier chaque jour la pathologie de l'enfance, et de faire un livre qui pût guider le praticien dans le traitement des maladies du jeune âge, maladies si fréquentes, si simples en apparence, et en résumé si difficiles à connaître.

Ce livre, l'auteur le dit lui-même dans sa préface, est devenu presque un ouvrage nouveau par suite des remaniements qu'il a subis. Le cadre s'est agrandi, et, ne se bornant plus aux maladies des nouveau-nés, M. Bouchut a fait un traité complet des maladies de l'enfance depuis la naissance jusqu'à la puberté.

Tout ce qui était relatif à l'hygiène, à l'éducation physique des enfants, a disparu et doit former un ouvrage à part, idée excellente qui permettra à bien des mères de faire l'acquisition de ce code pour mieux surveiller elles-mêmes la santé de leurs enfants.

Ce Traité n'a pas besoin d'être analysé : ce travail a déjà été fait plusieurs fois. Les modifications ayant été nombreuses, nous ne nous arrêterons guère que sur les chapitres nouveaux.

Après avoir consacré un certain nombre de pages à la pathologie générale de l'enfance, à l'étude des signes extérieurs des maladies, aux phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la naissance, M. Bouchut s'occupe des affections médicales et chirurgicales de la tête, des maladies du système nerveux, question continuée par lui dans son livre sur l'*état nerveux* (1) des paralysies myogéniques, de la chorée, du spasme, de la glotte, des paralysies essentielles, affection que l'on rencontre assez fréquemment dans la convalescence des maladies aiguës graves, du croup, des angines, etc., etc.

Le *croup* et les *angines*, dont nous venons de parler, occupent une large place dans le livre de M. Bouchut. Si ces maladies sont si redoutables, il faut reconnaître que depuis cinquante ans elles ont exercé toute la sagacité des médecins de l'enfance, que presque chaque année elles font le sujet de mémoires importants émanés des services des hôpitaux des enfants, et que M. Bouchut, par ses tentatives de tubage de la glotte, par l'ablation des amygdales, etc., etc., cherche par tous les moyens possibles à triompher de cette funeste maladie. Ce chapitre contient sur le traitement du croup une analyse très-intéressante de tous les moyens médicaux et chirurgicaux usités jusqu'à ce jour.

Quant aux *angines* et à la *diphthérite*, l'auteur n'adopte pas toutes les opinions de M. Bretonneau. Si les idées émises en 1826 par le médecin de Tours étaient vraies pour l'épidémie qui lui a fourni les matériaux de son ouvrage, il faut reconnaître que la science s'est enrichie de nouvelles observations, et que les travaux de MM. Ancelon, Durand, Delbet, Juguand, etc., ont dû faire modifier les opinions de M. Bretonneau. Ici M. Bouchut est entré dans tous les détails que comporte cette importante question, sur laquelle, selon nous, il a jeté un jour nouveau.

Après avoir étudié les maladies des organes thoraciques et abdominaux, les fièvres éruptives, les maladies de la peau, l'auteur consacre plusieurs chapitres aux affections des os (rachitisme et fractures), des articulations (vices de conformation, arthrite, rhumatisme), et arrive ainsi à l'étude des maladies générales qui forment le livre XXVI.

Ce livre XXVI est un livre tout à fait nouveau. Dans son chapitre sur la *fièvre typhoïde*, M. Bouchut s'est montré ce qu'il a toujours été dans ses cours publics, comme dans son *Traité de pathologie générale*, « également éloigné du matérialisme systématique et du

(1) Paris, J. B. Baillière, 4e édit., 1862. — Prix : 10 fr.

(1) Paris, J. B. Baillière, 1860, in-8°, 345 p.

les uns placent son origine à la fécondation et le prolongent à travers toute la période de la grossesse, du travail et des couches, d'autres le restreignent dans des limites bien plus étroites. Pour ces derniers, l'état puerpéral ne commence qu'à l'instant où le délivre est évacué, et il cesse au moment où les organes générateurs sont revenus à l'état normal. C'est cette opinion qui nous semble la plus rationnelle et la plus vraie; et nous allons vous exposer les motifs qui nous ont porté à l'accepter. Si nous remontons à l'étymologie de ce mot puerpéralité, nous trouvons le terme latin *puerpera*. Or jamais *puerpera* n'a signifié la grossesse, toujours il s'est appliqué à l'accouchée et non pas à la femme grosse; il y avait pour exprimer le gravidisme une expression précise et spéciale, c'était le mot *gravida*. La confusion n'est pas plus possible entre ces deux mots qu'entre les idées qu'ils représentent. Cette étymologie, qui fait de l'accouchement le point de départ de la puerpéralité, serait sans doute une bien faible preuve à l'appui de l'opinion que je défends, si elle n'était pas corroborée par les faits et par la raison.

Rien ni dans la physiologie, ni dans la pathologie de la puerpéralité, ne ressemble à la physiologie ou à la pathologie de la grossesse.

Entre ces deux états point de rapprochements, point d'analogies possibles; mettons en parallèle l'état de la femme grosse et celui de l'accouchée, jetons un coup d'œil sur la situation de la femme dans ces deux périodes de sa vie génitale, et les différences qu'elles présenteront vont tracer un abîme entre le gravidisme et la puerpéralité.

Envisagé à un point de vue général, l'utérus chez la femme grosse est un centre d'action; toutes les forces de l'économie convergent vers lui, et cet excès de vitalité lui fait prendre dans l'organisme une prépondérance inaccoutumée. Cet organe, qui naguère encore était réduit à un rôle si obscur que la femme soupçonnait à peine son existence, s'anime tout à coup sous l'influence de la fécondation et imprime à toutes les manifestations vitales une physionomie nouvelle. Le mouvement hypertrophique qui se fait vers l'utérus ne se limite pas seulement à cet organe, les parties voisines y participent, et partout dans la zone pelvienne nous constatons une tendance manifeste vers un excès d'action. En est-il de même chez l'accouchée? Bien loin de là; à partir de la délivrance, des phénomènes inverses vont s'accomplir. Tout tendait vers l'hypertrophie pendant la grossesse; après l'accouchement, c'est l'atrophie qui devient le phénomène prédominant. Chez la femme grosse, en effet, nous voyons un utérus rempli, distendu, exerçant sur les parties voisines une compression plus ou moins énergique. La respiration est troublée; la circulation est gênée dans les parties inférieures; les réservoirs sanguins s'engorgent; la femme maigrit, est surexcitée. A partir de l'accouchement, tous ces phénomènes disparaissent; vacuité partout: dans l'utérus, une plaie saignante qui va se cicatriser, tandis que cet organe lui-même, subissant une atrophie progressive, va reprendre ses obscures fonctions de tissu. Quelle dissemblance entre ces deux états! Et pourtant il en est une autre plus frappante encore que je veux vous faire toucher du doigt. Pénétrez dans nos salles, et vous resterez frappés d'un fait bien digne d'attention; au milieu des femmes accouchées vous verrez disséminées au hasard des femmes enceintes qui attendent leur accouchement pendant huit, quinze jours, un mois et plus. Vienne l'épidémie puerpérale, le fléau partout étend ses ravages, et pourtant, chose étrange! il respecte les femmes grosses; il moissonne, il fauche autour d'elles les accouchées; mais la puerpéralité reste son champ de guerre: le gravidisme en est la limite infranchissable. Depuis vingt ans je suis témoin de ce fait, depuis vingt ans je vois les femmes enceintes échapper à la fièvre puerpérale qui décime autour d'elles les nouvelles accouchées.

Ce fait, dont la haute importance n'a pas besoin de vous être signalée, a pourtant été nié par quelques hommes qui ont exagéré au delà de toute vraisemblance des faits tellement rares et exceptionnels que, dans le cours de sa longue pratique, M. P. Dubois n'a rencontré que deux seuls cas de fièvre puerpérale se développant chez des femmes enceintes. Mais dans l'un de ces cas, le travail avait déjà débuté. Quelle peut être la valeur de deux faits exceptionnels dont l'interprétation nous échappe, en présence de milliers d'autres faits contradictoires qui se présentent chaque année dans nos hôpitaux?

La fièvre puerpérale se présente un peu plus souvent chez des femmes en travail; quant à ces faits, bien rares encore, nous les acceptons plus volontiers; leur explication n'est pas difficile, comme vous le verrez dans la suite.

L'erreur a sa logique comme la vérité; et pour être conséquents avec eux-mêmes, les hommes qui ont prétendu que la grossesse faisait partie de l'état puerpéral se sont vus forcés d'y ranger aussi la menstruation. Une fois engagés dans un tel chemin, je ne sais trop pourquoi ils se sont arrêtés; je ne vois pas pour quelle raison ils n'ont pas considéré aussi la copulation et l'allaitement comme un état puerpéral. Je dois pourtant vous avouer que je vois infiniment plus de rapprochement entre la menstruation et l'état puerpéral, qu'entre celui-ci et la grossesse. Longtemps la menstruation resta pour les médecins un phénomène mystérieux, mais sa véritable nature nous est enfin connue. La menstruation est une ponte, c'est un avortement, c'est un embryon d'accouchement. Mais tous les phénomènes sont ici en miniature, c'est un état puerpéral en petit; et, en effet, voyez s'il y manque quelque chose.

La menstruation s'accompagne de la déchirure des vaisseaux; c'est là un fait que les recherches modernes ont mis hors de doute. Voilà donc une plaie comme dans l'état puerpéral. Elle est bien petite, je l'avoue; mais vous savez comme moi que le danger des plaies ne gît pas seulement dans leur étendue; de simples piqûres ne provoquent-elles pas parfois des accidents mortels? Chez beaucoup de femmes la menstruation s'accompagne de douleurs et de contractions utérines, faible ébauche de celles qui surviennent après le part. Bien souvent l'apparition des règles est précédée et accompagnée de phénomènes généraux très-appréciables. Les sécrétions sont modifiées, l'innervation est troublée, et enfin il y a un dernier signe qui rappelle l'état puerpéral; ce sont les modifications des seins.

En un mot, la menstruation semble une ébauche de l'état puerpéral; elle en est la miniature; aussi ne craignons-nous pas de dire qu'il y a plus de rapport entre ces deux états qu'entre le gravidisme et la puerpéralité.

On a beaucoup parlé des modifications que la grossesse faisait subir à l'économie; on s'est étendu avec quelque complaisance sur les changements qu'elle apportait dans la proportion de certains éléments organiques, tels que les globules, l'albumine, le fer, qui diminuent, l'eau et la fibrine, qui augmentent. Mais en quoi cela peut-il être utile à l'opinion que nous combattons? Nous reconnaissons volontiers que la grossesse imprime à l'économie certaines modifications, mais ce ne sont pas ces changements qui constituent l'état puerpéral, ils ne font que le préparer d'une manière progressive jusqu'au jour où l'accouchement vient le déterminer et l'achever. C'est au terme de ces modifications que l'accouchement arrive, et ce grand phénomène présente un caractère sur lequel je veux fixer votre attention.

Dans l'immense majorité des cas, le part est pénible et laborieux, c'est un *travail*, comme on l'a dit avec justesse, et chez les primipares surtout, il s'accompagne de tant d'efforts et de tant de douleurs, qu'il détermine, j'ose le dire, un véritable surmenage général et local. Vous savez ce qu'est le surmenage chez les animaux; vous connaissez les phénomènes qu'un excès de travail détermine chez eux: il développe un état et des symptômes morbides particuliers; leur sang est tellement modifié, qu'inoculé à un autre animal il provoque une maladie contagieuse dont les conséquences sont des plus redoutables.

Supposez un instant qu'un homme de cabinet, peu habitué aux travaux musculaires, soit forcé de se livrer pendant plusieurs heures à ces efforts violents que nous voyons se produire chez la femme en travail, et dites-moi si au bout de cette rude tâche il ne sera pas brisé, courbaturé, malade pendant plusieurs jours!

Tel est le véritable caractère de l'accouchement; il imprime à l'organisme déjà altéré par la grossesse une dernière modification, une sorte de surmenage général et local, qui sert de début aux phénomènes puerpéraux.

Je termine ici ces considérations; mais avant de développer devant vous les phénomènes physiologiques et pathologiques de la puerpéralité, je dois vous donner la définition de cet état. Pour nous, c'est la situation dans laquelle se trouve une femme accouchée, depuis l'instant où le placenta est décollé jusqu'au jour où l'appareil reproducteur reprend ses caractères et ses fonctions de vacuité.

PHYSIOLOGIE DE LA PUERPÉRALITÉ.

Les phénomènes physiologiques de la puerpéralité doivent être étudiés dans les organes reproducteurs et dans les autres appareils de l'économie qui sont influencés par les premiers d'une manière plus ou moins directe.

Jetons d'abord un coup d'œil sur ce qui se passe dans les organes de la génération. Au moment où le placenta se décolle, des vaisseaux se rompent et se déchirent sur une étendue considérable, car le placenta humain occupe un assez grand espace dans l'utérus. Aussitôt que cette lésion s'est produite, le sang s'échappe par flots de ses canaux ouverts, et cette hémorrhagie ne tarderait pas à devenir mortelle si la prévoyante nature n'avait organisé le tissu utérin de façon qu'il pût se rétracter brusquement et énergiquement. Supposez que cette disposition n'eût pas été prise, semblable à ces êtres inférieurs qui meurent en accouchant, la femme n'eût enfanté que pour mourir.

Le rôle de la contractilité utérine ne se borne pas seulement à arrêter l'hémorrhagie, il s'étend encore à un phénomène bien important, celui de la cicatrisation de la plaie qui vient de se produire dans l'utérus. En appliquant l'une contre l'autre les lèvres des vaisseaux déchirés, en rapprochant jusqu'au contact les bords de la solution de continuité déterminée par le décollement du placenta, la contraction utérine devient la cause déterminante de la cicatrisation par première intention.

Mais ce mode si désirable de guérison ne s'effectue pas toujours d'une manière aussi physiologique sous l'influence de causes internes et externes, que nous examinerons plus tard; cette réunion ne se fait pas par première intention, et la plaie restée béante devient pour l'accouchée une source féconde de dangers redoutables. La lésion produite par le décollement du placenta doit être, à mon sens, considérée comme une plaie; cette opinion, qui semble évidente quand on songe que les liens qui réunissent d'une façon si intime l'utérus au placenta sont violemment déchirés, que des vaisseaux sont rompus, qu'une hémorrhagie abondante se produit, fut pourtant contestée à l'Académie de médecine lors de la discussion qui eut lieu en 1858 sur la fièvre puerpérale. Je n'ai pas besoin de réfuter longuement une opinion qu'un examen un peu attentif des faits vient renverser, et qui est combattue par les hommes qui portent dans la science les noms les plus justement respectés, tels que MM. Velpeau, Simpson, Cruveilhier, Bouillaud.... Immédiatement après l'accouchement, l'utérus ne reprend pas ses dimensions normales; quoique rétracté, il s'étend bien souvent encore jusqu'à l'ombilic et quelquefois même jusqu'à un travers de doigt au-dessus de ce point. Il arrive assez souvent que l'accoucheur s'effraye en voyant l'utérus atteindre dans l'abdomen une hauteur qu'il ne devrait pas avoir à l'état normal. Cela tient à ce qu'après l'accouchement la vessie, éprouvant quelque difficulté à se vider, se laisse distendre par l'urine et s'élève en entraînant la matrice avec laquelle elle est intimement unie. Videz la vessie, et l'utérus reprendra aussitôt sa véritable situation.

La cavité utérine, étudiée chez des femmes mortes quelques heures après l'accouchement, m'a toujours paru lisse et recouverte dans toute son étendue par une substance rosée, gélatineuse, formant une couche d'un à deux millimètres d'épaisseur et laissant apercevoir le tissu musculaire par transparence. Un point seulement ne présente pas cet aspect lisse dont je viens de parler, c'est le lieu où le placenta s'était attaché; la muqueuse utérine présente là une surface rugueuse et mamelonnée, faisant une saillie de 6 à 7 millimètres dans la cavité de l'organe. Il faudrait bien se garder de confondre cette saillie avec une portion du placenta restée adhérente; cette erreur a été commise, et l'on a vu des médecins grattant la surface utérine pour extraire ce qu'ils regardaient faussement comme une portion du délivre.

Immédiatement après la délivrance, le col, qui avait disparu pendant les derniers jours de la grossesse, se rétablit; il reprend à peu près sa forme normale: il reste pourtant un peu plus gros; son ouverture externe est ouverte, mollasse, comme fongueuse, l'orifice interne reste beaucoup plus fermé. Le vagin est mou, rouge, tuméfié; la vulve est flasque et souvent douloureuse. Quant aux parois abdominales, rien n'est plus variable que ce qui se passe de leur côté; on voit des femmes qui après dix accouchements présentent un ventre ferme et résistant, tandis qu'après un seul accouchement d'autres ont le ventre mou et ridé. Cela tient à la qualité des parois abdominales, qui chez les premières étant très-extensibles, se sont laissé distendre aisément et sont revenues sur elles-mêmes avec une grande facilité, tandis que chez les secondes les parois plus rigides se sont laissé érailler.

Je vais maintenant successivement développer devant vous les phénomènes qui apparaissent au début de l'état puerpéral; j'aurai donc à vous entretenir des tranchées, des lochies, de la fièvre de lait et de l'atrophie que subit l'utérus.

---

spiritualisme exagéré, faisant la part de la matière et des forces qui l'animent (1).» Il ne croit pas que, dans cette maladie, la lésion intestinale soit *tout*: il y a quelque chose à étudier en dehors des lésions matérielles, quelque chose d'insaisissable — que vous appellerez ferment ou miasme typhoïde, peu importe, — qui infecte d'abord le sang qui lui sert de véhicule, trouble l'hématose, la respiration, l'innervation; anéantit la tonicité des organes; produit les congestions, etc. Quant à la lésion des glandes intestinales, M. Bouchut et M. Hervieux l'ont également rencontrée chez les nouveau-nés morts à la suite de scarlatine, etc.

Enfin viennent les maladies du sang: la *chlorose* chez les enfants, maladie qui n'a jamais les caractères de la vraie chlorose chez les jeunes filles; la *leucocythémie*, soi-disant nouvelle maladie du sang, et que l'on voudrait faire entrer dans le cadre nosologique. Pour M. Bouchut, comme pour nous qui en avons publié une observation dans la *Gazette des Hôpitaux* (5 mars 1861), la leucocythémie n'est pas une maladie spéciale, n'est pas une entité; mais elle est la conséquence d'un état morbide antérieur, c'est-à-dire une véritable complication, complication possible, mais non pas nécessaire d'une foule de lésions organiques de la rate, du foie, des glandes de Peyer, etc., en un mot, c'est la raison anatomique d'un certain nombre de cachexies.

Deux chapitres sur la *scrofule* et la *syphilis* terminent ce volumineux ouvrage. Dès 1850, M. Bouchut avait attaqué les principes de l'hôpital du Midi, principes qui ont éprouvé il y a deux ans un rude échec à l'Académie (1). Il est possible que la solution de ce problème soit assez difficile à Paris, où règne souvent la plus grande incertitude sur les antécédents sanitaires des parents et des nourrices. Il n'en est pas de même à la campagne, où l'on se connaît mieux, et presque tous les médecins de province ont adopté depuis longtemps les opinions du médecin de Sainte-Eugénie.

Dès son apparition dans le monde médical (1845), cet ouvrage a pris une place des plus importantes. Remanié plusieurs fois, il s'est toujours maintenu au courant de la science. Le jeune médecin y trouvera, à l'appui des principes énoncés par M. Bouchut, plus de 230 observations tirées soit de la pratique de l'auteur, soit de celle de ses confrères, tant en France qu'à l'étranger. Disons enfin qu'à la manière de Boerhaave et des grands médecins du dix-huitième siècle, M. Bouchut a cherché à résumer et à condenser les principes de la pathologie de l'enfance sous la forme d'aphorismes qui, au nombre de 422, terminent les principaux chapitres.

En un mot ce livre n'est point un ouvrage fait dans le cabinet. Il est né à l'hôpital des Enfants, s'y est développé, y a grandi. Il a été retouché chaque jour au lit des malades de l'hôpital Sainte-Eugénie, et il présente aujourd'hui le cadre le plus complet et le plus méthodique des affections médicales et chirurgicales de la première et de la seconde enfance.

A. Corlieu.

(1) Paris, J. B. Baillière, 1857, in-8°.

(1) *Mémoire sur la transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices*, par E. Bouchut. — In *Gaz. med.*, 1850.

ABCÈS PROFOND, IDIOPATHIQUE, DANS LE FLANC GAUCHE ;

Ouverture spontanée du foyer dans le poumon correspondant ; guérison.

Par M. le docteur DEMEAUX (de Puy-l'Evêque).

Le nommé B..., âgé de vingt-huit ans, cultivateur, d'une bonne constitution quoique maigre, éprouva au mois de juillet dernier quelques symptômes d'embarras gastrique pour lesquels il réclama mes soins, je conseillai l'usage d'un purgatif, et comptais sur une guérison prochaine.

Le 14 juillet je fus mandé de nouveau, et je trouvai le malade inquiet, souffrant de douleurs vagues dans les *reins*, disait-il; presque tous les soirs il éprouvait un léger redoublement de fièvre, les nuits se passaient sans sommeil, et le matin il éprouvait des sueurs abondantes jusqu'à dix ou onze heures. Cet état me parut fort difficile à caractériser ; l'examen attentif de la poitrine, du ventre, de la région lombaire, ne me permit de constater rien d'anormal. Je prescrivis un nouveau purgatif et des boissons émollientes.

Le 16, le purgatif administré précédemment produisit deux selles presque normales ; mais aucune modification n'était survenue dans l'état général : mêmes douleurs ; les sueurs étaient aussi abondantes, les nuits aussi pénibles et aussi agitées ; je prescrivis des pilules d'extrait de monisia, à la dose de 20 à 25 centigrammes par jour.

Le 18, l'état du malade s'était encore aggravé, la médication prescrite n'avait produit aucune amélioration ; ce jour-là il accuse une vive douleur sur le sacrum, mais qu'on devait attribuer au décubitus. En même temps, la pression exercée sur le flanc gauche, à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse iléo-sacrée, développe une douleur des plus aiguës, mais il n'existe ni rougeur, ni tension, ni gonflement à un degré quelconque; les sueurs persistent ; les deux jours précédents, le redoublement étant survenu presque à la même heure, six heures du soir, je tentai d'administrer le sulfate de quinine en lavement, à la dose de 0,60 centigrammes.

Le 21, la médication antipériodique avait été sans résultat, l'état général était même plus grave et suivait son cours, malgré le traitement employé ; la douleur mentionnée déjà dans le flanc gauche était devenue plus intense ; les mouvements les moins étendus, la plus légère pression, arrachaient des cris au malade, et cependant je n'observai encore ni gonflement ni rougeur ; les urines étaient normales, il y avait une selle chaque jour.

L'état de cet homme me donnait les plus grandes inquiétudes : les sueurs abondantes, les souffrances continuelles, les nuits sans sommeil avaient affaibli le malade d'une manière notable ; d'un autre côté, l'inefficacité des moyens employés l'avait profondément découragé ; de mon côté, je ne savais à quoi rapporter ce cortége de symptômes bizarres ; je soupçonnais une lésion profonde dans le flanc gauche, mais je n'en connaissais ni la nature ni le siége précis.

Le 6 août je revis le malade dans la matinée ; j'appris que depuis deux ou trois jours il était survenu un peu d'amélioration ; je voulus examiner de nouveau la région lombaire, et cette fois je constatai au-dessus de la symphyse et immédiatement en dehors du rebord musculaire de la masse lombaire, une tumeur qui proéminait manifestement, sans rougeur de la peau toutefois, mais dans laquelle je constatai une fluctuation des plus manifestes.

Je fus heureux de cette terminaison ; je trouvais enfin la cause de la maladie. Toutefois, je n'étais pas rassuré sur les conséquences de ce foyer, dont je ne connaissais pas le siége ; je prescrivis sur cette partie l'application d'un cataplasme, et me proposai de revoir le malade le lendemain avec un de mes confrères, M. Ricard, pour donner issue à la suppuration.

Cet homme, dans le cours de la maladie, n'avait éprouvé aucun symptôme du côté de la poitrine, et n'éprouvait encore rien d'anormal au moment de ma visite.

Quelques heures après, il sentit un certain malaise dans tout le corps ; une saveur fétide se manifesta à la bouche, puis il survint un peu d'oppression, et enfin une quinte de toux très-forte qui dura un quart d'heure environ, et pendant laquelle le malade expulsa plus de 300 grammes de pus.

Je fus mandé de nouveau en toute hâte ; je trouvai le malade dans un abattement extrême ; de temps à autre il avait besoin de tousser et rendait chaque fois une certaine quantité de pus bien lié, mais d'une fétidité repoussante. J'examinai la tumeur lombaire que j'avais constatée quelques heures auparavant ; je la trouvai affaissée, molle, disparaissant complétement sous la pression de la main ; en même temps tout le flanc gauche était un peu tendu, douloureux à la pression ; le ventre était météorisé ; le malade était fort inquiet de son état ; moi-même j'avais des craintes sérieuses que je communiquai à un ami de la famille.

Le 8, je revis le malade dans la matinée ; la nuit avait été assez bonne, quoique sans sommeil ; la toux n'était pas fort pénible, quoique fréquente, et chaque effort amenait du pus avec une grande facilité ; la tension du ventre et du flanc gauche avait diminué. En allant chez le malade, j'avais le projet d'ouvrir l'abcès par le point le plus déclive ; et trouvant un peu d'amélioration dans l'état général, je me demandai s'il n'y aurait pas danger à favoriser l'introduction de l'air dans un foyer qui devait être vaste, dont je ne connaissais pas la disposition ni le trajet. De concert avec mon confrère, je me décidai à attendre.

Nous examinâmes la poitrine et nous trouvâmes dans le poumon gauche du râle muqueux, exclusivement dans la partie inférieure de l'organe et même dans un trajet fort limité ; dès lors nous ne pûmes avoir aucun doute sur la nature de l'accident qui s'était produit : c'était bien le foyer lombaire qui s'était fait jour à travers la poitrine ; d'ailleurs, dans ce moment, une manœuvre que j'exécutai par hasard aurait dissipé tous les doutes.

En pressant sur la tumeur lombaire pour apprécier la fluctuation, je provoquai la toux et une expectoration purulente ; je renouvelai cette pression à plusieurs reprises et chaque fois avec le même résultat.

A partir de ce jour l'état général devint meilleur, l'appétit revint, les nuits étaient bonnes ; la toux donnait issue à la suppuration, dont la quantité diminuait graduellement ; la tumeur lombaire disparut assez rapidement ; dès lors je dus conclure que le foyer tendait à s'amoindrir, et je me félicitai de n'avoir pas pratiqué d'ouverture.

J'eus l'occasion de revoir le malade chez moi, vers la fin de septembre ; il était complétement guéri ; il avait pu reprendre ses travaux, et n'éprouvait aucune douleur dans la région lombaire ni aucun symptôme du côté de la poitrine.

NOUVELLES PRÉPARATIONS ARSENICALES

comme antipériodiques

(Arséniate de caféine et acide tanno-arsénieux).

Essais faits en Égypte.

Depuis que l'on a conçu de sérieuses craintes sur la disparition lente mais réelle de la précieuse écorce du Pérou, sans que l'on soit encore arrivé à la reproduire par la culture, les recherches sur les succédanés du quinquina se multiplient. Au nombre des plus récentes tentatives, nous mentionnerons celles de M. le professeur Gastinel, de l'Ecole de médecine du Caire, qui a présenté l'an dernier, à l'Institut égyptien, deux nouveaux composés arsenicaux dans un parfait état de cristallisation. Ces corps sont nettement définis et régulièrement constitués ; l'un est l'*arséniate de caféine*, et l'autre un composé de tannin et d'acide arsénieux, l'*acide tanno-arsénique*. La puissance thérapeutique de ces corps et leur degré d'utilité en médecine restait à constater, et M. le docteur Schnepp, médecin sanitaire à Alexandrie, s'est chargé de ce soin. Ayant eu à traiter plusieurs cas de fièvre intermittente, il vient de communiquer à l'Institut égyptien les résultats thérapeutiques auxquels il a été conduit. Voici quelles sont ses observations :

Dans un premier cas, il s'agissait d'un Français, âgé d'environ quarante-cinq ans, père de famille, qui habite Alexandrie depuis quatre ans, et qui n'y a pas été malade jusqu'ici.

Il y a quinze ans, cependant, se trouvant à Barcelone, cet homme a eu plusieurs accès de fièvre qui ont cédé à quelques prises de sulfate de quinine.

Pendant les huit jours qui ont précédé ma visite, il a eu deux accès de fièvre, avec frisson, chaleur et sueur, à trois jours d'intervalle. Le malade présente un état saburral marqué. — Je lui fais prendre un éméto-cathartique qui produit des vomissements et des selles. Le lendemain matin, il prend 20 centigrammes d'acide tanno-arsénieux dans 20 cuillerées d'eau, chaque quart d'heure une cuiller. C'est le jour de l'accès, mais celui-ci manque à peu près complétement ; le malade accuse cependant un peu de céphalalgie frontale. — La nuit suivante est bonne ; reprise de la même dose les deux jours suivants ; l'accès manque cette fois complétement.

Une quatrième et dernière prise est donnée le lendemain. Mais le malade éprouve un grand dégoût pour toute espèce d'aliments, et c'est à peine s'il a pu finir la dernière dose du médicament arsenical. Je suspends, pendant deux jours, ce médicament ; puis, l'appétit étant revenu, sans que d'ailleurs il se soit présenté un état saburral, bien au contraire, à la suite de ces prises la langue devient d'un rose vif et le pouls est faiblement accéléré.

Le malade, qui a changé de logement, accuse encore un peu de malaise qui survient chaque soir ; il a cependant moins de dégoût pour les aliments et semble bien digérer ; reprise de la même dose encore pendant deux jours. Le malaise disparaît, il ne se montre plus nul phénomène intermittent ; l'appétit revient, la langue devient d'un rose moins vif et le malade reprend ses forces.

Ce cas est bien significatif, non pas seulement en ce que la maladie ait été jugée après six prises d'acide tanno-arsénieux, mais surtout en ce que le malade, qui est rentré dans sa famille pendant la cure même, a guéri sans la moindre complication ; tandis que le lendemain de son retour trois de ses enfants ont été pris d'accès de fièvre pernicieuse, avec symptômes cérébraux tellement graves que deux ont succombé dans la nuit suivante. Le troisième et la mère de ces enfants, qui a été également atteinte le jour d'après, ne doivent leur salut, bien certainement, qu'au changement de local que j'ai ordonné dès que j'ai été informé de ces malheurs, et après avoir constaté qu'il s'agissait bien réellement d'accès pernicieux. Ces deux malades ont été transportés à l'hôpital, où ils ont été traités par le sulfate de quinine ; mais elles n'ont guéri qu'après plusieurs rechutes et au bout de six semaines.

Dans un second cas, où il s'agissait d'une fièvre intermittente tierce, le malade, âgé d'environ quarante ans, était un Arabe du pays, un fellah qui n'a jamais eu de fièvre d'accès. Quoique présentant un état saburral léger, je lui ai également administré un éméto-cathartique qui a produit des vomissements et des selles. Le lendemain, jour de l'apyrexie, je lui ai donné 20 centigrammes d'acide tanno-arsénieux. L'accès a manqué le jour suivant, et n'est plus revenu depuis lors ; je continue l'usage du composé arsenical encore deux jours. Le malade, comme le précédent, conserve de l'inappétence avec une langue rose pendant quelques jours seulement, puis il rentre dans sa vie normale.

Le troisième cas se rapporte à une fièvre intermittente quotidienne ; il s'agit d'un Italien, âgé d'environ cinquante ans, débilité, lequel a souffert déjà, il y a dix-huit ans, à Novare, d'une intoxication paludéenne, pendant trois ans. Le premier accès le surprend subitement avec frisson, céphalalgie violente, chaleur ensuite et sueur, avec une très-grande prostration. Je le vois le lendemain, lui trouvant un état saburral assez prononcé, je lui administre un vomitif ; l'accès revient le soir même, avec moins de violence cependant.

Dès la rémission, le troisième jour, je lui fais prendre 20 centigr. d'acide tanno-arsénieux, et je lui prescris également des bouillons. L'accès manque ; cependant il persiste de la céphalalgie, et le malade accuse quelques douleurs vagues dans le ventre. Nouvelle prise de 20 centigrammes d'acide tanno-arsénieux. L'accès ne revient plus ; la céphalalgie cesse, mais il reste un dégoût prolongé pour les aliments, une sensation douloureuse à l'épigastre ; la langue est rose et comme dépouillée de son épithélium. Cet état se prolonge quelques jours, mais peu à peu l'appétit revient, et, depuis ce moment, cet homme se porte bien.

L'Institut d'Egypte a accueilli avec faveur la présentation de M. le professeur Gastinel et les expériences thérapeutiques de M. le docteur Schnepp, et il a pris bonne note des deux nouvelles préparations arsenicales qui lui ont été signalées. Le temps seul se chargera de nous apprendre si la médecine est bien réellement en possession d'un antipériodique aussi sûr qu'inoffensif.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 janvier 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Transmission de la coloration par la garance de la mère à l'enfant par la lactation. — M. FLOURENS fait sur ce sujet la communication suivante :

Dans la séance du 4 juin 1860, et dans celle du 31 décembre de la même année, je présentai à l'Académie des fœtus dont les os avaient été colorés par l'action de la garance, mêlée à la nourriture de la mère. Je lui présente aujourd'hui un fait qui démontre d'une manière complète la prolongation de l'influence de la mère sur le nouvel être : ce sont des squelettes d'animaux nouveau-nés dont les os ont été colorés par la simple *lactation* de mères à la nourriture desquelles de la garance a été mêlée.

Dans le cas des os de fœtus colorés pendant la gestation, c'était évidemment le sang de la mère qui avait porté dans le fœtus le principe colorant de la garance. Je ne doutai pas que ce que faisait le sang, le lait ne pût le faire.

Je fis mettre aussitôt en expérience de jeunes porcs qui venaient de naître ; ils furent soigneusement séparés de la mère tant que dura l'expérience, et n'y étaient réunis que pendant les moments nécessaires à la lactation. La mère fut en même temps soumise à une nourriture mêlée de garance. Au bout de quinze à vingt jours, tous les os des jeunes porcs se trouvèrent rouges.

Ce résultat était précieux ; mais dans les conditions où je l'avais obtenu, il pouvait laisser quelque prise au doute. Lorsque la coche arrivait au milieu de ses petits, elle avait le museau tout barbouillé de sa nourriture, et les petits léchaient cette nourriture à qui mieux mieux.

Il fallait pour ces expériences des animaux dont on fût sûr qu'ils ne mangent point et qu'ils se bornent à teter pendant les premiers temps de la *lactation*.

Sous ce rapport, de jeunes rats et de jeunes lapins m'ont paru offrir toute garantie.

La femelle du surmulot porte de dix-huit à vingt jours ; elle fait un nid où elle dépose ses petits ; ces petits naissent tout nus et les yeux fermés ; ils ne mangent point durant les premiers jours ; ils ne font que teter, et ne sortent du nid que du quinzième au vingtième jour.

La femelle du lapin porte trente jours ; elle fait un nid au fond duquel elle dépose ses petits ; ces petits naissent tout nus et les yeux fermés ; ils ne sortent du nid que du vingt-cinquième au trentième jour ; enfin, ils ne mangent point et ne font que teter pendant les premiers jours.

Les petits rats et les petits lapins m'ont paru offrir toutes les conditions que je souhaitais.

J'ai fait soumettre à un régime mêlé de garance une femelle de surmulot qui venait de mettre bas. Au bout de onze jours, j'ai examiné les petits : tout ce qui était déjà osseux dans leur squelette était rouge.

J'ai fait soumettre au même régime, mêlé de garance, une femelle de lapin qui venait également de mettre bas : au bout de neuf jours, tout ce qu'il y avait d'osseux dans le squelette du jeune lapin était rouge.

De plus, j'ai scrupuleusement examiné la bouche, l'œsophage, l'estomac, les intestins de tous ces animaux, rats et lapins, et je n'ai trouvé nulle part aucune trace de garance.

Le fait est donc certain : la *lactation* agit comme la *gestation*, le *lait* a le même pouvoir que le *sang* de porter au fœtus le principe colorant de la garance, de rougir ses os. En d'autres termes, la mère influe sur le petit par la *lactation* comme elle influait sur lui par la *gestation* ; et sous ce point de vue, la *lactation* n'est qu'une prolongation de la *gestation* : prolongation précieuse de l'influence de la nourrice sur le petit, phénomène physiologique du plus haut ordre, et ressource thérapeutique dont la médecine savante de nos jours ne manquera sûrement pas de tirer parti.

Embryogénie, mode de production des globules polaires de l'ovule. — M. CH. ROBIN lit un mémoire sur les globules polaires de l'ovule et sur le mode de leur production.

Sous les noms de *globule muqueux*, *huileux* ou *transparent*, de *corpuscule hyalin*, etc., etc., la plupart des embryogénistes ont signalé l'apparition d'un globule translucide sur les côtés de l'embryon. Une fois produit, il reste sous la membrane vitelline, étranger aux phénomènes qui se passent près de lui, et il est abandonné avec l'enveloppe précédente lors de l'éclosion. Devenu inutile en effet aussitôt même qu'il est formé, sa production a préparé le début de la segmentation du vitellus ; elle a préparé par suite les actes essentiels de la génération des cellules du blastoderme, puisque c'est à cette génération que conduit le fractionnement du vitellus.

Le point même de la surface du vitellus où naissent ces globules marque, quelques heures d'avance, le pôle du vitellus qui va se déprimer, puis se creuser d'un sillon de division devenant peu à peu équatorial ; de là le nom de *globules polaires* qui doit leur être donné. C'est aussi le point où apparaîtra plus tard l'extrémité céphalique.

Faute d'avoir suivi les phases de l'évolution des globules polaires, beaucoup d'hypothèses contradictoires ont été émises sur le nombre de ces globules, sur l'époque de leur production et sur leur nature.

Par des observations répétées dans les conditions les plus variées, je suis arrivé à reconnaître que chez les animaux dont le vitellus se segmente après la ponte, c'est de quatre à six heures après celle-ci que commencent à naître les globules polaires, c'est-à-dire de douze à vingt-quatre heures après la disparition de la vésicule germinative. La durée des phénomènes de leur production est de deux heures et demie à trois heures et demie, et c'est environ deux heures après leur achèvement que débute la segmentation.

Le mode d'après lequel naissent les globules polaires est des plus remarquables. Il est essentiellement caractérisé par une véritable gemmation de la substance limpide du vitellus, suivi d'un resserrement, puis de la division transversale de la base de ce prolongement. Ce phénomène débute par le retrait des granules du vitellus sur une portion circulaire de la surface large de cinq centièmes de millimè-

tre ou environ, de manière à laisser la substance hyaline complétement seule et translucide. Au bout de quelques minutes, cette portion transparente forme une saillie hémisphérique, puis conoïde. Sa base se resserre, ce qui lui donne momentanément la forme d'un cylindre large de deux centièmes de millimètre environ sur une longueur double; mais bientôt ce resserrement cause un véritable étranglement de cette saillie devenue ainsi pyriforme, au niveau de sa jonction avec le vitellus; elle se sépare rapidement de ce dernier par un plan de division transversal, tout en lui restant contiguë.

Ces globules, comme les prolongements limpides dont ils dérivent, sont pleins, sans paroi distincte de leur cavité, et le petit nombre de granules vitellins qui passe dans leur épaisseur n'y montre aucune trace de mouvement brownien.

En résumé, c'est par le mode de reproduction des éléments anatomiques, appelé *gemmation* et s'opérant à l'aide et aux dépens de la substance hyaline du vitellus, que naissent les *globules polaires*. Chez tous les vertébrés et beaucoup d'invertébrés leur apparition est suivie de la segmentation du vitellus, qui a pour conséquence la formation du blastoderme, sur les côtés duquel le globule polaire reste comme un corps étranger à l'évolution fœtale. Mais il est des animaux chez lesquels le vitellus ne se segmente pas, et toutes les cellules de leur blastoderme naissent par gemmation, à la manière des globules polaires chez les autres animaux. De telle sorte que ce mode de production des cellules embryonnaires, qui est limité à un seul point du vitellus sur le plus grand nombre des êtres, devient chez divers diptères le mode général d'apparition des éléments du blastoderme; au contraire, la segmentation du vitellus, considérée comme un phénomène sans exception dans le règne animal, est remplacée dans quelques tribus par un autre mode de génération des cellules.

Les obsèques de M. le professeur Moreau ont eu lieu vendredi dernier, au milieu d'une nombreuse assistance. La Faculté et l'Académie de médecine y étaient officiellement représentées. Les coins du poêle étaient tenus par M. le professeur Gavarret au nom de l'Ecole, par M. le professeur Bouillaud en qualité de président de l'Académie, par M. Husson, directeur de l'Assistance publique, et par M. le docteur Michon, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, ami du défunt. Après la cérémonie religieuse, des discours ont été prononcés par M. le professeur Gosselin au nom de la Faculté, par M. Husson au nom de l'administration des hôpitaux, et par M. le professeur Bouillaud au nom de l'Académie. Nous reproduisons les principaux passages du discours de M. Gosselin, qui a retracé en termes excellents, ainsi qu'on en jugera, les qualités si estimables de M. Moreau et les éminents services qu'il a rendus à l'enseignement et à l'humanité pendant sa longue et honorable carrière :

Au bord de cette tombe qui va se fermer pour toujours, la Faculté de médecine vient adresser un adieu suprême à celui qui fut un de ses membres les plus justement honorés. Sans doute, en me confiant cette mission, elle a voulu que la voix de celui qui allait être son interprète fût tout à la fois celle d'un collègue attristé et celle d'un élève reconnaissant.

Le professeur éminent que la mort vient de nous enlever était un des vétérans de notre Ecole. Presque tous les médecins contemporains ont assisté à ses leçons; tous s'associent à notre douleur, à la douleur si légitime de sa famille, parce que tous savent que celui dont nous déplorons la perte fut par-dessus tout un homme de cœur et un homme de bien.

Jeune encore, et à peine sorti des hôpitaux, où il s'était fait remarquer par son assiduité et sa rare aptitude, M. Moreau avait gagné la confiance et l'amitié de M. Evrat, qui se livrait avec distinction à la pratique des accouchements. Il devint bientôt le gendre et le collaborateur de ce médecin, et ne tarda pas à prendre place parmi les accoucheurs célèbres de la capitale; aussi, lorsqu'en juillet 1830 la chaire de Désormeaux devint vacante, il était désigné par l'opinion publique pour en prendre possession.

Ses leçons ont été remarquables par la clarté, la précision, les tendances positives. M. Moreau se préoccupait surtout d'initier les élèves aux difficultés de la pratique des accouchements. Combien il excellait à montrer les dangers de l'ignorance en cette matière! avec quelle verve il racontait les faits dans lesquels cette ignorance avait failli amener des malheurs, et avec quelle modeste bonhomie il nous montrait comment il avait pu, par son savoir et son talent, empêcher les conséquences de certaines erreurs!

Pendant les longues années de son enseignement, M. Moreau a été en même temps l'un des praticiens les plus occupés. Il faisait régulièrement les visites à l'hôpital de la Maternité, dont il était l'un des médecins; il suivait avec exactitude les séances de l'Académie. Il subvenait à toutes ses obligations par une activité sans bornes. Que de fois nous l'avons vu arriver à sa leçon fatigué, privé de sommeil depuis plusieurs jours, et cependant professer avec l'entrain et l'ardeur de l'homme le plus dispos! C'est que M. Moreau était soutenu par le sentiment du devoir et le désir persévérant de bien faire.

De grands succès ont récompensé les efforts de M. Moreau. Il a été honoré de la confiance d'une famille royale. Les autres grandes familles de l'époque ont réclamé ses soins. La fortune lui a souri, les distinctions honorifiques ne lui ont pas manqué. Cette prospérité, M. Moreau ne l'a due ni à des formes cauteleuses, ni à la souplesse de son esprit, encore moins à la flatterie ou à des complaisances de langage envers les grands. Il l'a due seulement à son travail, à la loyauté et à la droiture de son caractère. On recherchait en lui le médecin instruit, expérimenté, dévoué, et il ne fallait pas l'avoir connu longtemps pour trouver toutes ces qualités, qui auraient pu faire dire de lui : *Vir probus medendi peritus.*

Les succès de M. Moreau dans le grand monde ne lui ont jamais fait oublier la bonté et le dévouement que le médecin doit à toutes les classes de la société, et dont il nous a toujours offert un parfait modèle. Il avait pour les plus modestes habitations les mêmes soins, les mêmes paroles d'encouragement que dans les palais des rois.

M. Moreau a pu, malgré ses impérieuses occupations, attacher son nom à des publications qui resteront. Sa Thèse sur la membrane caduque (1814), son Discours sur la réhabilitation du vaccin en France (1826), ses Considérations sur les perforations centrales du périnée, les Notes qu'il a ajoutées au *Précis de l'art des accouchements* de Baudelocque, et enfin son *Traité pratique des accouchemens*, portent l'empreinte d'un esprit sévère et judicieux, et resteront comme un témoignage vivant des qualités solides qui ont distingué l'enseignement de M. Moreau....

Doué d'une organisation vigoureuse, M. Moreau a continué longtemps ses leçons et sa pratique, cependant, il avait senti que le moment du repos était arrivé. Après avoir complété lui-même l'éducation médicale de son fils aîné, si digne à tous égards du nom qu'il porte, il renonça peu à peu à la vie laborieuse qu'il avait menée jusque-là, et consacra aux soins de l'agriculture les forces qui lui restaient.

Vénéré maître, cher collègue, vous avez marqué votre passage sur la terre par des travaux qui vivent dans nos mémoires, et par des qualités qui vous ont acquis l'estime et l'affection universelles. Recevez ici l'expression de nos regrets, de notre douleur, et que ce soit notre consolation de vous proposer comme exemple à ceux qui vous survivent!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'École secondaire de médecine de Lille vient de perdre un de ses membres les plus distingués. M. Arrachart, ancien interne des hôpitaux de Paris et professeur adjoint de clinique chirurgicale, dont nous avons plusieurs fois publié des travaux importants, a succombé le 15 janvier à une affection cérébrale compliquée d'accidents typhoïdes.

— La Société médicale de Chambéry, dans sa dernière séance de 1861, a procédé au renouvellement de son bureau, qui est composé pour l'année 1862 de MM. Revel père, président; Guilland, vice-président; Dénarié, secrétaire; Revel fils, archiviste; Bact, trésorier.

— On lit dans le *Journal de médecine vétérinaire de Lyon* :

Un concours était ouvert le 4 novembre dernier, à l'Ecole d'Alfort, pour la nomination d'un chef de service de clinique et de pathologie. Aucun candidat ne s'étant présenté, ce concours n'a pu avoir lieu, et la place reste vacante.

Un autre concours a été ouvert à l'Ecole de Toulouse, le 18 du même mois, pour une place du chef de service de physique, de chimie, de botanique et d'hygiène. Un seul candidat s'est présenté; il s'est retiré au moment de subir la première épreuve, et ce concours, de même que le précédent, n'a pu avoir lieu.

La place dont il s'agissait cette fois est vacante depuis le 1er mai 1858. Elle avait déjà fait, en octobre 1859, l'objet d'un concours qui n'a eu aussi qu'un résultat négatif.

En présence de pareils résultats, devant une telle indifférence, persistant au moment même où les sciences vétérinaires sont cultivées avec le plus d'activité et d'éclat, on ne peut se dissimuler qu'un remède est aussi urgent que nécessaire; et si l'on nous consultait sur ce point, nous ne dirions pas qu'il y a là quelque chose à faire, mais bien *à défaire*.

— Voici une des plus jolies parades auxquelles ait été autorisé un médecin en état de légitime défense contre la flagrante ingratitude de son client :

M. *** reconduisant un jour un monsieur fort bien vêtu qui venait de le consulter, celui-ci lui glisse une pièce dans la main. Le vieux praticien a immédiatement diagnostiqué, au poids, une pièce de deux francs. Il n'en témoigne rien; mais la rendant au client sans y jeter les yeux : — « Vous vous trompez, Monsieur, lui dit-il, ce n'est pas quarante francs que vous me devez : c'est seulement vingt francs! »

— On a l'habitude en Hollande de tuer le poisson au moment où il sort de l'eau, tandis qu'en France nous laissons sa vie s'éteindre dans une lente agonie, qui fait sur l'économie animale l'effet d'une maladie, amollit les chairs et leur communique un principe de dissolution. Les Hollandais tuent le poisson en lui faisant une légère incision longitudinale sous la queue, et l'opération, faite avec un instrument bien affilé, est si rapide qu'elle s'exerce même dans les pêches les plus abondantes, sans en excepter celle du hareng. A Audermale, sur le Rhin, il y a une pêcherie de saumons très-renommée : on y tue le poisson comme en Hollande, mais c'est en lui enfonçant dans la tête une aiguille d'acier. — A cette pratique semble devoir être attribuée en partie la supériorité du poisson hollandais sur le nôtre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Thiéry, né à Loupmont (Meuse); *Du choroforme au point de vue médico-légal.*

Dubrisay, né à Paris (Seine); *Des paralysies consécutives aux maladies aiguës.*

Duran, né à Lunax (Haute-Garonne); *Considérations pratiques sur les troubles fonctionnels de la grossesse.*

Coulhon, né à Montluçon (Allier); *Hernies étranglées. Observations et commentaires.*

De l'héméralopie épidémique; par M. le docteur BAIZEAU, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Paris, 1861; in-8° de 84 pages. Prix, 2 fr. 25.

Essai sur les hernies musoulaires, précédé de qnelques considérations sur les autres déplacements des muscles; par M. le docteur MOURLON, médecin aide-major de première classe. Paris, 1861; in-8° de 32 pages. Prix, 1 fr. 25. Ces deux ouvrages se trouvent chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 9. — JEUDI 23 JANVIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 9. — JEUDI 23 JANVIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Piorry). De la gravelle. — Angine couenneuse grave : fièvre très-intense et délire. — Opération de taille bilatérale chez un enfant de quatorze ans, ayant offert une particularité remarquable. — Hémorrhagie traumatique grave, suite de déchirure d'une veine variqueuse du clitoris. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 21 janvier. — Nouvelles.

PARIS, LE 22 JANVIER 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La plus grande partie de la séance a été occupée par la lecture du rapport annuel sur les vaccinations. M. Depaul, qui est investi depuis quelques années de l'importante fonction de rapporteur de la commission permanente de vaccine, a eu le bon esprit de suivre dans l'accomplissement de ce devoir les traditions établies par son prédécesseur.

On se souvient, en effet, que l'honorable M. Bousquet, qui a été pendant si longtemps l'organe de cette commission, avait l'excellente habitude d'accompagner l'exposé officiel des vaccinations d'une dissertation sur l'un des points de l'histoire de la vaccine, dont les travaux des vaccinateurs, ou quelque fait particulier qui s'était présenté dans le cours de l'année, lui fournissaient ordinairement le texte.

De là des discussions souvent intéressantes qui avaient pour résultat de confirmer les notions acquises, d'élucider quelque point encore obscur, ou d'indiquer aux investigateurs quelque sujet nouveau de recherche.

M. Depaul a pris aujourd'hui pour texte de sa petite dissertation épisodique, une question qui a assez vivement préoccupé pendant le cours de l'année les médecins des hôpitaux, et sur laquelle nous avons appelé nous-même à plusieurs reprises l'attention de nos lecteurs, savoir : si la vaccination pratiquée dans les premiers jours ou dans les premières semaines qui suivent la naissance, n'expose pas les enfants à des accidents plus nombreux et plus graves que la vaccination mise en usage à une époque un peu plus avancée de la vie.

On se rappelle les faits qui ont été produits en témoignage des dangers que peut avoir dans quelques circonstances la vaccination hâtive. Pas plus tard que dans le numéro dernier, nous en avons encore rapporté un exemple. Mais on ne peut avoir oublié non plus combien étaient nombreux les témoignages en faveur de l'innocuité de la vaccination pratiquée à tout âge, même dans les premières heures de la vie.

Il est résulté pour nous de cette enquête, que la vaccination hâtive n'avait en réalité de danger que dans des circonstances rares et exceptionnelles, et sous l'influence de certaines constitutions médicales, telles que la constitution érysipélateuse, qui règne depuis si longtemps avec une déplorable persistance dans les hôpitaux de Paris ; mais qu'en règle générale les vaccinations sont tout aussi inoffensives dans les premiers jours de la vie que plus tard. Il faut ajouter, il est vrai, que les circonstances dans lesquelles elles sont généralement inoffensives sont précisément aussi celles où il est à peu près inutile de les pratiquer aussitôt : c'est le cas le plus commun de la pratique, celui où l'on a affaire à des enfants isolés au sein de leur famille ; tandis que c'est justement dans les circonstances où il est utile de vacciner les enfants à leur naissance pour les soustraire au danger toujours imminent de la contagion variolique, c'est-à-dire dans les hôpitaux, que cette pratique présente exceptionnellement des dangers.

De là cette difficulté particulière de la pratique, cet embarras où se trouvent les médecins des hôpitaux, dont M. le rapporteur ne nous a pas paru tenir suffisamment compte dans son travail.

Sans doute, nous sommes de son avis, lorsque s'appuyant sur son expérience personnelle et celle d'un grand nombre de ses collègues, il dit d'une manière générale que la vaccination hâtive n'est pas plus dangereuse que celle qu'on ne pratique qu'après le deuxième ou le troisième mois, et qu'il ressort même de cette innocuité la nécessité de vacciner hâtivement en temps d'épidémie.

Nous comprenons aussi bien que lui, et nous acceptons parfaitement la nécessité de vacciner hâtivement aussi les enfants nés dans les hôpitaux, sous peine de les voir exposés à la contagion, soit qu'ils séjournent dans ces établissements où elle est à peu près permanente, soit qu'ils en sortent pour être envoyés dans les campagnes, où l'on négligera le plus souvent de les faire bénéficier de cette bienfaisante pratique. Mais nous eussions désiré que M. Depaul tînt un peu plus compte qu'il ne l'a fait des accidents réels qui ont été signalés et des mesures qu'il conviendrait d'adopter pour en prévenir autant que possible le retour. La pratique adoptée par le regrettable M. Legroux et rappelée par M. Robert, qui consistait à ne pratiquer qu'une seule piqûre, eût mérité, ce nous semble, d'être plus sérieusement examinée.

Nous ne terminerons pas avec le rapport de M. Depaul sans nous joindre à lui dans l'expression du regret qu'il ait eu encore cette année-ci, comme les années précédentes, à constater l'incurie de plusieurs départements qui se sont abstenus de faire parvenir à l'Académie les tableaux de vaccination.

Le travail d'ensemble de la commission perd à cette regrettable négligence une partie de sa valeur statistique, et la science se trouve ainsi privée de documents et de faits particuliers qui pourraient ajouter des éléments utiles à ceux qu'elle accumule annuellement sur cette importante mesure d'hygiène publique.

La lecture de ce rapport a été précédée d'une lecture de M. le docteur Béraud, candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie, sur un point d'anatomie et de physiologie du cœur.

Nous signalerons également à l'attention de nos lecteurs une lettre de M. Husson, sur la question de l'hygiène des hôpitaux actuellement pendante devant l'Académie, et une lettre de M. le docteur Fournié (de l'Aude), sur la question de la respiration des poussières liquides, qui va faire incessamment le sujet d'une nouvelle discussion. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De la gravelle.

J'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à parler aujourd'hui de la *gravelle*, à l'occasion d'un malade qui est actuellement dans nos salles, et qui est atteint depuis bientôt quinze mois de cette maladie.

Les concrétions qui constituent cette maladie sont, vous le savez, d'après leur ordre de fréquence, ou l'acide urique pur, ou le phosphate de magnésie, ou l'ammoniaque, ou enfin de l'oxalate de chaux, etc. Il serait convenable dès lors de vous donner les caractères chimiques propres à chaque espèce, si je n'étais sûr qu'on vous a déjà appris à les reconnaître dans les différents cours de pathologie que vous avez suivis.

Mais puisque le malade que nous avons pris pour texte de notre leçon rend des calculs formés d'*acide urique*, je vais vous donner les caractères principaux de ces derniers.

Ils sont formés par des concrétions à prismes rhomboïdaux d'un jaune rougeâtre; ils sont insolubles dans l'alcool et dans les acides sulfurique et chlorhydrique affaiblis, très-peu solubles dans l'eau bouillante; si l'on jette sur quelques parcelles de ces concrétions une goutte d'acide azotique, et si l'on expose le mélange à la chaleur, l'acide urique est dissous, et la solution évaporée jusqu'à siccité fournit un résidu qui prend une couleur carmin, etc.

La plupart des individus que cette maladie atteint n'éprouvent point de douleur, et leur santé n'est nullement altérée; mais chez bien d'autres ces phénomènes ne passent pas inaperçus, et vous voyez ces malades se plaignant de fatigue, de pesanteur dans la région des reins. Ces douleurs tantôt consistent dans un fourmillement pénible, et d'autres fois dans des souffrances très-vives auxquelles on a donné l'absurde nom de *colique néphrétique*, et que j'aime mieux remplacer par celui de néphralgie. Dans la gravelle, comme dans les autres affections de l'appareil urinaire, viennent s'ajouter des douleurs d'estomac accompagnées de nausées, de vomissements avec ou sans fièvre. Veuillez ne point oublier que ces différents phénomènes, qui appartiennent à la gravelle proprement dite, ne présentent rien de grave, si ce n'est leur ténacité et leur intermittence, tandis que les calculs volumineux déterminent de ces douleurs néphriques insupportables.

Tels sont les principaux signes cliniques qui vous feront reconnaître l'affection qui nous occupe ; mais veuillez à l'instant les rechercher avec moi dans le récit que nous a fait notre malade.

Cet homme, âgé de quarante-deux ans, est d'une excellente constitution. Ses parents n'ont pas été atteints de goutte ou de gravelle, et son père était très-fort et d'un embonpoint marqué.

A quarante ans survinrent de vives douleurs dans les reins des deux côtés, qui persistèrent longtemps. Plusieurs attaques semblables, dont une dura six semaines, se manifestèrent depuis. Pendant leur durée, le malade ne rendit point de gravelle.

X..... n'a presque pas cessé depuis de souffrir de la région des reins. Il y a quinze mois, il a commencé à rendre des sables rouges formés de cristaux, dont les uns étaient très-petits, tandis que les autres étaient un peu plus volumineux. La proportion de ce gravier a été quelquefois si considérable, que le malade croit qu'en vingt-quatre heures ils eussent pu remplir un plein dé. Quelques douleurs se sont fait sentir dans les cordons des vaisseaux et dans les testicules; jamais il n'a eu d'hématurie ni d'accidents du côté de la vessie. L'apparence de ce malade est celle de la plus parfaite santé; mais les douleurs qui existent, surtout à gauche, sont parfois portées à un tel point que la marche devient pénible.

L'examen attentif des organes nous a donné les résultats suivants :

Le cœur est normal dans son volume et sa forme. On n'y trouve aucun bruit en rapport avec une lésion quelle qu'elle soit. Les poumons sont partout sonores, élastiques et exempts de toute altération. La rate est dans le meilleur état, et il n'y a pas eu de fièvre intermittente; l'estomac, les intestins fonctionnent régulièrement. Les seuls accidents que le malade éprouve se rapportent aux voies urinaires.

Les reins, mesurés par l'organographisme plessimétrique, présentent l'un et l'autre huit centimètres et demi dans leur grand diamètre et quatre centimètres et demi d'un côté à l'autre. Ces mesures sont à peu près celles de l'état normal, quoique bien inférieures à celles que les reins présentent sur les corps privés de vie ; cela vient de la position oblique de ces organes dans les directions verticales et latérales. On ne trouve aucune différence de forme ni de dimension entre les deux reins.

La douleur que le malade ressent n'est en rien superficielle ; elle n'existe pas dans les muscles de la région lombaire et n'augmente en rien lors des mouvements de ces mêmes muscles; c'est profondément qu'elle a lieu. Elle correspond à un point très-limité, et se prononce exclusivement sur la partie où l'organographisme a permis de dessiner la région inférieure du rein gauche.

Actuellement la douleur est très-faible, mais quelquefois elle est très-forte.

Au moment où l'urine est rendue, elle est claire, mais quelque temps après elle présente au fond du vase un nuage rougeâtre qui n'a point de caractère spécial. La teinte de cette urine est assez rouge, et on ne peut point douter, d'après la coloration des graviers, qu'il s'agisse d'acide urique.

On peut d'après ces phénomènes établir avec certitude le diagnostic suivant :

Que la maladie de cet homme est une néphropathie due à la présence de gravelle d'acide urique dans le rein gauche, vers sa partie inférieure. C'est à ces calculs que sont dues les douleurs locales et celles qui s'étendent vers le cordon, les testicules et la jambe gauche. C'est par la médiation des nerfs des reins et des testicules, puis des nerfs lombo-sacrés et du plexus sciatique, que les phénomènes ont lieu.

Vous pouvez maintenant vous convaincre de l'exactitude du tableau nosographique de la gravelle, qui se dessinera mieux dans votre esprit quand j'aurai ajouté à ce que je vous ai dit précédemment les circonstances de la vie qui prédisposent le plus à cette affection. Cette maladie affecte plus particulièrement les individus que leurs occupations obligent à être sédentaires ; aussi cette maladie est-elle plus rare chez les gens dont la vie est active. On a pensé que les climats froids exposaient plus à la gravelle que les pays chauds; mais la statistique ne l'affirme point, et rien ne prouve que les fruits ou les eaux contenant des sels calcaires puissent y donner lieu.

L'invasion, la marche, la durée, la terminaison de cette maladie n'ont rien de fixe, et si jamais vous vous engagiez à guérir ces malades, vous risqueriez de vous tromper. Mais il ne faut point désespérer dans certains cas; dans ma pratique d'hôpital comme dans celle de la ville, j'ai pu compter des succès.

J'aurai longtemps présent à la mémoire le fait d'un comte russe qui vint me consulter et qui était affecté depuis longues années de la gravelle; il fit longtemps le traitement que je lui conseillai, et il a guéri.

Puisque j'ai l'intention de prescrire le même régime et les mêmes médicaments à votre malade, écrivez le traitement que j'ai ordonné :

Je l'engageai fort à modifier son régime habituel, ne point se priver sans doute de viande et de substances animales, mais d'en prendre qu'avec modération, dont la compensation en sera faite par l'ingestion d'une très-grande quantité de liquide. L'usage des vins faibles, tels que le Bordeaux, surtout étendu d'un tiers d'eau, n'est pas dangereux; mais des vins généreux augmenteraient les accidents. Il en serait à plus forte raison ainsi de l'eau-de-vie, des liqueurs, etc.

Faire usage le matin, à midi, à quatre heures et le soir, alors que l'estomac sera vide de nourriture, d'un ou deux verres de dissolution d'écorces d'orange ou de gomme, dans chacune desquelles on aura fait fondre 4 ou 5 grammes de bicarbonate de soude. Cette proportion assez considérable de boissons alcalines est le point culminant du traitement, et remplacera avec avantage l'usage des eaux alcalines, telles que celles de Vichy, de Contrexéville.

Prendre tous les trois ou quatre jours un bain tiède, dans lequel on aura ajouté 100 grammes au moins de bicarbonate de soude, en ayant soin, pour juger de l'action de ces alcalis, d'essayer fréquemment l'urine avec le papier de tournesol. Quand l'urine sera fortement acide, on insistera sur les boissons et les préparations alcalines, et le contraire aura lieu dans une circonstance opposée.

Comme moyens locaux, on pratiquera des frictions sur le point douloureux avec l'huile d'amandes douces imbibant de la flanelle. Les frictions seront faites matin et soir et continuées longtemps. On dirigera tous les deux jours, sur le point où la douleur existe, une douche froide qui sera continuée pendant quelques minutes, et s'il se peut, un quart d'heure ou vingt minutes.

Si le rein augmentait de volume, on aurait recours à une saignée générale et à des cataplasmes. Le repos est toujours indispensable, et dans certains cas il faut soumettre le malade à l'abstinence momentanée des boissons, afin de diminuer le volume des reins.

Tel est l'ensemble des moyens que j'ai employés pour guérir le personnage dont j'ai parlé. Espérons que le même succès aura lieu chez notre malade; à la condition indispensable, toutefois, que le traitement sera bien compris et surtout bien administré.

C. Germier.

ANGINE COUENNEUSE GRAVE,

Fièvre très-intense et délire.

Sudorifiques, vomitif, cautérisation profonde, gargarisme boraté, potion avec le même médicament, badigeonnage du cou avec la teinture iodée. Guérison au bout de neuf jours (1).

Par M. le docteur Ant. Kosezakiewic.

Marie-Adélaïde-Hélène K..., ma propre enfant, âgée de onze ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament éminemment sanguin, a été sujette, dès son bas âge et jusqu'à sept ans, aux atteintes fréquentes d'une laryngite croupale, qui à chaque apparition était énergiquement combattue par les vomitifs, les applications émollientes chaudes autour du cou et les cautérisations avec le nitrate d'argent.

Depuis lors elle jouissait d'une santé parfaite, lorsque, le 20 novembre 1860, elle se rendit avec sa mère à Lyon par un temps froid et humide; le brouillard épais obscurcissait le soleil à tel point que l'on ne pouvait pas se voir à vingt pas de distance. Elle resta un jour et demi dans cette grande cité, respirant l'air brumeux sans en être indisposée.

Le 21 au soir, à son arrivée, après avoir soupé avec bon appétit, elle se couche à dix heures très-bien portante, accusant seulement du froid qu'elle ressentait et une légère douleur au gosier. La nuit est assez bonne; le sommeil cependant est agité et interrompu par les rêvasseries.

Le 22, à sept heures du matin, elle se réveille avec un mal de gorge et une fièvre légère. Pensant qu'il s'agit d'une indisposition sans gravité, avant de sortir, je prescris des infusions chaudes de thé suisse miellé et des applications de ouate ou de coton chaud autour du cou. Mais quelle n'est pas ma surprise, quand, en entrant sur les onze heures, je vois ma fille tourmentée par des vomissements bilieux incessants et par une fièvre violente; son pouls est à 130 par minute; front brûlant; face très-colorée, très-animée; délire léger. Elle se plaint beaucoup du mal de gorge et de difficulté d'avaler; sa langue, chargée d'un enduit saburral épais, est brunâtre au milieu et rouge à la pointe; peau sèche, brûlante; les urines très-peu abondantes, sédimenteuses; malaise général.

En examinant la bouche et l'arrière-gorge, je vois avec effroi une couenne épaisse, jaune, de la largeur d'une pièce de deux francs, couvrir l'amygdale gauche, et une autre de la largeur d'une pièce de 50 centimes implantée sur l'amygdale droite; les deux tonsilles offrent chacune le volume d'une noix. Il n'y avait plus pour moi le moindre doute, ma fille était atteinte d'une angine couenneuse. A l'instant même, avec un pinceau imbibé de protonitrate acide de mercure, je badigeonne fortement le tissu couenneux sur les deux amygdales, après quoi je lui fais prendre 50 centigrammes d'ipécacuanha pulvérisé dans une cuillerée d'infusion de camomille, pour favoriser les vomissements; des infusions chaudes, des fleurs de sureau miellées, pour la faire transpirer abondamment, ce qu'on favorise par les applications autour de son corps de cruches remplies d'eau chaude. On enveloppe le cou d'un cataplasme de farine de lin chaud, que l'on doit renouveler toutes les heures, et qu'on arrose avec l'huile d'olive.

Après la sudation, on promène les sinapismes aux extrémités inférieures, que l'on enveloppe plus tard avec le coton chaud poudré de farine de moutarde, et recouvert avec du taffetas vert. Elle se gargarise en premier lieu avec la décoction d'orge en paille et de tête de pavot miellée. Toutes ces prescriptions sont ponctuellement exécutées en ma présence, et je vois avec plaisir tomber le pouls le soir à 125 pulsations. Cependant tous les autres symptômes persistaient au même degré d'intensité. Nuit très-agitée et délire.

Le 23 au matin, elle était plus éveillée; la peau moite, le pouls à 115; même état des amygdales, de l'arrière-gorge et de la bouche. Les vomissements se sont arrêtés. J'observe plusieurs glandes lymphatiques, très-engorgées, du côté gauche du cou; elle a de la constipation; les urines sont toujours très-sédimenteuses. Ce jour-là je lui prescris la potion suivante:

Eau de laitue.	100 grammes.	
Borax.	4	—
Sirop de gomme.	32	—

Mêlez. F. S. A. potion, à prendre par petites cuillerées à café toutes les cinq minutes.

Elle se gargarise toutes les deux heures avec un mélange ainsi préparé:

Décoction de roses de Provins.	250 grammes.	
Borax.	35	—
Miel rosat.	45	—

Mêlez, et que l'on fasse tiédir avant de s'en servir.

Je lui badigeonne tout le pourtour du cou pendant deux ou trois minutes avec la teinture iodée du docteur Wilhelm Zimmermann, médecin de l'arrondissement de Valenciennes, ainsi préparée:

Iode pur.	12 grammes.	
Alcool rectifié à 95°.	124	—
Iodure de potassium.	4	—
Bromure de potassium.	2	—
Eau distillée.	15	—

Mêlez exactement.

Ce qui lui causait une douleur réellement forte, car elle en versait des larmes. Elle ne pouvait l'endurer plus de quatre minutes, et l'on était obligé de laver ou plutôt de graisser tout le cou avec l'huile d'olive tiède pour adoucir ses souffrances. Malgré si peu de temps, la teinture avait parfaitement cautérisé tout le cou. — Tisane de quatre fruits pectoraux; le bouillon de volaille est permis pour toute nourriture; les applications émollientes chaudes furent reprises et continuées autour du cou.

La journée fut bien mauvaise, car la fièvre la tourmenta beaucoup; elle se plaignait toujours d'un fort mal de gorge, de la difficulté d'avaler et du malaise général; cependant elle était plus réveillée; son pouls variait de 110 à 120. La nuit fut plus calme que la précédente, elle eut plusieurs heures de repos.

Le 24, son pouls est à 100, peau moite, soif moindre; la douleur de l'arrière-gorge moins intense. On continue de se servir du même gargarisme; je porte la dose à 6 gram. de borax par potion; je badigeonne le pourtour du cou avec la teinture iodée en question. L'enfant prend plusieurs bouillons de volaille; je lui permets de boire de l'eau panée tiède rougie avec du vin de Bordeaux, qu'elle préfère à toute autre boisson.

Je commence à espérer, car jusque-là j'étais au désespoir; la journée se passe assez bien, et le soir, en la faisant gargariser, nous voyons avec bonheur tomber dans le plat un gros morceau de tissu couenneux, détaché de l'amygdale gauche; un morceau de tissu charnu de l'amygdale elle-même y adhérait. Depuis la chute de cet eschare, ma fille a pu avaler avec beaucoup plus de facilité. On continua les émollients autour du cou, et chaque fois qu'elle se réveillait elle se gargarisait avec le même collutoire boraté et prenait des bouillons de volaille et de l'eau sucrée tiède coupée avec le vin de Bordeaux.

Le 25, après avoir passé une nuit excellente, son pouls n'était qu'à 80, sa peau avait la température normale: plus de céphalalgie, plus de courbature, plus de délire, plus d'assoupissement; soif moindre; le besoin de manger se fait sentir avec violence. En se gargarisant dans la journée, elle a rendu le reste du tissu lardacé, celui qui était sur l'amygdale droite; depuis lors elle se sentit de mieux en mieux. Malgré cela, j'ai porté ce jour la dose du borax à 8 grammes par potion, que l'on faisait prendre de la même manière, mais elle n'a pu en consommer que la moitié à cause des défaillances et des douleurs très-fortes d'estomac qu'elle éprouvait après chaque prise. Les cataplasmes émollients sont continués autour du cou. La journée et la nuit suivante furent excellentes.

Le 26 au matin, point de fièvre. A la place du tissu couenneux, on voit les amygdales déchirées, creuses, bien moins rouges que précédemment.

Les applications de cataplasmes sont continuées encore; elle finit sa potion, qui lui cause toujours de fortes douleurs à l'épigastre, des envies de vomir et des défaillances.

Depuis ce jour jusqu'au 30, on lui accorde une nourriture plus substantielle, non-seulement des bouillons gras au tapioca, semoule, vermicelle, mais des confitures, de la viande blanche bouillie et rôtie, et du vin de Bordeaux coupé avec de l'eau sucrée tiède.

Pour toute médication, on lui tient du coton chaud autour du cou, et elle se gargarise deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures avec la décoction suivante:

Roses de Provins.	300 grammes.	
Borax.	30	—
Miel rosat.	46	—

Mêlez.

Elle ne sort pas des appartements, où il fait une chaleur de 20 à 25 degrés du thermomètre Réaumur.

Malgré cela, le 28 il lui survient un coryza très-fort, qui est avantageusement combattu par quelques tasses d'infusion chaude de thé vert et la couverture plus chaude de la tête. Sa convalescence dura encore plus de dix jours avant qu'elle pût reprendre ses forces; elle avait beaucoup maigri et pâli pour une maladie d'aussi courte durée.

La nature de l'angine couenneuse étant toute particulière *sui generis*, sa violence étant extrême, son traitement doit être spécifique et très-énergique en même temps. *Ad extremos morbos, extrema remedia exquisite usitata sint*, a dit Hippocrate.

Aussi, il y a bien longtemps que l'on préconise contre cette terrible maladie les moyens les plus énergiques, tels que les cautérisations avec le nitrate d'argent, et surtout avec le protonitrate acide de mercure, à qui l'on doit donner la préférence dans les cas pareils. Il y a longtemps aussi que l'on emploie le borax en gargarisme contre cette affection; mais ce sont les savants praticiens de Tours, comme le prouve le Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire, qui ont les premiers formulé la manière précise de s'en servir, en portant la dose du borax à 30 grammes par 200 grammes de véhicule. Ce moyen énergique, je dirai presque spécifique, employé en temps opportun, leur a procuré des résultats inespérés.

S'appuyant sans doute sur ces données, M. le docteur Leriche (de Lyon) s'est hasardé à administrer le borax à l'intérieur, à la dose de 4 à 10 grammes par 100 grammes de véhicule, à prendre par petites cuillerées à café toutes les cinq minutes. Evidemment c'est un pas de plus dans la thérapeutique de l'angine couenneuse. Marchant sur ces traces moi-même, je me suis bien trouvé de l'administration interne du borax chez ma fille, et depuis chez d'autres malades, mais en combinant toujours son usage avec les cautérisations avec le proto-nitrate acide de mercure, en recommandant également les applications émollientes chaudes autour du cou et les gargarismes boratés d'après la formule de mes savants collègues de Tours.

(1) *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire*, 1860.

OPÉRATION DE TAILLE BILATÉRALE

chez un enfant de quatorze ans, ayant offert une particularité remarquable.

Par M. le docteur Crommelinck (de Bruxelles).

Édouard W..., de Malines, souffrait dès sa plus tendre enfance de douleurs en urinant; ses urines étaient catarrhales; l'émission en était tantôt facile, tantôt difficile, parfois subitement interrompue; bref le jeune malade présentait tous les symptômes rationnels de la présence d'un calcul dans la vessie.

Il y a six mois, un chirurgien essaya de pénétrer dans ce réservoir avec une sonde à courbure *ordinaire* (je reviendrai tout à l'heure sur cette qualification). Non-seulement il n'y réussit point, mais il déchira le canal; et effrayé par la subite et abondante hémorrhagie qui survint, il retira son instrument. Depuis ce jour, les douleurs en urinant devinrent atroces, et la difficulté d'uriner excessive. La santé de l'enfant déclina rapidement. Bientôt on craignit pour ses jours.

Edouard W... fut amené au Dispensaire-Vésale il y a quatre mois. Sa maigreur dépassait toutes les bornes; une fièvre hectique, par absorption purulente, le minait d'une façon désespérante.

Son état général excluait *à priori* toute idée de le pouvoir soumettre à une opération grave quelconque. D'autre part, au moindre apprêt ou signe d'exploration, il jetait les hauts cris et se livrait à des contorsions irréfrénables. Quant au chloroforme, il n'y fallait pas songer, vu son excessive faiblesse.

Je pus néanmoins, sans l'aide d'aucun instrument, constater une tumeur au périnée de la grosseur d'un œuf de poule. En pressant cette tumeur, les urines s'échappaient du canal, et pour peu que je continuasse la pression, la tumeur s'aplatissait complétement. Les urines qui sortaient alors du canal par le méat étaient mélangées de pus. Lorsque le malade voulait uriner, il était forcé de faire de grands efforts, très-douloureux, et les urines ne sortaient du canal par le méat que goutte à goutte.

Les circonstances commémoratives me firent diagnostiquer une déchirure de la portion bulbeuse de l'urèthre et la formation d'une poche muqueuse, dans laquelle les urines s'accumulaient au sortir de la vessie. Je ne tardai pas à me convaincre de ce fait par une observation bien simple; chaque fois que l'enfant devait uriner, lorsque j'avais eu soin de vider préalablement la poche artificielle, je voyais celle-ci se remplir à peu près complétement, avant qu'aucune goutte d'urine vînt se présenter au méat urinaire.

Je soumis le petit malade à un régime convenable, et me bornai pour le moment à empêcher le séjour des urines dans la poche périnéale. En moins de quinze jours la fièvre hectique avait cessé; les souffrances avaient diminué; en un mot les symptômes alarmants avaient disparu. Edouard W... consentit à se laisser sonder. J'explorai d'abord le canal avec une petite sonde élastique à boule dite de Leroy. En attirant fortement la verge en avant et en bas, et en cherchant à faire glisser la sonde sur la paroi supérieure du canal, j'arrivai dans la vessie. Mais chaque fois que j'abandonnais ce procédé pour pousser la sonde, ainsi qu'on le fait dans les cas ordinaires, l'instrument pénétrait dans la cavité artificielle et s'y enfonçait jusqu'au pavillon. En introduisant alors le doigt dans l'anus, on sentait l'instrument entre le rectum et la vessie.

Les nombreux succès que j'ai obtenus par la lithotritie, dont cinq chez des garçons âgés de cinq à dix ans, m'inspirèrent tout d'abord le projet de recourir à ce procédé opératoire, si réellement il y avait un calcul dans la vessie, ce dont je cherchais à m'assurer séance tenante et ce à quoi je réussis, mais non pas sans une extrême difficulté. Chaque fois que le bec de ma sonde métallique arrivait à la hauteur du bulbe de l'urèthre, l'instrument pénétrait dans la poche périnéale et allait s'égarer dans le cul-de-sac intervésico-rectal. J'eus recours à des sondes de formes les plus diverses, et enfin à une sonde à courbure à angle droit, avec laquelle je réussis à pénétrer dans la portion du canal qui me conduisait à la vessie. (J'emploie cette dénomination pour bien me faire comprendre, car évidemment il n'y avait pas une interruption complète comme s'il y avait eu deux canaux arrivant en sens inverse au même bassin, mais c'était à peu près cela. De plus, la portion prostatique du canal dans laquelle s'engageait alors l'instrument déviait très-fortement à gauche.) Une fois dans la vessie, je découvris aisément le calcul, mais dans une situation très-élevée, presque en haut de l'arcade pubienne.

Tenter la lithotritie dans ces conditions organiques, il n'y fallait pas songer; car, en supposant que j'eusse réussi à pénétrer dans le réservoir urinaire, les détritus du calcul se seraient engagés dans la poche périnéale, et nul n'eût pu prévoir les accidents qui en proviendraient.

Je ne renonçai cependant pas de suite à mon projet. En peu de jours j'avais enhardi mon petit malade à se servir de la sonde élastique, et à ne plus uriner qu'à l'aide de cet instrument. Durant deux

mois je tins bon, et d'autant plus que la santé générale y gagnait considérablement. Vers le milieu d'octobre dernier, j'abandonnai l'emploi de la sonde pour uriner; mais dès la première fois, j'eus le chagrin de voir que tous mes efforts avaient échoué: la poche périnéale se remplissait à vue d'œil. Ce même jour, j'extrayais un calcul vésical chez un petit garçon de quatre ans par la taille bilatérale. C'était le compagnon de chambre d'Edouard W... La guérison de son petit ami n'ayant pas tardé à être complète, Edouard vint demander lui-même que je voulusse bien l'opérer. J'y consentis, et fixai l'opération au 30 octobre dernier.

La veille de l'opération, je voulus, une seconde et dernière fois, me rassurer sur la présence du calcul. J'endormis le petit malade par le chloroforme. Ce jour-là, je pénétrai d'emblée dans la vessie avec la sonde à béquille d'abord (courbure à angle droit), puis avec un cathéter à courbure ordinaire. Au moyen du premier instrument explorateur, j'allai frapper contre le calcul de façon à faire entendre le son par tous les assistants; mais toutes mes tentatives échouèrent lorsque je voulus sentir le calcul et le frapper avec le cathéter. Cela s'explique, en même temps que cela explique l'erreur de diagnostic où sont tombés maints chirurgiens en explorant au moyen d'une sonde à grande courbure (le cas était arrivé chez le petit malade susdit à l'hôpital Saint-Pierre). La vessie, en certains cas, et presque toujours chez les enfants, remonte derrière l'arcade pubienne, de façon que le col est logé derrière et en haut de celle-ci. Pour peu qu'on y réfléchisse, on conçoit que dans ces cas le calcul reste en quelque sorte impunément dans l'espace circonscrit par la concavité de la courbure du cathéter. Ce n'est qu'en relevant verticalement et de force le cathéter que l'on parvient à frapper le calcul; malheureusement le son et le tact sont sourds, incertains, et laissent un grand doute dans l'esprit de l'explorateur.

Le lendemain, je réunis quelques collègues et plusieurs élèves.

Je narrai d'abord tout ce que je viens de décrire, mais je n'obtins qu'une médiocre croyance. Le malade étant chloroformé, trois des plus éminents praticiens de nos hôpitaux prirent chacun un instrument de son choix, et tous les trois, malgré de pénibles et savants efforts, allèrent s'égarer dans le cul-de-sac intervésico-rectal. Dès qu'ils eurent renoncé à leurs tentatives, je m'armai du cathéter, et je fus assez heureux pour l'introduire d'emblée dans la vessie. Deux des praticiens susdits crurent reconnaître un calcul; le troisième le nia.

Pour moi, il n'existait pas le moindre doute, et je procédai immédiatement à l'incision du périnée, etc. Au bout de deux minutes, j'amenai un calcul pesant 33 grammes, de la grosseur d'un petit œuf de poule.

Les suites de l'opération ont été complétement heureuses. La double cicatrisation, celle de la *vraie vessie* et celle de la *fausse vessie* se sont faites simultanément.

Les mêmes praticiens qui ont assisté à l'opération ont constaté la guérison.

HÉMORRHAGIE TRAUMATIQUE GRAVE,

suite de déchirure d'une veine variqueuse du clitoris.

Par M. le docteur ROCHÉ, de Pont-sur-Yonne.

Le 29 juin 1861, je fus appelé à la hâte pour donner des soins à Mme veuve X..., de Pont, âgée de soixante-neuf ans, *perdant*, me dit-on, *tout son sang par les parties*. Arrivé un quart d'heure après l'accident dont il va être question, voici ce que j'appris et ce que j'observai:

Mme X... est d'un tempérament bilieux, d'une faible constitution; depuis trente ans, elle est sujette à des attaques d'épilepsie presque journalières; dans une de ces attaques, elle venait de tomber, on ne put m'expliquer de quelle manière, sur une jarre de grès à bords très-épais, et en la relevant on s'aperçut que le sang coulait en abondance par la vulve. Placée sur un vase de nuit, elle ne tarda pas à le remplir au tiers; puis on la promena dans la chambre, qu'elle inonda de sang; une lipothymie força de l'asseoir: je la trouvai sur une chaise, pâle, les traits altérés, le pouls fréquent et petit, se plaignant d'éblouissements, d'étourdissements; je la couchai sur un lit voisin: tous les vêtements étaient imprégnés de sang, qui s'écoulait en abondance par la vulve.

Je m'aperçus en la découvrant que les jambes, les cuisses et les grandes lèvres étaient sillonnées de varices volumineuses. Après avoir enlevé les caillots de l'entrée de la vulve et épongé avec de l'eau froide, j'aperçus une petite plaie contuse de 2 centimètres intéressant une veine variqueuse du clitoris. Je pansai la plaie avec quatre tampons de charpie trempée dans du perchlorure de fer liquide à 30°, et j'exerçai une compression à l'aide d'un bandage en T. Il existait, en outre, une excoriation de la muqueuse avec ecchymose très-douloureuse à la grande lèvre gauche. Le sang fut immédiatement arrêté, et le soir il avait à peine traversé le bandage. Je prescrivis du vin vieux, quelques toniques et une nourriture substantielle.

Au bout de six jours, la cicatrisation était complète, et dix jours après la malade était entièrement rétablie, bien qu'elle ait éprouvé le lendemain de l'accident une tympanite intestinale, qui céda aux frictions faites avec l'éther et aux lavements laxatifs froids dans l'espace de trente-six heures.

L'hémorrhagie était tellement abondante, et les accidents tellement graves à mon arrivée, que je ne doute pas que sans les prompts secours qui ont été donnés à cette femme, l'issue n'eût été funeste, comme il est arrivé chez la dame enceinte dont l'observation se trouve rapportée dans la *Gazette médicale* des premiers mois de 1861, qui périt au bout de cinq quarts d'heure, à la suite d'une lésion traumatique d'une des grandes lèvres. On doit donc se tenir soigneusement en garde contre les lésions traumatiques des veines variqueuses de la vulve et de ses annexes, dont les résultats peuvent être si funestes. Il est inutile de faire remarquer avec quelle facilité le perchlorure de fer, aidé par la compression, triompha de l'hémorrhagie, et avec quelle promptitude cette dame se rétablit, malgré l'énorme quantité de sang perdue, que j'évalue à un litre, et malgré la tympanite intestinale qui suivit l'accident.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 janvier 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Des rapports d'épidémies par MM. les docteurs Denoue et Leriche (de Lormes), Lemaistre (de Limoges) et Rouault (de Rennes). [Commission des épidémies.]

2° Un rapport de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), sur les vaccinations et les revaccinations qu'il a pratiquées pendant l'année 1861.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une réclamation de priorité adressée par M. Poullien et relative à l'appareil de M. Grandcollot, sur lequel M. Robert a fait dernièrement un rapport.

2° Une lettre de M. Robert qui annonce que la teneur de son rapport a été adoptée par la commission des remèdes secrets et nouveaux.

3° M. le docteur Nonat communique une note intitulée: *De l'hygiène des hôpitaux.*

4° M. Husson, directeur de l'assistance publique, adresse la lettre suivante, dont M. le secrétaire donne lecture:

« Monsieur le Président, dans la discussion qui a eu lieu au sein de l'Académie impériale de médecine sur les hôpitaux comparés de Londres et de Paris, il s'est produit une méprise que je crois devoir vous signaler.

» On vient de reconstruire une grande partie de l'hôpital de Glascow dans de très-bonnes conditions, et de faire à Londres, dans l'hôpital de King's College, deux ou trois salles nouvelles, assez vastes il est vrai, mais d'une disposition vicieuse, et quoique dans le premier cas il ne s'agisse pas de Londres, quoique dans le second il s'agisse seulement de deux salles ouvertes en 1861, et qui sont loin de contenir cent malades, ce sont ces améliorations que l'on prend pour base de la comparaison sur laquelle roule tout le débat.

» Les hôpitaux de Londres, pour une population presque double de la nôtre, ne contiennent que 3,700 lits. Les hôpitaux de Paris en possèdent bien davantage (7,000, sans compter les lits d'infirmerie des hospices); nous avons donc à pourvoir, dans des conditions plus difficiles, à de plus grands besoins.

» La plupart de nos hôpitaux sont situés sur des lieux élevés ou au milieu de terrains dégagés de constructions ou plantés, comme Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, la Pitié, Cochin, les Enfants malades et Necker. Rien de pareil n'existe à Londres; à l'exception d'un seul hôpital, voisin de Hyde-Park, tous les hôpitaux de la ville sont construits au milieu de quartiers populeux, sur des rues étroites.

» Ils n'ont généralement ni jardins, ni préaux, ni même de cours; les salles de malades sont éclairées d'un seul côté, ce qui est un vice considérable (1).

» Voilà les hôpitaux que l'on compare aux nôtres!

» Il est vrai que les salles de ces hôpitaux imparfaits contiennent en général moins de malades que les nôtres. Les Anglais laissent volontiers dans leurs salles de grands espaces libres; mais, par une disposition peu logique, ils serrent les lits, qui sont le plus souvent espacés de moins d'un mètre. Ces salles, d'après le mémoire de M. Lefort, sont presque toutes, comparativement au nombre des malades, d'une capacité non supérieure et quelquefois même inférieure à celle des salles des hôpitaux de Paris.

» On ne remarque aucune odeur dans les hôpitaux de Londres, quoiqu'il n'y ait pas de ventilation artificielle, et il faut dire qu'à Paris, à quelques exceptions près, nous n'avons pas cet avantage. Mais à Londres on ouvre les fenêtres pendant la visite du médecin et plusieurs fois par jour, ce qui suffit, avec quelques autres circonstances accessoires, pour expliquer l'absence de toute odeur.

» Il règne aussi dans les hôpitaux anglais une simplicité qui ressemble presque au dénûment, mais qui a l'avantage de diminuer l'encombrement des salles. Les lits se composent d'une couchette en fer, avec fond sanglé, et d'un seul matelas, ou plutôt d'une plaquette composée de crin et de laine de 7 à 10 centimètres d'épaisseur; le lit tout fait ne dépasse pas le genou. Nous sommes tombés dans l'excès contraire, car il est certain que nos lits sont trop compliqués.

» Il n'y a pas de rideaux aux lits anglais, excepté pourtant à Saint-Barthélemy.

» Les salles sont chauffées au moyen de cheminées; mais c'est une erreur de croire qu'elles suffisent pour opérer la ventilation des salles et qu'elles puissent suppléer une ventilation artificielle bien appliquée.

» On ne voit pas, quoi qu'on en dise, dans la plupart des hôpitaux de Londres, de réfectoires pour les malades. A l'hôpital de Guy, où ce service paraît organisé, les tables où l'on mange sont au milieu des salles.

» Je ne veux pas pour le moment, Monsieur le président, pousser plus loin cet exposé; mais je tiens à ce que l'Académie sache que je ne regrette pas la discussion qui s'est ouverte dans son sein: j'y prête au contraire une oreille attentive, désireux de profiter de toutes les lumières comme de tous les conseils.

» Déjà, depuis une année, je fais expérimenter une simplification de la literie; l'Administration s'occupe de donner à l'appareil des rideaux de lits une forme moins compliquée. Des améliorations très-sérieuses sont désormais entrées dans ses programmes, et bientôt le corps médical pourra apprécier nos projets et nos vues.

» En attendant, qu'il veuille bien profiter des ressources que plusieurs de nos hôpitaux lui offrent, notamment de la faculté d'isolement pour certains malades; qu'il use de toute la latitude que lui accordent nos règlements, et qu'il nous éclaire sur les nouveaux besoins; qu'il veuille bien étudier les procédés de la chirurgie anglaise et ses modes de pansement; qu'en fait de calculs statistiques, il ne s'appuie que sur de grands nombres et sur la comparaison de faits identiques; qu'il tienne compte de la race, des habitudes d'alimentation, etc., et peut-être trouvera-t-il que notre infériorité n'est pas aussi réelle que quelques personnes le prétendent.

» Agréez, Monsieur le président, l'assurance de mes sentiments de haute considération.

» *Le directeur de l'administration de l'Assistance*
» *publique,* A. HUSSON. »

(1) Il existe même dans plusieurs hôpitaux des salles de dissection.

5° M. le docteur Fournié (de l'Aude), adresse une lettre sur la *non-pénétration des liquides pulvérulents dans les bronches et les cellules pulmonaires*. Voici les principaux passages de cette lettre:

La question de la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires a été dans ces derniers temps, personne ne l'ignore, l'objet des opinions les plus contradictoires. Les recherches nombreuses, les expériences variées que l'amour de la vérité m'avait inspirées, sont bien loin, je l'avoue, d'avoir convaincu tous les esprits, et cependant, je persiste à le croire, les liquides pulvérisés ne pénètrent pas dans les bronches.

J'ai toujours pensé que le larynx était accessible à l'action de la pulvérisation; j'ai même inventé, il y a longtemps déjà, un petit appareil destiné à favoriser cette action sur l'organe de la voix. Mais puisque, dira-t-on, la poussière aqueuse pénètre dans le larynx, pourquoi n'arriverait-elle pas jusqu'aux bronches, le principal obstacle étant franchi? La raison en est simple. Si la poussière arrive dans le larynx en quantité appréciable, cet organe réagit comme il le fait toujours en présence de tout corps étranger; le malade tousse, suffoque, et il n'est plus possible de continuer l'opération, ou bien, si l'on continue, le larynx sait se mettre si bien à l'abri au moyen de l'épiglotte et de ses constricteurs, qu'il ne laisse plus passer un atome de poussière.

Le véritable point de vue de la question est d'ailleurs celui-ci: Est-il possible, avec les appareils pulvérisateurs connus, de faire pénétrer facilement et en quantité suffisante les remèdes dans les bronches?

Nous croyons pouvoir répondre convenablement à cette question par la solution du problème suivant:

Les liquides réduits en poussière peuvent-ils *sans se condenser* parcourir un tube quelconque ayant les dimensions du tube aérien?

Il est évident que si les liquides pulvérisés ne circulent pas dans un tube *inerte*, ne réagissant pas par conséquent contre les corps étrangers comme le feraient le larynx et la trachée, il sera surabondamment prouvé pour tout le monde que les liquides pulvérisés ne peuvent pas arriver jusqu'aux bronches.

Expérience. — Un flacon à double tubulure, ayant la capacité d'un litre environ, renferme une solution de sulfate de fer qui le remplit à moitié. L'une des tubulures donne passage à un tube en verre qui plonge dans le liquide ferrugineux; à sa sortie du flacon, ce tube se recourbe à angle droit et se termine par un embout évasé imitant assez bien la cavité buccale; ce tube a 2 centimètres de diamètre; l'autre tubulure communique au moyen d'un tube en caoutchouc avec la canule d'une pompe aspirante empruntée aux ventouses Junod. La force d'aspiration de cette pompe est de beaucoup supérieure à celle d'un homme vigoureux.

Un appareil pulvérisateur de M. Sales-Girons renferme une solution de cyanure jaune de potasse; cette solution est réduite en poussière et l'embout du tube en verre est placé à 10 centimètres de l'appareil. L'on fait agir alors la pompe aspirante en imitant l'intermittence des mouvements respiratoires de façon à solliciter la poussière liquide dans l'intérieur du tube. Si l'air aspiré par la pompe est chargé d'un peu d'eau pulvérisée, il l'abandonnera en traversant la solution ferrugineuse enfermée dans le flacon, et nous aurons ainsi en contact deux corps qui par leur réaction donneront naissance à une couleur bleue.

L'expérience ayant duré jusqu'à l'entière pulvérisation de l'eau renfermée dans l'appareil, la solution ferrugineuse n'a pas changé de couleur, et nous pouvons affirmer par conséquent que le cyanure jaune n'avait pas pénétré jusqu'à elle. Cette expérience a été variée en changeant la nature des agents chimiques; elle a toujours donné les mêmes résultats. Il nous est donc permis d'affirmer que l'eau pulvérisée est incapable de traverser, sans se *condenser*, un tube ayant 2 centimètres de diamètre et 25 centimètres de long. Si l'on considère à présent les nombreux obstacles que le tube aérien présente à la pénétration des corps étrangers: les courbures, les rétrécissements physiologiques, la sensibilité des parties vivantes, etc., peut-on croire que l'eau pulvérisée circulera plus facilement dans ce tube que dans celui qui a servi à notre expérience? Cela n'est pas possible, et nous sommes bien obligés de conclure que les liquides pulvérisés ne pénètrent point dans les bronches.

Dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie des sciences dans la séance du 16 septembre 1861, j'ai démontré par des expériences concluantes la pénétration des corps pulvérulents *non liquides* dans les voies respiratoires.

Cette démonstration est presque une présomption en faveur de la pénétration des liquides pulvérisés, et quelques-uns de mes confrères ont trouvé dans cette contradiction apparente un argument contre mes assertions.

L'expérience suivante, tout en confirmant ce que j'ai déjà dit sur la pénétration des corps pulvérulents *non liquides*, va devenir une nouvelle preuve de la pénétration des liquides pulvérisés.

Deuxième expérience. — Dans cette expérience nous nous servirons du même appareil, des mêmes agents chimiques, avec cette seule différence que nous remplacerons le pulvérisateur de M. Sales-Girons par un petit appareil dont nous nous servons pour faire arriver les remèdes pulvérulents *non liquides* dans les poumons. Cet appareil renferme du cyanure jaune finement pulvérisé, et il est mis en communication intime avec le tube qui plonge dans la solution ferrugineuse. Au troisième coup de piston, l'on voit se former d'une manière manifeste le bleu de Prusse dans le flacon.

Peu à peu la poudre de cyanure disparaît du petit appareil, et la coloration de plus en plus foncée de la solution ferrugineuse laisse deviner ce qu'elle est devenue.

Ainsi donc, les liquides pulvérisés ne peuvent pas circuler dans un tube que les corps pulvérulents *non liquides* traversent avec une grande facilité, puisque trois coups de piston suffisent pour démontrer leur trajet et leur arrivée dans le flacon.

Cette incapacité des liquides pulvérisés à circuler dans un tube plus ou moins recourbé tient évidemment à deux causes:

1° Par la manière dont elle est pulvérisée, l'eau sort de l'appareil sous la forme d'un pinceau de rayons divergents qui ne doivent pas tarder à rencontrer les parois du tube et à se condenser sur lui.

2° En sortant de l'appareil, les particules aqueuses sont sous l'influence d'une impulsion en droite ligne qui ne leur permet pas de suivre les courbes les plus légères que présente le tube dans lequel

elles circulent, et elles viennent se condenser en se heurtant sur ses parois.

A ces causes purement physiques, nous ajouterons les trois suivantes, si nous considérons la pénétration des liquides pulvérisés au point de vue de la thérapeutique :

1° La courbe à angle droit que forme le tube aérien au niveau de la cavité buccale;

2° Le rétrécissement de l'orifice glottique;

3° La sensibilité exquise du larynx.

De tout ce qui précède, je crois être autorisé à déduire les conclusions suivantes :

1° Il est possible d'exercer au moyen de la pulvérisation une action topique sur le larynx, mais une action courte, instantanée, par exemple, le temps suffisant pour cautériser cet organe;

2° Les liquides pulvérisés ne pénètrent dans les voies respiratoires ni avec assez de facilité ni en quantité suffisante, pour qu'on puisse les employer à la curation des maladies des bronches et du parenchyme pulmonaire.

— M. MALGAIGNE, au nom de l'auteur, M. le docteur Mattei, fait hommage d'un volume intitulé *Clinique obstétricale*.

— M. LARREY dépose sur le bureau :

1° Un mémoire imprimé sur *les perforations et les divisions de la voûte palatine*, par M. le docteur Baizeau ;

2° Un *Essai de bibliographie universelle de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie militaires*;

3° Un volume sur l'*Hygiène de l'Algérie*, par M. le docteur Marit.

— M. J. GUÉRIN dépose un pli cacheté de la part de M. le docteur Papiliaud et M. Mousnier, pharmacien à Saujon. (Le dépôt est accepté.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le professeur Moreau, membre titulaire, et donne lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe au nom de la Compagnie.

LECTURE.

Anatomie et physiologie du cœur. — M. BÉRAUD, candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie, lit une note *sur le ligament supérieur du péricarde et sur la circulation collatérale du cœur*. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de déterminer les insertions supérieures du péricarde et de démontrer que le cœur possède une circulation collatérale. Il résulte des recherches exposées dans ce travail que le cœur, comme la plupart des autres organes importants de l'économie, a une double circulation; que le sang qui a servi à la nutrition du cœur ne retourne pas à l'oreillette droite par les veines coronaires seules, mais encore par d'autres veines dont la description fait l'objet principal de cette communication. (Renvoyé à l'examen de la section.)

RAPPORT.

Vaccine. — M. DEPAUL, au nom de la commission permanente de vaccine, donne lecture du rapport annuel sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1860.

M. le rapporteur, après quelques généralités sur les bienfaits de la vaccine, examine la question de savoir si les divers âges de la vie sont également favorables à l'inoculation du virus-vaccin, et si en particulier la vaccination pratiquée dans les premiers jours ou dans les premières semaines qui suivent la naissance, n'expose pas les enfants à des accidents plus nombreux et plus graves que la vaccination mise en usage à une époque un peu plus avancée de la vie.

« L'opinion publique et l'administration, dit-il, se sont émues dans ces derniers temps de quelques attaques dirigées contre la vaccination pratiquée dans les premiers jours de la naissance. Les craintes exprimées par quelques praticiens ont pénétré dans les familles, et il n'est pas rare aujourd'hui qu'un médecin qui propose de vacciner un enfant récemment né rencontre quelque résistance de la part des parents, dont la sollicitude, parfaitement excusable d'ailleurs, demande à être éclairée. »

Après avoir fait l'historique de la question et rappelé tous les faits qui ont été produits et toutes les opinions qui ont été émises sur ce sujet dans ces derniers temps, notamment depuis la communication de M. le docteur Barthez à la Société médicale des hôpitaux, M. le rapporteur résume son jugement sur ce point en ces termes :

Il nous paraît démontré que la vaccination hâtive n'est pas plus dangereuse que celle qu'on ne pratique qu'après le deuxième ou le troisième mois. C'est plutôt par habitude, qu'en se fondant sur des raisons sérieuses, qu'on la retarde en général dans la pratique particulière jusqu'à cette dernière limite. En agissant différemment, on ferait certainement quelque chose d'utile sans augmenter les chances dangereuses.

Mais si à la rigueur, en temps ordinaire et pour les enfants qui restent isolés dans leurs familles, il n'y a pas de grands inconvénients à temporiser, il n'en est plus de même quand la variole apparaît dans une maison, quand des cas multipliés sont signalés dans une ville, ou quand on exerce dans un hôpital. Dans ces dernières conditions surtout le danger est permanent. Les salles aujourd'hui ne contiennent aucun varioleux; mais qui sait si parmi les malades qui entreront demain il ne s'en trouvera pas quelqu'un? Or, dans cette supposition, qui devient trop souvent une réalité, qu'arrivera-t-il? S'il se rencontre dans la population d'un service quelques individus qui n'aient pas été vaccinés, un certain nombre d'entre eux seront atteints, et la maladie se trompera rarement dans le choix de ses victimes. Il n'y a qu'un seul moyen efficace pour arrêter le nombre de ces derniers, vacciner les uns, revacciner les autres.

Si tous les enfants étaient vaccinés dans les premiers jours qui suivent la naissance, la variole, qui est déjà si rare relativement à ce qu'elle était autrefois disparaîtrait, nous en avons la conviction, d'une manière complète. C'est le résultat obtenu déjà depuis quinze et vingt ans par quelques zélés vaccinateurs pour certaines communes et certains cantons. Les maisons qui servent d'asile aux enfants abandonnés devraient appliquer cette mesure d'une manière générale. Elle aurait pour conséquence de diminuer dans une proportion notable la mortalité déjà si grande, et de ne pas envoyer dans les campagnes des enfants dont la vaccination sera trop souvent négligée ou mal faite.

Dans le cours de cette année, un enfant atteint de variole fut placé dans l'une des infirmeries de l'hospice des Enfants assistés, où il ne tarda pas à succomber bientôt. La maladie se manifesta sur d'autres enfants. Le nombre des cas s'éleva à 23 en peu de temps, et il y eut 11 morts à déplorer. Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'on ne parvint à se rendre maître de l'épidémie que par une vaccination générale.

Nous le demandons: en admettant que la vaccine hâtive fût passible de quelques-uns des reproches qui lui ont été adressés, pourrait-on les comparer à des résultats aussi déplorables? Mais, diront quelques personnes, si la mesure que nous proposons était adoptée, elle aurait pour résultat de prolonger le séjour des enfants nouveau-nés dans les divers hôpitaux ou à l'hospice des Enfants assistés, et de les exposer par cela même à toutes les causes de mortalité qui en sont la conséquence. A cela, nous répondons qu'il serait très-facile de modifier la règle établie, et qui consiste à ne faire partir les enfants vaccinés qu'après la guérison complète des pustules. Il suffirait de les mettre en nourrice dans les quatre ou cinq premiers jours qui suivent la vaccination, c'est-à-dire à une époque où le voyage pourrait se faire sans le moindre inconvénient.

Par ces faits, il nous paraît démontré :

1° Que la vaccination qui se pratique dans les premiers jours qui suivent la naissance, n'expose pas à des dangers plus nombreux et plus sérieux que celle qu'on retarde jusqu'au deuxième ou au troisième mois;

2° Qu'en admettant que dans la pratique civile, à cause des conditions particulières dans lesquelles se trouvent placés les enfants (conditions qui diminuent notablement les chances d'infection), on puisse retarder sans grand danger de recourir à l'inoculation vaccinale, il n'en est pas de même pour les enfants qui naissent dans les hôpitaux ou qui doivent y séjourner un certain temps.

M. DESPORTES se rappelant les résultats des vaccinations qu'il a pratiquées lors de l'épidémie de variole qui suivit l'entrée des alliés à Paris en 1814, demande qu'on n'exprime aucune proposition formelle à l'égard de l'opportunité des vaccinations hâtives, qui ne lui ont pas paru sans danger.

M. ROBERT pense que les érysipèles que l'on observe assez souvent à la suite des vaccinations hâtives, doivent être attribués au nombre trop considérable des piqûres vaccinales. Il rappelle que M. Legroux, frappé de la fréquence de cet accident, en était venu à ne pratiquer sur les nouveau-nés qu'une seule piqûre.

M. DEPAUL persiste à croire, contrairement à l'opinion qu'on a cherché à faire prévaloir depuis quelque temps, que les vaccinations hâtives ne sont pas plus dangereuses que les vaccinations pratiquées à deux ou trois mois. Si les vaccinations peuvent être ajournées sans inconvénients pour les enfants isolés dans le sein des familles, il est nécessaire au contraire de les pratiquer de bonne heure sur ceux qui sont réunis en grand nombre dans les hôpitaux et les crèches; quels que soient les accidents auxquels peut donner lieu la vaccination prématurée, ils sont encore moins graves et moins à redouter que la variole.

M. RENAULT est d'avis qu'il y a de l'avantage à ne pratiquer qu'un petit nombre de piqûres. Il résulte des observations et des expériences nombreuses qu'il a faites sur les animaux inoculés de la clavelée, que les inoculations réussissent d'autant mieux et qu'elles entraînent d'autant moins de dangers qu'elles sont pratiquées en plus petit nombre.

Les conclusions de la partie scientifique du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Les conclusions administratives seront discutées en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 17 janvier 1862, M. Guitard est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Bordeaux (emploi vacant).

M. Friant est nommé préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Nancy, en remplacement de M. le docteur Vincent, décédé.

— Nous avons omis d'indiquer que le mémoire de MM. Ch. Robin et Magitot, dont nous avons donné une analyse dans le n° du 18 janvier, avait été publié en 1860 et 1861 dans le *Journal de physiologie*, dirigé par M. Brown-Séquard.

A nos abonnés. — Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui désirent faire relier leur collection peuvent l'envoyer au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Éléphantiasis des grandes lèvres, accompagnée d'induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané de la région interne des fesses, d'ulcérations profondes de cette région, et d'hypertrophie des plis radiés de l'anus, par M. le docteur A. BOULONGNE. In-8°, 37 p., 2 fig. Prix: 1 fr. 50 c. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Du tannin, de son emploi en médecine comme succédané du quinquina, par M. le docteur LERICHE. Mémoire couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Paris, 1861, in-8°. Prix, *franco* par la poste, 1 franc. Chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 10. — SAMEDI 25 JANVIER 1862. (35ᵉ ANNÉE.) Nº 10. — SAMEDI 25 JANVIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JANVIER 1862.

Séance annuelle de la Société de chirurgie.

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle mercredi dernier, 22 janvier, au milieu d'un grand concours de médecins et de chirurgiens des hôpitaux et de la ville.

M. Laborie, président sortant, a exposé le compte rendu des travaux de la Société, et s'est exprimé en ces termes :

Messieurs et chers collègues,

Appelé par votre bienveillance à présider vos séances pendant l'année qui vient de s'écouler, il me reste un devoir à remplir, et j'ai encore besoin de toute votre indulgence. C'est surtout en jetant un regard sur les importants travaux accomplis en 1861, que je sens combien il me sera difficile, en me renfermant dans les limites nécessairement restreintes d'un discours de fin d'année, de pouvoir suffisamment indiquer les principaux matériaux que vous avez ajoutés à vos *Archives* déjà si riches ; aussi, pressé par le temps, et craignant d'abuser de vos instants, dont la meilleure part doit être réservée à notre savant secrétaire général, j'aborde immédiatement mon sujet.

Les travaux de la Société ont une origine très-variée ; les uns, émanant des membres titulaires, se présentent à la discussion sous forme de communications ou de lectures, suivies de discussions, ou bien ils ont pour point de départ des présentations de malades ou de pièces d'anatomie pathologique ; les autres nous viennent de chirurgiens étrangers à la Société ou de membres correspondants nationaux et étrangers, et, comme les autres communications, ils peuvent faire naître des discussions, quand il s'agit de correspondants, ou devenir le sujet de rapports, lorsqu'il s'agit de chirurgiens étrangers.

Nous ne trouvons pas moins de vingt-quatre communications faites par des membres de la Société ; plus de cinquante-cinq malades ont été soumis à votre observation, et vous avez pu examiner plus de cinquante pièces d'anatomie pathologique ; une quinzaine de rapports enfin vous ont été lus.

Voilà pour ce qui concerne les membres titulaires. Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les travaux communiqués par des membres correspondants ou par des chirurgiens qui désirent faire partie de la Société, nous trouvons à enregistrer plus de cinquante mémoires manuscrits, dont bon nombre donneront lieu à des rapports, et dont les autres, c'est-à-dire ceux qui émanent de membres correspondants, ont fait naître le plus souvent d'intéressantes discussions.

Si je devais puiser dans cette masse si considérable de travaux pour vous en donner une analyse même très-incomplète, vous comprenez tout ce qu'il me faudrait prendre de votre temps. Aussi, comme je l'ai déjà dit, ne m'arrêterai-je, à mon grand regret, que sur quelques-unes des principales questions que les études de la Société ont particulièrement éclairées.

Sans adopter un ordre rigoureux, nous nous efforcerons de grouper autant que possible les lésions analogues dans des cadres spéciaux. Nous commencerons par signaler les faits qui se rattachent aux lésions du squelette et des articulations.

Parmi les faits de fracture qui nous ont été communiqués, nous signalerons une fracture du sternum avec pénétration du fragment supérieur dans le fragment inférieur. Le fragment supérieur en V, en s'enfonçant dans l'inférieur, a déterminé un décollement des deux lames du diploé. Ce fait, qui apporte un exemple nouveau de fracture avec pénétration, nous a été fourni par M. Chassaignac.

M. Bonifas (d'Anduze) avait adressé à la Société une observation de fracture incomplète des deux os de l'avant-bras chez une femme de soixante ans. Cette observation, soumise à l'examen d'une commission, a été analysée par M. Boinet, rapporteur, qui a conclu en exprimant des doutes sur la réalité de l'affection signalée. MM. Chassaignac et Huguier ont partagé cette opinion, sans avoir la pensée d'en appeler de ce jugement ; je dirai cependant que les symptômes décrits par M. Bonifas ont pu l'autoriser à penser qu'il pouvait bien exister une fracture incomplète, surtout quand on voit M. Malgaigne s'étonner de la facilité qu'il éprouvait à produire de ces fractures, même chez des vieillards. Aussi, d'après ses expériences propres, l'éminent professeur est-il disposé à admettre l'assertion de Jurine sur la fréquence de cette lésion.

Nous avons dû à M. Depaul un exemple de dépression considérable du coronal gauche sur un enfant nouveau-né. Cette dépression s'accompagnait de fêlure de la table interne de l'os.

M. Fontan, interne à Bicêtre, nous a montré sur un vieillard une prodigieuse collection de fractures ; pas une seule pièce du squelette n'avait été épargnée.

M. Prestat nous a communiqué une remarquable observation de fracture du maxillaire, dont le traitement par la gutta-percha, suivant le procédé de notre collègue M. Morel-Lavallée, a été suivi du plus heureux résultat, malgré la gravité de la lésion.

De nombreux exemples de lésions articulaires ont été produits, et l'attention de la Société s'est tout particulièrement fixée sur les ankyloses ou fausses ankyloses. On a pu citer une série de faits remarquables de guérison, ou tout au moins de modifications avantageuses obtenues par la rupture forcée, et des malades ont pu être suivis avant et après le traitement.

Ainsi, M. Foucher nous a présenté un jeune homme affecté d'ankylose des deux coudes. Un autre malade de M. Bauchet, présenté avant et après l'opération, a été complètement guéri d'une ankylose rectiligne du coude. Deux observations semblables, avec présentation des malades, ont été faites par M. Marjolin et par moi. Dans ces deux cas, une ankylose coudée a été substituée avantageusement à l'ankylose rectiligne. Pas un de ces malades n'a éprouvé d'accidents sérieux, et, lorsqu'à plusieurs reprises la discussion s'est engagée sur ce sujet, beaucoup de nos collègues ont pu nous citer des faits nombreux empruntés à leur pratique. Cette discussion, à laquelle ont pris part MM. Chassaignac, Vernouil, Voillemier, Broca, etc., a démontré toute la valeur de cette opération, si remarquablement traitée par notre regrettable collègue Bonnet (de Lyon), et l'on peut établir qu'elle est devenue tout à fait usuelle, après le moment d'arrêt qui a suivi les violentes tentatives de M. Louvrier.

Nous n'abandonnerons pas les affections articulaires sans rappeler l'excellent mémoire de M. Dolbeau, *sur une variété d'arthrite sèche*. Notre collègue, M. Houël, a fait sur ce travail un savant rapport qui se retrouve dans nos *Bulletins*, et il a saisi cette occasion pour nous communiquer le résultat de ses recherches sur les différences qui séparent l'arthrite sèche de la tumeur blanche.

En signalant la manière dont la lésion osseuse dans l'arthrite sèche se limite, quelle que soit la période d'évolution, à l'épiphyse, ne dépassant pas les insertions ligamenteuses de la jointure, il a indiqué la différence fondamentale qui la sépare de la tumeur blanche, dans laquelle au contraire la maladie s'étend plus ou moins sur les os voisins qui présentent à un degré très-avancé les caractères de l'ostéite. On comprend la différence que cette manière d'être des deux maladies doit apporter dans le pronostic. M. le rapporteur a terminé en donnant de justes éloges au travail de M. Dolbeau, qui sans doute devra prendre place parmi nous.

M. Goyrand (d'Aix) est venu nous lire un mémoire *sur la luxation du fibro-cartilage intra-articulaire du poignet, en avant de la surface articulaire carpienne du cubitus*. Notre savant collègue s'efforce d'expliquer par une nouvelle lésion anatomique la douleur violente qui survient au poignet chez les enfants qu'on a brusquement saisis ou enlevés par la main. Cet accident si commun, si extraordinairement douloureux, avait déjà fixé l'attention de M. Goyrand, qui alors le rapportait à une luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant. Pour lui, actuellement le siége réel de la lésion serait dans l'articulation du poignet. Son ingénieuse explication, encore dépourvue de preuves, a été analysée avec une rigoureuse attention.

Notre savant collègue pense bien avoir établi de la manière la plus incontestable la nature du déplacement, qui ne saurait être, dit-il, une luxation complète ou incomplète des os l'un sur l'autre ; mais son esprit trop positif n'a pas manqué de prévoir les objections que l'on était en droit d'adresser à une théorie qui ne s'appuye sur aucun fait d'anatomie pathologique.

La discussion a montré de la part de tous nos collègues une grande hésitation pour accepter les idées de M. Goyrand ; et si l'on doit juger de l'importance d'un sujet par la valeur des combattants, nous devons reconnaître toute celle du travail qui nous était soumis.

Nous avons, en effet, entendu successivement MM. Velpeau, Verneuil, Marjolin, Giraldès, Chassaignac et Guersant, qui tous ont paru repousser l'interprétation donnée par le chirurgien d'Aix, et l'objection de M. Giraldès, toute basée sur l'anatomie, a paru particulièrement touchante. Quoi qu'il en soit, reconnaissant l'intérêt du travail de notre éminent collègue, et reconnaissant surtout que la question qu'il a soulevée méritait les études auxquelles il s'est livré ; car si sa théorie a été repoussée, ou tout au moins mise en doute, il faut avouer qu'aucune autre n'a paru pouvoir lui être avantageusement substituée, nous comptons trop sur le laborieux esprit de M. Goyrand, pour ne pas être certain que de nouvelles recherches le mettront à même de confirmer ou d'infirmer les résultats de son premier travail.

Nous ne terminerons pas cette rapide analyse des lésions du squelette, sans rappeler la très-intéressante communication de M. Fuzier sur la déformation artificielle du pied chez les femmes chinoises.

Nous avons pu observer, en effet, sur des pièces les prodigieuses altérations qui résultent de cette manœuvre barbare qui, sous prétexte de beauté, produit une affreuse mutilation.

M. Fuzier, en décrivant les procédés suivis pour atrophier et déformer le pied, a montré leur mode d'action, et il a indiqué les conséquences funestes exercées par cette mode insensée sur la constitution et la santé des femmes chinoises. Suivant notre savant collègue M. Bouvier, la déformation artificiellement produite se rapproche presque absolument de la variété du talus pied creux, qu'il a décrit il y a plus de vingt-cinq ans, et sa démonstration comparative entre les pièces de M. Fuzier et la pièce unique qu'il a déposée au musée Dupuytren, n'a pu laisser aucun doute dans nos esprits.

MM. Bouvier, Fuzier et Duchesne ont donné une description rigoureusement exacte d'un des pieds présentés par M. Fuzier, et le résultat de leur dissection a été consigné dans nos *Bulletins*.

Je pourrais encore citer d'intéressantes communications faites sur des maladies organiques des os, comme tumeurs, ostéomyélites, etc. Mais le temps nous presse, et nous nous contenterons en terminant de rappeler les recherches de MM. Larrey et Chassaignac sur les corps étrangers articulaires.

Nous abordons maintenant un sujet qui a souvent occupé la Société, nous voulons parler des lésions du système artériel, et spécialement des anévrysmes.

Parmi les observations de plaies des artères, nous trouvons un remarquable exemple de perforation de l'artère vertébrale, communiqué par MM. Legouest et Perrin. L'hémorrhagie a été mortelle. La lésion du vaisseau a été produite par une inflammation, et en partie par les os altérés. Il s'agissait d'un abcès symptomatique d'une maladie de la colonne vertébrale cervicale. Les cas de lésion de la vertébrale sont assez rares. M. Chassaignac en a rapporté trois cas empruntés à Hippolito-Nunciate et à Frueys.

Nous devons encore à M. Legouest un fait de perforation de la carotide interne. L'observation a été rédigée par M. Baizeau, qui avait diagnostiqué la nature de la lésion sur un malade présentant une hémorrhagie par l'oreille. La ligature de la carotide primitive ne fit que suspendre momentanément l'hémorrhagie. La perforation de l'artère était manifestement produite par un séquestre irrégulier formé aux dépens de la portion osseuse située derrière le promontoire, et qui sépare le conduit artériel de celui de la trompe d'Eustache. Ce deuxième fait constitue avec le précédent deux rares exemples de perforations artérielles, consécutives à des caries ou à des nécroses.

M. Chassaignac, qui a eu l'occasion de voir un fait analogue, en déduit une indication pratique importante. Il faut, dit-il, quand il existe un écoulement purulent par l'oreille et qu'on a toute raison de croire à une altération profonde de la caisse du tympan, s'abstenir de tout cathétérisme de la trompe, de peur de déterminer une complication semblable.

Citons encore un cas de plaie de la poplitée produite par le dard d'une pastenaque. Dans cette intéressante observation, communiquée par M. Follin au nom de M. Closmadeuc, on voit se produire un anévrysme qui, après avoir résisté à la compression digitale, fut guéri par la ligature suivant le procédé de Hunter.

Un autre fait d'anévrysme de la poplitée, communiqué par M. Verneuil, dans lequel aussi la compression a échoué, s'est heureusement terminé par la ligature de la fémorale au niveau de l'anneau du troisième adducteur. A la suite de cette observation rédigée avec le plus grand soin, une discussion s'est engagée sur le retour des battements après la guérison des anévrysmes.

M. Morel-Lavallée, au nom de M. Closmadeuc, nous a encore communiqué une intéressante observation d'anévrysme poplité spontané terminé par gangrène du membre et rupture du sac. Nous conservons dans nos archives une reproduction très-bien faite de la lésion décrite avec soin par M. Closmadeuc.

Plusieurs cas d'anévrysmes artérioso-veineux ont été soumis à notre examen. L'un d'eux, remarquable par la cause qui l'avait produit, nous a été présenté par M. Legouest. Il s'agit d'un blessé de Crimée, qui portait dans l'aisselle un anévrysme de ce genre consécutif à un coup de feu.

Un autre fait d'anévrysme artérioso-veineux du pli du bras, consécutif à une saignée, traité d'abord par la compression, puis par la ligature de l'humérale et l'ouverture du sac, et terminé par la mort, nous a été communiqué par M. Richet. Si je cite cette observation, c'est d'abord parce qu'elle nous a été donnée aussi complète que possible. La pièce, disséquée avec le plus grand soin, a été intercalée dans vos *Bulletins* ; et ensuite je crois devoir la signaler à cause des judicieuses réflexions dont l'a fait suivre notre savant collègue, et de la discussion qu'a fait naître cette présentation.

M. Broca a fait sur le traitement de ces anévrysmes une communication substantielle, pleine de faits que nous sommes heureux de rappeler et de recommander aux lecteurs de nos *Bulletins*.

A propos d'un travail d'un médecin distingué, professeur à l'École secondaire de médecine d'Alger, M. le docteur Ehrman, nous avons entendu un excellent rapport de M. Giraldès. Il s'agissait des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent. M. Giraldès a pu, grâce à ses connaissances bibliographiques, donner en quelques pages un historique complet de la question.

Nous ne terminerons pas ce qui est relatif au système artériel, sans ajouter quelques mots sur les recherches de notre collègue M. Broca, dont le nom revient sans cesse quand il s'agit des maladies des artères.

A propos d'un malade affecté de gangrène du pied consécutive à une oblitération de l'aorte abdominale par embolie, et en s'appuyant sur un deuxième fait communiqué dans une autre séance, notre savant secrétaire général a pu, à l'aide des modifications de température sur le membre malade, donner le moyen de diagnostiquer le siége précis de l'oblitération artérielle. C'est précisément au niveau du lieu qui marque le degré le plus élevé de température que se trouve l'obstacle, ce qui s'explique, suivant notre collègue, par la suractivité, ou pour mieux dire par l'exagération en ce point de la circulation capillaire, qui doit nécessairement augmenter la chaleur de la peau.

Les maladies de l'appareil digestif ont donné lieu à de nombreuses communications et à des discussions prolongées.

Un fait de M. Bauchet a surtout fixé l'attention de la Société. Il

soulevait, en effet, plusieurs graves questions, relatives au traitement des hernies étranglées.

Il s'agissait d'une hernie crurale étranglée. L'opération fut faite le cinquième jour des accidents; M. Bauchet, ayant reconnu qu'il existait sur une anse intestinale un pertuis très-fin, jugea convenable, vu le bon état du reste de l'intestin, de réduire.

Un érysipèle survint, et au neuvième jour on trouva sur les pièces du pansement des matières intestinales. Au vingtième jour, la malade succombait.

A l'autopsie, on reconnaissait que la partie de l'intestin malade avait subi par gangrène une perte de substance considérable, et qu'il s'était établi, grâce à des adhérences, un anus contre nature.

Comme je l'ai dit, ce fait soulevait de nombreuses questions pratiques, et un grand nombre de nos collègues ont pris part à une discussion approfondie, qui ne s'est pas prolongée moins de sept séances. MM. Velpeau, Chassaignac, Verneuil, Gosselin, Richet, Boinet, Huguier, Demarquay et Jarjavay, y ont pris part. Le résultat principal a été que pour tous les chirurgiens la réduction d'une anse intestinale, saine du reste, mais présentant une perforation même petite, constituait une pratique dangereuse, malgré un certain nombre de succès. Et nous avons entendu notre honoré et savant maître M. Velpeau, après avoir pu rappeler cinq cas de succès obtenus par lui, dire : « Je ne veux pas recommander cette pratique comme exem» plaire ; elle peut être dangereuse dans beaucoup de circon» stances. »

Plusieurs autres points non moins intéressants ont été discutés, tels que la nécessité de tirer l'intestin au debors pour s'assurer de son intégrité au niveau de l'étranglement, la conduite à tenir lorsqu'il y a perforation ; faut-il fixer la partie altérée de l'intestin contre l'ouverture herniaire ou l'abandonner librement dans le ventre après avoir fait une suture ? etc., etc. Sans insister davantage sur ce sujet, disons seulement que l'ensemble de cette discussion, résumé succinctement, formerait une excellente monographie sur la matière.

M. Richet nous a communiqué un fait très-intéressant de hernie étranglée opérée par lui. Il reconnut une gangrène de l'intestin, et de plus le sphacèle du testicule déterminé par la compression que la tumeur avait exercée sur le cordon.

Le malade, qui a perdu 20 centimètres d'intestin, a néanmoins guéri. Cette constriction du cordon, assez violente pour déterminer la mortification du testicule, est assez rare pour mériter d'être rappelée, et dans les réflexions dont il a fait suivre son observation, M. Richet a signalé ce fait comme démontrant que dans les hernies inguinales l'étranglement peut être produit par les anneaux fibreux.

Une hernie de l'estomac, présentée par M. Morel-Lavallée, a donné l'occasion à notre collègue de signaler deux signes physiques d'une importance diagnostique réelle :

1° L'éclatement de bulles dans la hernie après l'ingestion d'un liquide gazeux ;

2° Le changement instantané de l'ordre de superposition de la sonorité et de la matité dans les changements d'attitude.

M. Goyrand (d'Aix) a adressé un travail intéressant sur la hernie ombilicale étranglée, et à la suite de cette communication, la Société s'est occupée de ce point, encore si controversé, de chirurgie pratique. MM. Richet, Verneuil et Huguier ont pris part à cette discussion, dont le retentissement a été assez grand pour nous amener une série de faits intéressants empruntés à la pratique de bon nombre de chirurgiens.

Un cas de fistule anale compliquée, communiqué par M. Verneuil, à donné lieu à une étude intéressante sur l'écrasement linéaire.

Citons encore en terminant deux observations de corps étrangers : dans la première, communiquée par M. Follin, il s'agissait de l'introduction dans l'anus d'un énorme étui de fer-blanc contenant tout un arsenal de voleur. Il ne pesait pas moins de 650 grammes, long de 16 centimètres, sur une circonférence de 14 centimètres. Il avait, malgré son poids et son volume, pu remonter dans l'intestin et se loger dans le côlon transverse, où il a été retrouvé lors de l'autopsie.

Dans la seconde, il s'agit d'un énorme morceau de viande engagé dans l'œsophage d'un aliéné. M. Broca, à qui nous devons ce fait, n'a pu opérer le malade, qui a succombé.

Rappelons encore, pour en finir avec les maladies du tube digestif, un cas d'invagination progressive du jéjunum avec polype et perforation de l'intestin. Cette observation nous a été communiquée par M. Dauvé.

Deux observations de goître nous ont été communiquées : l'une est relative à un enfant né avant terme (environ cinq mois et demi), et qui a néanmoins respiré pendant une heure. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule. Nous devons ce fait à MM. Danyau et Béraud. L'étude anatomique a été faite avec un soin excessif.

L'autre observation, qui appartient à M. Gosselin, nous offre un remarquable exemple de goître suffocant cancéreux, à forme galopante, ayant déterminé l'asphyxie. Dans ce cas se présentaient les circonstances les plus graves et les plus difficiles de la pratique chirurgicale. Malgré la grande habileté de notre savant collègue, la trachéotomie, comme ressource ultime, fut en vain tentée. A l'autopsie, on reconnut que la trachée, aplatie, déformée, avait été déviée de sa situation normale de plus de 2 centimètres.

Plusieurs communications nous ont été faites sur la palatoplastie : la première est due à M. Gosselin. La perte de substance sur la voûte palatine était d'environ 1 centimètre. L'opération de réparation, suivant le procédé en double pont de M. Baizeau, fut faite avec succès. On eut recours aux sutures métalliques, et à ce propos, répondant aux objections faites sur les inconvénients des fils métalliques, M. Gosselin a formulé l'opinion suivante, que nous croyons devoir reproduire : « Pour réunir les plaies à bords muqueux des cavités » naturelles, la suture métallique, à cause de la sécurité avec laquelle » on serre les fils et à cause de leur action lente sur les tissus, est » plus avantageuse que la suture avec les fils de soie ou de lin : » mais, pour les plaies cutanées, la supériorité du nouveau moyen » de réunion sur les anciens ne semble pas encore démontrée par » l'observation. »

Le second fait a été communiqué par M. Legouest, au nom de M. Baizeau. La perforation, longue de 16 centimètres, large de 10 millimètres, fut réunie également à l'aide de la suture métallique, suivant le procédé de l'auteur.

Déjà M. Baizeau avait fait deux autres opérations également avec succès, ce qui, avec celle de M. Gosselin, nous donne quatre cas heureux. M. Larrey avait fait sur la première opération de M. Baizeau un excellent rapport à la Société médicale d'émulation.

A propos de cette communication, M. Legouest est entré dans des considérations anatomiques d'un grand intérêt, en donnant les moyens d'éviter l'hémorrhagie, qui constitue un des accidents les plus graves et les plus communs de cette opération.

M. le professeur Sédillot, notre savant collègue, s'occupant aussi des perforations de la voûte palatine, a exposé devant la Société son procédé par dédoublement et migration du lambeau, applicable seulement, il est vrai, aux petites pertes de substance.

La Société, qui à plusieurs reprises s'est déjà tant occupée de la question du bec-de-lièvre, a été mise à même par M. Richet de voir un enfant offrant une division congénitale de la lèvre supérieure, avec saillie de l'os intermaxillaire, qui présentait en outre sur la lèvre inférieure une singulière conformation.

De chaque côté de la ligne médiane et séparés par le sillon médian se trouvaient deux orifices, s'ouvrant sur le bord libre de la lèvre, un peu plus près de la face interne que de la face externe. Un stylet introduit dans ces orifices pénétrait profondément jusqu'au voisinage de l'attache du repli muqueux qui unit la lèvre au maxillaire. De ces espèces de canaux sortait par pression un liquide muqueux. Cette anomalie avait été déjà vue trois fois par notre collègue. Si les auteurs n'ont pas décrit cette singulière conformation, nous devons dire qu'elle avait été déjà signalée.

M. Lefort, à propos de cette communication, a adressé une lettre pour rappeler que dans une publication faite à Londres en 1860, par M. Murray (de Brighton), il est rapporté que cette anomalie s'est rencontrée sur quatre membres d'une même famille. Sur les quatre faits de M. Richet, trois appartenaient également à une même famille, la grand'mère, la mère et la petite-fille.

Bien plus antérieurement, en 1847, M. Demarquay, dans un travail sur le bec-de-lièvre, inséré dans la *Gazette médicale*, avait décrit avec soin ce vice de conformation en notant également l'influence de l'hérédité.

M. Richet, malgré ses recherches tant sur la pièce anatomo-pathologique qu'il possédait que sur des pièces conservées, n'a pu rapporter cette rare anomalie à un état embryonnaire connu.

M. Depaul, en disséquant avec soin ces conduits, a reconnu la présence de glandules s'y déversant.

Nous n'abandonnerons pas les vices de conformation sans citer plusieurs monstruosités soumises à l'examen de la Société. Tels sont entre autres : un hydrocéphale présenté par M. Lorrain, affecté en même temps de division des lèvres et de la voûte palatine et offrant de plus une adhérence de la langue avec les piliers du voile du palais, de sorte qu'il n'y avait pas, à proprement parler, d'isthme du gosier.

Un fœtus présenté par MM. Danyau et Béraud, offrant au niveau de la fontanelle antérieure plusieurs petites tumeurs dont l'ensemble avait le volume d'un petit œuf, avec pédicule pénétrant dans le crâne. Du sommet de cette tumeur partait une sorte de cordon qui, après un trajet plus long que le corps du fœtus, venait s'enrouler autour de la jambe gauche en y déterminant une section de la peau jusqu'à l'aponévrose. Cette singulière monstruosité, très-soigneusement décrite par M. Béraud, a été reproduite dans nos Bulletins.

Citons encore plusieurs cas de spina-bifida ; un cas d'exstrophie de la vessie avec hernie de l'intestin, etc., etc.

Les maladies des organes génitaux urinaires nous ont offert des faits nombreux.

Plusieurs communications relatives à l'affection calculeuse ont été faites. Nous mentionnerons un intéressant rapport de M. Guersant sur un travail de M. Tholozan, premier médecin du shah de Perse. Ce travail est intitulé : *Des calculs vésicaux en Perse ; quatorze opérations de lithotomie pratiquées avec succès par l'auteur.*

Sur ces quatorze malades, M. Tholozan a eu recours à la taille latéralisée. Une seule fois le rectum a été intéressé sans qu'il en soit résulté d'accidents.

A propos de la fréquence de la pierre en Perse, M. Larrey rappelle que la même observation a été faite pour l'Egypte par M. Clot-Bey.

M. Giraldès a signalé, à l'occasion du travail de M. Tholozan, les résultats obtenus également en Perse par M. Pollak. Ainsi, depuis le mois de mai 1852 jusqu'au mois de juin 1860, ce chirurgien a pratiqué 158 fois la lithotritie. Sur 151 cas rapportés, il y a eu 144 guérisons et 7 morts.

M. Béraud a communiqué une observation de calcul de l'urèthre qu'il dut extraire par le débridement. Il avait déterminé une rupture du canal avec épanchement urinaire. Son volume était celui d'une datte avec sa pulpe, et il était logé vers le milieu de la région spongieuse du canal. Malgré la gravité des accidents, le malade guérit.

Le traitement des fistules vésico-vaginales devait particulièrement fixer l'attention de la Société. Je n'ai pas à faire l'historique de la marche suivie dans les divers essais tentés en vue d'obtenir la guérison de cette déplorable infirmité, qui a si longtemps exercé la sagacité des chirurgiens. Il a été trop complétement fait, tout spécialement, par deux de nos collègues, MM. Follin et Verneuil.

Après avoir rendu hommage à la persévérante poursuite de plusieurs chirurgiens français, et particulièrement de M. Jobert (de Lamballe), qui après ses essais d'élytroplastie a eu recours à une autre méthode, l'autoplastie par glissement, qui compte de très-beaux succès, on en arrive à cet ensemble de procédés qui constitue la *méthode américaine.*

M. Verneuil, dans une communication faite en juillet, a cité quatre opérations pratiquées par lui suivant cette méthode, dont les caractères principaux résident spécialement dans le mode d'avivement des bords de la fistule, avivement qui ne se fait qu'aux dépens de la muqueuse vaginale et dans l'emploi des fils métalliques qui ne doivent pas pénétrer dans la cavité vésicale.

Sur les quatre cas de M. Verneuil, il y a eu deux guérisons complètes obtenues dès la première opération. Dans un troisième cas, la malade, guérie de sa fistule, a succombé aux suites d'un érysipèle, et enfin, dans les quatre observations, la guérison, incomplète après la première opération, fut obtenue radicale après une deuxième tentative. Cette guérison avait été constatée le 4 novembre 1860, et la malade partait pour son pays. Mais l'année suivante, en juin, un nouveau pertuis s'était produit. Il y avait alors une grossesse datant de six mois et demi environ. Etait-ce à l'état de gestation, comme l'a fait remarquer M. Verneuil sans rien affirmer, que devait être attribuée la dissolution du tissu cicatriciel ?

Cette communication fut suivie d'une discussion à laquelle plusieurs de nos collègues prirent part.

M. Follin a rappelé à cette occasion deux opérations pratiquées par lui avec succès, et chez une de ses malades, guérie, une grossesse n'amena aucune modification dans le bon état des parties.

M. Foucher a également cité deux cas de succès qui lui sont propres : la première malade, opérée à l'hôpital Necker, ne fut complétement guérie qu'après une deuxième opération ; la seconde fut opérée à l'hôpital Beaujon et guérie d'emblée.

En résumé, sur ces huit cas rapportés devant la Société, on peut dire qu'il y a eu huit guérisons, car la malade qui a succombé a été victime d'un érysipèle ; la fistule n'existait plus.

Sur les sept autres femmes opérées, cinq ont été guéries dès la première tentative. Deux ont dû être opérées deux fois ; mais sur l'une de ces dernières il y a eu récidive sept ou huit mois après la guérison.

On peut apprécier d'après ces faits la valeur de cette méthode, dite américaine, quoique un peu cosmopolite.

Rappelons du reste que sur 60 faits empruntés à MM. Bozeman, Baker-Brown et Simpson, il y aurait eu 52 guérisons ; dont 39 après une première opération, 10 après deux opérations, et enfin 3 après plusieurs opérations. (Follin.)

Signalons, sans nous y arrêter, une intéressante discussion soulevée par M. Depaul, sur la nature du pédicule des corps fibreux, et sur ce genre de tumeurs que notre collègue M. Huguier a désignées sous le nom de polypes fibro-utérins.

Une communication de M. Verneuil, relative à une tumeur maligne de la cloison recto-vaginale, enlevée à l'aide de l'écraseur linéaire, a encore donné l'occasion de revenir sur cet excellent procédé opératoire.

Nous terminerons enfin ce qui est relatif aux affections chirurgicales des organes génitaux de la femme, en rappelant les intéressantes communications faites par M. Houël au nom de M. Nélaton, sur l'ovariotomie. Nous avons pu voir deux énormes kystes de l'ovaire enlevés à Londres, sous les yeux de M. Nélaton, par M. Baker-Brown. Les succès obtenus à Londres dans cette opération, si sévèrement jugée en France, devaient éveiller l'attention de la Société. Les chiffres déjà relevés, et particulièrement ceux rappelés par M. Giraldès, permettent de ne pas trop s'aveugler sur la somme des succès obtenus. Et, comme l'a fait observer M. Verneuil, en présence des statistiques si riches de succès qui nous viennent des Anglais, des Américains, des Allemands, il serait temps de porter un jugement rigoureux sur des résultats si remarquablement heureux. En France, comme l'a fait encore remarquer notre collègue ; nous sommes sévères sur le diagnostic, et nous n'opérons que quand l'opération est bien indiquée. La justesse de ces observations est trop frappante pour que nous n'hésitions pas à penser que la Société s'occupera un jour de cet intéressant sujet. Quoi qu'il en soit, nous n'en signalons pas moins les deux cas de succès présentés par M. Nélaton, et surtout nous insistons sur l'une de ces deux guérisons, obtenue malgré une plaie de l'utérus qui fut réunie par des sutures métalliques, abandonnées ensuite librement dans la cavité abdominale.

M. Verneuil nous a lu un intéressant rapport *sur un cas d'absence complète du vagin avec présence de la matrice accomplissant ses fonctions ; double opération ; guérison.* L'observation avait été communiquée par M. Patry. Ce chirurgien, placé dans une position des plus difficiles, en présence des accidents qui survenaient chez une jeune fille de dix-sept ans par le fait de la rétention des menstrues, se décida à ouvrir une voie au sang en cherchant à produire un vagin artificiel, en agissant le moins possible avec l'instrument tranchant. Ce fut à l'aide du doigt poussé violemment dans l'*infundibulum*, seul vestige du vagin, que l'opérateur arriva en plusieurs jours de manœuvres jusqu'à la tumeur fluctuante formée par le sang, et alors seulement il se servit d'un trocart, et put extraire environ deux litres d'un liquide noirâtre, peu consistant d'abord. Après une longue série de péripéties et d'accidents, la guérison fut définitivement obtenue, et la menstruation s'établit régulièrement, si bien que la malade est mariée depuis huit ans, sans toutefois être devenue enceinte.

M. Verneuil termine son rapport par un examen critique approfondi des procédés opératoires qui doivent être modifiés suivant la nature de la malconformation. Le rapporteur est disposé à préférer l'opération sanglante, quitte à la combiner avec l'opération mécanique. MM. Huguier, Guérin, Robert et Chassaignac, partagent l'opinion de M. Verneuil.

La Société a eu l'occasion de voir un assez grand nombre d'enchondromes du testicule, et de plus elle a entendu un mémoire sur ce sujet adressé par M. Dauvé. Une commission, par l'organe de M. Béraud, rapporteur, après avoir analysé ce mémoire, a conclu à son insertion dans nos *Mémoires*. Le rapport de M. Béraud est imprimé dans nos *Bulletins*.

L'anatomie pathologique des tumeurs a souvent occupé la Société. Contentons-nous de citer :

1° Une tumeur du sein présentée par M. Richard, offrant un type remarquable de sarcome kystique.

2° Une tumeur de l'œil avec production de poils, par M. Follin. A peine cinq faits de ce genre sont-ils rapportés par MM. Pamard, Ruete, Florent Cunier, Von Græfe et Langenbeck ; et notre savant collègue est le seul qui ait pu faire un examen cadavérique de la lésion.

Ce fait soulevait une question curieuse, celle de la possibilité de production anormale d'un bulbe pileux et même d'une portion de peau. M. Broca, qui avait d'abord repoussé cette théorie, l'admet actuellement. M. Verneuil pense qu'il y aurait lieu, avant de se prononcer, d'en appeler à des recherches d'embryologie, et il est disposé à admettre, pour expliquer le fait de M. Follin, une inclusion d'une partie de peau dans l'appareil oculaire.

3° Une tumeur de l'angle externe de l'œil, qui serait, suivant M. Broca, un kyste lacrymal analogue, comme pathogénie, à la grenouillette.

4° Une remarquable tumeur composée de la région fessière, contenant du tissu osseux, du tissu fibreux et de la graisse, présentée par M. Giraldès.

5° Un cancroïde glandulaire développé aux dépens de la couche glanduleuse sous-muqueuse des grandes lèvres, présenté par M. Follin. Cette pièce complète la série des cancroïdes cutanés si bien étudiée par M. Broca.

6° Citons encore une remarquable observation d'infiltration graisseuse des culs-de-sac parotidiens, variété nouvelle à joindre aux

nombreuses variétés de tumeurs décrites dans la région parotidienne. Nous devons cette pièce à M. Richet.

Nous avons encore à mentionner un des très-bons rapports lus à la Société par un de nos excellents collègues. Je veux parler de la véritable monographie faite par M. Cullerier sur l'*ulcère de Mozambique*, à propos d'un travail adressé par M. le docteur Azéma. Nous avons entendu avec un vif intérêt l'histoire peu connue de cette affection terrible dans son action destructive que n'arrêtent ni les tendons ni même les os. Nous ne saurions trop recommander la lecture du travail de M. Azéma et du rapport de M. Cullerier.

Je n'ai pas à ajouter que plusieurs grandes questions de médecine opératoire ont été discutées par la Société; nous rappellerons seulement celles qui ont eu lieu sur certaines résections et sur la désarticulation de la cuisse. Cette dernière a eu pour origine une communication faite par M. Larrey au nom d'un chirurgien militaire distingué, M. Secourgeon.

Il me reste encore à signaler les nombreux travaux imprimés qui nous sont offerts par des chirurgiens nationaux et étrangers qui entretiennent avec la Société de chirurgie des rapports officiels ou officieux. Nos archives et notre bibliothèque s'enrichissent ainsi chaque jour de matériaux nombreux qui forment déjà une précieuse collection.

En outre des travaux modernes, notre bibliothèque s'accroît également, grâce à la générosité de plusieurs des membres de la Société, parmi lesquels je citerai M. Guersant, qui nous a fait don de 90 volumes, et M. Larrey, toujours si dévoué aux intérêts de la Société, qui nous a offert une abondante collection de livres, de thèses et de journaux.

Nous devons à l'honorable doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg la collection de thèses soutenues à cette Faculté.

Un honorable chirurgien de Paris, ancien élève de Dupuytren, a bien voulu faire hommage à la Société de 32 volumes in-folio, manuscrits empruntés à la clinique du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Un tel don honore une Société, et M. Marx a déjà reçu nos remercîments; je le prie d'accepter l'expression publique de notre gratitude. Un autre médecin, également ancien élève de Dupuytren, a bien voulu me remettre un volume d'observations relevées également à la clinique de l'Hôtel-Dieu en 1819 par Texier, interne de première classe. Je suis heureux de déposer sur le bureau ce nouveau recueil, qui sera joint aux volumes donnés par M. Marx.

Ajoutons encore l'envoi des nombreux documents recueillis par Le Roy-d'Etiolles pour sa statistique des affections cancéreuses. Nous devons cette collection à M. Le Roy-d'Etiolles fils.

Nous avons toujours, à la fin d'une année, à signaler des pertes douloureuses. La Société a perdu, parmi ses membres correspondants nationaux, MM. Gélis (de Nantes) et Scrive; parmi les associés étrangers, MM. Ammon (de Dresde) et Riberi (de Turin).

Si nous avons la consolation de n'avoir perdu aucun de nos collègues de Paris, nous ne pouvons cependant nous abstenir de rappeler, pour le déplorer, l'abandon de trois des membres titulaires, qui ont échangé leur titre pour celui de membres honoraires.

Ce sont MM. Michon, Deguise fils et Cazeaux. Cette dernière défection n'a pu être conjurée, et je crois être l'interprète des sentiments de la Société entière, en proclamant toute notre sympathie pour cet honorable et savant collègue, si cruellement frappé au milieu de sa laborieuse carrière.

Trois nouveaux collègues qui se sont déjà conquis une position distinguée et honorable par leurs travaux et leurs brillants succès dans les concours, ont été élus membres titulaires; ce sont MM. Foucher, Trélat et Blot.

Nous avons enfin comblé quelques-uns des vides faits par la mort dans les rangs de nos correspondants. Le choix était difficile, car la liste des candidats était nombreuse, et l'on devait hésiter entre tant de chirurgiens distingués. Les commissions nommées pour examiner les titres des postulants, ont regretté de n'avoir pas à disposer d'un plus grand nombre de places. Le résultat du vote a été le suivant :

Ont été nommés correspondants nationaux,

MM. Thore (de Sceaux), Bourgeois (d'Etampes), Silbert (d'Aix), Cloemadeuc (de Vannes), Philippeaux (de Lyon), Raimbert (de Châteaudun), Azam (de Bordeaux), Tholozan (de Téhéran).

Ont été nommés correspondants étrangers :

MM. Esmarch (de Kiel), Mac Leod (de Glascow), Berend (de Berlin), Michaëlis (de Comorn), Rizzoli (de Bologne), Piachaud (de Genève).

Je termine enfin; Messieurs et chers collègues, et mes dernières paroles sont des paroles de gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en me confiant le soin de présider vos séances. En me choisissant, si vous n'avez pas choisi le plus capable et le plus digne d'accomplir une tâche aussi honorable, vous pouvez en être bien convaincus, vous avez accordé vos suffrages à un des membres les plus zélés et les plus soucieux de bien faire. Je dois avouer, du reste, que vous m'avez rendu bien facile l'accomplissement de mes devoirs. Vos discussions, qui témoignent de votre amour dévoué pour les intérêts purs de la science, ont été toujours à la hauteur de la mission que vous vous êtes imposée. La lecture de nos Bulletins, si bien rédigés par notre laborieux secrétaire M. Bauchet, suffit à montrer ce que valent vos travaux, et les sociétés savantes les plus importantes n'ont pas hésité à accepter l'échange de leurs publications avec les nôtres. C'est à ce titre que nous recevons les Bulletins et les Mémoires de l'Académie impériale de médecine de Paris, de l'Académie royale de médecine de Bruxelles, de la Société royale médico-chirurgicale de Londres, etc., etc.

Soyons fiers de cette belle et honorable position légitimement conquise, et continuons à la mériter; que nos travaux à venir soient à la hauteur de notre passé, et nous aurons la satisfaction de voir nos Bulletins comme nos Mémoires se lier entièrement à l'histoire chirurgicale de notre époque.

La Société de chirurgie de Paris, livrée avec ardeur au culte de la science, marche incessamment dans les voies du progrès, mais non pas en aveugle. Si sa tendance est progressive, elle reconnaît que pour être sûr, le progrès doit être lent. Gardienne éclairée des saines doctrines chirurgicales, elle juge et analyse avec sévérité et impartialité les choses nouvelles; car elle sait que la science, si elle n'est pas surveillée, peut, suivant l'expression d'Hippocrate, pousser de folles végétations.

Merci, Messieurs et chers collègues, je ne saurais jamais oublier l'honneur que vous m'avez fait; je conserverai un souvenir ineffaçable de la bienveillance que vous m'avez constamment témoignée.

Après ce discours, qui a été écouté avec un vif intérêt, M. Bauchet a lu le rapport sur le prix Duval (voir le Compte rendu).

Enfin, la séance a été terminée par la lecture de l'éloge de Lallemand, par M. Broca, secrétaire général. Les travaux de l'illustre professeur de Montpellier ont été exposés avec cette clarté et cette élégance auxquelles M. Broca a su nous habituer; c'est assez dire que ce travail a conquis les suffrages unanimes de l'assistance.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Grippe.

Une épidémie de grippe très-générale règne en ce moment à Paris. Nous n'essayerons pas d'en esquisser les traits; elle ressemble trop d'ailleurs, par tout ce que nous avons pu voir jusqu'à présent, à la plupart de ses devancières, pour qu'il y ait un grand intérêt à en retracer l'histoire. Nous nous bornons à la signaler comme l'un des traits les plus caractéristiques de la constitution médicale actuelle. Nous saisirons toutefois cette circonstance pour examiner dans l'une de nos plus prochaines *Revues* le nouvel ouvrage que M. le professeur Fuster (de Montpellier) a publié récemment sur l'*affection catarrhale*, dont la grippe est l'un des types les plus communs.

Nous signalerons en passant, à cette occasion, un fait extrêmement intéressant au point de vue de l'auscultation, qui a fait le sujet de la dernière leçon clinique de M. le professeur Trousseau : celui d'une femme qui a été prise de pleurésie aiguë avec épanchement à la suite de la maladie régnante, et qui a présenté au plus haut degré les caractères de la bronchophonie, de la respiration amphorique et des gargouillements symptomatiques de la pleurésie simple, sur lesquels d'importantes recherches ont été faites dans ces dernières années. Nous reviendrons incessamment sur cette intéressante observation.

Empoisonnement par l'ammoniaque liquide.

Les cas d'empoisonnement par l'ammoniaque liquide sont assez rares pour que nous ne laissions pas échapper l'occasion de les signaler quand il s'en présente, et surtout lorsque, comme dans l'exemple que nous allons rapporter, l'observation en a été recueillie avec le soin le plus minutieux, sous le double rapport des symptômes et des lésions cadavériques. Voici ce fait, qui a été communiqué par M. Potain à la Société médicale des hôpitaux, et dont nous empruntons la relation aux Comptes rendus de cette Société.

Un ouvrier typographe âgé de quarante-quatre ans, déterminé à se suicider, avale d'un seul coup, le 8 septembre dernier, plus de 100 grammes d'ammoniaque liquide du commerce. Saisi immédiatement d'une affreuse angoisse, avec suffocation, constriction à la gorge et sensation d'atroce déchirement dans l'estomac, il devient comme fou de douleur et perd à peu près connaissance pendant quelques instants. Presque aussitôt, il vomit une partie de ce qu'il avait avalé. Puis on le porte à l'hôpital Necker, où il est reçu dans un état de prostration extrême, avec refroidissement général.

Dès son arrivée, on lui fait prendre aussi abondamment que possible de la limonade acétique, et on s'efforce de réchauffer les extrémités.

Le lendemain matin, à la visite, M. Potain le trouve assez calme, mais se plaignant encore vivement de la bouche, de la gorge et de l'estomac. On aperçoit sur les bords et à la face inférieure de la langue, plusieurs petites taches blanches, traces de cautérisation. Toute la gorge est d'un rouge assez vif. Le voile du palais, la luette et les piliers sont un peu tuméfiés. Le malade indique le siége de la plus vive douleur au niveau de la partie supérieure du larynx; la déglutition est excessivement douloureuse et difficile, la voix faible, mais non altérée; la peau chaude, le pouls faible, petit et fréquent. L'épigastre est extrêmement douloureux à la pression; le reste du ventre sensible, mais non douloureux; le foie dans ses limites normales. Presque tout ce que le malade a essayé de boire a été rejeté par le vomissement avec du sang liquide en notable quantité. Il n'y a eu ni convulsions ni délire.

On prescrit : tisane gommée et albumineuse, glace; cataplasmes; eau albumineuse; lait et bains.

Dans la journée, les vomissements persistent, et il survient des selles abondantes, liquides, d'un rouge foncé et d'une extrême fétidité.

Le 10, il y a un peu plus de calme; la déglutition est encore fort douloureuse; sensibilité plus vive à l'épigastre. Insomnie.

Le 11, la sensibilité de l'épigastre augmente encore; le ventre est tendu et un peu ballonné; évacuations alvines de même nature et toujours très-copieuses; pouls toujours très-fréquent et petit; chaleur fébrile; peau sèche. — 15 sangsues à l'épigastre.

Le 12, le malade dit souffrir moins de l'estomac; il rapporte ses souffrances les plus vives à la gorge et à l'œsophage. Insomnie très-pénible. — Julep diacodé.

Le 14, on remarque un peu d'injection des conjonctives et une coloration jaune assez intense dans toute la moitié externe de la conjonctive de l'œil gauche.

Le 15, les selles, qui jusque-là avaient toujours contenu du sang, n'en contiennent plus.

Le 16, on remarque sur la face antérieure des deux avant-bras deux petites plaques rouges, ou plutôt rosées, mal circonscrites, sans saillie, sans trajet déterminé, un peu sensibles à la pression. Les veines sous-cutanées des avant-bras ont une teinte bleuâtre violacée et se dessinent fortement par leur coloration. Pas de traînées sur le trajet des lymphatiques, point de tuméfaction des ganglions. Ces plaques rouges s'agrandissent les jours suivants et s'étendent à toute la face interne des membres supérieurs. Les vomissements ont cessé; mais la gêne de la déglutition est toujours très-grande; la peau est toujours sèche et assez chaude; le pouls à 120, très-petit; la respiration fréquente et courte; l'amaigrissement excessif; prostration considérable des forces. Un peu d'excitation et de tendance au subdélirium se manifeste le 18, et le malade meurt dans la soirée sans agonie.

L'autopsie, faite le 21, révèle les lésions suivantes :

Dans les points qui ont été le siége de plaques érythémateuses, on trouve l'épiderme décollé et le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de sérosité.

Les bronches sont partout un peu rouges à leur face interne, mais sans nulle apparence d'injection vasculaire et sans ramollissement ni ulcérations.

Les replis aryténo-épiglottiques du larynx sont très-notablement tuméfiés, rougeâtres, boursouflés; l'épiglotte est très-rouge à sa face supérieure, et son bord libre présente deux érosions en forme d'échancrures.

Le cœur n'offre, non plus que les poumons et les bronches, aucune altération; les cavités droites sont remplies par des caillots noirâtres extrêmement mous. Dans l'aorte, on trouve un caillot fibrineux très-peu volumineux, aplati, se prolongeant dans le tronc brachio-céphalique et dans la carotide gauche.

Le pharynx est d'un rouge vif et un peu boursouflé.

Tout l'œsophage paraît dépouillé d'épithélium; sa muqueuse est parsemée d'ulcérations profondes.

Dans le grand cul-de-sac de l'estomac, on voit une ulcération arrondie dont le centre est occupé par une eschare décollée par les bords et laissant voir un sillon d'élimination assez profond.

Le duodénum et la première partie du jéjunum ont leurs parois plus épaisses qu'à l'état normal.

Les valvules conniventes sont épaissies, comme boursouflées, et la muqueuse un peu ramollie.

Les ganglions lymphatiques du mésentère, qui correspondent à la première partie de l'intestin grêle, sont très-notablement tuméfiés, ramollis.

Le foie est complétement exsangue et un peu graisseux.

La rate est d'un rouge sombre et très-ramollie.

Le rein droit est notablement plus volumineux qu'à l'état normal; son tissu est, surtout à la périphérie, extrêmement ramolli. En l'examinant au microscope, on trouve tous les *tubuli* ou vides ou contenant des cellules tellement altérées, qu'elles sont méconnaissables et remplacées presque partout par une matière finement granuleuse, mélangée de gouttelettes graisseuses. La substance des pyramides présente beaucoup de *tubuli* vides, et d'autres dans lesquels les cellules encore reconnaissables sont cependant déjà remplies de fines granulations qui masquent en général le noyau; d'autres, enfin, mais en petit nombre, où les cellules ont complétement disparu. Dans la substance corticale, presque tous les *tubuli* sont également remplis par la même matière granulo-graisseuse. Dans l'une et l'autre, on ne trouve presque point de globules sanguins et à peine quelques vaisseaux distincts.

Dans l'intérieur des calices et du bassinet, on trouve adhérant à la paroi une sorte de matière demi-fluide, d'un jaune d'ocre clair, qui paraît au microscope presque exclusivement formée de masses de matière granulo-graisseuse, analogue à celle des *tubuli*.

Le rein gauche, un peu ramolli aussi à la surface, mais à un degré infiniment moindre, ne présente d'ailleurs rien de semblable à ce que l'on trouve dans le rein droit.

— Il y a dans ce fait plusieurs particularités intéressantes sur lesquelles M. Potain a appelé l'attention de ses collègues : la première est cette circonstance rare et importante pour l'histoire de l'empoisonnement par l'ammoniaque, de l'introduction de cette substance dans les voies digestives en quantité assez notable pour qu'on ait pu en constater les effets sur ces organes et les résultats de son absorption. Les hémorrhagies intestinales et gastriques, qu'on trouve également dans le petit nombre d'observations connues où le liquide ammoniacal a été ingurgité, constituent l'un des caractères propres à ce genre d'empoisonnement. C'est moins à l'action caustique de l'ammoniaque qu'à son action fluidifiante que M. Potain attribue, avec raison suivant nous, la production de ces hémorrhagies gastro-intestinales. L'état du sang trouvé dans les cavités du cœur est d'accord d'ailleurs avec cette manière de voir.

La seconde particularité, également digne d'intérêt, qu'a présentée ce fait, est l'altération trouvée dans les reins, altération qui n'a point été signalée encore jusqu'ici dans les cas de ce genre, et que M. Potain croit devoir rapporter à l'action de l'ammoniaque absorbée et éliminée en partie par les urines.

Encore un mot sur les corpuscules flottants du corps vitré, considérés comme signe diagnostique différentiel du siége de certaines opacités.

On se souvient de la note relative aux corps flottants du corps vitré, constituant un nouveau signe ophthalmoscopique, que nous avons insérée dans la *Revue* du 21 décembre, et de la ré-

clamation ou plutôt de l'observation à laquelle elle a donné lieu de la part de M. Sichel. M. Dusmani est venu nous présenter, au sujet de cette réclamation, une note rectificative que nous croyons devoir placer ici sous les yeux de nos lecteurs, parce qu'elle établit nettement le point spécial de diagnostic qu'il s'est proposé d'élucider par sa communication, en réservant envers qui de droit la question de priorité en ce qui concerne le fait de la constatation première de ces corps flottants, qui n'était ici nullement en cause.

« Mon intention, en rédigeant cette observation, nous écrit M. Dusmani, n'était pas de noter comme un fait nouveau l'existence de corps flottants dans le corps vitré, qui est connue déjà depuis longtemps. Mon seul but a été de signaler un signe différentiel des opacités du cristallin et des opacités du corps vitré fourni par les corps flottants. Ce signe n'est pas le seul, sans doute, que l'examen ophthalmoscopique puisse nous procurer; mais dans des cas semblables à celui que j'ai rapporté, c'est-à-dire d'une opacité dont le siége était si douteux que plusieurs chirurgiens distingués l'avaient placé dans le cristallin, les corps flottants, en passant au-devant de l'opacité, ont permis de formuler immédiatement le diagnostic et de la localiser dans le corps vitré. »

Ainsi, comme on le voit, il ne s'agissait point dans la communication de M. Dusmani du fait en lui-même de l'existence de corpuscules flottants dans le corps vitré, mais d'un signe rationnel déduit de la présence et de la mobilité de ces corpuscules, pour la détermination précise du siége d'une opacité située en avant ou en arrière. C'est sous ce point de vue que cette communication avait un intérêt particulier.

Cette explication donnée, nous n'en maintenons pas moins vis-à-vis de M. Sichel l'engagement d'accueillir le travail qu'il a bien voulu nous promettre à cette occasion.

LES MÉDICAMENTS BÉCHIQUES ET PECTORAUX.

Par M. le docteur S. MOREAU.

Les anciens médecins, et par ces mots nous ne voulons pas remonter plus haut que le siècle dernier, admettaient dans la matière médicale une classe de substances qu'ils désignaient sous le nom de *médicaments béchiques* ou *pectoraux*. Dans les nouveaux traités de thérapeutique, cette classe a disparu. On distingue des émollients, des narcotiques, des stimulants, etc.; mais des béchiques, point. Et cependant nos pères n'avaient pas tout à fait tort, qui rangeaient dans cette section spéciale des médicaments complexes il est vrai, mais doués d'une action particulière, et qu'il nous semble impossible de définir d'une manière absolument précise.

Ce mot *béchiques* signifie médicaments contre la toux; cet accident pouvant dépendre d'un grand nombre d'affections dont il n'est que le symptôme, il est évident qu'il n'y a pas de composé qui soit capable de *guérir* toutes les espèces de toux, la toux sèche du pleurétique, la toux grasse du catarrheux, celle du phthisique, etc. Aussi a-t-on été obligé de faire quelques réserves et de donner cette épithète aux préparations destinées à combattre principalement les toux provenant de bronchites, à quelque période qu'elles soient, d'irritation ou d'inflammation grave ou légère de la muqueuse des voies aériennes. Parmi ces dernières, celles qui ont leur siége dans la partie tout à fait supérieure, la trachéite, les trachéo-bronchites, les laryngites, et l'on sait que ces formes phlegmasiques sont une cause extrêmement fréquente de toux, ces affections, disons-nous, sont celles contre lesquelles les médicaments dits béchiques réussissent le mieux et avec le plus de rapidité.

A ce point de vue, nous ne connaissons pas de béchique plus puissant, plus efficace que le *sirop pectoral de Lamouroux*, l'un des plus anciens, des plus vénérables, allions-nous dire, parmi les agents aux propriétés desquels nous faisons allusion.

Il mérite d'autant plus toute la confiance du médecin et du malade, qu'il réunit en lui plusieurs des qualités qui appartenaient aux diverses subdivisions des béchiques instituées par nos pères.

Au début des affections inflammatoires de l'appareil respiratoire, pendant les périodes de tension, de sécheresse, de chaleur et de douleur, ce sirop agit efficacement par les émollients qui entrent dans sa composition et qui s'associent avantageusement aux infusions adoucissantes.

Vienne le moment où, par suite d'une excitation prolongée, un éréthisme nerveux particulier s'est produit, auquel ne remédieraient plus les simples émollients, les éléments sédatifs et calmants qui entrent pour une proportion raisonnée dans le *sirop de Lamouroux* jouent alors un rôle précieux, et déterminent des résultats vraiment merveilleux.

Disons enfin que la préparation dont nous parlons jouit à un degré des plus élevés de cette propriété *incisive* ou *expectorante*, en vertu de laquelle la muqueuse pulmonaire, sollicitée d'une manière spéciale, expulse avec plus de facilité les matières contenues dans les canaux bronchiques.

A cette incontestable supériorité, ce sirop doit l'approbation qu'il a reçue des principaux médecins des hôpitaux de Paris, des maîtres de la science, les Chomel, les Louis, les Gendrin, etc., qui le recommandent dans leurs ouvrages, dans leurs leçons cliniques, dans leur pratique particulière; et ne cessent de s'applaudir des admirables succès qu'ils obtiennent de son emploi.

Qu'aurons-nous de plus à dire lorsque nous aurons rappelé que l'un des professeurs les plus distingués et les plus compétents de la Faculté de médecine de Paris, ancien pharmacien en chef des hôpitaux, M. Bouchardat, dont personne ne suspectera l'impartialité, n'a pas craint d'écrire dans son Formulaire qu'il n'était pas une réputation mieux établie que celle du *sirop de Lamouroux?*

Rappeler aux médecins ce précieux remède au moment où règnent les rhumes, les catarrhes et les bronchites, c'est rendre un service dont nous sauront gré les pauvres malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 janvier 1862. — Présidence de M. LABORIE.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M. LE PRÉSIDENT monte à la tribune et prononce le discours qu'on a lu plus haut.

— **M. BAUCHET**, secrétaire particulier, lit les conclusions de la commission pour le **prix Duval de 1862.**

Ce prix, fondé par Jacques-René Duval, est de la valeur de 100 fr. Il doit être donné à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année précédente.

D'après la volonté du donataire, chacune des thèses ne doit traiter que d'un seul sujet, et elle doit être fondée sur des observations recueillies dans un seul hôpital, mais sans négliger les recherches bibliographiques que comporte le sujet.

Les docteurs en médecine ayant rempli les fonctions d'interne titulaire dans les hôpitaux civils français, ou des fonctions analogues dans les hôpitaux de l'armée de terre et de marine, sont seuls admis à prendre part au concours, qui reste ouvert du 1er janvier au 31 décembre de l'année courante.

Nous avons reçu un grand nombre de thèses fort remarquables, et le choix de la commission a été difficile.

Parmi les thèses envoyées à la Société pour le concours au prix Duval, il en est quelques-unes qui ne rentraient pas dans les conditions du programme et qui ont dû être écartées. Ces thèses avaient pour sujet soit un point d'anatomie pure, soit une question médicale, soit une question de chirurgie purement bibliographique.

La commission a proposé, et la Société a adopté les conclusions suivantes :

1° *Prix Duval*, à M. le docteur Alfred Fournier, pour sa thèse ayant pour titre: **De la contagion syphilitique;**

2° *Première mention honorable*, à M. le docteur Eugène Nélaton, prosecteur de la Faculté, etc., pour sa thèse: **Des tumeurs à myéloplaxes;**

3° *Deuxième mention honorable*, à M. le docteur Péan, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, pour sa thèse ayant pour titre : **De la scapulalgie.**

— LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit ensuite l'éloge de Lallemand.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, L. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision impériale du 11 janvier 1862, M. Chapuis, second médecin en chef de la marine à la Guyane française, a été nommé premier médecin en chef dans la même colonie.

— La séance générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu dimanche 26, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine.

— M. le docteur Auzoux commencera son cours d'anatomie humaine et comparée le dimanche 26 janvier, à une heure.

Dans ce cours, non-seulement, comme les années précédentes, il expliquera comment la vie s'entretient dans l'homme et les animaux, les causes qui l'empêchent ou la favorisent, mais, au moyen de sa nouvelle collection de plantes, reproduites dans des proportions gigantesques, il expliquera l'organisation et les fonctions des végétaux.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le samedi 22 février 1862, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Seront admis à concourir les élèves en pharmacie ayant exercé pendant trois années au moins, en cette qualité, soit à la pharmacie centrale, soit dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Pourront aussi être autorisés à concourir tous autres élèves en pharmacie ou pharmaciens qui présenteraient les garanties convenables.

L'inscription des concurrents aura lieu au secrétariat de l'Administration, depuis le lundi 20 janvier jusqu'au jeudi 6 février suivant, de midi à trois heures de relevée.

Leçons sur les affections cutanées dartreuses, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant le trimestre d'été de 1861, par M. le docteur HARDY, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin à l'hôpital Saint-Louis, etc.; rédigées et publiées par M. le docteur PIHAN-DUFEILLAY, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, etc. Un volume in-8°, 1862. A Paris, chez A. COCCOZ, libraire-éditeur, 30, rue de l'École de Médecine.

Mémorial de thérapeutique à l'usage des médecins praticiens, contenant la médecine, la chirurgie, les accouchements, par M. FOY. 1862, un volume in-8°. Prix : 14 fr. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École de Médecine, 17.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal; et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »
POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 JANVIER 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans le compte rendu de la précédente séance nous avons signalé un travail de M. Ch. Robin sur un point nouveau d'embryogénie, la naissance des globules polaires par gemmation à l'aide et aux dépens de la substance hyaline du vitellus. Dans la dernière séance, notre savant confrère a donné lecture à l'Académie d'un nouveau mémoire qui est la suite et le complément de ce travail. Il a pour titre et pour sujet la *production des cellules du blastoderme sans segmentation du vitellus*. L'auteur s'est proposé, en effet, d'y démontrer que les premiers éléments appelés cellules embryonnaires ne naissent pas chez tous les animaux par la segmentation du vitellus; qu'il en est chez lesquels cette segmentation n'ayant pas lieu, c'est par gemmation d'une portion de la substance vitelline que ces éléments se produisent. La production des cellules animales par gemmation, d'après les faits exposés dans ce travail, ne serait donc pas un fait exceptionnel, comme on l'a cru jusqu'à présent. Elle aurait chez quelques animaux une importance égale à celle de la segmentation du vitellus.

Il existe dans l'histoire de la science des cas nombreux d'emphysème général produit chez l'homme, soit par des plaies pénétrantes de la poitrine, soit par des fractures de côte ayant déchiré la plèvre et les poumons. Au point de vue chirurgical, la question de l'emphysème traumatique laisse peu de chose à désirer; on sait que la gravité qu'il peut présenter dépend beaucoup moins de ce phénomène lui-même que de la nature de la lésion qui l'accompagne. Mais les phénomènes physiologiques qui se passent à la suite de ces vastes épanchements d'air sont beaucoup moins connus.

MM. Demarquay et Leconte, dont on connaît déjà les habiles recherches sur les transformations que subit l'air injecté dans le tissu cellulaire de certains animaux, ont saisi l'occasion qui leur a été offerte par un cas d'emphysème très-intense développé à la suite d'une fracture de côte chez un malade de la Maison municipale de santé, pour compléter l'histoire physiologique de l'emphysème traumatique de l'homme. Les résultats des analyses qu'ils ont faites leur ont démontré que les choses se passaient exactement de la même manière dans l'emphysème traumatique de l'homme que dans les expériences faites sur les animaux.

L'Académie a reçu dans cette même séance une communication de M. le professeur Martins (de Montpellier), sur l'ostéologie comparée des articulations du coude et du genou dans la série des mammifères, des oiseaux et des reptiles, travail complémentaire des précédentes recherches du même auteur sur l'homologie des membres supérieurs et inférieurs et de toutes leurs parties constituantes. — Dr Brochin.

NOTE SUR L'HYGIÈNE DES HOPITAUX
et spécialement sur un procédé de désinfection économique et d'une application facile.

Je n'ai pas le droit de prendre part à la discussion, n'ayant pas l'honneur d'être membre de l'Académie; mais je crois qu'il est du devoir de tout médecin d'intervenir, au moins indirectement, et d'apporter le contingent de son expérience dans une question qui intéresse à un si haut degré la science et l'humanité.

Tout le monde s'accorde à proclamer l'insalubrité des grands établissements hospitaliers, et il n'est personne qui ne reconnaisse que la cause principale de cette insalubrité est due à l'encombrement, à l'accumulation d'un grand nombre de malades dans un air confiné.

Comment prévenir ou diminuer les effets de cette cause pernicieuse? Les uns disent: Les hôpitaux actuels sont détestables, il faut les détruire et en construire de nouveaux. Les autres, moins exigeants, veulent qu'on modifie la disposition des salles ou qu'on diminue le nombre des lits. Ceux-ci demandent qu'on applique les procédés les plus parfaits de ventilation, d'éclairage et de chauffage. Ceux-là, pour suppléer à ces procédés, conseillent une sorte d'aération continue et prescrivent de laisser les fenêtres ouvertes nuit et jour.

L'utilité de la ventilation est tellement évidente que je ne crois pas nécessaire d'en faire ressortir les avantages; mais ce procédé, quelque parfait qu'il soit, est-il suffisant pour détruire la funeste influence de l'encombrement? Je ne le pense pas. En effet, la ventilation, en renouvelant l'air, raréfie les miasmes, les dissémine, mais ne les détruit pas.

Il faut donc recourir à un moyen plus actif et plus sûr, qui anéantisse l'élément miasmatique à mesure qu'il se développe et qu'il infecte l'air. On sait que Guyton de Morveau, le premier, eut l'idée d'employer à cet effet les fumigations de chlore. Son procédé si utile, si efficace pour désinfecter un air dans lequel les miasmes ne se dégagent pas d'une manière continue, n'est plus applicable lorsqu'il s'agit d'un air constamment chargé de miasmes, comme l'est celui d'une salle d'hôpital. A un dégagement continu de miasmes, il faut opposer le dégagement continu d'un agent qui les détruise.

J'ai atteint ce but, en faisant placer dans mes salles, à des distances convenables, des vases renfermant du chlorure de chaux délayé dans une suffisante quantité d'eau, et en recommandant de renouveler le chlorure tous les trois ou quatre jours.

C'est surtout à l'époque du choléra, en 1854, que j'eus l'occasion de faire une application avantageuse de ce procédé, à l'hôpital de la Pitié.

Pour rendre plus saisissants les bons effets qu'on peut tirer de ce mode de désinfection, je crois devoir mettre sous les yeux de l'Académie les deux tableaux suivants, dans lesquels sont indiqués comparativement les cas de choléra venus du dehors et ceux développés à l'intérieur, dans chacun des services de l'hôpital.

Premier tableau indiquant les cholériques venus du dehors.

Service de MM.	Hommes.	Femmes.	Total.
Gendrin.	92	81	173
Nonat.	34	1	35
Valleix.	14	17	31
Marrotte.	18	32	50
Sée.	8	32	40
Laugier.	0	0	0
Michon.	0	0	0

Deuxième tableau. Cholériques dont la maladie s'est déclarée à l'hôpital.

Service de MM.	Hommes.	Femmes.	Total.
Gendrin.	28	16	44
Nonat.	4	1	5
Valleix.	13	4	17
Marrotte.	9	14	23
Sée.	5	14	19
Laugier.	6	5	11
Michon.	4	1	5

Ainsi, depuis le 1er janvier 1854 jusqu'à la fin du mois d'août, le nombre des cas de choléra déclarés dans mes salles n'est que de 5, c'est-à-dire inférieur à celui des cas de choléra déclarés dans les services de chirurgie, où l'on n'a point admis de cholériques du dehors; tandis qu'il est de 44, 17, 23 et 19 dans les autres services de médecine. Cette différence énorme ne peut s'expliquer ni par le nombre des lits, puisque mes salles en contenaient autant que celles de mes collègues, ni par une disposition spéciale des lieux, puisque mon service n'offrait à cet égard rien de particulier. Elle n'est pas non plus un effet du hasard, et c'est avec raison que je crois pouvoir en attribuer le bénéfice aux fumigations chlorées permanentes; et ce qui le démontre de la manière la plus péremptoire, c'est que le choléra a sévi dans ma division avec autant de rigueur que dans les salles voisines, pendant les quinze premiers jours de l'épidémie, où je me suis contenté de recourir aux moyens ordinaires d'aération; tandis que les bons résultats signalés plus haut ne datent que du moment où j'ai fait établir ces fumigations.

Loin de moi la pensée de prétendre que le chlore exerce une action directe sur la cause générale du choléra; mais je suis convaincu qu'en détruisant les miasmes putrides répandus autour des malades, il a puissamment contribué à diminuer les ravages de l'épidémie en neutralisant l'influence incontestable de l'infection.

Depuis cette époque, je n'ai pas cessé d'employer le chlorure de chaux dans mes salles auprès des malades qui versent autour d'eux des miasmes putrides et qui deviennent pour les autres un foyer d'infection.

Les faits que j'ai observés me permettent, si je ne me trompe, de poser les conclusions suivantes :

1° Quelque soin que l'on apporte dans la construction d'un hôpital, l'atmosphère des salles sera toujours imprégnée des miasmes répandus par les malades;

2° Les procédés d'aération et de ventilation, quelque parfaits qu'ils soient, ont le double inconvénient d'être fort dispendieux et de n'atteindre qu'incomplétement le but qu'on se propose;

3° L'aération par les fenêtres ouvertes, outre qu'elle ne fait que disséminer les miasmes, expose les malades aux plus graves accidents (pneumonie, pleurésie, bronchite capillaire, rhumatisme, etc.);

4° Tout en renouvelant l'air d'une manière convenable, il est nécessaire de détruire les miasmes putrides au fur et à mesure de leur dégagement. Les fumigations chlorées permanentes satisfont parfaitement à cette indication, et constituent un mode de désinfection à la fois efficace et peu dispendieux.

Il serait à désirer que leur emploi se vulgarisât dans nos hôpitaux, particulièrement dans les salles de chirurgie, dans les cliniques d'accouchement, et dans les établissements consacrés au traitement des maladies des enfants.

On a reproché au chlore de substituer une infection à une autre. Ce reproche est applicable au procédé de Guyton de Morveau, qui laisse dégager une trop grande quantité de chlore à la fois; mais il ne l'est pas au procédé que je préconise, et qui permet de graduer la production du chlore et de n'en dégager que la quantité voulue pour la destruction des miasmes.

A. NONAT, médecin de la Charité.

HOTEL-DIEU. — M. Ph. RICORD (1).

Leçons sur la transmission de la syphilis par la vaccine.

(Recueillies par M. le docteur DENEFFE.)

Nous avons à vous entretenir, vous le savez déjà, d'une malade du service de notre savant collègue M. Trousseau; elle présente un cas curieux, et d'autant plus intéressant, qu'il se rapporte à une question aujourd'hui à l'ordre du jour.

Cette jeune femme, âgée de dix-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 6 septembre dernier, pour s'y faire soigner d'une affection utérine dont elle était atteinte. A plusieurs reprises elle fut soigneusement examinée; on ne trouva chez elle qu'un catarrhe du col et quelques granulations à la surface de cette partie; elle était en ce moment indemne de toute vérole.

Pendant son séjour à l'hôpital, une épidémie de variole éclata, et, par mesure de prudence, la malade fut vaccinée, quoiqu'elle l'eût déjà été antérieurement. On se servit du liquide provenant des pustules vaccinales d'un enfant qui avait été inoculé avec le vaccin fourni par l'Académie de médecine. Quatre autres enfants furent inoculés en même temps; chez eux tout se passa régulièrement, rien ne fit soupçonner que l'on avait affaire à un vaccin contagieux ou à du faux vaccin. Pendant les vingt jours que les enfants séjournèrent à l'hôpital après la vaccination, rien d'anormal ne se présenta chez eux.

Quoique vaccinée aux deux bras, aucune pustule n'apparut sur la jeune femme; on ne s'en étonna guère, car on pouvait la croire encore sous l'influence de la première vaccination.

Un mois après sa sortie, la malade revint à l'Hôtel-Dieu, se plaignant beaucoup de l'un de ses bras; l'on vit sur le membre supérieur gauche deux grosses pustules ecthymateuses. On ne s'en inquiéta pas; on crut à l'éruption tardive des pustules vaccinales, que la jeune femme, sous l'influence de vives démangeaisons, avait pu gratter et arracher.

Mais bientôt la scène changea; on reconnut que les ganglions axillaires étaient engorgés, et l'on vit apparaître une éruption cutanée : c'était une roséole syphilitique.

En résumé, cette malade, indemne de toute vérole, est vaccinée; un mois après, la vérole débute; je l'ai examinée avec soin, et je déclare qu'elle présente un type de syphilis. Rien n'y mau-

(1) Nous avons annoncé, nos lecteurs s'en souviennent, que sur l'invitation de M. le professeur Trousseau, M. Ricord exposerait aux élèves de la clinique de l'Hôtel-Dieu son opinion sur le fait de transmission présumée de la syphilis par la vaccine dont nous avons parlé dans le numéro du 18 de ce mois. M. Ricord a fait à ce sujet, en présence d'une nombreuse réunion de médecins et d'élèves, deux leçons dans lesquelles il a examiné et discuté les questions de doctrine qui se rattachent à ce fait. C'est la première de ces leçons que nous publions aujourd'hui; la deuxième paraîtra dans le numéro prochain.

que. Au bras, nous trouvons deux tubercules à base large, dure, bombée, saillante; la circonférence est indolente, les parties voisines semblent complétement étrangères à l'affection qui se développe au milieu d'elles; dans l'aisselle, nous trouvons une pléiade ganglionnaire engorgée; sur la peau, nous voyons une roséole. C'est pour nous une des variétés du chancre induré, c'est l'*ulcus elevator*, c'est le chancre ayant subi la transformation *in situ*.

D'après son origine probable, cette syphilis doit-elle être rattachée à la vaccination? Afin qu'on ne m'accuse pas de faire toujours et quand même de l'opposition à de pareils faits, je veux examiner celui-ci minutieusement devant vous; car la bonne foi scientifique est la base de tout progrès, et alors même que cent fois un fait se serait présenté à vous sous le même aspect, si le cent et unième est contradictoire des cent premiers, arrêtez-vous et reconnaissez, non pas que vous vous êtes trompé, mais que vous avez été trompé par les faits.

Mais c'est en présence de ces faits contradictoires et exceptionnels que vous devez redoubler de prudence; pour asseoir votre conviction sur une base solide, il faudra vous défier de tout, même de vos propres sens, car ils pourraient vous tromper aussi.

Nous sommes entrés depuis quelque temps dans une période de contradiction; je l'ai toujours appelée de tous mes vœux, car les progrès naissent de ces discussions, et la question qui s'agite en ce moment n'est qu'une des phases de la grande lutte qui s'est élevée entre ceux qui admettent et ceux qui repoussent la contagion des accidents secondaires. La vérole en puissance est-elle contagieuse? tel est le débat soulevé par le fait dont je vous entretiens. Bien longtemps j'ai contesté la possibilité de la transmission des accidents secondaires, aujourd'hui je l'admets; mais ce n'est assurément pas d'une façon aussi absolue que certains partisans de cette doctrine, qui l'ont acceptée avec tant d'enthousiasme, qu'ils feraient volontiers disparaître l'accident primitif des causes de la syphilis. Il y a beaucoup de vérole de par le monde, j'en sais quelque chose; mais si les accidents secondaires étaient contagieux au degré qu'on cherche à le faire croire, elle serait bien plus commune encore, et nous verrions se renouveler sous nos yeux l'épidémie du quinzième siècle. Au moment où la doctrine que j'ai toujours professée se trouve si violemment attaquée, je suis bien forcé de vous entretenir à la fois et d'elle et de moi; mais en m'amenant au milieu de vous, M. Trousseau l'a voulu.

Vous savez où en était l'étude de la syphilis quand j'entrai au Midi : les idées du quinzième siècle étaient encore classiques. On croyait alors, idée bien commode, que le virus syphilitique pouvait produire à la fois chancre, blennorrhagie, plaques muqueuses, végétations... On croyait à des incubations syphilitiques durant de quelques heures à quelques années; il semblait tout naturel qu'un homme atteint d'une blennorrhagie à quinze ans, présentât à quatre-vingts des manifestations vénériennes qui fussent la conséquence directe de cet écoulement. La vérole pouvait frapper plusieurs fois le même individu; on pouvait en être atteint par les moyens de propagation les plus étranges; on vous la donnait dans un bouquet, une lettre, en vous parlant à l'oreille; passiez-vous sans parapluie dans la rue Notre-Dame-de-Lorette, il suffisait qu'on vous secouât un tapis sur la tête pour vous communiquer la syphilis; c'était le cas de dire que la vérole tombait des nues. Et comme traitement de toutes les affections réputées syphilitiques, un seul remède, le mercure! Parcourez les livres de cette époque, et dites-moi si en 1830 l'étude de la syphilis n'en était pas là?

L'étude clinique des faits me montra bientôt ceci, c'est que la syphilis avait pour point de départ absolu, pour condition essentielle, *sine qua non*, l'accident ulcéreux, le chancre. Sans doute je n'ai pas inventé cette loi; elle était connue avant moi, et je n'ai jamais prétendu avoir avancé une nouveauté; mais j'ai rappelé à la mémoire de tous, j'ai retrouvé et démontré la valeur d'un principe qui avait glissé dans les mains, d'un principe qu'on ne connaissait plus ou qu'on ne voulait plus connaître. Mais si j'étais arrivé à dire : Pas de vérole sans chancre, la réciproque était-elle vraie, et fallait-il dire : Pas de chancre sans vérole? Non, car je m'aperçus bientôt que les ulcérations se divisaient en deux groupes bien distincts, l'un amenant toujours l'infection, l'autre jamais.

Il ne fallait pas longtemps pour reconnaître les caractères qui distinguaient ces deux groupes, pour diagnostiquer le chancre infectant de celui qui ne l'était pas. L'infectant était induré; Hunter déjà avait dit que le chancre présentait habituellement une base indurée, mais il croyait pourtant que tous les chancres infectaient l'économie.

L'induration n'est pas le seul symptôme qui caractérise cette espèce d'ulcère; il se reconnait encore aux signes suivants : généralement il est solitaire, indolent, suppure très-peu; sa marche est lente; sa surface ne reste pas longtemps lardacée et grisâtre; sa forme est régulière, il semble taillé avec un évidoir; rarement il est profond; souvent la peau n'est qu'à peine ulcérée : ce n'est qu'une érosion. Il présente une grande tendance au bourgeonnement, à l'élévation; il tend sans cesse à passer de l'état vide à l'état plein, de l'ulcération à l'*ulcus elevator*. Quand on le presse entre les doigts, on éprouve une sensation de rénitence, il semble que l'on touche du cartilage : toujours il retentit dans les ganglions voisins; il s'accompagne constamment d'une adénopathie multiple, indolente et sans tendance à la suppuration; si celle-ci vient à se produire par exception, elle n'est jamais contagieuse. L'induration est donc le caractère essentiel du chancre infectant. Dans l'immense majorité des cas, elle est très-saisissable; mais quelquefois, soit parce qu'on arrive trop tôt ou trop tard, soit à cause d'une disposition spéciale des tissus, il devient très-difficile de la constater. Mais si l'induration n'existe pas à la base de l'ulcération, il faut la chercher ailleurs, et vous la trouverez, car elle affecte la forme d'un triangle dont le sommet se trouve dans l'ulcération et la base dans les ganglions voisins. L'induration, envisagée soit dans les ganglions, soit dans la base du chancre, doit être considérée comme une lymphite capillaire plastique; aussi est-elle d'autant plus marquée que les lymphatiques sont plus abondants dans les points où elle se développe.

Le chancre non infectant présente des caractères tout opposés : il est mou, multiple, douloureux, suppure abondamment; il est profond; ses bords sont décollés, renversés, taillés à pic; sa surface reste longtemps lardacée et grisâtre; il tend non pas vers le bourgeonnement, mais vers le phagédénisme. Ici, pas d'engorgement ganglionnaire multiple; un seul ganglion s'enflamme, souvent il suppure, et le pus est contagieux.

Longtemps j'ai pensé que ces deux espèces de chancres, si différentes dans leurs caractères, leur marche et leurs conséquences, avaient pourtant une origine commune, et que si elles présentaient en s'éloignant de leur source des phases si distinctes, cela tenait bien moins à la nature du virus qu'au terrain sur lequel il germait.

C'est en m'appuyant sur ces premières données que j'ai commencé mes recherches sur la transmission des accidents primitifs et des accidents secondaires.

Au début de mes investigations, je me suis demandé si j'avais le droit d'agir sur des individus indemnes de syphilis, et si pour élucider des questions scientifiques il m'était permis de compromettre la santé des personnes qui se confiaient à moi. Je me suis arrêté devant la responsabilité que j'assumerais, si je venais à communiquer à des individus sains une affection aussi funeste que la vérole; voilà pourquoi j'ai toujours inoculé des personnes malades.

Je reconnus bientôt que le chancre mou s'inoculait toujours, que le chancre induré le plus ordinairement ne s'inoculait pas et que les accidents secondaires ne s'inoculaient jamais, et je tirai cette conclusion : c'est que le chancre mou est seul inoculable. Chemin faisant je remarquai que, soit qu'il y eût inoculation naturelle ou artificielle, je ne voyais jamais se développer un chancre induré chez un sujet déjà vérolé, et j'établis cette loi : qu'on ne met pas vérole sur vérole, que la syphilis ne se doublait pas, *non bis in idem*. Tant que la diathèse dure, une autre de même nature ne peut se surajouter, et le chancre induré reparaissant chez un individu atteint primitivement de vérole est une preuve de la guérison de cette maladie.

Voilà les conclusions auxquelles j'arrivai; à cette loi de la non-contagion des accidents secondaires on opposa des faits exceptionnels; mais sont-ils tous vrais? Tous les cas où l'on n'a pu remonter à la véritable source de l'infection doivent-ils être rapportés aux accidents secondaires? C'est là que commencent les difficultés.

Nous avions établi en principe que le chancre développe le chancre, l'expérience nous l'avait largement démontré; mais jusque-là on n'avait pas pris garde si les deux variétés de chancre se croisaient, ou bien si elles se reproduisaient dans leur espèce. On pensait, on pense encore, et je suis tout disposé à admettre la dualité des virus. Ici, permettez-moi de rendre un instant justice à cette école du Midi, d'où sont sortis tant d'adeptes dévoués et quelques ingrats; ce fut elle qui établit cette distinction parfaite entre les deux espèces de chancre, et j'y avais été conduit par des faits manifestes se passant sous mes yeux, alors qu'aucune espèce de publication n'avait encore été faite sur ce sujet. Un étudiant en médecine, occupé à se syphiliser prophylactiquement, se couvrait à plaisir d'ulcérations chancreuses; un jour, je constatai un chancre induré sur un malade qui venait d'entrer dans le service; l'étudiant voulait se l'inoculer; vainement je l'en dissuadai, en le menaçant de la vérole, il résista à mes conseils et s'inocula. Les chancres mous ne l'avaient pas infecté, mais cette fois il n'en fut plus de même, le chancre dur s'inocula et l'étudiant fut atteint de syphilis.

De ce jour, je compris qu'il fallait rechercher la cause de la différence des chancres autre part que dans le terrain où ils germinent.

Mais en pratique civile, où la source de la contagion est si souvent perdue, comment remonter jusqu'à elle pour expliquer les faits étranges qui se déroulent sous nos yeux et qui restent mystérieux malgré toutes nos recherches? Ne voit-on pas une même femme donner des affections différentes à quatre individus, par exemple, qui auront eu des relations avec elle? Celui-ci aura une chaude-pisse, celui-là un chancre mou, cet autre un chancre dur; il semble que chacun ait puisé selon ses aptitudes à cette source impure. Ne voit-on pas souvent des individus être infectés par des femmes qui paraissent saines quand on les examine; d'autres rester indemnes malgré les relations qu'ils ont eues avec des femmes infectées? Comment expliquer tout cela?

Il y a quelque temps, j'ai été, avec un confrère, témoin d'une aventure bien curieuse. Un monsieur d'un âge mûr, occupant dans la société une position assez élevée, vint me consulter pour une ulcération de la verge, que nous reconnûmes être un chancre de la plus belle venue. Ce monsieur entretenait avec une femme des relations qu'il croyait garanties par le prix élevé qu'il y consacrait. Nous examinâmes la femme; elle n'avait rien. A quelques jours d'intervalle, j'eus l'occasion de visiter deux personnes qui avaient eu aussi des relations avec elle; ni l'une ni l'autre n'avait de chancre.

Peut-être ce fait singulier pourrait-il s'expliquer de cette manière : l'un des amants de cette femme aura oublié chez elle quelque peu de virus chancreux que son successeur aura en quelque sorte épongé.

Il est des aventures qui semblent inexplicables au premier abord, mais qui cessent de l'être quand on songe à certaines pratiques peu naturelles.

Une honnête demoiselle se laisse un jour embrasser par un inconnu, et il lui survient à la lèvre un chancre induré.

Une demoiselle fut frappée de syphilis rien que pour avoir reçu un bouquet. Ah! si cette jeune fille avait reçu ces fleurs devant sa mère, je suis sûr qu'elles ne lui auraient pas donné la vérole!

Il est pourtant des circonstances où l'explication n'est pas aussi facile, et où la source contagieuse reste à jamais cachée. Je fus témoin, en 1843, d'une épidémie de vérole qui se passa à Paris, sous mes yeux, et à laquelle je n'ai jamais rien compris.

Neuf petits enfants juifs avaient été circoncis au huitième jour de leur naissance, selon les rites de leur religion; chez aucun d'eux la plaie ne se cicatrisa, et je la vis dégénérer chez les uns en chancres mous, chez les autres en chancres durs. Des accidents secondaires de toute nature éclatèrent chez ces petits malheureux. L'un d'entre eux, dont la figure était intacte, infecta sa mère, tandis que d'autres, dont le visage était couvert d'accidents secondaires, ne transmirent rien aux personnes qui les soignaient. Un même individu avait opéré tous ces enfants et presque dans le même temps. Je fis venir le péritotomiste, il avait nom Galantus; je ne puis vous dire avec quel soin minutieux je le visitai; je ne laissai pas la moindre partie de son corps, pas une ouverture naturelle sans l'étudier attentivement, et je ne trouvai rien, absolument rien. Je voulus voir sa femme; elle était intacte. En dehors des fonctions qu'il remplissait près du consistoire, Galantus s'occupait aussi de chevaux; je visitai les animaux qu'il soignait; chez aucun d'eux je ne trouvai la moindre trace de morve ou de farcin. Je me fis apporter tous les instruments dont il s'était servi pour la circoncision; avec les couteaux, les ciseaux, je fis des inoculations multiples; je grattai le cuir sur lequel il repassait ses outils, et je plaçai cette poussière sur des plaies que je produisis; sur d'autres plaies, j'appliquai les rubans dont il s'était servi dans ses opérations, rien ne produisit d'effet; je ne pus provoquer le développement d'aucun chancre.

Tout, dans cette épidémie, reste pour moi mystérieux. Où était la source, comment et pourquoi la contagion s'était-elle ainsi propagée? Je ne pus parvenir à le découvrir. Ici pourtant il n'y a pas de vaccin que l'on puisse mettre en accusation.

ÉTUDE SUR LES CALCULS PULMONAIRES,

Par M. le docteur LABALBARY.

Les calculs pulmonaires ont été peu observés, encore moins étudiés jusqu'à ce jour. Un nouveau travail était à faire sur cette intéressante question. Serons-nous assez heureux pour avoir bien saisi le mode de formation et d'évolution du calcul au sein du parenchyme pulmonaire?

C'est au public médical à nous juger après examen.

OBS. I. — Mme R..., vingt-huit ans, mariée, domiciliée à Bourg-la-Reine, a fait ses couches au printemps passé, dans une maison d'accouchement où elle dit avoir contracté un rhume, par suite de courants d'air auxquels elle a été exposée. Jusqu'à ce moment, cette femme s'était bien portée. Les antécédents héréditaires sont bons. Mme R..., assez bien constituée, paraît être d'un bon tempérament. Depuis trois mois environ, elle est en proie à une toux opiniâtre qui la prive souvent de sommeil. Soumise à mon observation depuis peu de temps, elle a présenté les signes stéthoscopiques suivants :

Matité au sommet des deux poumons en avant, et surtout dans le creux sus-claviculaire. En arrière et en haut, cette matité occupe le tiers supérieur des deux poumons. Obscurité respiratoire dans les points correspondants à la matité. Râles muqueux et craquements humides aux deux tiers inférieurs et postérieurs du poumon droit. Pectoriloquie et souffle amphorique à gauche dans la même étendue.

Il y a deux mois, la malade a senti, dit-elle, une douleur insolite à la hauteur de la clavicule droite. Cette douleur a persisté pendant trois jours et a cessé presque instantanément, après l'expectoration d'une matière compacte, dure, rugueuse, grosse comme un pois chiche, que la malade a rendue le matin à son réveil, après de nombreux efforts qui provoquaient presque des vomissements. Cette matière a été perdue pour la malade, et n'a été soumise à l'examen d'aucun homme de l'art.

Un mois après, la femme R... a de nouveau senti la même douleur, qui lui occasionnait, dit-elle, une sensation indescriptible de déchirement de la poitrine, et, cinq jours après l'apparition de cette douleur, exaspérée encore par de violents efforts de toux qui n'amenaient que des mucosités, la malade a expectoré un nouveau calcul qu'elle a conservé, d'après la recommandation que je lui en avais faite, et qu'elle m'a apporté. C'est celui que j'ai l'honneur d'adresser à la Société.

Comme la première fois, les phénomènes de douleur et de déchirement de la poitrine ont cessé immédiatement après l'expulsion de ce produit hétéroplastique, et la femme R..., sans être guérie, mais se trouvant fort soulagée, a repris ses occupations.

Je l'ai soumise à l'huile de foie de morue, au sirop d'iodure de fer, aux préparations balsamiques, et j'attends, dans l'espoir de voir surgir encore l'étrange phénomène observé déjà deux fois, et qui, selon toute apparence, ne tardera pas à se reproduire.

OBS. II. — N'ayant pas conservé mes notes, je ne puis reproduire

le fait suivant que par souvenirs. Toutefois j'en atteste l'authenticité.

Il y a six ans, j'ai observé un cas pareil dans le service médical de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Ce cas, que l'on considérait alors comme sans analogue dans la science, fut soumis à l'examen de praticiens distingués, qui n'osèrent pas se prononcer sur le mode de formation de ce produit crétacé, le considérant comme quelque chose *d'extraordinaire et d'inobservé* jusqu'à ce jour. Les calculs, au nombre de quatre ou cinq, s'il m'en souvient, furent envoyés à M. le professeur Louis, qui ne se prononça pas non plus, et tout fut dit.

Ce qu'il y eut de plus avantageux dans tout cela, c'est que le malade, considéré comme atteint de pneumophymie, guérit pour quelque temps. Depuis lors je l'ai perdu de vue.

Quoi qu'il en soit, essayons de donner quelques explications de ces faits rares et curieux.

Les auteurs classiques se taisent à peu près à ce sujet. M. Pravaz, dans sa thèse sur la phthisie laryngée (Paris, 1824), cite quelques exemples que MM. Trousseau et Belloc lui ont empruntés. Encore ces auteurs considèrent-ils ce produit comme se développant dans le larynx.

Avant eux, Bonnet et Morgagni se sont occupés aussi des concrétions osseuses ou crétacées qui se forment dans le poumon, et Cullen et Bayle ont émis à cet égard les théories les plus bizarres. Laënnec seul a jeté un véritable jour sur ces produits morbides, en les considérant comme un *mode de transformation de la matière tuberculeuse, et comme un produit des efforts de la nature pour amener la guérison de la phthisie.* Il ajoute: « qu'aucun symptôme grave ne révèle pendant la vie *l'existence des calculs pulmonaires* ». Cette proposition est un peu hasardée à notre avis. La douleur et la sensation de déchirement de la poitrine, la toux opiniâtre, la fièvre et la perte de sommeil, jusqu'à ce que l'économie soit débarrassée de ces matières hétéromorphes, ne sont-ce pas là des symptômes assez graves, confirmés surtout par l'expectoration des concrétions, qui amène comme par enchantement le calme et la cessation de tous ces accidents?

Genèse pneumolithique. — Les calculs pulmonaires se forment dans le poumon au même titre et de la même manière que les tubercules, dont ils ne sont à notre avis qu'une modification. Que voyons-nous, en effet, dans le tubercule naissant? Des granulations grises, dures, transparentes, que quelques pathologistes ont considérées comme une forme particulière de la phthisie pulmonaire, que Bayle a décrite sous le nom de *phthisie granuleuse.*

Ces granulations grises, d'après les mêmes pathologistes, seraient le premier degré du développement des tubercules, et le tubercule jaune ne serait qu'une transformation de la granulation grise. Ces granulations sont de petits corps arrondis, homogènes, luisants à la coupe, résistants à la pression, et variant pour la grosseur entre un grain de millet et un pois.

D'après les recherches de Schrœder et de M. N. Guillot, elles existent sans foyer sanguin rudimentaire, à l'état demi-transparent. Ce n'est qu'à une époque plus avancée de la maladie qu'on voit se former au milieu de ces granulations un point jaune opaque, qui en envahit peu à peu toutes les parties et qui constitue définitivement le tubercule.

M. Carswell soutient que ce point jaune existe d'emblée dans les granulations ou dans l'infiltration grise, ce qui n'est pas prouvé. Quoi qu'il en soit, on remarque constamment dans les granulations grises un mélange de fibres d'une substance hyaline, grisâtre, et des corpuscules propres au tubercule. Dans les poumons, les granulations grises ont paru à quelques auteurs constituées par les aréoles des fibres cellulaires élastiques du tissu pulmonaire, tandis que dans les os on trouve les éléments propres au tubercule entourés par les fibres des cellules osseuses. C'est par l'absence ou la présence des éléments propres aux tubercules qu'on peut juger si l'on a affaire à de simples granulations fibreuses, qui sont très-souvent la trace d'un travail inflammatoire antérieur. Les globules du tubercule sont identiquement les mêmes dans ces deux cas, dans les granulations grises comme dans le tubercule jaune, caséeux; seulement, ils paraissent quelquefois plus petits, parce qu'ils sont juxtaposés et pressés par la substance même qui les entoure.

Caractères micrographiques. — M. Lebert est celui qui a le mieux décrit les caractères anatomiques des tubercules; aussi est-ce à ce savant micrographe que nous allons emprunter quelques détails:

Trois éléments constants contribuent à la formation du tubercule:

1° *Des granules moléculaires* d'un huit centième à un quatre centième de millimètre, et disséminés dans toute la masse tuberculeuse;

2° *Une substance interglobulaire* d'un jaune grisâtre, demi-transparente, qui sert de moyen de cohésion entre les globules et les granules;

3° Enfin *les globules tuberculeux* qui constituent le caractère microscopique essentiel de la production morbide.

Ces globules ont d'un quatre centième à un cent vingtième de millimètre et de contour cartilagineux polyédrique. Ils contiennent une masse plus ou moins transparente et des granules moléculaires au nombre de 4 à 10 et plus, qui n'ont pas l'aspect de nucléoles. La coloration des globules tuberculeux est jaune pâle.

Ainsi, nous voyons le tubercule formé d'une grande quantité de granules moléculaires, arrondis, d'un blanc grisâtre, ou tirant un peu sur le jaune, quelquefois compactes, d'autres fois transparents au centre.

Ces granules entourent les globules du tubercule et en font méconnaître l'existence dans le tubercule jaune, non ramolli, que l'on a pris quelquefois, mais à tort, pour du pus ramolli. Ces granules sont unis ensemble, ainsi que les globules tuberculeux, par une masse hyaline assez consistante, substance intercellulaire qui sert comme de ciment aux éléments du tubercule.

« L'inspection microscopique, dit M. Grisolle, donne la même composition au tubercule et à la granulation grise demi-transparente; l'une et l'autre renfermeraient, en effet, les globules caractéristiques. »

Si la première est demi-transparente, cela provient, d'après M. Lebert, de ce que les globules sont écartés davantage par les fibres pulmonaires intactes qu'on trouve dans ces granulations, et de ce que la substance globulaire y existe en plus grande proportion que dans le tubercule jaune.

Tel était l'état de la question, lorsqu'en 1854 M. Mandl (*Archives de médecine*) soutint, avec toute l'autorité que donnent d'importants travaux, à ce célèbre micrographe que le tubercule n'était qu'un produit amorphe parsemé de molécules graisseuses, produit qui ne contiendrait, selon lui, ni globules ni corpuscules particuliers.

Bayle et Laënnec soutiennent et affirment sans preuves suffisantes que les granulations et les tubercules s'accroissent par intussusception. Nous verrons bientôt qu'ils ne peuvent s'accroître que par agrégation de molécules, à la manière des corps inorganiques.

Nous ne nous arrêterons pas ici sur les désordres qu'occasionnent les tubercules dans les tissus où ils se développent. Le seul point où nous voulons insister, c'est sur leur changement d'aspect et de nature. Souvent le tubercule, en effet, se ramollit et s'évacue au dehors; d'autres fois, *il se dessèche et subit la transformation crétacée.*

Métapoïèse calculeuse du poumon. — Les *concrétions crétacées ou calcaires* du poumon sont des produits hétéroplastiques de nouvelle formation, organisés ou non, qui se rencontrent au sein des tissus, et qui généralement sont le résultat d'une inflammation aiguë ou chronique. Au point de vue chimique, elles sont constituées par des carbonates et des phosphates calcaires, qui se déposent à l'intérieur des organes, sous l'influence d'un mécanisme dont nous allons essayer de rendre compte.

Le sang, *cette chair coulante*, selon la belle expression de Bordeu, contient tous les principes de transformation des tissus, *éléments anatomiques* en suspension, formés d'hématies, de leucocytes, et *plasma*. Chez l'homme, le sang est un mélange de parties solides et liquides, les unes en dissolution, les autres ayant de la tendance à changer d'état. Les *hématies* (Gruithuisen), ou globules rouges, sont des corps ronds, ressemblant à des lentilles biconcaves déprimées à leur centre et à bords relevés, constituées par un cyste et de la globuline, substance semi-liquide se dissolvant dans l'eau, résistant à la chaleur; c'est un corps azoté qui porte avec lui la matière colorante du sang ou hématosine.

Hématologie. — La disposition de cette globuline dans le cyste est uniforme et n'y forme pas de noyau.

Les globules contiennent 87 pour 100 de globuline, 12 pour 100 d'hématosine et 1 pour 100 de sels et de corps gras.

L'hématosine, séparée de la globuline, contient 6,64 p. 100 de fer, 11 p. 100 d'oxygène, 5 p. 100 d'hydrogène, 65 p. 100 de carbone et 13 p. 100 d'azote.

Les globules rouges prennent toutes les formes possibles. Ils peuvent s'étirer, s'allonger, sans se rompre jamais.

Les *leucocytes* ou globules blancs sont des éléments hémorganiques à forme arrondie, sans noyau, et contiennent une foule de granulations très-fines. Leur surface est inégale, visqueuse; ils adhèrent aux parois des vaisseaux, et ont deux sortes de circulation: une circulation centrale et une circulation périphérique. Cette dernière est due à la lutte des globules blancs et des rouges.

Les *globulines*, qui ne sont qu'une variété de leucocytes, sont des noyaux libres, irréguliers, d'une consistance plus solide que celle des globules rouges, formés d'une substance azotée, sans cyste et indépendants les uns des autres.

Les leucocytes ont été considérés par tous les micrographes comme formant les globules de la lymphe, du chyle et du sang, ainsi que les cellules de mucus et de pus. Ils peuvent être un produit d'inflammation ou d'exsudation, et ils forment alors ce que l'on appelle les *globules granuleux ou exsudatoires.* On les trouve quelquefois remplis de granulations graisseuses, et ils peuvent par hypertrophie acquérir un diamètre de quinze à vingt millièmes de millimètre. On les trouve surtout dans les tissus enflammés, au voisinage des épanchements sanguins et des foyers apoplectiques.

Quant au *plasma* (liquor sanguinis), c'est l'élément liquide du sang où sont tenus en suspension les éléments anatomiques dont nous venons de parler. La liqueur plastique du sang alimentant l'organisme ne provient pas de la décomposition des globules, comme on l'a dit à tort, mais bien du plasma lui-même. Les globules sont l'élément dynamique du sang; ce sont eux qui donnent aux organes le ton vital; le plasma, au contraire, est un liquide essentiellement formateur des tissus.

L'altération des globules s'observe sous l'influence de certaines maladies; pendant certaines fièvres, dans certaines affections à forme typhique grave; dans l'agonie qui n'est qu'une lutte impuissante de la vie contre la mort, il y a toujours altération des globules sanguins. Ceux-ci sont ratatinés, n'ont plus de globuline, et ils ne présentent qu'une masse non homogène, granuleuse, quelque chose qui rappelle le globule blanc. On dirait que dans ces cas les forces de l'économie ne sont plus suffisantes pour amener l'évolution des globules blancs en globules rouges.

Le sang étant l'élément formateur des solides et des fluides de l'économie, doit avoir une composition essentiellement complexe renfermant tous les éléments qui en sortent pour constituer des produits physiologiques ou pathologiques d'une diversité et d'une variété infinies. Aussi, pour ne parler ici que des sels qu'il renferme, voyons-nous tous les sels à base de soude, de chaux, de potasse et de magnésie, y être contenus dans des proportions vraiment effrayantes pour l'imagination. De tous ces sels, le plus important, à notre avis, est le carbonate de soude. C'est lui, en effet, qui donne au sang son alcalinité; c'est lui qui contribue au phénomène de l'hématose par la fixation de l'oxygène, et à la décomposition des substances d'origine végétale qu'on y introduit. C'est lui encore qui concourt au maintien et à la fermeté des globules, condition indispensable de la vivification du sang par l'acte respiratoire.

(La fin à un prochain numéro).

PATHOLOGIE DE LA SCIATIQUE,

Par M. Inman.

L'auteur ne propose pas une théorie nouvelle; il énumère simplement quelques résultats de l'observation clinique qui peuvent éclairer l'étiologie de certaines formes de sciatique.

Il remarque d'abord que les malades, quand on les interroge sur le siége précis de leurs douleurs, les rapportent à des masses musculaires, aux fessiers, au biceps crural, au tenseur du fascia lata, à l'origine des gastrocnémiens.

Secondement, la sciatique affecte surtout les sujets dont la goutte, la dyspepsie, ou l'exposition à de fréquentes vicissitudes atmosphériques, ont rendu le système musculaire particulièrement débilité et impressionnable.

Les douleurs se sont souvent déclarées pour la première fois à l'occasion d'un effort; et toujours le mouvement les réveille aussi sûrement que le repos les calme.

Quand un homme sain comprime son nerf sciatique, il ne sent l'engourdissement des parties desservies par ce nerf se produire qu'après que la compression a cessé. Donc si la sciatique était une lésion du nerf ou du névrilème, il ne devrait jamais y avoir d'engourdissement tant que la maladie subsiste.

Enfin il est rare que, dans les sciatiques graves et prolongées, les muscles ne subissent pas une atrophie plus ou moins notable.

De ces faits, M. Inman conclut seulement que beaucoup de douleurs sciatiques proviennent de la contraction de muscles affaiblis; que la débilité et l'atrophie musculaire sont alors la cause, non l'effet des souffrances; enfin que le repos, les émollients, l'emploi local et général des toniques, sont dans ces cas le meilleur remède; mais que, en présence d'une lésion qui fréquemment provient d'un trouble de toute la constitution, il ne faut pas s'attendre à des résultats thérapeutiques prompts et décisifs. (*The British med. journ.* et *Gaz. méd. de Lyon.*)

SUR LE TRAITEMENT DE L'ILÉUS.

Le docteur James Martin (de Portlaw), assure qu'une longue expérience lui a appris que l'opium est le meilleur moyen pour combattre l'iléus.

Aussitôt, dit-il, que je suis appelé pour un cas d'iléus, j'injecte une forte dose de térébenthine dans l'intestin, ensuite je donne un grain d'opium toutes les trois heures et fais recouvrir le ventre de fomentations chaudes. Deux fois par jour on administre un lavement d'eau simple, de bouillon ou de lait. Lorsqu'il y a des vomissements, je donne, en même temps que les pilules d'opium, une ou deux gouttes d'acide hydrocyanique (médicinal, sans doute?).

Les bons résultats que j'ai obtenus de ce traitement me font supposer qu'en général l'obstruction est primitivement déterminée par le processus inflammatoire du tissu musculaire des intestins, occasionné soit par le froid, soit par quelque matière irritante, et que l'opium est le meilleur moyen pour calmer et détruire cette inflammation.

Je dois faire observer que je n'ai jamais obtenu de bons effets de l'administration du calomel. Il faut, dans ce traitement, prendre trois précautions:

1° De donner l'opium de telle façon qu'il ne produise pas de narcotisme;

2° De l'administrer dès le début du mal, afin qu'il ne se développe pas de tympanite;

3° De n'accorder pendant son emploi que très-peu de nourriture. — Dr D... (*Geneesk. Cour. der Nederl.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 janvier 1862. — Présidence de M. Duhamel.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un correspondant étranger pour la section de minéralogie et de géologie.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 52,

M. Lyell obtient 49 suffrages, MM. Dechen et Domeyko chacun 1.

M. Lyell ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

Mode de production de la membrane blastodermique. — M. Ch.

ROBIN lit un mémoire dont le but est de mettre en relief l'importance d'un ordre de faits restés jusqu'alors inconnus, et relatifs au mode de production de la membrane blastodermique. L'interprétation de ces faits nouveaux est fondée sur la connaissance du mode réel de naissance des globules polaires par gemmation de la substance du vitellus, qui a été l'objet de la dernière communication de l'auteur.

De la comparaison des faits exposés dans ce travail, il résulte que les premiers éléments, appelés *cellules embryonnaires*, ne naissent pas chez tous les animaux par la segmentation du vitellus; qu'il en est chez lesquels cette segmentation n'ayant pas lieu, c'est par gemmation d'une portion de la subtance vitelline que se produisent ces éléments.

Ainsi, la production des cellules animales par gemmation n'est pas un phénomène exceptionnel, un mode de génération de ces éléments restreint à quelques circonstances spéciales. Les observations contenues dans ce mémoire prouvent qu'il est, chez les animaux, plus général qu'on ne le pensait; il acquiert, en effet, chez certains d'entre eux, une importance égale à celle de la segmentation du vitellus, phénomène dont la découverte eut un retentissement si légitime, alors que MM. Prévost et Dumas le firent connaître les premiers en 1824.

M. RAYER présente, au nom de M. Aug. Vinson, un deuxième *Mémoire sur l'ulcère de Mozambique*.

(Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Serres, Rayer, J. Cloquet.)

M. ED. MARX présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie son livre *sur les accidents fébriles à forme intermittente qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre*.

MM. CH. ROBIN et **MAGITOT** envoient dans le même but un mémoire imprimé *sur la genèse et le développement des follicules dentaires chez les mammifères*.

Analyse des gaz de l'emphysème général traumatique. — MM. DE MARQUAY et CH. LECONTE. Dans un mémoire présenté à l'Académie en 1859, nous avons démontré par des expériences nombreuses, disent les auteurs, que l'air injecté dans le tissu cellulaire ou le péritoine des lapins perdait rapidement sa composition; qu'une grande partie de son oxygène était absorbée, tandis que l'acide carbonique apparaissait dans le mélange, mais jamais en quantité suffisante pour remplacer l'oxygène absorbé; qu'enfin l'azote augmentait relativement d'une manière très-notable et dominait toujours pendant toute la durée de l'absorption du mélange, qui du reste était très-lente.

Nos expériences permettaient bien de prévoir jusqu'à un certain point ce que devenait l'air dans l'emphysème, mais elles pouvaient laisser quelques doutes dans l'esprit des savants qui pensent encore que les phénomènes physiologiques ne sont pas identiques chez l'homme et les animaux supérieurs. Nous venons aujourd'hui compléter l'histoire physiologique de l'emphysème traumatique de l'homme, en communiquant à l'Académie une série d'analyses de gaz retirés du tissu cellulaire d'un homme chez lequel un emphysème très-intense se développa à la suite d'une fracture de côte. Ce malade, qui est encore à la Maison municipale de santé, est en bonne voie de guérison.

Le gaz était recueilli à l'aide d'un trocart explorateur très-fin, fixé à une vessie de caoutchouc dans laquelle on faisait exactement le vide. L'analyse était faite immédiatement sur le mercure; l'acide carbonique était absorbé par la potasse, l'oxygène par la solution alcaline d'acide pyrogallique. Le gaz non absorbé était considéré comme de l'azote. Nous nous sommes assurés, du reste, qu'il ne renfermait pas de gaz combustibles.

Composition de 100 volumes de gaz.

Jours de l'accident.	Oxygène.	Acide carbonique.	Azote.
4e	2,54	6,35	91,11
5e	5,08	4,66	90,26
6e	6,60	4,24	90,16
7e	6,07	3,73	90,20
9e	9,39	1,40	89,21
11e	11,11	0,00	88,89
...	.....	....	.....

D'après ces expériences, on voit que dans l'emphysème de l'homme l'air atmosphérique se modifie exactement de la même manière que dans nos expériences sur les animaux. Il y a d'abord absorption d'oxygène, exhalation d'acide carbonique qui semble indépendante de l'oxygène disparu. L'azote forme à lui seul les neuf dixièmes du mélange; puis, pendant la résorption du mélange, l'oxygène augmente, et l'acide carbonique disparaît.

Si l'on fait abstraction de l'azote, on voit que l'oxygène et l'acide carbonique des gaz de l'emphysème se rapprochent beaucoup des rapports de ces gaz extraits du sang à l'aide du procédé imaginé par M. Claude Bernard, procédé qui, à raison de l'emploi de l'oxyde de carbone, s'oppose à la transformation ultérieure de l'oxygène en acide carbonique.

Nos nombres s'éloignent au contraire très-notablement de ceux obtenus par Magnus pour les gaz du sang; mais il faut remarquer que dans le procédé de Magnus une partie de l'oxygène se transformait pendant l'expérience en acide carbonique, qui domine toujours de 2 à 5 fois l'oxygène, même dans les gaz du sang artériel.

Ostéologie comparée des articulations du coude et du genou. — M. CH. MARTINS, dans une lettre adressée à M. Flourens, établit par de nouvelles observations d'ostéologie comparée des articulations du coude et du genou dans la série des mammifères, des oiseaux et des reptiles, l'homologie de ces deux articulations.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 21 janvier 1862, M. Bruch, professeur suppléant pour les chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'Ecole préparatoire d'Alger, est nommé professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Guindrecourt, décédé.

M. Bruch continuera à remplir les fonctions de chef des travaux anatomiques.

M. Commaille, pharmacien de première classe, est nommé professeur suppléant pour les chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle, à l'Ecole préparatoire d'Alger, en remplacement de M. Bruch.

M. Gintrac, directeur et professeur de clinique interne à l'Ecole préparatoire de Bordeaux, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1861-1862, par M. Henri Gintrac, professeur adjoint de clinique interne à ladite Ecole.

M. Levieux, docteur en médecine, est chargé, à titre de suppléant hors cadre, de la seconde partie du cours de clinique interne à l'Ecole préparatoire de Bordeaux.

M. de Schacken, docteur en médecine et chef de clinique à l'Ecole préparatoire de Nancy, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite Ecole, en remplacement de M. Parisot, démissionnaire.

M. Décès, docteur en médecine, ancien professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de Reims, est nommé professeur honoraire de ladite Ecole.

— Dimanche dernier 26 janvier, a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine la réunion générale de l'Association des médecins du département de la Seine.

M. Orfila, secrétaire général, a exposé dans un rapport souvent interrompu par les applaudissements de l'assemblée, les travaux de la commission générale; il a rappelé le nom des bienfaiteurs de l'Association, et indiqué son état financier. Il résulte du dernier rapport du comité des fonds, que l'avoir consiste en un capital produisant près de 10,000 francs de rentes, sans compter la fondation Moulin, consistant en une bourse fondée au collége Saint-Louis pour le fils d'un médecin.

Après le tirage au sort des membres de la commission générale, on a procédé à la nomination du bureau.

Ont été nommés :

Président, M. le baron P. Dubois; *vice-présidents*, MM. Barth et Monneret; *vice-président honoraire*, M. Adelon.

— L'administration des hôpitaux de Paris vient de perdre un de ses membres les plus distingués et les plus honorés, dans la personne de M. Partout, directeur de l'hospice de la Salpêtrière. Les obsèques de ce regrettable fonctionnaire ont eu lieu mercredi dernier, au milieu d'un nombreux concours d'administrateurs, de médecins et d'amis. M. Husson, directeur de l'Assistance publique, M. Trélat, médecin de la Salpêtrière, et M. Battel, ancien administrateur de l'hospice, ont rappelé sur la tombe de cet homme de bien tous les témoignages de l'estime et de la considération qu'il s'était acquises pendant plus de trente années, consacrées avec le plus entier dévouement au service des pauvres.

— Sur un rapport favorable du Conseil de santé des armées et par une décision en date du 22 janvier 1862, le ministre de la guerre vient d'adopter, pour les principales bibliothèques du service des hôpitaux militaires, le *Traité théorique et pratique des maladies des yeux* de M. le docteur Deval.

— L'Académie royale de médecine de Belgique a mis au concours pour les années 1862 à 1864 les questions suivantes :

Première question. — « Démontrer par l'examen critique des travaux existants et par de nouvelles recherches, la formation des globules du sang. »

Prix : une médaille de 1500 fr. — Clôture du concours, 15 juin 1864.

Deuxième question. — De l'opium dans la pratique obstétricale, en se basant sur des faits cliniques et en envisageant la question au point de vue de la grossesse, de l'avortement, de l'accouchement à terme, de la délivrance, des couches, etc. »

Prix : une médaille de 600 fr. — Clôture du concours, 15 juin 1863.

Troisième question, — « Faire l'histoire chimique de la digitaline, en établir nettement par de nouvelles expériences les caractères distinctifs et la composition. Exposer un procédé simple et facile pour son extraction. Le procédé doit être de nature à donner un produit constant et défini. Un échantillon du produit devra être fourni à l'appui du mémoire. »

Prix : une médaille de 500 fr. — Clôture du concours, 20 octobre 1862.

Quatrième et cinquième question. — Deux prix d'encouragement, de 300 fr. chacun, seront décernés aux auteurs des deux mémoires manuscrits sur la médecine pratique ou la thérapeutique appliquée que l'Académie aura reçus avant le 15 juin 1863, et qu'elle aura d'ailleurs jugés dignes d'obtenir ces récompenses. Les médecins belges de naissance ou par naturalisation sont seuls admis à concourir pour ces prix.

Sixième question. — Un prix de 500 fr. sera décerné au médecin qui aura transmis, avant le 15 juin 1863, un travail inédit réellement utile pour élucider les causes ou améliorer le traitement des maladies auxquelles des ouvriers travaillant dans l'intérieur des houillères de notre pays sont particulièrement exposés.

Ce prix est créé au nom de la Commission administrative des caisses de prévoyance des ouvriers mineurs des bassins de Mons et de Charleroi.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Pihan-Dufeillay, né à Nantes (Loire-Inférieure); *Etude sur la mort subite dans l'enfance, causée par les troubles du système nerveux.*

Esmenard, né à Villeneuve-sur-Yonne (Yonne); *Considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les ongles, et de l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle.*

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 JANVIER 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur l'hygiène des hôpitaux, que l'on espérait voir reprendre et se terminer dans cette séance, a été encore ajournée pour des rapports officiels. M. Tardieu, au nom de la commission permanente des eaux minérales, a présenté le rapport général sur le service médical des eaux minérales de la France pendant l'exercice 1859. La commission des eaux minérales, comme les commissions de vaccine et des épidémies, a eu à signaler à l'Académie de nombreuses abstentions de la part de ses correspondants officiels, et à exprimer le regret qu'un service dont la médecine aurait à retirer de si précieux avantages, fût aussi généralement négligé ou imparfaitement rempli.

Nous avons cru devoir reproduire le préambule du rapport de M. Tardieu, et nous faire ici l'écho des justes doléances qui y sont exprimées, dans l'espoir de contribuer, autant qu'il est en notre pouvoir, à stimuler le zèle des médecins inspecteurs, et à assurer pour l'avenir une plus abondante moisson de documents scientifiques sur cette importante branche de la thérapeutique.

M. Boudet a lu ensuite au nom de la commission des remèdes secrets un rapport favorable sur un travail de chimie appliquée à la thérapeutique, qui paraît considérable, et auquel tous les membres de la commission nous ont semblé avoir attaché de l'importance. Néanmoins l'Académie, qui était hier en veine de sévérité, paraît-il, après une discussion très-longue et très-orageuse, et sur l'opposition plus énergique, bien fondée à notre avis, de quelques membres, a rejeté les conclusions du rapport. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Ph. RICORD (1).

Leçons sur la transmission de la syphilis par la vaccine.

(Recueillies par M. le docteur DENEFFE.)

(DEUXIÈME LEÇON.)

Je vous ai montré dans la précédente leçon le point de départ de ma doctrine, je vous ai dit où mes recherches m'avaient conduit. Toutes les fois que j'ai voulu inoculer des accidents secondaires, j'ai toujours échoué dans mes tentatives, quelque multipliées qu'elles aient été. Mais, objecte-t-on, vous n'avez expérimenté que sur des individus déjà contaminés. Je vous ai dit les réserves que j'avais cru devoir m'imposer ; tout le monde cependant n'a pas imité ma prudence, et sous mes propres yeux des élèves indemnes de toute vérole se sont inoculé des accidents secondaires. Le résultat de ces inoculations a toujours été négatif. On m'a accusé de n'avoir pas suivi avec assez de persistance et de soins les personnes qui s'étaient soumises à ces expériences ; je proteste avec force contre ces allégations : je n'ai pas perdu de vue les personnes qui s'étaient inoculées ; pendant plusieurs mois je les ai vues chaque jour à ma clinique, et je déclare qu'aucun accident ne s'est manifesté chez elles. Non-seulement mes élèves, mais M. Cullerier lui-même, s'est inoculé le pus de l'ecthyma syphilitique ; le résultat est resté nul aussi bien chez mon savant collègue que chez les étudiants dont je viens de parler. L'accusera-t-on de ne pas s'être observé lui-même assez longtemps ? Chose étrange ! parmi les inoculateurs d'accidents secondaires, ceux qui croient fermement réussissent toujours, ceux qui doutent ne réussissent jamais ! Faudrait-il donc avoir la foi pour donner la vérole ?

J'ai toujours été étonné de voir la contradiction qui régnait dans les idées des partisans de l'inoculation secondaire. Je trouve parmi eux des hommes acceptant mes principes, je dirai presque avec exagération ; ils croient d'une façon inébranlable que l'individu déjà syphilisé ne peut plus être atteint de vérole. Et pourtant cette phalange accepte comme vraies les inoculations d'accidents secondaires que Wallace prétend avoir exécutées avec succès sur des individus en puissance de vérole au moment de l'expérimentation ! Vous savez que pendant les dernières discussions qui se sont élevées sur la contagion des accidents secondaires, on a fait à Paris quelques expériences à ce sujet. J'ai vu les résultats de ces inoculations : j'ai bien vu que l'on avait obtenu de magnifiques chancres indurés avec leur rayonnement complet ; mais ce que je n'ai pas vu, c'est la source à laquelle on a puisé le pus de l'inoculation.

J'ai demandé à quels accidents on l'avait emprunté ; il m'a été répondu qu'on l'avait recueilli sur des plaques muqueuses. Mais il faut distinguer deux espèces de plaques muqueuses : la primitive et la secondaire. Or la primitive c'est celle que vous voyez sur la malade de M. Trousseau, c'est la doublure de l'accident primitif dont elle n'est qu'une transformation, et celle-là présente un caractère que l'autre n'a pas, c'est le rayonnement ganglionnaire. Or cette différence a-t-elle toujours été faite dans tous les cas cités comme le résultat d'une contagion secondaire ? Non, car les partisans de cette doctrine avouent eux-mêmes qu'il n'est pas toujours possible de distinguer la plaque muqueuse primitive de la secondaire. Après avoir bien longtemps fait la guerre à l'opinion qui accepte l'inoculation secondaire, après avoir bien longtemps lutté loyalement contre elle, je viens aujourd'hui faire cette profession de foi : Pour moi, l'accident primitif reste la source constante, essentielle, de la contagion ; comme infime exception à cette grande loi, il paraît que l'accident secondaire peut aussi se transmettre ; des faits semblent le démontrer ; mais jusqu'à ce jour la plaque muqueuse seule a été inoculée ; or la plaque muqueuse est par sa nature et sa précocité l'accident le plus voisin du chancre. Elle est, en effet, une des premières manifestations de la syphilis, et nous savons en outre que le chancre peut se transformer sur place en plaques muqueuses.

Quelques personnes vont plus loin, et semblent croire que non-seulement tous les accidents syphilitiques, mais même le sang des vérolés est contagieux. Tout est possible, a dit un grand homme ; mais sortons du champ des possibilités pour entrer dans celui des certitudes. Si l'on admet que le sang des syphilitiques peut donner la vérole, nous reculons jusqu'au quinzième siècle ; alors je ne vois plus de raison pour ne pas croire aussi que l'on peut en être frappé rien que pour avoir serré la main, rien que pour avoir respiré l'haleine d'une personne atteinte de cette maladie. Pendant trente ans, j'ai fait toutes les opérations chirurgicales possibles sur des individus atteints de syphilis, pendant trente ans j'ai rencontré chez eux des plaies de toute nature ; jamais, je le déclare, je ne les ai vus subir l'influence de la diathèse.

On a fait des expériences pour démontrer la contagiosité du sang : M. Waller fit des scarifications sur la cuisse d'un malade, et pansa cette plaie avec de la charpie imbibée du sang d'un syphilitique. Au bout de quelques jours, on vit apparaître des tubercules sur la plaie en voie de cicatrisation, et l'on proclama que le sang des syphilitiques était contagieux. Mais, chose bien remarquable, en ce moment même il se produisait sur l'épaule du malade un tubercule tout semblable à celui de la cuisse ; le sang syphilitique n'avait pourtant pas été porté en ce point ; ce ne pouvait être non plus le résultat d'une infection générale, car le temps qui s'était écoulé entre l'inoculation de la cuisse et l'apparition du tubercule n'était pas suffisant pour l'incubation syphilitique. Mon excellent ami le docteur Diday, de Lyon, à une époque où la distinction des chancres en infectants et non-infectants n'avait pas encore été faite d'une manière très-exacte, s'occupait de la prophylaxie de l'infection, et dans ce but inoculait le sang de sujets syphilitiques à toutes les personnes atteintes de chancre. Or qu'est-il arrivé ? c'est que sur une longue série d'individus soumis à ces expériences, un seul fut frappé d'accidents syphilitiques, et celui-là présentait un chancre induré ; quant à ceux qui étaient atteints de chancres mous, ils restèrent indemnes de toute vérole malgré l'inoculation d'un sang syphilitique. A trois reprises différentes un confrère d'Albi s'inocula le sang d'un sujet syphilisé ; les résultats furent nuls. On dira peut-être qu'il est des personnes réfractaires à certains virus ; on dira : N'a pas la vérole qui veut ; ne vous fiez pas à cette maxime, car je suis sûr que, si le confrère d'Albi se fût inoculé un chancre induré, il eût été moins heureux. Vous voyez donc que jusqu'à cette heure les inoculations de sang syphilitique sont restées sans résultat, et que les prétendues réussites sont entachées d'erreur.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

ENCORE UNE LETTRE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SUR L'INSALUBRITÉ DES HOPITAUX.

Eh ! mon ami, tire-moi du danger,
Tu feras après ta harangue.

LA FONTAINE, *l'Enfant et le Maître d'école.*

Quand l'usage des luzernes, des trèfles et des autres fourrages dits artificiels a donné le sang de rate et les maladies charbonneuses à mon troupeau, le berger conduit nos bêtes dans les prairies naturelles, et au bout de quelque temps la mortalité a cessé.

Il ne m'est jamais arrivé, connaissant ce fait, d'assembler le conseil de mon village pour en discourir ; il me suffit de savoir que ce moyen est infaillible, que tout autre échouerait peut-être, et je m'en tiens là simplement.

Je ne comprends donc pas bien à quoi tend tout ce qui se dit en ce moment dans le sein de l'Académie impériale de médecine et ailleurs, touchant l'insalubrité nosocomiale et la recherche scientifique des moyens d'y remédier.

Loin de mépriser la science comme Cicéron le fit en vieillissant, ainsi que l'affirme Valère-Maxime : « *Ciceronem refert Valerius litteras contempsisse* », je la respecte, et suis rempli pour elle d'un si ardent amour, que je ne veux pas être indiscret à son égard en lui demandant plus ou autrement qu'elle ne peut donner ; elle nous comble chaque jour de tant et de si grands bienfaits, que je crains d'abuser de ses bontés comme je craindrais d'abuser de celles d'un bienfaiteur.

Je viens conjurer l'Académie de ne pas la ravaler à des services douteux, de ne pas l'abaisser à des explications de hasard ; je prends la liberté de lui faire observer que la science, *c'est ce que l'on sait* et non ce sur quoi l'on est en doute ; elle n'a pas différents degrés, elle est ou n'est pas. Zénon peignait du geste la partition des facultés de l'âme : la main étendue, c'était *apparence* ; la main à demi close et les doigts un peu fléchis, *consentement* ; le poing fermé, *compréhension* ; quand de la main gauche il venait encore fermer ce poing plus étroitement, *science*.

Or pourquoi mêler la science à l'insalubrité des hôpitaux ? En sait-on le premier mot, et chaque phrase ne mène-t-elle pas à de nouvelles erreurs ? Qu'est-ce que la cause, qu'est-ce que le miasme, comment se forme-t-il, d'où vient-il ? Quels rapports y a-t-il entre un volume d'air et un principe de destruction quelconque ? Quel rôle y jouent la lumière, le calorique, l'électricité, etc. ? J'affirme que ni moi ni personne n'y connaissons rien... Oui, j'ose dire ni moi ni personne !

Je viens prier messieurs les anatomistes, les physiciens, les chimistes, les microscopistes, individuellement ou tous réunis, cela m'est égal, de vouloir bien me faire voir la petite bête du choléra-morbus, de la peste, de la fièvre jaune, de la variole, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine ou de toute autre à leur gré ; de me montrer, de loin ou de près, les causes de l'extinction nosocomiale, etc. Personne ne répond ? Je passe outre.

Et je viens inviter tout le monde médical, en rendant hommage aux travaux de M. Lefort sur les hôpitaux d'Angleterre, que j'ai visités comme lui, à n'en tirer aucune conclusion pratique.

Je conjure aussi ceux qui raisonnent peu et voient bien, de tenir légèrement compte du discours que M. Davenne, ex-directeur de l'Assistance publique, prononça dans le sein de l'Académie ; cet honorable membre déclare, avec l'accent de la vérité, qu'il peut y avoir des salles d'hôpital en apparence insalubres, où on meurt moins que dans les modernes pavillons isolés : cela ne fait encore qu'embrouiller la question.

Dans la complète obscurité où l'on se trouve sur les causes, il faut s'en tenir à la déclaration sincère de M. Malgaigne. « Ce que je sais, dit-il, c'est que l'on meurt beaucoup et en quelques circonstances toujours, dans les hôpitaux actuels ; les travaux statistiques sont unanimes à ce sujet. »

Pourquoi discourir *plus longtemps sur l'inconnu le plus éloigné* ; ne sommes-nous donc plus des hommes judicieux, discernant et sachant à l'occasion mettre à profit les secrets de la nature, de la science, de l'art, de la fortune ou de l'expérience ? *N'oublions jamais que ce que nous savons n'est qu'une faible partie de ce que nous ne savons pas.*

A mon sens il y a témérité de vouloir ici doser l'air, la lumière, l'espace, puisque nous ignorons absolument les rapports qu'il y a entre un sujet donné et sa propriété de vicier dans certains cas une atmosphère quelconque.

La solution de ce problème nous est *scientifiquement* aussi difficile que de comprendre :

1° Le sens qui guide le retour d'un pigeon ayant voyagé au loin dans une boîte ;

2° La délicatesse du flair des chiens ;

3° La durée du temps ;

4° La propriété du pollen d'aller trouver une plante femelle à d'énormes distances ;

5° La nature de l'odeur du musc, qui peut se faire sentir indéfini-

Mais, pour la vaccine, en sera-t-il de même ? Peut-elle subir l'influence de la diathèse syphilitique et transmettre cette affection à des individus qui jusque-là en étaient tout à fait indemnes ? Telle est la question soulevée par le fait qui nous amène devant vous. Le cas de cette jeune femme est-il entouré de garanties suffisantes pour prouver la possibilité de la transmission de la syphilis par le vaccin ? Assurément non. Un jeune enfant de cet hôpital est porté à l'Académie pour y être vacciné ; les pustules se développent régulièrement : le pus sert à vacciner quatre autres enfants chez lesquels tout se passe normalement. Ce même vaccin est inoculé à la jeune fille ; aucune pustule n'apparaît, car elle avait été déjà vaccinée. Elle quitte l'hôpital pendant un mois ; on cesse de la voir. Un beau jour elle revient ; deux des six piqûres qui avaient été faites aux bras présentent un chancre induré. Et vous dites : C'est le fait du vaccin ! Mais cette femme, qui est mariée, n'a-t-elle donc pu contracter la vérole hors de l'hôpital, et la contracter par le bras ? Y aurait-il là quelque chose d'extraordinaire ?

Il y a quelque temps un avocat vint me montrer une tumeur cartilagineuse qui s'était développée à la paupière inférieure, près du grand angle de l'œil. Les ganglions voisins étaient engorgés et une roséole couvrait son corps ; je me bornai à lui dire : Vous vous êtes mis le doigt dans l'œil et vous avez la vérole. Il me raconta alors que se trouvant en société charmante, paraît-il, il avait laissé sa main s'égarer ; puis, quelques instants après, il s'était gratté l'œil qui le démangeait vivement, et voilà comment cet honorable avocat avait attrapé un chancre à l'œil.

Je vis un jour avec Marjolin et Chomel un prince russe qui portait sur le prépuce un chancre induré ; il me déclara qu'il n'avait pas vu de femmes, et je pouvais croire en sa parole. En vain chercha-t-on l'origine de cet accident, elle resta mystérieuse. Je suis du reste bien surpris que des faits de cette nature n'arrivent pas plus souvent ; songez, en effet, à ce qui se passe communément : un individu atteint de chancre s'arrête dans une de ces petites tourelles du boulevard, il y satisfait un besoin pressant, puis il remet autour de sa verge le pansement dérangé et continue son chemin, les doigts maculés peut-être par le virus contagieux. A quelques pas de là il rencontre un ami ; on s'arrête ; on se serre la main en se voyant, en se séparant, et le pus chancreux a pu passer des doigts de l'un à la main de l'autre. Qui dira ce que ce liquide va devenir ? ne peut-il être porté sur les yeux, la bouche, le nez, la verge même, et y produire ses effets ?

Ces faits vous prouvent que la contagion peut s'effectuer en dehors des relations sexuelles.

Les épidémies de syphilis produites par la vaccination ne me semblent pas revêtues de caractères plus authentiques que le fait dont nous vous entretenons. Voyez celle de Cerioli en 1827 : une petite fille de trois mois trouvée sur la voie publique fut vaccinée, et ses pustules servirent à inoculer tous les enfants d'une même commune. La petite fille était saine ; la vaccination fut régulière dans ses effets, aucune manifestation syphilitique ne se présenta chez elle dans la suite. Parmi les enfants qui avaient pris le vaccin à cette source si pure, les uns restèrent indemnes de toute vérole et les autres furent atteints. Et l'on songe à accuser le vaccin !

On s'est posé avec raison cette question : si la vaccine donne la vérole, quel est le principe contagieux en elle ; est-ce le sang, est-ce le pus ?

M. Diday, mon savant ami, a publié une superbe argumentation contre la contagiosité du sang syphilitique, et des confrères non moins distingués se sont élevés avec une égale force contre l'idée de la transmission de la syphilis par le pus vaccinal. Le résultat de ces efforts en sens contraire, c'est 0, et cette doctrine que l'on détruit ainsi pièce à pièce me remet toujours en mémoire la lutte acharnée de ces deux chiens qui se déchirent et se dévorent jusqu'à ce qu'il ne reste sur le champ de bataille que les queues des champions.

Dans notre art, où tout est action et réaction, nous sommes à chaque instant témoins des faits les plus inattendus, et juste au moment où l'on accuse cette pauvre vaccine de donner la vérole à l'humanité, voilà qu'un monsieur s'avise de guérir la syphilis par la vaccine. Dernièrement l'inventeur de cette nouvelle méthode m'a remis un mémoire sur ce sujet ; nous devons cette découverte à un inspecteur des eaux et forêts de l'empire russe. A ce que m'assure mon neveu, la chose a été prise très au sérieux en Russie ; plusieurs médecins auraient fait des expériences très-concluantes, et nous devons nous attendre à voir bientôt paraître de volumineux mémoires sur la guérison de la syphilis par le vaccin.

L'histoire de Cerioli n'est pas la seule qui ait été publiée sur la transmission de la vérole par la vaccine. Récemment on a signalé une autre épidémie arrivée à Rivolta ; son récit ne m'a pas moins révolté que celui de Cerioli.

Du vaccin conservé dans des tubes avait été inoculé à un enfant ; les pustules qui se développèrent sur lui servirent à l'inoculation d'une série d'autres enfants ; le pus de l'un de ceux-ci servit à vacciner une autre série. Des accidents syphilitiques éclatèrent chez un certain nombre des sujets vaccinés, et la cause restant inconnue, on songea au vaccin, on l'accusa d'être la source du mal. De deux choses l'une : ou c'était le vaccin qui était syphilitique, ou c'était le premier enfant qui le reçut et le transmit à tous les autres. Or il est établi par le rapport du docteur Albertetti que Chiabrera, le premier vaccinifère, était parfaitement indemne de toute syphilis, ainsi que ses parents ; comment donc aurait-il transmis une affection dont il n'était pas atteint ?

Si c'est le vaccin qui a été la source de l'infection, comment alors Chiabrera n'a-t-il pas été infecté ? Cet argument, du reste, n'est pas soutenable, car le liquide des tubes n'aurait pu lui transmettre qu'une syphilis constitutionnelle, et celle-ci ne pouvait être en activité à l'époque indiquée par le rapport.

Nous croyons avec Albertetti qu'il y a dans les faits de Rivolta deux choses à considérer, la vaccination d'une part, de l'autre l'apparition de la syphilis chez quelques enfants inoculés. Ces deux ordres de faits se sont succédé, nous voyons entre eux un rapport de coïncidence et non point de causalité.

En résumé, dans l'état actuel de la question, il n'est pas possible encore de poser des conclusions absolues. Des faits nouveaux dont la portée sera peut-être immense viennent de se produire ; ne nous hâtons pas de prononcer, attendons et examinons impartialement. La question qui vient d'être soulevée est empreinte d'une excessive gravité ; car s'il est vrai que la vaccine puisse transmettre la syphilis, elle est perdue. Qui risquera donc d'être frappé de la grande vérole en fuyant la petite ? Sur quoi vous fonderez-vous, en effet, pour affirmer que le vaccin dont vous allez vous servir est pur de toute syphilis ? Sera-ce sur la moralité des parents ? Mais quand vous aurez minutieusement visité le père et la mère, quand vous les aurez trouvés tous deux parfaitement sains, serez-vous sûrs que le vaccin recueilli sur leurs enfants n'est pas infecté ? Un étranger peut se glisser dans le ménage. Des assurances de moralité ne peuvent suffire à la science. Serez-vous mieux garantis par l'aspect des pustules ? Mais les partisans de la contagion avouent eux-mêmes que les pustules peuvent être aussi belles, aussi régulières qu'à l'état normal. Par leur durée ? Que peut faire un jour de plus ou de moins ? la pustule est infectante ou elle ne l'est pas. Ne prendrez-vous que le pus vaccinal, en écartant le sang avec soin ? Mais on est loin d'être d'accord sur la partie contagieuse du liquide vaccinal. Les uns croient que c'est le pus, d'autres, que c'est le sang ; d'autres enfin pensent que le tout est contagieux. Vous guidant d'après l'âge de l'enfant, ne prendrez-vous le vaccin que chez ceux qui ont dépassé l'âge de la vérole héréditaire ? Mais nous savons aujourd'hui que si la vérole se présente ordinairement dans les premiers septenaires qui suivent la naissance, il y a de nombreuses exceptions à cette règle. Il est des véroles tardives qui ne surviennent que plusieurs mois, plusieurs années même après la naissance. Où placerez-vous donc votre limite d'âge ?

Dans l'impossibilité de savoir si l'on possède du bon vaccin, il faudrait donc cesser désormais de vacciner ; mais avant de renoncer aux bienfaits de l'immortelle découverte de Jenner, réfléchissons, restons calmes et froids devant les faits qui vont se dérouler devant nous ; examinons-les sans prévention, afin de pouvoir un jour en tirer une conclusion impartiale. Mais aujourd'hui, et c'est par là que je prends congé de vous, un immense point d'interrogation est la seule réponse possible à la question qui nous a été posée : « La vaccine peut-elle transmettre la syphilis ? »

DE L'EMPLOI DU COLLODION ÉLASTIQUE
dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu,

Par M. Prévault.

(Mémoire lu à la Société de médecine de Tours.)

Je pourrais donner une description générale assez complète du rhumatisme articulaire aigu, rien qu'en m'appuyant sur les observations dont j'ai moi-même été le sujet à différentes époques de ma vie. Bien que délivré depuis quatorze ans de toute souffrance articulaire, j'ai toujours éprouvé un intérêt particulier pour mes clients frappés de cette maladie, en souvenir de ses longues et fréquentes apparitions chez moi.

C'est naturellement la thérapeutique de cette douloureuse affection qui m'intéresse encore le plus au milieu de mes observations et de mes lectures.

Quant à ce qui me concerne personnellement, je dois dire qu'aucun des moyens employés pour ma guérison ne m'a paru prompt dans ses résultats, ni propre à m'inspirer une grande sécurité en l'appliquant à mon tour aux malades confiés à mes soins.

A dix-huit ans, atteint pour la première fois à Paris d'un rhumatisme articulaire aigu général, je fus transporté à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bouillaud. C'est dire que la méthode des saignées coup sur coup me fut appliquée dans toute sa rigueur.

Sept saignées du bras en quatre jours, dix-huit ventouses scarifiées aux genoux, diète absolue pendant la première huitaine, onctions mercurielles, vésicatoires. Cependant la fièvre ne tomba que vers le dix-huitième jour. Les saignées se recouvraient d'une couenne inflammatoire épaisse, de plus en plus recoquillée ; et les dernières se composaient d'un caillot arrondi, très-petit, flottant dans une abondante sérosité.

Au bout d'un mois je sortis de l'hôpital pour regagner, en voiture, ma chambre d'étudiant, que, vu ma faiblesse et la roideur des jointures, je ne pus quitter encore qu'à grand'peine au bout d'un mois. Je conservai pendant au moins un an de la difficulté dans la marche, sans gonflement, mais par roideur et sensibilité dans les articulations des genoux et des pieds.

Quelques mois après l'achèvement de cette guérison, un nouveau gonflement survint au genou droit et au poignet gauche, accompagné d'un léger mouvement fébrile. Cette fois je me prescrivis moi-même le repos au lit, des cataplasmes laudanisés, et, au bout d'environ quinze jours, la tuméfaction douloureuse du genou ayant disparu, je couvris entièrement d'un vésicatoire le poignet et le dos de la main restés gonflés.

Il en résulta une augmentation apparente du mal ; mais après quelques jours, ces parties peu à peu diminuèrent de volume, et tout rentra dans l'ordre.

En 1843, pendant le cours de mes études en Allemagne, je pris le chemin de fer de Munich à Augsbourg, pour aller voir un de mes amis, interne à l'hospice général de cette dernière ville.

C'était par une nuit d'automne très-froide, et j'étais légèrement vêtu. Il fallut m'aider à descendre de wagon : j'étais pris d'un nouveau rhumatisme articulaire fébrile, se portant sur toutes les grandes articulations.

---

ment, sans donner lieu à une évaporation appréciable à nos moyens pondérateurs, etc.

J'accumulerais de semblables exemples à l'infini, car notre ignorance est infinie, et les causes d'insalubrité des hôpitaux sont au plus profond de cette ignorance ; or ici nous ne devons pas nous laisser aller à l'imagination, car elle peut entraîner fort loin même les plus éminents génies. Platon n'affirmait-il pas entendre tourner les astres ?

Imitons la prudence de Phérécides, l'un des sept Sages de la Grèce. Il écrivait à Thalès en expirant : « Ordonne aux miens, quand ils m'auront mis en terre de te porter mes écrits ; s'ils consentent, les autres Sages et toi-même, publie-les ; sinon supprime-les ; ils ne contiennent nulle certitude qui me satisfasse moi-même, aussi ne fais-je pas profession de savoir la vérité ni d'y atteindre, je vois les choses plus que je ne les découvre.

Je pense qu'en présence de tant de nuages et de tant de causes d'hésitation, l'Académie s'abstiendra de décréter la quantité et la qualité de l'air, de la lumière, des eaux et de toutes choses qui doivent en tout cas satisfaire à l'inconnu ; je parle à l'Académie avec confiance, car je n'ai jamais vu chez elle aucune répugnance à admettre une vérité quelconque.

Quant à l'Assistance publique, à peu d'exceptions près, il semble que la blancheur de ses lits et le brillant de ses parquets lui suffisent ; elle se bouche le nez, évite le caveau des morts et se trouve satisfaite.

Pour moi, effrayé depuis longtemps des résultats de la pratique nosocomiale, j'ai durant vingt années consacré bien des veilles à l'étude de ces questions, — depuis les travaux de Tenon et de Bally jusqu'à ceux de nos jours, j'ai tout étudié, — mais, hélas ! sans jamais avoir pu pénétrer plus avant que les autres ; l'obscurité la plus noire a toujours accompagné mes lectures, mes réflexions et mes recherches.

N'ayant jamais pu rien tirer de la science, de la raison ni du raisonnement, j'ai eu recours à l'étude de l'expérience, et je viens soumettre à l'Académie de médecine deux propositions :

A. Continuer de traiter le commun des maladies chirurgicales dans les hôpitaux actuels comme par le passé, en y introduisant de plus en plus les améliorations incontestables reconnues utiles par la pratique.

B. Quant aux cas de grande chirurgie, aux femmes en couches et aux malades atteints gravement dans les hôpitaux, les évacuer sur des villages éloignés de Paris, où ils seront mis dans les conditions des simples paysans, sous la surveillance et la direction d'un personnel médical exprès.

Ces locaux, malgré leur isolement, devront être soumis à toutes les réparations hygiéniques lors de la guérison ou du décès de chaque malade. Voilà tout !

Je suis guidé par le simple empirisme, parce qu'en matière inconnue l'expérience doit primer la science et le jugement ; je vois ici presque tous nos opérés guérir, un peu plus ou moins bien traités, un peu plus ou moins bien pansés.... et, comme pour mes moutons, cela me suffit !

Mes propositions peuvent-elles être rendues pratiques, tant sous le rapport financier que sous les autres ? Je n'hésite pas à le croire.

S'il faut le dire, outre les très-graves inconvénients du régime actuel, je suis humilié de l'infériorité pratique de la chirurgie française dans les grands hôpitaux.

Quoi ! M. Nélaton prouve que les Anglais font souvent et avec succès les opérations les plus graves, entre autres l'extirpation des ovaires, et nos maîtres *en sont réduits* à n'oser seulement les tenter !

Nous, chirurgiens des campagnes, crions sans cesse que nous guérissons presque tous nos opérés, et je viens, moi, affirmer en outre que sur plus de mille accouchements *je n'ai jamais vu* un seul cas de complication puerpérale, et cela serait en vain ?

J'ajoute que la chirurgie vétérinaire faite en plein air, le plus souvent par des gens étrangers à la science, nous fait voir des châtreurs enlevant *proprement* (traduction libre du *cito, tuto et jucunde*) et toujours avec succès les ovaires des truies et des vaches.

En présence de ces pressions diverses, vous montrant les succès de l'étranger, du chirurgien de campagne et de l'empirique vétérinaire d'un côté, et vos malheurs de l'autre, vous ne pouvez résister plus longtemps à soutenir une prétendue science qui ne conduit qu'à l'insuccès : mieux vaut une ignorance utile qu'un savoir nuisible.

Je connais la valeur réelle de chacun de vous et de vous tous ; cela ne diminue en rien votre mérite à mes yeux, mais en fin de compte, tout le monde n'en est peut-être pas là ; et si l'on arrivait à comprendre, votre médaille aurait son revers : les malades, au lieu de se diriger vers Paris et les autres grandes villes, pourraient bien aller chercher leur salut ailleurs.

On ne connaît le maçon qu'au pied du mur ; les raisonnements et les discours sont beaux, mais les faits valent mieux ; je ne reconnais de mérite à bien chanter en enterrant les morts qu'à M. le curé.

Prêchez, patrocinez jusqu'à la Pentecôte,
Vous serez étonné, quand vous serez à bout,
Que vous ne m'avez rien persuadé du tout.

Molière.

Ceci étant dit, je salue très-humblement l'Académie impériale de médecine, et retourne à mon berger pour apprendre encore quelque chose.

Amédée Joux,
à La Ferté-Gaucher.

On me couvrit les genoux et les malléoles de sangsues et de ventouses scarifiées. En même temps on m'administra le nitrate de potasse à dose progressive, mais assez timidement, sans dépasser dix grammes en vingt-quatre heures. Puis on mit en usage les vésicatoires et les onctions mercurielles. Avec ou malgré tous ces moyens, mes trois mois de vacances se passèrent au lit.

L'année suivante, à la suite d'une nuit d'hiver passée dans un de ces étranges lits allemands à un seul drap, le corps incomplétement écrasé par un gros édredon trop court, qui laissait passer mes pieds à découvert dès que je venais à les étendre, nouvelle récidive de rhumatisme articulaire, borné cette fois aux malléoles. Pas de réaction fébrile; traitement par les sangsues, les cataplasmes laudanisés, les liniments sédatifs, puis excitants, les vésicatoires. J'en fus quitte, cette fois, pour un mois de séjour à la chambre, à part un léger gonflement au-dessous de la malléole externe droite, et l'inconvénient d'une sorte de claudication qui dura plus de six mois.

Enfin M. le professeur Charcellay se souvient très-bien qu'en 1847 je fus pris, par suite de l'exposition prolongée au froid humide, de ma cinquième attaque d'arthrite rhumatismale, presque générale, mais avec très-peu de fièvre.

Je conserverai toujours le souvenir des soins affectueux que me prodigua dans cette occasion mon chef de service à l'hospice général de Tours, où il me visitait avec tant de sollicitude dans ma petite chambre d'interne. Rien ne fut épargné pour calmer mes souffrances, qui se localisèrent surtout dans les pieds, siége d'un gonflement qui rendait leur surface plantaire fortement convexe. Cataplasmes laudanisés, préparations opiacées à l'intérieur, la digitale à dose modérée, la poudre de Dower; puis des vésicatoires volants. Des frictions sur les pieds avec l'onguent napolitain furent faites inconsidérément par un jeune condisciple, dont je ne pouvais surveiller la manœuvre, immobilisé que j'étais par la cruelle affection. Bientôt survint un ptyalisme d'une abondance et d'une ténacité incroyables.

En tout, je fus bien six semaines sans me lever. Mais la convalescence dura davantage.

Comme on peut le voir d'après cette incomplète mais déjà trop longue histoire de mes vicissitudes articulaires, la méthode antiphlogistique, dans les batailles livrées à mes arthrites successives, a presque toujours formé le front d'armée; les sédatifs occupaient le centre et les ailes, les résolutifs et les révulsifs composaient la réserve et l'arrière-garde.

Eh bien, malgré le déploiement de toutes ces forces imposantes, la victoire a été chèrement achetée; quelquefois même elle est demeurée indécise. Or, s'il est vrai qu'avec le seul repos au lit et de simples soins diététiques le rhumatisme articulaire, exempt de complications, finit par se dissiper, le rôle de cette grande armée thérapeutique s'est réduit à faire beaucoup plus de bruit que de besogne.

Est-il à regretter que l'on ne m'ait pas plus tôt administré hardiment le nitrate de potasse à haute dose?

Dans ma pratique, j'ai eu souvent recours à ce contre-stimulant, soit seul, soit aidé de saignées générales et locales, suivant les circonstances.

Depuis douze ans que j'en fais la base de mon traitement, je lui ai trouvé à peu près constamment une influence avantageuse sur la marche et la durée de la maladie; mais rarement cette action bienfaisante a été bien prompte à se manifester. Peut-être ai-je été trop timide dans le dosage progressif du médicament? Mais quelquefois, dès la dose de 6 grammes en vingt-quatre heures, la saveur trop prononcée du sel provoquait chez le malade une répugnance invincible.

Au mois de septembre 1859, ayant rencontré chez une jeune fille de Loches un cas de rhumatisme articulaire général avec gonflement considérable et très-douloureux des genoux et des pieds (pouls à 120), je prescrivis d'emblée 5 grammes de nitre dans un litre d'infusion de tilleul. La malade, après avoir goûté à la tisane nitrée, s'était refusée à la prendre.

Mais, au lieu d'appliquer en même temps des sangsues aux jointures les plus atteintes, ou seulement des cataplasmes laudanisés, j'essayai du collodion élastique de M. Robert-Latour.

Au quatrième jour la fièvre tomba entièrement, et il ne resta plus dans les articulations qu'un peu de gêne indolente, qui disparut elle-même après quelques jours.

Depuis ce succès d'une promptitude imprévue, j'ai avidement saisi toutes les occasions d'appliquer le collodion élastique. Six nouveaux cas de rhumatisme articulaire avec mouvement fébrile plus ou moins intense se sont présentés à moi. Dans cinq de ces cas le soulagement a été instantané. Même dans celui qui fait exception il a été très-notable; mais la réaction fébrile, entretenue dès le début par la coexistence d'une pleuropneumonie, n'a cédé que plus tard. Ici j'ai pratiqué une saignée, et j'ai dirigé contre la phlegmasie de poitrine toutes les ressources ordinaires, antimoniaux à haute dose, grands vésicatoires, etc. La convalescence a été longue pour la double affection; mais chaque application du topique imperméable a été manifestement suivie de la cessation des douleurs articulaires.

Trois cas de gonflement mono-articulaire, deux à l'épaule, un au poignet, sans autre cause appréciable que celle du froid, ont été traités également par le collodion élastique. La douleur a cessé instantanément, et la tuméfaction s'est dissipée en quelques jours sans récidive.

Est-ce à dire que je prétende à l'avenir me passer du nitrate de potasse et de la saignée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu? Assurément non. Je les tiens au contraire en réserve pour les cas où, dès le premier jour, l'excellent topique paraîtrait peu disposé à se charger seul de mener les choses à bien. Quel médicament nous montre une fidélité à toute épreuve?

Je sais que ces communications n'ont pas le caractère d'observations sérieuses. C'est que je ne suis pas homme à rédiger, sur des souvenirs confus, les détails jour par jour de faits dont le résultat seul, mis dans toute son évidence, est demeuré dans ma mémoire.

Je n'en crois pas moins de mon devoir d'engager mes confrères à reprendre les expériences un peu trop oubliées de M. Robert-Latour, puisque je me suis si bien trouvé d'avoir suivi son conseil.

S'ils n'en viennent pas pour cela au rejet des moyens internes, ils trouveront au moins dans le collodion élastique un topique d'une grande efficacité, un auxiliaire puissant dans le traitement de cette douloureuse affection.

Je me suis également bien trouvé de son emploi dans plusieurs cas d'hydarthrose aiguë du genou et de l'articulation tibio-tarsienne, à la suite de contusions et d'entorses.

Je conseille la formule suivante :

Collodion	30 grammes.
Térébenthine de Venise	15 décigrammes.
Huile de ricin	3 grammes.

Ainsi préparé, le collodion s'écaille beaucoup moins vite.

On fera bien d'en appliquer, jusqu'au delà des limites de la jointure, trois couches successives, attendant pour mettre une nouvelle couche que la pulpe du doigt n'adhère plus à la précédente.

On me saura gré d'ajouter que les barbes d'une plume sont un mauvais instrument pour étendre du collodion.

Le large pinceau plat dont les peintres se servent pour étendre le vernis, ou bien un pinceau à barbe, fortement imbibés, sont de beaucoup préférables.

OBSERVATION D'INVAGINATION DE L'INTESTIN,

Par M. le Dr Joliclerc (de Passy).

Mme B..., âgée de 58 ans, jouit habituellement d'une bonne santé; cependant, m'a-t-elle dit, elle souffre parfois de coliques assez fortes causées par une constipation prolongée.

Le 17 novembre dernier, elle sentit en se levant quelques douleurs abdominales; mais malgré cela elle déjeuna, comme elle en avait l'habitude, d'une tasse de café au lait. Les coliques devenant plus violentes, Mme B... prit immédiatement, et coup sur coup, deux lavements d'eau de guimauve. Les douleurs, loin de diminuer, devinrent intolérables. Elles s'accompagnaient de cris si intenses, qu'ils étaient entendus dans toute la maison.

Appelé aussitôt près de cette dame, je remarquai les symptômes suivants: Face vultueuse; les yeux, enfoncés dans l'orbite, sont entourés d'un cercle de couleur bistre; les angles de la bouche, tirés fortement en bas, impriment à la figure un cachet de souffrance inexprimable. La malade est dans le décubitus dorsal; elle est pelotonnée et comme enroulée sur elle-même. Tous ces symptômes sont accompagnés d'un hoquet fréquent et d'efforts de vomissements. Mme B... est persuadée que sa dernière heure est proche, et tout en me remerciant de mes soins, elle sent, me dit-elle, qu'ils seront inutiles. Je la rassure de mon mieux, et je prescris un lavement purgatif, qui est rendu sans résultat. De plus, je fais appliquer des sinapismes aux extrémités, et une friction est faite sur le ventre avec un liniment au chloroforme. Deux heures après, je fais donner 45 grammes d'huile de ricin; mais cette médication reste sans succès.

Persuadé qu'il faut à tout prix rétablir le mouvement péristaltique, je songe à faire prendre à la malade quelques grains de plomb dans une cuillerée d'huile d'olive ou un peu de mercure liquide, comme l'indiquent plusieurs auteurs.

Mais avant d'employer ce moyen, j'essaye encore d'une once d'huile de ricin, et, plus heureux cette fois, j'obtiens une selle copieuse dans laquelle j'observe plusieurs caillots de sang de la grosseur d'une noix.

Un mieux manifeste se remarque à la suite de cette évacuation, et la malade me dit elle-même qu'elle est sauvée.

Le lendemain 18, nouvelle purgation, mais avec l'eau de Sedlitz gazeuse. Les nausées ont cessé. La douleur abdominale est presque nulle, et la pression fait seulement reconnaître un engorgement assez notable du gros intestin.

Ce jour et les suivants, le traitement est le même : purgation chaque matin; frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée; tisane de grande consoude gommée; potion de sulfate de quinine à 50 centigrammes.

A partir du quatrième jour, les accidents précités ont complétement disparu, et, sauf une bronchite catarrhale, affection habituelle chez Mme B..., et que j'ai traitée avec succès par le kermès et l'oxymel scillitique, la convalescence marche rapidement.

Aujourd'hui Mme B... est complétement remise, et elle a pu avant-hier sortir pendant deux heures.

Le résultat pratique de cette observation me semble être celui-ci : dans le cas d'invagination de l'intestin, les purgatifs doux (huile de ricin, sulfate de magnésie, sulfate de soude, etc.) répétés amènent assez promptement l'élimination de l'intestin. Les lavements émollients; narcotiques et antispasmodiques ne doivent être donnés que plus tard, et alors que, l'organe étant revenu à sa position normale, il ne reste plus à combattre que l'inflammation consécutive.

Le sulfate de quinine m'a paru aussi mériter la confiance du praticien. Combiné avec l'extrait thébaïque, il calme les mouvements convulsifs provoqués par les douleurs intestinales.

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE CILIAIRE.

Tout le monde connaît l'opiniâtreté de cette affection. M. Deval conseille de faire tomber les croûtes à l'aide de petits cataplasmes de fécule ou de lotions avec de l'eau de mauve tiède; puis de pratiquer tous les soirs, sur le bord libre des paupières, une friction avec gros comme une demi-noisette de pommade ainsi formulée :

Oxyde rouge de mercure }	0,30 centigrammes.
Acétate de plomb cristallisé }	
Camphre	0,15 —
Beurre frais	6 grammes.

Triturez sur le porphyre et faites une pommade homogène.

M. Deval insiste ici sur la nécessité de faire une *friction* et non une simple *onction*. Cette friction doit même être assez énergique et durer trois ou quatre minutes. On la pratique de préférence le soir, afin que le repos de la nuit permette un contact de la pommade plus prolongé et moins gênant pour le malade. (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 janvier 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports d'épidémie par MM. les docteurs Madin (de Verdun), Lemoine (de Château-Chinon), Judrin (de Semur).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 et 1861 dans les départements du Var et de la Haute-Loire. (Commission des épidémies.)

3° Le rapport de M. le docteur Rieux sur le service médical des eaux minérales d'Evian (Haute-Savoie), pendant l'année 1861. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire *sur les anomalies congénitales de l'oreille interne*, par M. le professeur Michel, de Strasbourg. (Commissaires, MM. Velpeau, Robin et Bouvier.)

2° La description et le modèle d'une nouvelle forme de spéculum par M. le docteur L. Sandras. (M. Robert, rapporteur.)

3° Une lettre concernant la pulvérisation des eaux minérales, par M. Niepce, médecin-inspecteur des eaux d'Allevard. (Commission des eaux minérales.)

4° Une lettre de M. Rouhier (de Grancey-le-Château) accompagnant l'envoi d'un *Traité d'hygiène, de matière médicale*, etc., composé en latin par Platine de Crémone, au quinzième siècle, traduit en français par messires Desdier et Christol, de Montpellier, et intitulé : *De l'honneste volupté et santé*.

5° **Pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires.** — M. Sales-Girons écrit la lettre qui suit :

« Monsieur le président, jamais une expérience, quand on le voudra, ne sera la dernière; c'est ce que j'avais prévu en adressant à l'Académie et avant le rapport de M. Poggiale, ma *théorie physiologique de la pénétration des poussières dans les voies respiratoires*.

» Il importe de donner satisfaction aux expérimentateurs qui maintiennent leur négation eu égard à cette pénétration; et cette satisfaction ne peut être donnée que par l'exposé de cette théorie fondée sur l'anatomie des organes et la physiologie de la fonction intéressée.

» Il y aura aussi des expériences, mais elles ne viennent qu'après la théorie et pour la justifier.

» Je me mets donc à la disposition de l'Académie. »

6° M. J. Charrière soumet à l'examen de l'Académie un appareil d'éclairage laryngoscopique qu'il a construit sur les indications de M. le docteur Mandl.

Cet appareil se compose d'un abat-jour cylindrique posé sur la lampe et qui enveloppe la flamme de toute part.

Il se termine d'un côté par un miroir concave; de l'autre côté par une lentille convexe; l'un et l'autre ont un diamètre de 10 à 12 centimètres, et sont placés de sorte que la flamme se trouve au foyer.

La lumière puissante que donne cet appareil, dont M. Mandl fait usage depuis dix-huit mois, est dirigée à l'aide d'un miroir concave dans la plaque où elle doit éclairer.

Le laryngoscope, placé sous la luette, le miroir concave fixé habituellement sur des lunettes ou sur un manche placé entre les dents, se trouve maintenant supporté par la lampe elle-même à l'aide de trois branches qui permettent les trois mouvements.

L'observateur, complétement isolé de l'appareil d'éclairage, est alors entièrement maître de ses mouvements, comme on le voit par la figure ci-jointe.

A. Lampe qui sert de support au miroir.
B. Abat-jour qui enveloppe la flamme.
C. Réflecteur métallique interne et concave.
D. Lentille convexe.
E. Miroir concave qui dirige la lumière sur le malade.
F. Bague brisée pour fixer l'appareil sur la lampe.

7° MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent un instrument destiné à faire des coupes très-minces dans les tissus, pour les étudier par transparence sous le microscope.

Cet instrument, dont une partie a été construite sur les indications de M. le docteur Follin, permet de faire avec facilité et promptitude des sections de tissus végétaux ou animaux normaux ou pathologiques, à 1/100 de millimètre.

Les différents appareils construits déjà dans ce double but, et en particulier le couteau de Valentin, ne font que des coupes inégales et souvent trop épaisses pour être convenablement examinées par

transparence. L'instrument construit par MM. Robert et Collin, représenté ci-contre, donne des coupes d'une minceur extrême et d'une égale épaisseur; il est formé de trois parties : 1° un pied D large et lourd, de façon à donner une grande résistance à la base de l'instrument; 2° une colonne B dans laquelle glisse une tige mue par une vis micrométrique dont le parcours est indiqué par une aiguille qui tourne sur le cadran C; cette tige est destinée à porter la pièce au-dessus de la boîte A; la plate-forme F qui termine cette boîte est analogue à celle des microscopes, et on fait glisser un couteau mince et flexible G, qui peut convenablement trancher à 1/100e de millimètre les tissus qu'on dispose sur une tige de bois tendre, sur de la moelle de sureau, ou qu'on fait dessécher. L'étendue de la boîte A peut être agrandie ou diminuée suivant qu'on écarte ou qu'on rapproche les deux vis EE. On peut, à l'aide des pièces H et I qu'on dispose dans la boîte A, changer la forme de cette boîte et la transformer en un cylindre H ou un carré I.

Dans une certaine disposition de l'appareil, il est permis de faire des coupes très-minces sans imprimer à la pièce une compression qui pourrait en altérer la texture. C'est ainsi qu'on peut faire facilement et avec promptitude des coupes excessivement minces de la rétine.

8° MM. J. B. BAILLÈRE et fils offrent à l'Académie une collection de thèses de l'ancienne Faculté de médecine de Paris, de 1619 à 1692.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une lettre anonyme, datée de Montmartre, dans laquelle il est dit que l'invention du pessaire présenté par M. Grandcollot appartient à M. Raspail, dont M. Grandcollot était alors l'orthopédiste. (Renvoi à la commission.)

— M. TARDIEU fait hommage à l'Académie : 1° Des lettres de M. Louis Pénard sur l'exercice de la médecine légale; 2° du premier volume de la *Gazette des eaux*, par M. Germond de la Vigne.

— M. J. CLOQUET présente, au nom de M. le docteur Barrallier, professeur à l'école de médecine navale de Toulon, une note sur une épidémie de dysenterie observée à l'hôpital de la Marine pendant l'année 1859.

— M. ROCHE présente au nom de M. le docteur Beaugrand un opuscule imprimé sur les accidents saturnins observés chez des ouvriers employés à la vitrification des étiquettes en émail. (Voir le numéro du 7 janvier.)

L'ordre du jour appelle M. Tardieu à la tribune pour la lecture du rapport général sur les eaux minérales.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. TARDIEU donne lecture, au nom de la commission permanente des eaux minérales, du rapport général sur le service médical des eaux minérales de la France pendant l'année 1859.

Le rapport que l'Académie va entendre produira, nous le craignons, dit M. le rapporteur, et laissera dans les esprits une impression pénible. Mais lorsque chaque année ramène l'occasion d'examiner et d'étudier dans son ensemble un service qui intéresse à un si haut degré la santé publique et la science médicale, cette utile et importante mission s'amoindrirait au point de devenir bientôt vaine et stérile, si elle restait bornée à l'analyse plus ou moins aride de quelques observations médicales. Aux médecins inspecteurs, dont les rapports annuels lui sont transmis, l'Académie doit de se faire l'interprète de leurs besoins, de leurs vœux, de leurs plaintes légitimes; à l'administration qui réclame et attend les jugements, elle a plus encore le devoir de signaler l'état exact des choses, et de faire connaître la vérité tout entière, aussi bien sur la situation matérielle que sur la direction scientifique et administrative de nos établissements thermaux.

C'est ce devoir que la commission s'est crue obligée de remplir.

Si l'on en excepte quelques-unes des sources principales, que la vigilance de l'Etat qui les possède, une notoriété séculaire, une impulsion savante et quelques autres circonstances particulières, mettent à l'abri de toute fâcheuse atteinte, poursuit M. le rapporteur, il est impossible de ne pas concevoir de justes motifs d'inquiétude sur l'avenir qui menace un grand nombre d'établissements. Tous les rapports qui ont été adressés à l'Académie pour l'année 1859 portent l'empreinte de ce sentiment et en contiennent la vive et parfois éloquente expression. Pour les uns, la suppression possible du médecin inspecteur, résultat prévu du classement prochain des établissements; pour les autres, l'abaissement continu du chiffre des malades que l'usage rendu libre des eaux minérales soustraira de plus en plus à l'observation médicale et à la statistique; pour le plus grand nombre, l'absence d'autorité d'où découlent inévitablement les difficultés sans cesse renaissantes entre les propriétaires des sources et les représentants de l'administration; de l'autre, les conflits à tous égards déplorables d'une concurrence sans limite et sans mesure; tels sont les sujets d'appréhension que trahissent les documents que nous avons eu à examiner; tels sont les symptômes d'un mal profond sur lequel il appartient à l'Académie d'appeler la haute sollicitude de M. le ministre, sous peine de voir s'éteindre dans le découragement le zèle et l'ardeur de nos savants médecins inspecteurs, et tomber en ruines ceux de nos établissements d'eaux minérales que ne relèvera pas, chose plus honteuse encore et plus funeste cent fois à l'intérêt public, l'industrialisme, qui sous tant de formes déjà les convoite et les envahit.

C'est au moment où l'importance thérapeutique des eaux minérales naturelles grandit de jour en jour, à mesure qu'elle est mieux comprise et que leur action si vivement éclairée par les recherches de l'ingénieur qui en sonde les origines, par les analyses du chimiste qui ne s'en tient plus à la décomposition aride de leurs éléments, mais qui s'attache à en pénétrer les rapports et à en reconstituer l'essence, offre à l'art de guérir ses plus puissantes et ses plus sûres ressources dans le traitement des maladies chroniques et constitutionnelles; c'est à ce moment que l'administration protectrice de la santé publique et la science elle-même verraient leur influence décroître et leur autorité mise en question. Cette contradiction apparente d'une décadence imminente de l'inspection médicale en présence de la prospérité matérielle croissante des établissements thermaux et du progrès scientifique très-réel que nous nous plaisions à signaler il y a un an et qui ne s'est pas arrêté, c'est là un fait bien digne de fixer l'attention de l'Académie, et que la commission des eaux minérales a eu à cœur de lui faire remarquer.

Suit le relevé de tous les documents relatifs à l'inspection des eaux minérales qui ont été officiellement transmis à l'Académie. M. le rapporteur, après l'analyse détaillée de ces documents, termine son rapport en ces termes :

Il n'a pas dépendu de nous de rendre la partie médicale de ce rapport plus riche et plus féconde en vues neuves, en aperçus utiles, en enseignements pratiques. S'il nous était donné de tracer le programme d'instructions nouvelles à adresser aux médecins inspecteurs, nous nous efforcerions de leur montrer qu'ils doivent considérer la médecine thermale comme la grande école de la médecine naturelle, comme la plus vaste clinique de ces maladies chroniques qui s'établissent en quelque sorte au sein de la constitution, et n'en peuvent être expulsées que par ces agents mystérieux et puissants, ces eaux minérales, qu'avec cette hauteur de vue et ce bonheur d'expression qui lui sont habituels, l'éminent inspecteur des Eaux-Bonnes, M. le docteur Pidoux, appelle des médicaments animés et vivants, parce qu'ils jaillissent du sein de la nature, pour ainsi dire tout préparés à l'assimilation. Quel que fût l'objet de leurs recherches, de quelque sujet qu'ils fissent choix au milieu de ces belles et grandes questions qui les invitent et les sollicitent de toutes parts, livrés à leurs libres inspirations, et ne cherchant que le vrai, les médecins inspecteurs seraient assurés, en restant fidèles à ces principes, d'enrichir la science de travaux utiles, de constituer seuls les véritables bases de l'hydrologie médicale, et de répandre bientôt un nouvel éclat sur cette partie déjà si brillante de la médecine française.

M. DEVERGIE exprime son étonnement qu'après de pareilles prémices, la commission n'ait pas cru devoir indiquer dans les conclusions du rapport les moyens de conjurer à l'avenir les dangers qu'elle signale.

M. TARDIEU. La commission n'a pas cru devoir prendre à cet égard une initiative qui n'appartient qu'à l'administration.

M. LARREY demande à faire une courte observation au sujet de ce qui a été dit dans le rapport relativement aux documents transmis à l'Académie par les médecins militaires chargés des services des établissements thermaux. M. le rapporteur a exprimé le regret que ces rapports ne fussent pas plus complets, et qu'ils se bornassent en général à des relevés statistiques d'ailleurs très-exacts. Les médecins inspecteurs militaires sont dans l'obligation d'adresser annuellement des rapports complets au ministère de la guerre. Les documents statistiques que quelques-uns d'entre eux communiquent à l'Académie ne sont que des extraits de ces rapports. Il n'est pas douteux, si l'Académie en exprime le désir, que nos confrères de l'armée ne s'empressent à l'avenir de lui communiquer un double de leurs rapports.

M. TARDIEU accepte avec plaisir, au nom de la commission, l'engagement que M. Larrey vient de prendre au nom de ses confrères de l'armée.

M. BOUDET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Bernard sur l'iode naissant.

M. le rapporteur, après avoir donné une analyse de ce travail, propose pour conclusions d'adresser des encouragements à l'auteur et de voter l'impression du rapport.

Une discussion très-animée s'engage au sujet de ce rapport, à la suite de laquelle l'Académie, consultée sur les conclusions, en prononce le rejet.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 23 janvier, M. le docteur Alfred Pamard est nommé chirurgien du lycée impérial d'Avignon, en remplacement de M. Paul Pamard, dont la démission est accceptée.

M. Alfred Pamard était l'année dernière interne dans le service de M. Velpeau.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg* :

« Le projet de construction de bâtiments nouveaux pour la Faculté de médecine de notre ville avait rencontré des difficultés d'exécution qui viennent enfin d'être levées. Le plan est adopté, les fonds nécessaires pour les constructions figurent au budget municipal, et tout fait espérer qu'au printemps on verra disparaître l'antique masure qui dépare une des places de notre ville, et poser les fondations du bâtiment nouveau. L'insuffisance des locaux actuels est une gêne de tous les jours, et il est urgent pour la Faculté de sortir de cette fâcheuse situation.

— La liste de souscription pour le monument à élever à notre ancien collaborateur et ami M. Forget, professeur à la Faculté de Strasbourg, vient d'être close; elle comprend 321 souscripteurs. On a réuni dans un même volume les différentes notices publiées à l'occasion de sa mort, et une photographie, due au talent artistique de M. le docteur Kœberlé, qui reproduit d'une manière frappante la physionomie si animée et si expressive de l'illustre professeur.

— M. le docteur Frœblich, médecin cantonal à Drulingen, vient de mourir après une courte maladie.

— M. le docteur Finck, médecin cantonal à Truchtersheim (Bas-Rhin), est allé se fixer à Fénétrange. La place de médecin cantonal qu'il occupait est vacante.

Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises avant le 15 janvier, pour être reliées, sont actuellement prêtes. On peut les faire prendre dès ce moment dans nos Bureaux. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Bronchite catarrhale compliquée de pleurésie aiguë avec épanchement. — Bruit amphorique, souffle tubaire et gargouillements. — Thoracentèse.

Nous avons signalé dans la dernière *Revue* un cas intéressant de bronchite catarrhale compliquée de pleurésie aiguë avec épanchement, sur lequel M. le professeur Trousseau a appelé l'attention de ses élèves, comme présentant un des exemples les plus remarquables de l'*amphoricité pleurétique*.

Matité et égophonie, tels ont été longtemps les caractères classiques de l'épanchement pleurétique ; caractères tout aussi exacts assurément aujourd'hui que du temps de Laënnec, mais qui sont loin de constituer exclusivement la symptomatologie de la pleurésie ; si bien qu'on courrait le risque de commettre d'étranges erreurs si, rencontrant d'autres signes stéthoscopiques sur un sujet chez lequel on aurait toute raison d'ailleurs de croire à l'existence d'un épanchement, on allait en conclure qu'on s'est trompé et que l'on a affaire à une autre affection. On sait, en effet, combien la symptomatologie de la pleurésie s'est pour ainsi dire compliquée à mesure qu'on l'a étudiée plus attentivement et que les faits se multipliant, se sont présentés sous des aspects de plus en plus variés. Nous ne rappellerons pas ici les nombreux travaux et les discussions encore toutes récentes dont cette question de symptomatologie a été le sujet.

Lorsqu'en 1843, M. Trousseau pratiqua pour la première fois la ponction de la poitrine pour un épanchement pleurétique aigu, il fut frappé de l'existence d'une bronchophonie aussi intense que s'il se fût agi d'une pneumonie. Cependant, il était si bien convaincu par les autres caractères et par la marche de la maladie qu'il avait affaire en réalité à un épanchement, qu'il n'hésita pas à plonger le trocart dans la poitrine, d'où il retira 1,000 grammes de liquide. Il fallut bien admettre, en présence de ce fait, que dans la pleurésie aiguë avec épanchement considérable, il pouvait y avoir du souffle bronchique comme dans la pneumonie.

Ce fut là la première phase des révolutions successives qui se sont accomplies dans l'étude stéthoscopique de la pleurésie.

Dix ans après, MM. Rilliet et Barthez d'abord, puis M. Béhier, publièrent des faits qui démontraient l'existence, dans la pleurésie, de la respiration amphorique et des gargouillements, que l'on avait considérés jusque-là comme les signes exclusifs des cavernes tuberculeuses. Enfin, on connaît les savantes recherches de M. Landouzy, de qui nous avons récemment publié une communication sur ce sujet.

Voici le fait nouveau qui vient confirmer les observations de ces habiles cliniciens.

Une femme âgée de vingt-deux ans, prise d'un catarrhe bronchique vers le 8 janvier, entre le 18 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de la clinique. Elle était par conséquent malade depuis dix jours. Le lendemain à la visite, M. Trousseau constate au côté droit de la poitrine une matité considérable, s'élevant jusqu'au-dessus du mamelon. Au côté gauche, il trouve du souffle voilé avec des râles sous-crépitants. Le diagnostic fut : bronchite compliquée de pleurésie.

Lorsque l'on percutait la poitrine, on était frappé de l'intensité de la résonnance que l'on trouvait au sommet du côté malade, tandis qu'au contraire du côté sain elle était peu prononcée. En même temps on constatait une expansion pulmonaire considérable avec quelques râles muqueux. On avait donc de ce côté le type de ce que l'on a désigné dans ces derniers temps sous le nom de signe ou de bruit skodique.

Mais ce n'est pas là le phénomène le plus curieux qu'a présenté cette malade.

Le troisième jour, une matité complète du haut en bas remplaçait le bruit skodique. Il était évident que l'épanchement avait gagné le haut de la poitrine. Mais cette matité s'accompagnait de signes qui, il y a quelques années, eussent certainement dérouté par leur étrangeté le clinicien le plus exercé.

Là où la percussion donnait une obscurité complète du son, on entendait à l'auscultation, en avant comme en arrière, de l'amphoricité et du souffle tubaire avec des gargouillements énormes, en un mot, les signes stéthoscopiques ordinaires d'une excavation pulmonaire, d'une vaste caverne tuberculeuse.

Il était cependant très-certain qu'il n'y avait là ni tubercules suppurés ni cavernes. On n'avait constaté aucun signe de tuberculisation à la première exploration, et cela eût-il été, il était assurément inadmissible qu'il se fût formé une caverne en quarante-huit heures.

C'était bien évidemment pour M. Trousseau, comme pour tous les assistants, à un épanchement pleurétique avec bronchite grave qu'on avait affaire. Et pour le démontrer plus clairement, l'indication étant formelle d'ailleurs à ses yeux, M. Trousseau fit pratiquer la thoracentèse, qui donna issue à un litre environ de liquide.

Il était clair que si l'amphoricité et les gargouillements avaient dépendu de toute autre circonstance que de l'épanchement, ils auraient dû persister après la paracentèse. Ils ont disparu au contraire ; si bien qu'on n'entendait plus le lendemain et les jours suivants que les râles sibilants de la bronchite.

En résumé, voici une femme qui entre à l'hôpital avec une bronchite catarrhale, compliquée de pleurésie avec épanchement d'abord peu considérable, et chez laquelle on ne constate le premier jour que des râles sibilants et la résonnance skodique au sommet de la poitrine ; puis l'épanchement augmentant, on assiste en quelque sorte à la naissance et au développement graduel de l'amphoricité, du souffle tubaire et des gargouillements, qui avaient complétement remplacé le lendemain les râles sibilants. On pratique la paracentèse, et ces bruits disparaissent pour ne laisser plus entendre que les signes stéthoscopiques habituels de la bronchite.

— Voilà un fait qui porte avec lui, ce nous semble, la démonstration la plus claire et la plus irréfragable que les souffles tubaires et amphoriques, ainsi que les gargouillements qui simuleraient à s'y méprendre les caractères des cavernes tuberculeuses, si l'on n'en était prévenu, sont bien réellement liés, dans quelques circonstances, à l'existence d'un épanchement liquide dans la poitrine.

Ce n'est pas la règle, sans aucun doute, sans quoi il y a toute apparence qu'on eût signalé ces signes depuis longtemps ; c'est une exception, au contraire, due à des circonstances particulières, telles que la complication d'une bronchite intense, par exemple comme dans ce cas-ci. Mais ces exceptions sont très-utiles à connaître pour éviter les erreurs graves auxquelles un examen rapide ou superficiel pourrait donner lieu en pareil cas.

C'est là un des points qui donnent à ce fait un intérêt particulier ; mais ce n'est pas le seul qui le recommande à notre attention. Nous avons dit que M. Trousseau avait fait pratiquer à cette malade la thoracentèse. Cette opération pratiquée dans le but de dédoubler en quelque sorte la maladie, restait après l'évacuation du liquide le catarrhe bronchique capillaire très-intense, qui constituait à lui seul une situation déjà très-grave et autorisait un fâcheux pronostic. Nous pouvons dire aujourd'hui par anticipation que cette malade a succombé aux progrès de cette bronchite. Resterait à examiner à cette occasion, avec M. le professeur Trousseau, les indications de la thoracentèse et les services qu'elle peut rendre encore dans ces cas fâcheux de complications. C'est ce que nous ferons dans une autre *Revue*.

Emphysème traumatique presque général. — Guérison spontanée.

Nous avons fait connaître dans le numéro du 28 janvier les résultats des analyses que MM. Demarquay et Ch. Leconte ont faites du gaz épanché dans le tissu cellulaire d'un malade de la Maison municipale de santé atteint d'un emphysème général traumatique, résultats qui concordent, ainsi que nous l'avons fait remarquer, avec ceux que ces deux savants ont obtenus dans leurs expériences sur les animaux.

Le malade qui a fourni les éléments de cette expérience comparative, d'où ressort la solution d'un point intéressant de physiologie, a présenté en outre, au point de vue de l'histoire de l'emphysème général, un intérêt clinique par lequel il se recommande spécialement ici à l'attention de nos lecteurs. Voici la relation détaillée de son observation, que nous devons à l'obligeance de M. Bernadet, interne du service, qui l'a recueillie avec un très-grand soin :

M. X..., âgé de soixante-quatorze ans, d'une forte constitution, fut renversé par une voiture le 1er janvier. Au moment de l'accident, il était en état d'ivresse ; il perdit aussitôt connaissance, et ne reprit ses sens qu'une heure après. Reconduit chez lui, il s'aperçut que sa figure, son bras droit et toute sa poitrine étaient gonflés et boursouflés. Il ressentit également une douleur assez vive à la partie antérieure du tho-

BIBLIOGRAPHIE.

Anatomie pathologique et symptomatologique de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par le docteur ALVARENGA. Traduit du portugais par le docteur P. GARNIER (1).

Tout nouveau qu'il est, ce livre n'a pas l'attrait de la nouveauté en sa faveur. Il a été précédé parmi nous par la renommée de l'original, qui a été présenté par l'auteur à l'Académie des sciences de Lisbonne et publié par ce corps savant en témoignage d'approbation.

En rappelant par son titre une épidémie qui a eu un grand retentissement, il a bientôt attiré l'attention des médecins français, et M. Michel Lévy à l'Académie de médecine, M. Rayer à la Société de biologie, M. Dutrouleau à la Société médicale des hôpitaux, en ont parlé avec les plus grands éloges. Il était ainsi apprécié, et jouissait même d'une certaine notoriété avant d'avoir paru. Mais c'est le sort des traductions d'être connues d'avance, et c'en est un bon augure : les bons livres seuls acquièrent aussi rapidement du crédit.

(1) Un volume in-8° de 200 pages, avec tableaux statistiques. Paris, 1862. Chez J. B. Baillière et fils. Prix : 3 fr. 50 c.

M. Alvarenga, déjà connu en France par une œuvre magistrale (1), s'est fait le narrateur fidèle, rigoureux, sévère, de ce qu'il a vu et observé. Nommé successivement médecin en chef des deux hôpitaux spéciaux qui ont reçu le plus grand nombre de malades, du début à la fin de l'épidémie, il a pu mieux voir et étudier que personne les phases successives et toutes les particularités du fléau. Mais, cédant à son goût pour l'exactitude, le positivisme en médecine, il s'est borné aux deux points qui les comportent davantage, et nous allons voir qu'il les a traités en véritable mathématicien.

Sur plus de 200 autopsies pratiquées sous ses yeux dans le cours de l'épidémie, 63 seulement, distinguées selon le sexe, l'âge, la constitution des victimes, la durée de la maladie et l'époque où elles ont été faites, forment la base de la première partie comme ayant été complétées dans leur ensemble par l'examen attentif de tous les organes et de leurs sécrétions.

Ainsi se trouvent passées en revue, établies, détaillées et comparées statistiquement entre elles, dans huit chapitres successifs, les diverses lésions de couleur, volume, consistance, observées dans l'habitude extérieure, et les divers appareils, musculaire, cérébro-spinal, circulatoire, respiratoire, digestif, glandulaire, urinaire.

L'importance de ces lésions ressort ainsi de leur fréquence et de leur coïncidence exprimées par des chiffres.

Par exemple, dans les treize cas de taches de la peau, une substance noire ou sanguinolente s'est rencontrée concurremment onze fois dans l'estomac et l'intestin, ce qui révèle la nature de ces taches par la disposition hémorrhagique ainsi généralisée. Elle est, en effet, un des phénomènes les plus constants et les plus graves de la fièvre jaune, qu'elle se manifeste sous forme d'hyperémie, de congestion, d'injection ou d'infiltration.

Par ordre de fréquence, on la retrouve principalement dans les poumons, les méninges, les muqueuses gastro-intestinales, urinaire et les muscles. Et pour ne laisser aucun doute sur son caractère idiopathique dans ces divers cas, l'auteur l'examine au triple point de vue de la constitution des sujets, de la durée de la maladie et de l'époque de l'autopsie ; bien plus, il place en regard l'état de ramollissement, d'épaisseur et de friabilité des tissus, le contenu de divers organes, et arrive à mettre ainsi ce fait important hors de toute contestation.

Le foie étant le siége des principales altérations, a été l'objet spécial des plus scrupuleuses investigations de l'observateur portugais.

Loin de se borner, comme pour les autres organes, à en examiner les altérations physiques, il en constate le poids spécifique, la densité par deux procédés différents, et la compare avec celle de foies sains établie sur lui, soit par d'autres. Il rapporte les recherches histologiques modernes sur cet organe, qu'il soumet lui-même au microscope et à l'analyse chimique, avec la coopération de M. le docteur May-Figueira. Il en trouve ainsi les cellules chargées de graisse, qu'il extrait, et dont il détermine rigoureusement la quantité ; de même du

(1) *De l'insuffisance des valvules aortiques, et Considérations sur les maladies du cœur.* Paris, 1856.

rax, ainsi qu'une grande oppression. Une toux fréquente ne tarda pas à se manifester, ainsi qu'une expectoration mucoso-sanguinolente. La nuit du mercredi et celle du jeudi furent très-mauvaises, et le vendredi 3 janvier, la toux devenant plus intense et les crachats plus abondants, quoique moins striés de sang, il se fait transporter à la Maison de santé, dans le service de M. Demarquay.

Voici ce qu'on constate le soir à son arrivée et à la visite du matin :

Il se plaint de douleurs dans la jambe droite; celle-ci est fracturée vers l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Les deux os sont brisés à des hauteurs différentes. La déformation du membre est presque nulle; il n'y a qu'un peu de gonflement, et le pied est légèrement entraîné en dehors. Aucune plaie des téguments n'existe au niveau du foyer de la fracture; en ce point, il y a tout au plus une ou deux petites plaques d'épiderme enlevées. L'aspect noirâtre et violacé de la peau, ainsi qu'une très-petite phlyctène renfermant de la sérosité roussâtre, attestent la violence de la contusion.

Les deux joues sont boursouflées et donnent à la face une expression toute particulière. Au toucher on reconnaît immédiatement que ce gonflement est causé par une infiltration de gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané. Plus marquée à la joue droite qu'à la gauche, elle envahit toute la paupière inférieure de ce côté.

A gauche, l'épanchement ne dépasse pas la région surcilière, de sorte que le front et le cuir chevelu sont dans leur état normal.

Les régions mentonnière, sus et sous-hyoïdienne, antérieure, postérieure, et latérales du cou, sont envahies tout entières.

Le thorax, également emphysémateux, offre une forme presque globuleuse; en déprimant fortement la peau, on voit que celle-ci se trouve soulevée d'au moins 2 ou 3 centimètres.

Le tissu cellulaire jouissant çà et là d'une plus ou moins grande laxité, l'épanchement est inégalement réparti; et bien que les dépressions sus et sous-claviculaires et anté-sternales aient à peu près disparu, les régions mammaires sont beaucoup plus boursouflées et représentent assez bien les formes féminines.

On ne rencontre sur le thorax aucune trace de contusion; aucun point de la poitrine n'est plus particulièrement douloureux. En pressant dans tous les espaces intercostaux et sur le trajet des rebords osseux, on ne perçoit aucune dépression, aucune saillie, on ne détermine aucune souffrance, et la toux à laquelle le malade est en proie ne lui fait point ressentir cette douleur, quelquefois si vive, qui se manifeste pendant les efforts au niveau d'une fracture.

L'emphysème ne pouvant s'expliquer que par une déchirure du parenchyme pulmonaire, on était conduit, en l'absence de tout signe de fracture, à admettre qu'une légère esquille de la table interne d'une côte avait dilacéré la plèvre et quelques vésicules superficielles.

Quoi qu'il en soit, en poursuivant plus bas l'examen, on reconnaît que toutes les parois de l'enceinte abdominale sont soulevées par l'air épanché, qui ne s'arrête en avant et en bas qu'au pénil, et en arrière et latéralement qu'au rebord osseux des crêtes iliaques. Les hypochondres, les flancs, les régions lombaires et rénales sont donc envahis jusqu'au sacrum; seules les fesses, comme les membres inférieurs, ne participent pas à cet emphysème général.

Quant aux membres supérieurs, ils sont à peu près également boursouflés, et dans tous les deux la tuméfaction s'arrête juste au niveau d'une ligne sinueuse parcourant les articulations métacarpo-phalangiennes. Dans toutes ces parties comme à la face et au cou, on peut percevoir la crépitation, chasser les bulles d'air, et une légère percussion donne une sonorité tout à fait comparable à celle d'une vessie remplie de gaz.

A ces signes locaux s'ajoutent à peine quelques symptômes généraux d'une très-minime gravité. Il n'y a ni agitation ni délire; le malade ne souffre point de sa jambe, qu'on a immobilisée dans un appareil de Scultet. Il y a une toux modérée, un peu fatigante, avec sensations de déchirement derrière le sternum et aux attaches du diaphragme. Le malade tousse du reste depuis longtemps; il est atteint d'un catarrhe chronique des bronches. La chaleur de la peau est plus élevée qu'à l'état normal; le pouls marque 112 pulsations.

Le 7 janvier, c'est-à-dire quatre jours après l'entrée du malade dans le service, il y avait une amélioration notable; tout le boursouflement de la face avait disparu, l'expression du visage était redevenue nette et animée, et le pouls ne marquait plus que 80.

Le 8 et le 9, il y eut un peu d'insomnie, d'agitation et de délire, mais l'administration d'une dizaine de pilules d'opium, de 0,01 centigramme chacune, ramena tout dans l'ordre.

Depuis le 10 jusqu'au 28 janvier, le malade a été de mieux en mieux, sauf quelques bouffées fébriles déterminées par sa bronchite et ses quintes de toux. L'emphysème a été constamment en diminuant, et actuellement il faut explorer le corps avec une grande attention, pour percevoir encore quelques bulles éparses sur les parties les plus déclives des plans latéraux du thorax.

L'air s'est donc résorbé peu à peu; le malade dort bien, mange avec appétit, et on pourrait le considérer comme absolument guéri, si la consolidation inachevée de sa fracture ne l'obligeait à garder le lit quelque temps encore.

Érysipèle vaccinal; badigeon avec une mixture de tannin, d'alcool et de chloroforme; prompte guérison.

A l'occasion du cas d'érysipèle développé à la suite de la vaccination, que nous avons publié dans la dernière *Revue*, M. Loiseau (de Montmartre) nous communique la relation d'un fait analogue qu'il a observé tout récemment, et dans lequel il a obtenu un heureux résultat de l'emploi d'une mixture de tannin, d'alcool et de chloroforme.

Il y a peu de jours, dit M. Loiseau, j'étais appelé pour donner mes soins, rue de la Nation, 6, à une petite fille âgée d'environ un mois et vaccinée depuis huit jours. Quatre boutons très-volumineux existaient sur chacun des bras; le cercle érysipélateux qui entourait chaque bouton se confondait avec le cercle voisin et occupait toute la face antérieure du bras; le pouls était très-fréquent, l'agitation extrême; l'enfant refusait le sein depuis la veille et ne cessait de crier. Je fis immédiatement badigeonner toutes les surfaces envahies avec la mixture de tannin dans l'eau-de-vie additionnée d'une petite quantité de chloroforme.

Le badigeon fut répété d'abord de dix minutes en dix minutes. L'enfant cessa presque immédiatement de crier; il ne tarda pas à prendre le sein et à s'endormir. Le badigeon fut néanmoins continué de quart d'heure en quart d'heure, puis de demi-heure en demi-heure jusqu'à la nuit.

Je revis l'enfant le lendemain; il était calme et n'avait pas cessé de teter comme à son ordinaire, et l'érysipèle n'avait fait aucun progrès. Je ne prétends pas dire que dans ce cas l'érysipèle ne se serait pas borné de lui-même, mais j'ai la conviction du moins d'avoir fait promptement disparaître la souffrance.

NOUVEAU CAS DE MALADIE BRONZÉE.

Remarques sur les fonctions des capsules surrénales.

Par M. le Dr Gouriet (de Niort).

Le 10 septembre 1861, je suis consulté par une femme dont la couleur me frappe singulièrement : je ne puis mieux comparer l'aspect de sa peau qu'à celui du bois de noyer passé à la cire, ou encore à celui de la basane qui couvre les vieux livres. De prime abord et presque malgré moi, je pensai à cette curieuse maladie décrite pour la première fois par le docteur Addison, et dont les journaux de médecine ont publié des exemples dans ces derniers temps.

Voici quelle est l'histoire de cette malade :

Femme d'un paysan des environs de Niort, elle est âgée de trente-trois ans et mariée depuis deux ans à peine. Brune, d'une taille moyenne, d'une constitution assez délicate, elle s'était jusqu'alors assez bien portée. Elle n'a commencé à avoir ses menstrues qu'à vingt et un ans, mais depuis elle les a toujours eues d'une façon bien régulière; elle n'a presque jamais perdu en blanc. Sa mère est morte de la poitrine; le père, vieillard très-vert, existe encore.

Pendant la fin de 1860 et le commencement de 1861, la femme X... a eu de grands chagrins de famille qui ont déteint sur son caractère; elle est devenue triste et morose. Vers le mois de mars, sa peau a commencé à se foncer en couleur; elle a ensuite bruni avec tant de rapidité, qu'au bout de deux mois elle était un objet d'étonnement pour les habitants de son village. En même temps que ce phénomène se présentait du côté de la peau, se développaient les symptômes suivants :

Perte de sommeil, perte d'appétit; grand dégoût pour les aliments; amaigrissement et débilité progressive; constipation opiniâtre; malaises par tout le corps offrant dans leur généralité deux points devenus d'une fixité remarquable dès le mois de mai : je veux parler d'une *douleur correspondant parfaitement à la région rénale*, et d'une douleur ayant son siége au creux de l'estomac, l'une et l'autre non exaspérées par la pression.

Depuis le mois de juin, il existe après comme avant l'introduction des aliments, de fréquentes nausées qui ne vont pas jusqu'au vomissement. La menstruation est beaucoup moins abondante, mais elle est toujours très-régulière, seulement le sang est moins rouge qu'autrefois. Je cherche en vain, par l'examen le plus minutieux, si quelque organe important n'est point lésé, si quelque grande fonction n'est point altérée : le poumon, le foie, le cœur, l'estomac, sont explorés tour à tour, et ne révèlent rien. La langue, légèrement chargée, n'offre de rougeur ni aux bords ni à la pointe. A peine les battements du cœur ont-ils un peu plus d'éclat, qu'on pourrait attribuer à la maigreur de la poitrine. Il n'y a pas de souffle à la région précordiale, mais le stéthoscope en fait découvrir dans les carotides. Le pouls est régulier, d'une vitesse normale ou à peu près, quoique un peu petit.

D'une part, point de lésion des principaux viscères; d'autre part, point de ressemblance entre la coloration de la peau dans le cas actuel et celle qu'on observe dans certaines affections de ces organes. La femme X..., disons-le en passant, n'a jamais suivi de traitement au nitrate d'argent.

La coloration de la peau est générale, mais elle n'est pas partout également prononcée. La partie supérieure du corps, envisagée dans son ensemble, est plus colorée que l'inférieure, et encore présente-t-elle même de grandes variations. Les régions les plus foncées en couleur sont la face, le cou, le sommet des épaules, les coudes, les genoux et le creux des jarrets. La coloration semble plus développée aux endroits où s'est opérée une plus forte pression; c'est ainsi qu'au collet et aux emmanchures on observe des lignes noires qui correspondent au relief des ourlets. Le long de la colonne vertébrale existent sept ou huit paires de taches noires, oblongues, correspondant toutes à des saillies d'apophyses. La femme X... m'apprend à ce propos qu'elle porte en arrière de son corsage un très-fort busc en baleine.

Si cette grande production de pigment à la surface du corps est due à une grande cause interne, il n'en est pas moins probable que la pression extérieure a pu déterminer une fixation plus considérable de ce pigment en certains endroits. J'en dirai autant de l'insolation, qui semble avoir fait déposer une grande quantité de cette matière aux bras et au visage.

Un autre point important, c'est que les régions palmaire et plantaire contrastent par leur couleur normale avec la teinte enfumée de la région dorsale des extrémités, comme si en ces parties l'épaississement de l'épiderme dérobait la forte coloration du corps muqueux. Les ongles et le derme sous-unguéal sont très-blancs; le mamelon n'a pas d'aréole. Les sclérotiques ressortent vivement sur cette face basanée, et la muqueuse oculo-palpébrale n'offre aucun indice de coloration. La muqueuse buccale est d'un rouge sombre et noirâtre; sur la muqueuse de la lèvre inférieure et sur la peau du visage, on observe de petites taches tout à fait noires, qui correspondent à des *nævi materni* et à d'anciennes taches de rousseur.

J'insiste tout particulièrement sur la douleur fixe au niveau des reins, que la malade m'a signalée plusieurs fois, sans que mes questions l'y eussent provoquée.

D'après cet ensemble de faits, je diagnostiquai une maladie d'Addison.

N'ayant jamais vu par moi-même d'exemple de cette affection, je me basais uniquement sur l'analogie de tous ces symptômes avec les descriptions que j'avais lues à ce propos.

J'avoue même que sans cette notion préalable, je ne me serais point arrêté à un pronostic fâcheux; hors l'état d'anémie et la coloration insolite, je n'aurais vu chez cette malade rien qui fût de nature à justifier de grandes craintes; mais j'avais dans ma mémoire le

---

sucre, qui, contrairement à la graisse et malgré ce produit, s'y maintient sans augmentation notable.

C'est par ces procédés rigoureux que M. Alvarenga parvient à déterminer les caractères anatomo-pathognomoniques de la fièvre jaune qu'il a observée. Dans un résumé clair et lucide, rappelant les faits et les opinions des autres observateurs à ce sujet, il les définit ainsi : « Dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, contenu gastro-intestinal formé de sang plus ou moins altéré, couleur jaune de la peau et des conjonctives, hyperémie pulmonaire. Les autres altérations, comme la rétraction de la vessie, l'épanchement de sang dans la vésicule biliaire et l'hyperémie des principaux organes, ne sont pas exclusives ni caractéristiques sans le concours des autres. »

Des tableaux synoptiques très-bien disposés et tenant parfaitement lieu d'observations sommaires, terminent cette première partie. Ils indiquent en détail et séparément les altérations de ces 63 cas, lesquelles se trouvent récapitulées suivant les divers organes dans un tableau définitif. L'auteur n'a pas craint ainsi de se répéter, pour mieux faire saisir au lecteur le résultat de ses observations sous tous les rapports.

La seconde partie n'est pas moins précise que la première, quoique ne comportant pas également la méthode numérique. Après l'exposé des prodromes dont la maladie était ordinairement précédée, l'auteur décrit les symptômes dans l'ordre de leur apparition et les divise en trois périodes, contrairement à certains pathologistes qui n'en admettent que deux, mais dont la dernière seule, dite hémorrhagique, est caractéristique. Puis il examine et discute séparément chacun de ces principaux signes : les hémorrhagies, qu'il considère comme un résultat de l'altération du sang; les vomissements et déjections dont il donne la composition d'après les auteurs, l'examen microscopique et l'analyse chimique auxquels il les a soumis; la coloration jaune périphérique qui lui fournit l'occasion de passer en revue toutes les opinions émises sur sa nature, et les analyses du sang faites à ce sujet; l'albuminurie enfin, dont il retrace l'historique et la pathogénie d'après les auteurs anglais, allemands et français, pour mieux en faire comprendre l'apparition, le développement dans la fièvre jaune.

Et se livrant à cet égard à la critique contradictoire des opinions et des expériences des autres d'après les siennes propres, il en conclut que ce phénomène, tout en étant plus fréquent dans la dernière période, c'est-à-dire la plus grave, comme cela avait déjà été constaté, se présente aussi dans les autres et peut diminuer et même disparaître avant la mort, ainsi qu'il en rapporte des exemples en terminant.

Dans tout ce travail, l'auteur a fait preuve d'une saine érudition et d'une grande sobriété de théories. Quand il ne peut expliquer les phénomènes anatomo et physiologico-pathologiques, il se borne à les constater et à signaler les opinions des autres : c'est très-sage. Il est regrettable qu'il n'ait pas également éclairé les autres points de cette terrible maladie, l'étiologie et le traitement en particulier, qui n'en sont pas moins, quoi qu'on en dise, les points principaux à élucider. On aurait ainsi un traité complet et des plus précieux sur la matière.

Le traducteur a senti et regretté comme nous cette lacune, et a cherché à l'atténuer, autant qu'il était en son pouvoir, par une notice historique résumant les principaux faits constatés officiellement sur la transmission, l'intensité et la mortalité du fléau selon le sexe, l'âge, la profession; et comme il ne pouvait tout dire, il a indiqué les sources où l'on peut puiser de plus amples renseignements. C'est une attention dont les lecteurs lui sauront gré, aussi bien que d'avoir introduit, naturalisé parmi nous cette œuvre scientifique et excellente du savant observateur portugais.

Dr Lepetit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebordа, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Conférences de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. Alph. Robert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc.; recueillies et publiées sous sa direction par M. le docteur Doumic. 1859. Un volume in-8°. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École de Médecine.

Maladies des organes génito-urinaires. Une nouvelle application de l'hydrothérapie, par M. le docteur Petit, directeur de l'établissement hydrothérapique de Château-Thierry. Paris, 1862, in-8°, 61 p. Prix : 1 fr. 25. Chez J. B. Baillière et fils, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Des doctrines médicales professées par les médecins de l'hôpital Saint-Louis en 1861, par M. le docteur Baudat, ancien interne des hôpitaux de Paris. Mémoire de 102 pages. Prix : 2 fr., *franco* par la poste. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École de Médecine.

cas de M. Trousseau. Je me rappelais l'histoire de cet homme, presque guéri en apparence, qui buvait, mangeait, se promenait dans les salles, et qui cependant ne tarda pas à mourir comme le médecin l'avait prédit. En conséquence, j'avertis la famille du danger que la malade courait.

A défaut de lésion anatomique du côté des principaux organes, et laissant de côté le traitement local des capsules surrénales, j'essayai de combattre l'état anémique de la femme X... Jadis le fer avait été mal supporté par elle; je prescrivis pour le remplacer une solution très-légère d'iodure de potassium; mais au bout de quarante-huit heures, la malade refusa d'en prendre, disant que ses envies de vomir se trouvaient exaspérées. Il n'y a point de fièvre.

Le 14, elle est au lit, ne souffrant pas plus qu'à l'ordinaire, mais dans l'impossibilité de se lever; elle vomit quelques glaires jaunâtres. J'ordonne des bouillons froids, des huîtres; un bain salé tous les deux jours; de grandes et fortes frictions d'alcool camphré par tout le corps.

Le 26, c'est-à-dire douze jours après, il existe une amélioration prononcée; elle dort assez bien, mange beaucoup mieux, ne souffre que très-peu de sa douleur de reins. Les troubles gastriques se sont eux-mêmes apaisés; *la peau est réellement moins foncée*. La malade commence à se lever. Je prescris deux cuillerées à bouche par jour de vin de quinquina, qui est supporté à merveille.

Le 12 octobre, le mieux a fait des progrès notables. La femme X... se promène dans le village et ne se sent aucun mal. Tout le monde la croit guérie; moi-même, tout en conservant de l'inquiétude, je me demande si mes craintes ne sont pas illusoires.

Tout va bien jusqu'au 19. Ce jour-là la malade se rend à un repas de noces, où elle mange un peu trop et reste plusieurs heures à voir danser; elle se couche fatiguée et ne dort pas. Les jours qui suivent se passent assez mal.

Le 24, on m'envoie chercher; je la trouve dans l'état où elle était cinq semaines auparavant: douleurs aux points dont j'ai parlé; pouls petit, régulier et non fébrile; nausées fréquentes, allant jusqu'au rejet des aliments. La faiblesse est grande, mais rien n'indique que le dernier moment soit proche. — Application d'un vésicatoire volant au creux de l'estomac.

La journée du lendemain 25 n'offre de particulier à noter qu'une tendance à l'assoupissement. La malade se sent un peu mieux, quoique bien abattue.

Dans la nuit du 25 au 26 elle meurt en pleine connaissance; parlant aux personnes qui l'entourent, et n'accusant point de bien vives douleurs.

Malgré mes instances, la famille n'a point permis l'autopsie, ce qui prive cette observation de sa partie la plus importante.

L'urine seule a été examinée plusieurs fois pendant la maladie: très-claire et très-limpide, elle n'a offert à l'analyse ni albumine ni glucose.

MM. les docteurs Bazire et Piet-Lestrade ont visité la femme X... et observé les symptômes ci-dessus mentionnés. L'un de ces messieurs, qui avait vu à l'Hôtel-Dieu de Paris le malade de M. Trousseau, a confirmé mon diagnostic et a reconnu tous les signes de la maladie d'Addison.

Si maintenant on envisage d'un coup d'œil rétrospectif tout ce qui a été publié sur cette intéressante affection, on peut le résumer ainsi qu'il suit:

1° Les symptômes principaux consistent en une coloration particulière de la peau, qui est plus ou moins foncée selon certaines circonstances; un état anémique très-prononcé; une douleur fixe à l'endroit des reins; divers troubles du côté des fonctions digestives; l'intégrité parfaite des autres fonctions.

2° Des périodes de mieux peuvent se manifester, et coïncident avec une diminution momentanée de la coloration de la peau.

3° Tous les cas observés jusqu'à ce jour se sont invariablement terminés par la mort, mort qui le plus souvent est assez douce et exempte d'agonie.

4° L'autopsie a presque toujours révélé une dégénérescence unique ou double des capsules surrénales transformées ordinairement en masses tuberculeuses, les autres organes étant en bon état.

5° Dans quelques cas on n'aurait trouvé aucune lésion des capsules surrénales; mais comme dans certains autres, où l'œil ne révélait rien, le microscope faisait découvrir une altération profonde dans la texture intime, on est en droit de conclure qu'on ne connaît pas encore d'exemple bien positif de maladie bronzée sans lésion de ces organes.

6° La réciproque n'est pas toujours vraie, car on a observé l'altération des capsules sans changement de couleur à la peau.

7° On a fait l'autopsie d'un adulte chez qui on a observé une absence congénitale des capsules surrénales coïncidant avec une blancheur plus grande de la peau.

8° On a expérimenté sur les glandes surrénales des animaux, et à la suite de résultats contradictoires, on ne sait pas encore si ces organes sont essentiels à la vie.

Tel est l'état actuel de la science sur ce point à la fois si curieux, si délicat et si important. Quant à une opinion sur le rôle de ces organes dont la lésion est mortelle, aucune n'a été proposée: me sera-t-il permis, après cela, de présenter à ce sujet quelques considérations de physiologie?

Il existe une classe d'organes dispersés à l'intérieur du corps, et assez nombreux, qui ont de tout temps excité les recherches de la science sans que leurs fonctions aient été bien nettement définies; je veux parler des *glandes sans conduit excréteur*, telles que la rate, le thymus, le corps thyroïde, auxquelles on pourrait joindre les appendices auriculaires du cœur et les capsules surrénales; on les comprend aussi sous le nom de *glandes vasculaires sanguines*, qui semble convenir à la plupart d'entre elles. Le volume de quelques-unes, leur richesse en vaisseaux, leur proximité d'appareils importants, suffisent pour démontrer qu'elles doivent remplir un grand rôle dans l'économie. Parmi les hypothèses, presque toutes ridicules, qu'ont émises les anciens, la plus sérieuse est celle qui transforme ces organes en *diverticulum*: la glande remplit le rôle d'un bassin de déversement donnant asile au flot sanguin, pour l'arrêter dans sa marche rapide vers un organe délicat et de premier ordre. C'est ainsi que la rate recevrait une partie du sang qui afflue vers l'estomac au moment de la digestion; c'est ainsi que le corps thyroïde serait un modérateur de la circulation céphalique; c'est ainsi peut-être (je hasarde cette hypothèse) que les appendices auriculaires modéreraient la circulation du parenchyme même du cœur. Il ne serait pas difficile d'assigner au thymus un rôle analogue pendant la vie intra-utérine et quelque temps après la naissance. A part quelques suppositions absurdes où figurent les *esprits vitaux*, les anciens, peu avancés en chimie et ne voyant pas dans ces glandes de conduits excréteurs, devaient tout naturellement leur assigner des emplois mécaniques: c'est de là qu'est née cette théorie des *diverticulum* dont je viens de parler. Cependant on les voit, abordant un autre ordre d'idées, faire partir des capsules surrénales un ferment particulier qui passe dans le sang pour y donner naissance à une des *quatre grandes humeurs*, et depuis Galien on entend pendant une longue suite de siècles la médecine parler gravement d'*atrabile*. Longtemps plus tard on voit Lieutaud, donnant au liquide amer des capsules une propriété délayante, dire que ce suc absorbé par les veines rend au sang veineux la fluidité qu'il a perdue; il ajoute, en outre, que ces veines elles-mêmes servent de conduits excréteurs à ces glandes. Voilà une hypothèse qui est bien gratuite sans doute, mais qui est d'une importance capitale, en ce sens qu'elle marque un grand pas vers les idées chimiques.

Les modernes, familiarisés avec les réactions des corps, avaient mieux le moyen d'entrer dans cette voie: ainsi M. Béclard, analysant le sang qui vient de la rate, l'a trouvé différent par sa composition de celui des veines voisines. Le foie, cette énorme glande vasculaire munie d'un conduit excréteur pour la bile, n'a pas de conduit excréteur pour l'élimination du sucre qui s'est formé dans sa masse, ou plutôt les veines sus-hépatiques en tiennent lieu; l'admirable découverte de M. Cl. Bernard rentre ainsi dans cet ordre de faits. Je rappelle seulement la théorie très-contestable du médecin danois Haugsted, qui fait servir le thymus à l'assimilation du lait, ainsi que les théories de deux savants allemands d'après lesquels le corps thyroïde et les capsules surrénales auraient pour but de donner un caractère veineux au sang qui les traverse avec une grande lenteur.

Les notions définitivement acquises sont encore bien rares sans doute, mais la route est frayée, et on est convaincu aujourd'hui que les glandes sans conduit excréteur n'ont pas seulement à remplir des fonctions mécaniques, et qu'elles sécrètent des produits entraînés par le sang.

Il n'est pas douteux que les capsules surrénales remplissent un rôle analogue, à n'en juger que par le liquide que leur cavité renferme, et par la relation que le docteur Addison a établie entre la lésion organique de ces glandes et la coloration bronzée de la peau.

Une fois cette découverte bien constatée et appuyée par un certain nombre d'autopsies, il est permis de se demander:

1° Si les capsules surrénales n'auraient pas pour fonction d'élaborer la matière pigmentaire, auquel cas l'irritation morbide de ces organes aurait pour effet d'exagérer la fonction et de produire un excès de pigment qui se porterait à la peau;

2° Ou bien si, au contraire, les capsules ne seraient pas destinées à éliminer la matière pigmentaire, auquel cas la rétention de ce produit dans le sang serait la cause d'une plus forte coloration du derme.

En attendant que ces propositions s'élucident, on pourrait toujours chercher à résoudre les suivantes, qui semblent des conséquences de la première:

1° Les nègres et en général les hommes de couleur ont-ils les capsules surrénales plus développées que les blancs? Les albinos, à quelque espèce animale qu'ils appartiennent, offrent-ils un arrêt de développement de ces organes?

2° En excitant par le galvanisme les plexus surrénaux, augmenterait-on la production du pigment au même titre qu'en excitant les pneumo-gastriques on fait produire au foie plus de sucre?

Espérons qu'en mettant à profit les diverses branches de la science, on arrivera quelque jour au dernier mot de la question.

PHLEGMON DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE.

Guérison d'une hernie inguinale ancienne du même côté.

Par le docteur BÉCLÈRE.

Il y a environ deux mois et demi, je fus appelé auprès du nommé J..., fleuriste, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution bilioso-nerveuse, que je trouvai dans l'état suivant:

Ce malade éprouvait de vives douleurs dans la région inguinale droite; je constatai une tuméfaction profonde ayant pour siége toute l'étendue de la fosse iliaque.

J... souffrait déjà depuis deux ou trois jours, mais les douleurs augmentèrent au point qu'il fut forcé de s'aliter.

Il y a de la fièvre; le pouls est petit, serré; la face grippée; on constate des envies de vomir, et même il y avait déjà eu quelques vomiturition; la tumeur était brûlante, dure, circonscrite; elle était le siége de battements, de douleurs vives, lancinantes, arrachant des cris au malade lors des moindres mouvements et de la plus faible pression.

La rapidité de l'évolution des symptômes, l'abondance du tissu cellulaire de cette région, l'acuité des douleurs, la force des battements et surtout l'apparition de frissons irréguliers survenus dès le matin même de mon arrivée auprès du malade, et qui se sont prolongés près de deux jours; tous ces phénomènes, dis-je, annonçaient une suppuration qui devenait de plus en plus certaine.

Interrogé sur les causes qui avaient pu déterminer une inflammation si intense dans cette région, le malade, qui était atteint depuis vingt-cinq ans d'une hernie inguinale de ce côté, ne put rien me dire de bien positif à cet égard, si ce n'est toutefois d'avoir trop serré son bandage.

J'examinai ce bandage, qui ne m'offrit rien de particulier à noter: la pelote me parut aussi bien appropriée à la hernie.

Pour traitement, j'employai des boissons délayantes et rafraîchissantes, la diète absolue; vingt sangsues furent appliquées sur la tumeur et en deux fois, de manière à avoir un écoulement de sang qui dura presque toute la journée; cinq ou six purgatifs salins furent donnés dans l'intervalle de six à sept jours; de larges cataplasmes de farine de lin furent également appliqués; puis, dès le lendemain de l'application des sangsues et indépendamment des cataplasmes, je fis faire trois ou quatre fois par jour, *loco dolenti*, des onctions avec une pommade composée avec parties égales d'onguent napolitain, de cérat opiacé et belladoné.

Sous l'influence de cette médication, les phénomènes généraux et locaux s'amendèrent peu à peu. Les douleurs et les battements devinrent moins intenses; les frissons cessèrent; la tumeur diminua de volume et devint moins circonscrite et moins dure. La face reprit aussi son calme et sa sérénité habituelle; enfin un sommeil réparateur et un appétit franc et soutenu amenèrent bientôt le malade en pleine convalescence.

J... en était au quatorzième jour de sa maladie, lorsque en examinant les progrès de la résolution du phlegmon, je constatai que toute l'étendue du canal inguinal était convertie en un cordon dur et très-peu sensible à la pression. Ce cordon avait environ deux pouces d'étendue dans son plus grand diamètre, sur 3 ou 4 centimètres de largeur.

Je conçus dès lors l'espérance que ce malade pourrait bien être guéri de sa hernie en même temps que de son phlegmon, car l'inflammation phlegmoneuse s'était étendue de proche en proche jusqu'au canal inguinal, avait déterminé une adhérence complète de cette région, et par conséquent produirait évidemment la guérison radicale de la hernie.

En effet, tous les jours je remarquais du mieux dans la santé générale, et, à mesure que le malade reprenait ses forces, il me disait qu'il sentait bien au resserrement qu'il éprouvait dans cette région que sa hernie était guérie. Il pouvait effectivement faire des efforts sans souffrir, et la main appuyée sur l'anneau inguinal externe, que l'on sentait fermé, ne percevait plus l'impulsion des intestins même en toussant.

Cependant J... m'a affirmé qu'avant sa maladie il était souvent obligé de faire rentrer sa hernie, qui passait quelquefois sous son bandage, et dont le volume égalait presque la grosseur du poignet. Je lui fis garder le lit pendant cinq ou six jours de plus, afin de permettre l'entière consolidation des adhérences du canal inguinal, et je l'engageai également à attendre une quinzaine de jours avant de reprendre ses travaux. Il n'a pas cessé non plus de porter son bandage, afin de ne pas compromettre la guérison fortuite de cette hernie.

Depuis bientôt deux mois mon malade a repris ses travaux de ciseleur d'instruments pour les fleuristes, et il ne souffre ni de son phlegmon ni de sa hernie, dont il se félicite tous les jours d'être guéri. Il est même si fort et si bien portant qu'il pourra bientôt sans aucune crainte quitter son bandage.

Cette observation est, selon moi, digne d'intérêt sous deux rapports différents: d'abord comme phlegmon aigu de la fosse iliaque avec terminaison par résolution sous l'influence d'une médication active, alors que tous les symptômes indiquaient une suppuration et partant une terminaison moins heureuse. Sous ce point de vue seulement, ce cas méritait par lui-même d'être mentionné. Mais le côté le plus digne de remarque est sans contredit l'existence d'une hernie inguinale ancienne qui se trouve guérie en même temps que ce phlegmon, en vertu de l'inflammation s'étendant de proche en proche de la fosse iliaque au canal inguinal et produisant une adhérence complète de cette région.

ANÉVRYSME DE L'AORTE THORACIQUE

avec perforation de l'œsophage.

Par M. WAHL.

Nous consignons ici cette observation remarquable, parce qu'elle a donné lieu à une erreur de diagnostic dont il est bon d'être prévenu.

Un homme de trente-cinq ans était arrivé à l'hôpital, souffrant de dyspnée et de toux; à gauche l'expansion du thorax est diminuée; il y a de la matité dans la région axillaire et en arrière; en haut et en arrière respiration prolongée, partout ailleurs de ce côté le bruit respiratoire fait absolument défaut.

La matité précordiale dépasse le bord droit du sternum d'un travers de doigt environ. A la pointe, bruit de souffle systolique très-intense; les tons de l'aorte sont purs, le deuxième bruit surtout est nettement frappé. Il n'existe pas de pulsations thoraciques; le pouls, qui est petit, à 120, n'est perceptible qu'à droite; il fait absolument défaut à gauche dans la sous-clavière, l'humérale, la radiale et la cubitale. Dysphagie assez considérable depuis quelques semaines. On porta le diagnostic suivant: pleurésie gauche et insuffisance mitrale; rétrécissement peut-être cancéreux de l'œsophage; obstruction lente de la sous-clavière gauche.

A l'*autopsie*, aucune trace de pleurésie, hydrothorax gauche considérable; le poumon gauche est exsangue, il n'est perméable à l'air qu'au sommet; les bronches sont remplies d'un mucus purulent

épais. Le cœur a son volume normal ; toutes les valvules sont saines. La sous-clavière gauche est oblitérée par un thrombus. Au niveau de son origine, sur l'aorte, commence un sac anévrysmal qui adhère aux corps vertébraux dont il a déterminé l'usure à une assez grande profondeur ; il se prolonge jusqu'à l'orifice aortique du diaphragme.

Les parois du sac sont sclérosées ; le contenu consiste en caillots épais disposés par couches.

L'œsophage présente deux perforations au point même où il est croisé par l'aorte. De ce point jusqu'à l'extrémité inférieure du canal, les tuniques sont épaissies, et cette modification a porté surtout sur la musculeuse.

EMPLOI DU NAPHTE

pour dissoudre un cylindre de cire introduit dans la vessie.

Dans une de ses leçons cliniques, M. Nélaton a rapporté qu'étant chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, il avait eu l'occasion de voir un vieux fabricant de meubles qui s'était introduit dans la verge, et, par suite, dans la vessie, un long cylindre de cire à cirer les parquets. Le corps étranger, de consistance molle, ne put être saisi par le brise-pierre à cuiller. La vessie très-irritée ne contenait pas d'urine et ne tolérait pas davantage l'eau qu'on y injectait ; en sorte que l'explorateur, ne sachant s'il saisissait la cire ou le tissu même de la vessie, était très-embarrassé. M. Nélaton prit alors l'avis de M. le professeur Dumas, et se mit en devoir d'agir sur le corps étranger à l'aide d'un dissolvant chimique qui fût le produit bitumineux connu sous le nom d'huile de naphte. L'intolérance de la vessie rendit d'abord à peu près impuissantes les injections de ce liquide, mais avec de la persévérance on parvint à en faire garder une certaine quantité chaque jour, et comme sous l'influence de ce traitement continué pendant quinze jours, on vit totalement disparaître les accidents dus à la présence du corps étranger, on eut toute raison de croire que la dissolution de la cire par l'huile de naphte s'était opérée selon les prévisions de MM. Nélaton et Dumas. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 janvier 1862. — Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

COMMUNICATION.

M. GIRALDÈS présente, au nom de M. Stahl, chef de l'atelier de moulage au Muséum d'histoire naturelle, une série de pièces en plâtre destinées à montrer l'avantage qu'on peut retirer de *l'application du moulage à la confection de chaussures pour les pieds difformes, et pour la partie de soutien des appareils prothétiques.*

Nous savons tous la difficulté qu'on éprouve à obtenir des chaussures convenablement faites pour des malades adultes, atteints de pieds bots ou autres difformités du pied. La configuration irrégulière de ces parties, les anfractuosités et les saillies qu'elles présentent, rendent difficile la confection de chaussures qui s'adaptent convenablement et qui ne fatiguent ou ne blessent pas les malades. La même remarque peut s'appliquer aux jambes et aux pieds artificiels pour les amputés.

Nous avons tous vu des accidents produits par un vice de confection de la portion des appareils sur laquelle portent les moignons.

Pour obvier à tous ces inconvénients, M. Stahl a pensé que si l'on moulait à l'avance les parties des membres qui doivent porter sur un appareil ou sur une chaussure, et que si avec le bon creux du moulage on confectionnait avec du caoutchouc liquide une partie analogue, on obtiendrait une surface dans laquelle se trouveraient exactement logées les saillies et les anfractuosités, et qui donnerait aux parties un appui qui ne blesserait pas, et sur lequel on pourrait confectionner un appareil ou une chaussure.

Cette idée a été heureusement mise en pratique par lui chez un malade atteint de pied bot équin, et pour lequel jusqu'alors il avait été impossible de faire une chaussure convenable.

On peut voir sur le moule que je présente à la Société, combien le procédé de M. Stahl a heureusement rempli les indications qu'il a voulu obtenir. Ce moule est la reproduction du pied dont il vient d'être question.

Il y a quelques années déjà, dit M. Stahl, une personne dont le pied était au plus haut point difforme, se plaignait devant moi des vives douleurs que lui causaient les chaussures mécaniques, à l'aide desquelles on avait essayé de remédier à son infirmité. Je m'aperçus bientôt que ces appareils étaient surtout insuffisants en ceci, que le pied, ne s'appliquant point au sol, était en quelque sorte suspendu sans aucune assiette dans une chaussure où le maintenaient des lanières, dont la pression irritait la peau et déterminait des douleurs qui rendaient la marche à peu près impossible.

Il me sembla qu'on pouvait, à la rigueur remédier à cet inconvénient ; quelle que fût la difformité de la surface plantaire, il était possible de trouver une surface telle qu'elle s'y adaptât d'une manière parfaite ; or cette surface inclinée d'une certaine façon pouvait devenir l'élément principal d'une semelle sur laquelle le pied pourrait s'appuyer en s'y appliquant de la manière la plus exacte, et contre laquelle il serait facile de le maintenir à l'aide de bandes larges embrassant la convexité du pied. Il était facile d'obtenir cette surface au moyen du moulage en plâtre d'abord, puis en une substance élastique, telle que du cuir bouilli, de la gutta-percha ou du caoutchouc ; dans le désir où j'étais de soulager cette personne, je me mis à l'œuvre, et le succès couronna mes premiers efforts.

La première pièce est le moule d'un pied d'enfant placé dans une attitude forcée tout à fait anormale. Dans cette attitude le pied posé à terre ne porterait que sur son bord externe ; il s'agit de permettre à ce pied de s'appliquer par toute la surface plantaire, de manière à trouver son aplomb.

La deuxième pièce permet de résoudre ce problème : c'est une semelle dont la face supérieure est une empreinte exacte de la face inférieure du pied, en donnant plus d'épaisseur à cette semelle à son côté interne. Le pied peut s'y appliquer sans aucune fatigue de l'articulation tibio-tarsienne et trouver un aplomb parfait.

La troisième et la quatrième pièce montrent comment, en variant graduellement l'épaisseur de la semelle, soit au côté externe, soit au côté interne, soit même en avant, on pourrait arriver naturellement à modifier les attitudes du pied, si le chirurgien se proposait d'atteindre ce but et d'amener une guérison complète.

La cinquième pièce permet de montrer de quel usage seraient de pareilles semelles s'il s'agissait de soustraire à la pression quelques points malades, trop sensibles ou mal configurés, de la surface plantaire.

La matière que je préfère pour la fabrication de la partie essentielle de ces semelles est le caoutchouc ; on obtient ainsi de la manière la plus parfaite les résultats désirés.

Je n'ai pas besoin d'expliquer ici comment bien des appareils analogues, embrassant les membres, les soutenant exactement en certains points d'élévation, auraient d'avantages dans la fabrication des membres artificiels.

— M. DELAPORTE, médecin à Vimoutiers (Orne), montre à la Société un de ses bras, sur lequel on remarque **une difformité assez singulière.**

Cette altération a débuté, il y a cinq ou six ans, par un gonflement siégeant sur le radius, un peu au-dessus de l'extrémité articulaire inférieure de cet os : elle a augmenté peu à peu, et aujourd'hui on constate une élongation remarquable du radius avec hypertrophie portant surtout sur son tiers inférieur. Comme le cubitus n'a pas subi la même lésion, et que l'articulation radio-carpienne est très-peu abaissée et déjetée en dedans, il en résulte que le radius s'est soulevé et tordu sur lui-même. Une pression un peu forte détermine de la douleur. On ne sent ni battements ni fluctuation.

M. Delaporte se sert de son bras presque aussi facilement qu'avant le début de cette altération. Il a pris de l'iodure de potassium, mais il a cessé de faire usage de ce médicament, parce qu'il provoquait des douleurs d'estomac. M. Delaporte désirerait avoir l'opinion des membres de la Société.

M. CHASSAIGNAC pense qu'il s'agit d'un **rachitisme mono-ostéique**, c'est-à-dire occupant un seul os.

Les membres présents partagent la même opinion, et tous sont d'avis qu'il faut se borner à un régime tonique.

SUITE DES ÉLECTIONS.

Comité de publication. — Votants, 21.

Sont nommés : MM. Follin (13 voix), Jarjavay (9 voix), Guérin (7 voix).

Commission des congés. — Votants, 26.

Sont nommés : MM. Legouest (17 voix), Bouvier (14 voix), Boinet (10 voix).

— A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur le *prix Duval*.

Le secrétaire, **BAUCHET.**

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On lit dans la *Gazette hebdomadaire* :

« On parle d'une démarche faite par une commission de la Faculté de médecine de Paris auprès de M. le ministre de l'instruction publique pour lui soumettre une combinaison destinée à rétablir les avantages du concours pour la nomination des professeurs, sans nuire au droit actuel de l'administration. En d'autres termes, le ministre nommerait le professeur sur une liste de candidats, mais cette liste serait dressée par la Faculté après un concours. Celui-ci subirait certaines modifications que nous croyons connaître, mais que nous nous dispenserons, quant à présent, de spécifier. »

Nous ne voyons aucune raison sérieuse pour imiter la réserve de la *Gazette hebdomadaire* ; nous dirons donc que l'opinion générale de la Faculté semble être que les candidats soient appelés à faire deux leçons d'une heure sur un sujet à leur choix ou indiqué à l'avance par le jury.

Notre opinion, à nous, c'est que les candidats devraient être appelés à faire deux leçons d'une heure : l'une à leur choix, l'autre tirée au sort vingt-quatre heures à l'avance, sur une liste de questions dressée par le jury.

— M. Mühlig, médecin de la Légation royale de Prusse à Constantinople et de l'Hôpital de la marine impériale ottomane, vient d'être nommé inspecteur de cet hôpital. (*Gazette médicale d'Orient.*)

— La Société de médecine de Caen, ayant décidé qu'elle admettait dans son sein des représentants de la science vétérinaire, vient de créer deux places de membres titulaires résidants. Ces deux places ont été rapidement occupées. Deux vétérinaires distingués, MM. E. Gautier et C. Hornez, ont été admis.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Jamain, né Pargny, près de Condé-en-Brie (Aisne) ; *Recherches historiques et cliniques sur l'entérorrhaphie.*

Quinton, né à Fontainebleau (Seine-et-Marne) ; *Des fonctions de la peau, et de leur importance dans la production des maladies.*

Saint, né à Louviers (Eure) ; *De l'accouchement prématuré artificiel.*

Combes, né à Vaillac (Lot) ; *De l'emploi de l'eau froide à l'extérieur comme moyen hygiénique et reconstituant.*

Mascarel, né à Brulon (Sarthe) ; *De l'érysipèle.*

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 FÉVRIER 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous n'avons à signaler pour cette séance qu'une seule communication, c'est l'extrait d'un mémoire de M. le Dr P. de Pietra-Santa sur les eaux minérales de Bonnes. L'auteur a cherché à déterminer quelle est la dégradation de température que subit l'eau sulfureuse de Bonnes après sa sortie de la source, et il a fait dans les principales stations des Pyrénées des observations ozonométriques, comparées à des observations de même nature faites à Paris et à Versailles. On en trouvera les résultats dans le compte rendu.

L'Académie devait procéder, dans la séance d'aujourd'hui, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de zoologie et d'anatomie. L'élection n'a pu avoir lieu par suite d'un événement qui plonge dans le deuil le monde scientifique tout entier. M. Biot, le doyen des savants français, vient de succomber à une courte maladie, à l'âge de quatre-vingt neuf ans. M. le président de l'Académie, en annonçant à ses collègues la mort de cet illustre membre, a immédiatement levé la séance.

L'élection est en conséquence ajournée à la séance prochaine.

M. Biot, qui a été pendant si longtemps au premier rang de cette phalange de savants dont la France est justement fière, était né en 1773. Il était professeur au Collége de France depuis 1800, membre de l'Académie des sciences depuis 1802, membre du Bureau des longitudes depuis 1806, de la Légion d'honneur depuis 1814, de la Société royale de Londres depuis 1815, et de l'Académie française depuis 1857.

Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. PAJOT.

(Suppléant de M. le professeur P. DUBOIS.)

Leçons sur les affections puerpérales (1).

(Recueillies par M. le docteur DENEFFE.)

Tranchées. — On donne le nom de tranchées à des contractions utérines, dont les unes s'accompagnent de douleurs plus ou moins vives, tandis que les autres s'accomplissent presque à l'insu de la femme. Ces deux qualités, si distinctes de la contraction, ne se présentent pas cependant chez la même femme; les primipares ne souffrent pas au moment de la tranchée utérine, tandis que chez les multipares ce phénomène s'accompagne toujours d'une douleur très-appréciable pour l'accouchée. Je sais qu'il existe des exceptions à cette règle, mais elles sont très-rares.

La tranchée utérine mérite de fixer votre attention, car la douleur qu'elle provoque est parfois si vive que des médecins se sont trompés sur la nature du phénomène physiologique qui se déroulait devant eux, et, croyant assister au début d'une grave affection puerpérale, ont fait partager à la famille de l'accouchée l'épouvante qui les avait saisis. Que de fois j'ai vu poursuivre ces tranchées utérines par les antiphlogistiques les plus énergiques; c'est dans ce cas, c'est par le fait de cette erreur de diagnostic, que des médecins ont fait des miracles dans le traitement des maladies puerpérales; ils ont jugulé des affections morbides dont le danger n'existait que dans leur imagination.

Ces tranchées, nous l'avons dit, dépendent de la contraction utérine; de même que dans l'accouchement il a fallu à la matrice un certain temps pour que ses contractions atteignissent leur summum d'intensité, de même son contenu étant expulsé, l'organe ne rentre pas immédiatement dans un repos absolu, la contraction ne s'arrête pas brusquement, elle s'éteint progressivement.

Presque immédiatement après l'expulsion du délivre les tranchées apparaissent; elles sont séparées les unes des autres par un intervalle de temps tout à fait irrégulier, et au moment où la femme accuse leur présence, si l'on applique la main sur le ventre, on sent l'utérus déjà revenu sur lui-même se durcir davantage et présenter la consistance d'un muscle contracturé.

La douleur qui commence et finit avec la contraction présente un caractère spécial que les femmes intelligentes savent bien apprécier : elles ne la confondent avec aucune autre souffrance qui pourrait éclater dans l'abdomen; elle présente quelque chose de caractéristique qui la fait ressembler surtout aux douleurs éprouvées par un très-grand nombre de femmes à l'époque de la menstruation. Au moment de la douleur, quelle que soit son intensité, le pouls reste calme, et c'est là un fait qui doit fixer votre attention; car si violentes que soient les souffrances éprouvées par l'accouchée, si son pouls est souple et lent, soyez sans crainte, le danger est loin d'elle.

Ces contractions utérines sont suivies de l'expulsion d'une faible quantité de liquide que cet organe renfermait dans son sein; c'est du sang pur dans les premières heures, plus tard c'est un sang mélangé à une quantité variable de sérosité.

On a cru que les tranchées étaient provoquées par la formation d'un caillot dans l'utérus, ou qu'elles se liaient à la présence d'une partie des membranes restée dans sa cavité. Il est vrai que dans ces deux conditions on voit l'utérus se contractant douloureusement pour expulser le corps étranger qu'il renferme, amener des tranchées chez des femmes qui n'auraient pas dû en être atteintes, et les rendre plus graves chez d'autres où elles se seraient quand même développées. Mais il est loin d'en être toujours ainsi, et la présence d'un corps étranger dans l'utérus n'est pas la condition *sine qua non* de l'existence des tranchées; maintes femmes éprouvent des coliques utérines excessives, et pourtant la matrice est absolument vide. J'ai vu un jour à la Clinique une femme dont les tranchées avaient l'énergie et la violence des douleurs de l'accouchement, et cependant elle n'expulsa ni caillots, ni membranes. Quelle est donc la cause de la tranchée douloureuse? Ici, je dois vous avouer mon embarras; et après avoir bien longtemps réfléchi à la nature intime de ce phénomène, j'aime mieux vous dire que son explication m'échappe que de me livrer devant vous à des hypothèses dont je ne saurais démontrer la valeur. On a dit que chez les multipares l'utérus, plus spongieux, avait besoin de déployer plus d'énergie pour expulser les liquides infiltrés dans les mailles de son tissu. C'est une explication dont tout le monde s'est contenté, faute d'une meilleure, mais nous devons pourtant reconnaître qu'elle ne s'appuie sur rien.

La cause de la douleur ne réside pas dans l'énergie de la contraction. Que de fois, appliquant la main sur le ventre d'une femme arrivée aux derniers jours de la grossesse, j'ai senti l'utérus éprouver des contractions manifestes, et pourtant la femme, interrogée à ce sujet, déclarait ne pas en avoir conscience. Quelques heures après, si l'accouchement débutait, la douleur devenait aussitôt la compagne fidèle de la contraction.

Pourquoi, dans ces deux cas, la contraction, présentant une énergie sensiblement égale, était-elle douloureuse dans l'un, indolore dans l'autre? La raison de cette différence m'a toujours échappé.

Il est un phénomène assez étrange que l'on voit se développer chez les femmes à l'époque des tranchées. Les contractions douloureuses, après avoir existé quelque temps, ont disparu; on espère que ce sera sans retour, car depuis vingt-quatre heures, et parfois davantage, l'accouchée ne les sent plus. Mais vient-elle à donner le sein à son enfant, on voit la tranchée reparaître aussitôt, et quelquefois avec une extrême violence. J'ai vu la succion du mamelon provoquer chez des femmes des pertes graves. Ces deux phénomènes ne sont que les degrés différents d'une même influence qui s'étend du sein vers l'utérus.

Qui pourrait donner l'explication de ce fait? C'est, dira-t-on, le résultat des sympathies qui unissent les mamelles à la matrice. Nous le savons; mais à nos yeux toute interprétation qui repose sur l'existence des sympathies a besoin elle-même d'être interprétée.

C'est pendant les trois premiers jours seulement que les tranchées utérines doivent fixer l'attention de l'accoucheur, et si elles doivent être excessives, ce n'est habituellement que pendant les quarante-huit heures qui suivent l'accouchement. Quand je développerai devant vous la pathologie de la puerpéralité, et ce sera bientôt, je vous dirai, avec M. Dubois, que si les tranchées revêtent un caractère d'intensité trop prononcé, il faut se hâter d'intervenir; car elles pourraient devenir le prélude d'accidents plus graves. La thérapeutique met heureusement à notre disposition un puissant moyen pour enrayer ces tranchées utérines. Manié avec prudence et hardiesse, l'opium produit dans ce cas des effets aussi merveilleux qu'instantanés. Pour me servir de l'expression vulgaire employée par les accouchées, mais qui vous fera comprendre toute la puissance de cet

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 janvier.

RECTIFICATION BIOGRAPHIQUE.

GUILLAUME-RENÉ LEFÉBURE DE SAINT-ILDEPHONT.

Lorsqu'on jette les yeux sur cette deuxième moitié du dix-huitième siècle, si féconde en illustrations médicales, depuis Awenbrugger jusqu'à Bichat, on est tout étonné de la coupable complaisance avec laquelle nos historiens spéciaux ont ramassé quelques détails, sans autorité, sur Lefébure de Saint-Ildephont.

Dezeimeris, qui écrivit à une époque où l'on se piquait de critique, plaça dans son dictionnaire le nom de cet effronté charlatan entre les noms de deux honnêtes célébrités, sans doute fort scandalisées de se trouver en semblable compagnie.

On a beau le faire naître à Sainte-Croix-sur-Orne, le 25 septembre 1744, et le traiter comme s'il avait été réellement *baron, militaire, docteur en médecine, médecin de Monsieur*, il n'en reste pas moins démontré que, dans la vie de cet homme, naissance, titres, professions, tout est contestable, même jusqu'à son nom. Il n'est guère possible de penser autrement au premier aperçu, quand on le voit prendre, abandonner alternativement, et suivant les circonstances, les qualifications de *messire*, de *baron*, d'*écuyer*, de *chevalier*. Mais, en creusant un peu, c'est bien autre chose

S'il est vrai qu'il entra aux chevau-légers en 1769, comment et pourquoi quitta-t-il son régiment? Nul ne le sait. Le fait est qu'on le retrouve, en 1770 et 1771, débitant, sous le titre d'officier, à Avignon, à Marseille, à Montpellier, un *sirop militaire*, un *sirop suisse anti-vénérien*, une *eau anti-vénérienne préservative;* puis, plus tard, à Versailles, muni d'un diplôme de docteur en médecine (*daté d'Erfurt* 1770), dont Dezeimeris avoue naïvement ignorer l'existence. Plus loin, nous dévoilerons l'origine de ce parchemin supposé, au moyen duquel Lefébure surprit à la bonne foi de la Faculté de médecine de Nancy des lettres d'agrégation au doctorat.

Eprouvant, comme tous ses pareils, le besoin d'une publicité recommandée par l'approbation des corps savants, Lefébure avait présenté, dans l'année 1775, un *Manuel des femmes enceintes* à l'approbation de la Faculté de médecine de Paris. Mais cette Compagnie, qui connaissait son homme, flaira un piége et nomma des commissaires qui reconnurent « que cet écrit, bien loin de mériter aucun suffrage, » était digne d'une juste censure, puisqu'il y régnait un ton décidé » de charlatanisme, une jactance ridicule, une ignorance profonde » des principes de l'art, soit du côté de la théorie, soit du côté de la » pratique, des idées absurdes. »

Ces termes du rapport destiné à être lu dans la prochaine séance de la Faculté, étant venus à la connaissance de l'auteur, *messire* Lefébure retira prudemment des mains des commissaires son manuscrit, qui ne vit le jour qu'en 1777 (Goulin).

Dans le cours de la même année 1775, il se vanta d'avoir guéri deux cents personnes attaquées de cancer, par l'usage de l'arsenic à l'intérieur, dans une brochure qu'il répandit à profusion, brochure qu'il eut l'adresse de faire traduire et imprimer en allemand, et dont il eut l'effronterie de décorer le frontispice des titres usurpés de médecin du Pape et de l'Empereur et de membre de plusieurs savantes compagnies.

Voici en quels termes sévères on s'exprime sur cette nouvelle production, dans un mémoire imprimé en 1776 par ordre de la Faculté de médecine de Paris :

« Au commencement de 1775, un sieur Lefébure de Saint-Ildephont » s'était annoncé dans le public pour être possesseur d'un remède » contre le cancer; ce remède n'était autre chose que l'arsenic, qu'il » s'agissait de prendre intérieurement, et qui, dans le vrai, n'eût pas » manqué de produire de grands et prompts effets sur les malades. » Justement alarmée de cette espèce d'attentat public à la vie des citoyens, la Faculté s'était empressée de réclamer, et sur ses représentations, M. le lieutenant de police avait arrêté la brochure qui » annonçait le remède. »

Les temps sont bien changés!... Aujourd'hui, les préparations arsenicales nous font moins peur, et il n'est pas un praticien un peu répandu qui n'ait à leur faire honneur de quelque succès anti-cancéreux.

A cette époque où le respect pour l'autorité scientifique s'élevait presque à la hauteur d'un culte, Lefébure osa, dans un imprimé, attaquer d'une manière si outrageuse d'honorables médecins dont il se savait indigne d'être le confrère, que les magistrats s'en émurent et lui retirèrent son privilége (âge d'or de la médecine, reviendras-tu jamais?). C'est alors qu'ayant recours à un autre genre de publi-

agent, je vous dirai « qu'il enlève la douleur comme avec la main ».

Je fais toujours administrer l'opium en lavement, et dans la plus petite quantité de véhicule possible; me servant de la petite seringue employée habituellement pour les injections uréthrales, je fais injecter dans le rectum 15 gouttes de laudanum de Sydenham mêlées à un peu d'eau tiède. Ainsi administré, le lavement est facilement supporté, et la femme n'a pas de tendance à le rejeter. Si au bout d'une demi-heure les coliques ne sont pas calmées, j'en fais passer un second; au bout de deux heures j'en prescris un troisième si les souffrances persistent encore. Un cataplasme présentant une chaleur agréable est appliqué sur le ventre de la malade.

Je le répète, l'opium vous donnera, dans ce cas, de magnifiques résultats. Il semble que son action reste toute locale, qu'elle s'épuise entièrement sur l'utérus, tant il est difficile de narcotiser les femmes. Bien souvent j'ai donné 80 et jusqu'à 100 gouttes de laudanum dans les vingt-quatre heures, et je n'ai jamais vu que son action se manifestât sur les autres appareils de l'économie.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Letenneur.

Rupture sous-cutanée du muscle grand pectoral; guérison complète en quinze jours.

La facilité avec laquelle les ruptures sous-cutanées des muscles et des tendons se cicatrisent quelquefois a frappé tous les observateurs, et la promptitude de la guérison a même pu dans quelques cas faire douter de la réalité de la lésion. Chacun a constaté qu'après la réduction des luxations du bras et de la cuisse les mouvements et la force se rétablissent dans ces membres en très-peu de temps, et cependant on sait que dans presque tous les cas, sinon dans tous, il y a des muscles plus ou moins largement déchirés.

La rupture sous-cutanée du muscle grand pectoral est extrêmement rare; j'ignore même s'il en a été publié quelque exemple.

L'observation suivante, dans laquelle le diagnostic a pu être établi avec une incontestable évidence et qui montre avec quelle rapidité la guérison peut avoir lieu, mérite donc de ne pas être laissée en oubli.

Le nommé L..., roulier, âgé de trente ans, fut admis à l'Hôtel-Dieu de Nantes, service de clinique externe, le 17 septembre 1859.

Cet homme, d'une assez forte constitution, bien musclé, conduisait la veille une charrette chargée de barriques vides; il s'arrêta dans un village, à deux lieues de Nantes, pour faire reposer son cheval et lui faire manger l'avoine. Le cheval fut débridé et laissé libre sur la voie publique. Quelques instants après, cet animal, effrayé par le bruit d'une voiture, partit au galop; L... se précipite pour arrêter son cheval; mais, au moment où il le saisissait, il fut renversé, et la roue de la charrette lui passa sur l'épaule gauche. Il était tombé sur le dos à la droite du cheval, la tête en avant, le corps tout entier en dedans de la roue, le bras gauche seul étendu en dehors. La roue, après avoir frôlé la partie interne du bras, refoula la partie antérieure du creux de l'aisselle et passa sur l'épaule.

Le lendemain matin, à la visite, nous trouvâmes cet homme debout près de son lit; il accusait une douleur vive dans l'épaule et dans tout le côté gauche de la poitrine. Ce qui nous frappa tout d'abord, ce fut une tumeur à la région mammaire, sans traces de contusions en ce point; il y avait, au contraire, de légères égratignures qui indiquaient le passage de la roue le long du bras et sur la partie antérieure de l'épaule. Le malade soutenait son bras avec la main droite. Le moignon de l'épaule paraissait plus saillant que celui du côté opposé, mais il n'y avait ni fracture ni luxation. Entre le moignon de l'épaule et la région mammaire tuméfiée, on remarquait une dépression très-prononcée; je constatai bientôt que dans ce point la paroi antérieure de l'aisselle n'était formée dans toute sa hauteur que par la peau seulement. En cherchant à saisir cette paroi antérieure entre les doigts et le pouce, on ne trouvait pas de traces du grand pectoral; en arrière, au contraire, le grand rond et le grand dorsal étaient ntacts.

Les mouvements d'abduction du bras se font, quoique avec difficulté; les mouvements d'adduction sont impossibles. Lorsqu'on dit au malade de rapprocher le bras du tronc, on voit la tumeur mammaire augmenter, et on y remarque un frémissement ondulatoire. Si alors on pose la main sur cette région, on sent la tumeur durcir un instant, puis s'affaisser bientôt; en un mot, on sent le grand pectoral se contracter en se rapprochant de ses insertions internes. En recherchant la portion humérale du muscle, on constate qu'elle a quatre centimètres environ.

Le traitement a consisté à soutenir le bras et à le rapprocher du tronc au moyen d'une écharpe et d'un bandage de corps; en outre, des compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque ont été appliquées sur la partie malade.

Le troisième jour après l'accident apparut une ecchymose considérable qui s'étendit au bras, à l'épaule et à tout le côté gauche de la poitrine.

Le 23 septembre, septième jour, l'écartement qui existait entre les deux portions du muscle est comblé par un corps volumineux, dur, arrondi, formant une saillie anormale dans le point où existait une dépression; les douleurs sont à peu près nulles: le malade fait de légers mouvements d'adduction.

Le 25, les mouvements deviennent de plus en plus faciles; il n'y a plus de douleurs; la tumeur formée entre les fragments est plus souple et moins volumineuse.

Le 1er octobre, le malade présente encore des traces d'ecchymose; mais les mouvements du bras sont faciles, et en particulier les mouvements d'adduction, pendant lesquels on peut aisément s'assurer par le toucher de l'action du grand pectoral. Cependant, bien que le malade affirme qu'il est en état de reprendre ses travaux, il avoue qu'il serait incapable de faire de grands efforts, en raison de la faiblesse qu'il ressent encore dans le bras gauche.

En éloignant le bras du tronc, on retrouve toujours le tissu cicatriciel dont le volume a diminué encore, et qui est de niveau avec le muscle; mais ce tissu présente une consistance beaucoup plus ferme que le tissu musculaire.

Le malade quitte l'hôpital quinze jours après l'accident.

ÉTUDE SUR LES CALCULS PULMONAIRES,

Par M. le docteur Labalbary (1).

Genèse du tubercule et métathèse calculeuse. — Presque tous les auteurs ont signalé la granulation miliaire comme le rudiment et le point de départ du tubercule (Laënnec, Louis). Cependant quelques-uns ont soutenu qu'avant les granulations grises on trouve des corpuscules d'un rouge jaunâtre, ayant à peine le quart du volume d'un grain de millet, résistants, assez fermes, s'aplatissant plutôt que s'écrasant sous l'ongle, et tenant au tissu voisin par des filaments celluleux ou vasculaires (Rochoux).

D'autres avancent, sans démonstration plausible, que la granulation grise provient d'une infiltration sanguine transformée (Kühn), ou d'une modification du pus (Cruveilhier).

Pour M. Piorry, le tubercule résulterait de toutes ces sources à la fois. Ainsi, d'après ce professeur: « Tout corps liquide déposé dans les cavités de l'organisme et qui n'en sort pas par une ouverture naturelle ou artificielle, qui n'y est pas absorbé et qui ne s'y organise pas, peut se convertir en tubercule. »

Toutes ces théories sont renversées par les belles expériences de M. N. Guillot, qui mettent hors de doute l'existence de la granulation grise dans le tubercule à l'état rudimentaire.

Nous ne suivrons pas le tubercule dans ses diverses évolutions. Le seul fait sur lequel nous voulions insister ici, c'est la possibilité de sa transformation en matière crétacée, crayeuse et calcaire.

La matière crétacée n'envahit pas fréquemment les granulations miliaires, mais le plus souvent les tubercules crus. Quant à la composition moléculaire de ces productions hétéroplastiques, les auteurs sont partagés à cet égard.

Ainsi Thénard et Vogel reconnaissent que les tubercules crétacés se composent de trois parties de matières organiques et de 96/100 de sels calcaires.

Lebert, au contraire, et M. Boudet considèrent les sels calcaires comme y entrant en proportion très-minime, tandis que le chlorure de sodium, le phosphate et le sulfate de soude en formeraient les sept dixièmes.

(1) Suite et fin. Voir le numéro du mardi 28 janvier.

Le microscope semble être venu à l'appui de l'opinion de M. Lebert, en lui montrant ces concrétions crétacées comme formées de granules minéraux amorphes, auxquels sont mêlés des cristaux de cholestérine et des éléments pigmentaires.

Les concrétions crétacées, à notre avis, sont des produits morbides qui se développent dans le parenchyme pulmonaire sous l'influence d'une excitation spéciale qui appelle sur l'organe respiratoire un afflux de sang considérable et y détermine un état inflammatoire marqué.

Dans l'état pathologique que nous appellerons pneumo-hypérémie, pour mieux nous faire comprendre, état qui résulte d'une foule d'unités morbides qu'il est à peine besoin de signaler, le sang, arrivant au poumon en plus grande abondance, congestionne l'organe par un afflux incessant, y stagne et se décompose en ses éléments divers. Alors, par un travail de résorption dont la nature seule a le secret, les éléments liquides disparaissent et laissent sur place le premier élément du tubercule, la granulation grise. Bientôt à cette granulation primitive, véritable épine de Van Helmont, au sein de l'économie, viennent se surajouter de nouveaux éléments apportés, puis un nouvel afflux sanguin: je veux parler des sels que charrie le sang en si grande quantité, et qui, modifiant le tubercule aux divers degrés de son évolution, peuvent, par une véritable transformation calcaire, amener la cure de la phthisie, ainsi qu'on l'a observé quelquefois (Laënnec).

C'est surtout chez les vieillards que les concrétions dont il est ici question ont été le plus souvent observées. C'est à ce produit morbide que Laënnec a donné le nom de *concrétions cartilagineuses, osseuses, pétrées et crétacées*. Ce sont aussi ces concrétions qui avaient porté Bayle à admettre une phthisie granuleuse; mais M. Andral a parfaitement démontré que ces productions hétéroplastiques n'étaient qu'une nouvelle modification du tubercule, qui, au lieu d'être évacué et de se ramollir, *se concrète et devient solide*.

Pour nous, les concrétions pulmonaires ne sont qu'un dépôt de sels calcaires au sein du poumon, dépôt opéré soit primitivement, soit consécutivement à l'évolution tuberculeuse, dépôt qui doit être attribué à l'abord du sang sur le poumon, par suite d'un travail inflammatoire ou congestif, dépôt qui peut résulter aussi d'une exsudation sanguine hors des vaisseaux au sein du parenchyme pulmonaire, aussi bien que du travail de résorption des éléments liquides du sang, et qui se forme de la même manière que les concrétions tophacées dans les articulations goutteuses, ou que les calculs rénaux dans le cas de néphrite granuleuse. Seulement dans ces derniers cas le sang n'a abandonné que ses urates, phosphates de chaux et ammoniaco-magnésiens; tandis que dans les calculs pulmonaires, ce sont les phosphates et les carbonates de soude, de chaux et de potasse, qui sont trouvés en plus grande quantité.

De cette donnée chimique résulte peut-être une indication thérapeutique qui pourrait avoir d'heureux résultats, je veux dire l'administration des phosphates et des carbonates de soude ou de chaux aux tuberculeux, dans le but de modifier l'évolution tuberculeuse et de faire passer ce produit hétéromorphe à l'état crétacé, reconnu comme inoffensif par tous les cliniciens.

Lorsqu'il n'existe encore que des granulations, les vaisseaux pulmonaires peuvent être oblitérés dans leurs ramuscules, et dès lors il y a création de nouveaux vaisseaux artériels fournis par les artères bronchiques et intercostales, qui, traversant fausses membranes pleurales et cavernes, apportent encore de riches réseaux sanguins aux poumons.

En examinant attentivement la pièce que nous avons l'honneur d'adresser ci-jointe à la Société de médecine, nous avons cru reconnaître dans les aspérités dont elle est hérissée, comme autant de bouches de vaisseaux artériels afférents, qui, selon toute apparence, ont fini par être oblitérés par ces aspérités, se moulant exactement sur leur calibre; de sorte que le calcul n'étant plus augmenté par de nouvelles juxtapositions moléculaires, se sera probablement détaché de ses adhérences par les efforts de toux, et aura été rejeté avec les produits d'expectoration bronchique.

---

cité, il se mit à inonder la ville d'affiches où il exaltait ses talents autant que ses cures. Nos modernes Fontanaroses n'ont pas même, comme vous le voyez, le mérite de l'invention de ces papiers bariolés dont ils maculent nos murs. *Nil sub sole novum !*

Oh ! je sais ce que vous allez m'objecter: — Il fit la guerre aux charlatans, dans un livre imprimé encore en 1775. — Oui, mais les contemporains ne se laissèrent point prendre à ces semblants d'attaques nécessités par les soupçons qui commençaient à poursuivre l'auteur.

Trompé, comme deux ou trois autres biographes, Dezeimeris honore Lefébure du titre de médecin de Monsieur, depuis Louis XVIII. Un contemporain avait cependant redressé cette erreur: « On pourrait » croire, dit Goulin, que ce *messire* est un des médecins par quartier » de Monsieur; on serait dans l'erreur: il est bon d'avertir que ce » soi-disant *messire* était seulement parvenu à obtenir la survivance » de la place de médecin des écuries de ce prince, ce qui est très- » différent. »

Tout à coup, pendant que le prétendu docteur menait grand train à Versailles, arrive d'Erfurt à la Faculté de médecine de Paris le terrible acte d'accusation dont voici la teneur:

L. S. P.

Postea quam impudentia ac malitia hominum quorumdam perversorum eo invaluerit, ut alios sinceros, reiforsan minus ignaros aut credulos, officiis falsis, illicitis, pœna dignis, occæcare non erubescant, talemque imposturam in homine Parisiis commorante, nomine Lefebure de Saint-Ildephont, qui gradum in medicina doctoralem Erfordiæ, anno 1770 aut 1771, obtinuisse impudenter ac false sese jactat, per litteras illustrissimi domini Strack, eminentiss. ac celsiss. principis elector. Mogunt. consiliarii aulici, necnon archiatri celeberrimi, ad illustrissimum gratiosissimum nostrum pro-principem L. B. de Dahlberg, datas, intellexerimus, ejus certe temeritatis ac falsitatis capimur admiratione. Ut igitur temerario ac fraudulento ejus auso ocius obviam eamus, illudque infringamus, hisce non solum litteris, neque verbulum in libro promotorum Facultatis nostræ medicæ, de prædicto Lefebure, imo ne nomen quidem adsessoribus Facultatis notum esse, vere et pro officio testamur, sed et, cum ausum hoc fraudulosum, sine maculæ nota, Facultas nostra indulgere vix queat, illustrem Facultatem medicam quæ Parisiis floret, officiose simul et ea qua docet humanitate rogat ut prædictum Lefebure de Saint-Ildephont impostorem, temerarium ac fraudulentum declaret, atque factum in judicium loci adducat. Ad officia mutua erimus paratissimi.

In ante dictorum veritatem has litteras consueto Facultatis nostræ sigillo munitas dedimus decanus, senior, cæterique adsessores Facultatis medicinæ Erfordiensis.

Erfordiæ vi febru., M. DCC. LXXVII.

Convaincu d'imposture et publiquement déclaré faussaire, Lefébure disparaît, quoi qu'on en dise, bien avant la tourmente révolutionnaire, pour aller cacher sa déconvenue et faire de nouvelles dupes à l'étranger. Il mourut du typhus le 27 juillet 1809, à Augsbourg, où la pénurie de sujets lui avait ouvert deux mois auparavant les portes des hôpitaux.

En résumé, cet homme avait plus d'imagination que de jugement, plus de savoir-faire que de science, plus d'esprit que de probité. *Cuique suum.*

Dr E. A. Ancelon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebórda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité du département de Tarn-et-Garonne (juillet 1849 à décembre 1858), par M. le docteur John Lacaze. Un volume grand in-8°. 1860, Montauban, imprimerie Forestié fils.

Manuel de l'art des accouchements, précédé d'une description abrégée des fonctions et des organes du corps humain, et suivi d'un exposé sommaire des opérations de petite chirurgie les plus usitées, à l'usage des élèves sages-femmes qui suivent les cours départementaux, par MM. Maunoury et Salmon. 1861, 2e édition, corrigée et augmentée. Un volume in-8°, avec 32 fig. Prix: 7 fr. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École de Médecine, 17.

Dictionnaire de physiologie, comprenant la chréologie, la dynamologie, la nomologie, l'ontologie, etc.; par M. B. L. Boyer, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg. Un fort vol. in-4° à deux colonnes. Prix, 8 fr. — Paris, 1861, chez Migne, éditeur, rue d'Amboise, 20 (au Petit-Montrouge). — Ce volume forme le tome LVIIIe de la troisième et dernière Encyclopédie théologique publiée par M. l'abbé Migne.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André Lebel. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Nous ne parlerons pas ici des corps étrangers, tels que poussières fines, molécules calcaires, éclats de meule, duvets, charbons pulvérisés, qui peuvent pénétrer dans les poumons pendant l'acte respiratoire, et qui s'y déposent et constituent une cause d'irritation incessante, laquelle développe à la longue les tubercules dans le poumon. Qui ne connaît la phthisie des rémouleurs, des tailleurs de pierres, des charbonniers, des plâtriers, des cardeurs de laine, etc.? De ces causes si connues et qui ont été si bien observées dans ces derniers temps, nous ne dirons rien : notre but ici a été uniquement d'appeler l'attention de nos confrères sur la transformation du tubercule en matière calcaire par un travail intime de l'organisme qui n'avait pas reçu jusqu'ici d'explication satisfaisante.

CONCLUSIONS. — 1° Les concrétions calcaires sont des produits hétéroplastiques, hétéromorphes, hémorganiques, qui constituent un mode de transformation de la matière tuberculeuse, et qui sont le résultat des efforts de la nature pour amener la guérison de la phthisie.

2° Elles peuvent résulter de plusieurs causes : des granulations grises, des tubercules crus et des dépôts calcaires, soit qu'ils viennent du dehors, ou qu'ils soient apportés au poumon par l'afflux sanguin.

3° Les tubercules ont trois éléments distincts : *granules moléculaires, substance interlobulaire, globules tuberculeux*; ils peuvent se dessécher et *subir la transformation crétacée.*

4° Les tubercules crétacés sont formés de trois parties de matière organique et de 96 p. 100 de sels calcaires.

5° Les concrétions crétacées sont le résultat d'une excitation spéciale déterminée par la présence de tubercules ou de corps étrangers, d'où résulte dans le poumon un état inflammatoire ou pneumo-hyperémie.

6° Elles puisent dans les matériaux du sang tous les éléments de leur organisation.

7° La fluxion sanguine, ou appel du sang au poumon, est une condition indispensable pour la formation des concrétions calcaires au sein de cet organe.

8° Les corps étrangers, tels que poussière, fumée, duvets, molécules de charbon, etc., peuvent, par l'excitation qu'ils provoquent sur le poumon, y déterminer la formation de tubercules et de productions calcaires.

9° L'apparition des concrétions calcaires dans le cours d'une phthisie pulmonaire doit être considérée comme un signe pronostique favorable (Laënnec).

10° L'indication spéciale thérapeutique à tirer de ce travail, c'est l'administration du carbonate et du phosphate de soude, de chaux et de potasse aux tuberculeux dans le but d'opérer la transformation du tubercule ou produit calcaire, reconnu par la majeure partie des praticiens comme inoffensif au sein de l'organisme, ou pouvant être éliminé avec moins de danger que le tubercule ramolli. C'est à ce traitement que nous nous proposons de soumettre la malade sujet de la première observation.

Telles sont, en résumé, les idées que nous avons cru pouvoir exposer à la Société de médecine pratique, à l'occasion d'un fait encore peu observé dans la science, et qui s'est fort heureusement présenté à nous.

ABCÈS SYMPTOMATIQUE DU MAL VERTÉBRAL

situé à la partie postérieure du cou et supérieure du dos. Guérison par résorption du pus.

Par M. le docteur L. FOURNIER (d'Angoulême), ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris.

La disparition des abcès froids par résorption du pus est loin d'être un mode de guérison fréquent, surtout lorsqu'ils sont liés à une altération vertébrale.

Il en existe cependant un assez grand nombre dans la science pour qu'on soit tenu, à moins d'indications urgentes, de tenter d'obtenir cette résorption par tous les moyens que peut suggérer une thérapeutique rationnelle, avant de recourir à l'intervention chirurgicale, cet *ultima ratio* de l'art, cet aveu de l'impuissance de la médecine.

Dans un savant mémoire publié dans les *Archives générales de médecine* (janvier 1857), M. Bouvier a rassemblé un certain nombre de cas de guérison d'abcès symptomatiques du mal vertébral par résorption. Les principales conclusions de ce travail important sont les suivantes :

1° La disparition des abcès symptomatiques du mal vertébral par absorption du pus est un mode de guérison préférable à tout autre;

2° Ce mode de guérison est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit communément;

3° En général, l'art ne doit rien négliger pour obtenir cette résorption avant d'en venir à l'évacuation du pus.

Une observation, dont nous allons donner la relation, vient à l'appui des idées formulées dans les conclusions du savant médecin de l'hôpital des Enfants.

Si nous la publions, c'est qu'à notre avis, lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi grave que le mal vertébral de Pott, on ne saurait assez faire connaître les faits qui peuvent encourager les praticiens à ne pas désespérer de la médecine.

Marie B..., âgée de huit ans, est une enfant à chairs molles, d'un tempérament lymphatique, ayant présenté des antécédents scrofuleux, tels que gourmes, maux d'yeux. Je l'ai traitée, il y a deux ans, pour une scrofulide boutonneuse qui s'est montrée assez rebelle.

La mère m'amène cette petite fille le 9 mars 1861, et m'apprend que depuis deux ou trois mois elle se plaint de douleurs au niveau de la région postérieure et inférieure du cou.

Ces douleurs se montrent par accès accompagnés d'irradiations du côté des membres thoraciques, et la réveillent quelquefois au milieu de la nuit.

Depuis l'apparition de ces phénomènes morbides, cette enfant, d'un caractère enjoué, a perdu la gaieté; elle n'a plus d'appétit et a maigri d'une façon notable. Les yeux sont cernés, les téguments ont pris une teinte jaunâtre. Tout le système ganglionnaire est engorgé; aux aines, aux aisselles, à la région cervicale, on constate par la palpation la présence de petites glandes qui roulent sous le doigt. Les ganglions sous-maxillaires, ceux du côté droit principalement, sont plus développés, et le ganglion sous-mental a acquis à peu près le volume d'un œuf de pigeon.

Sur la partie latérale gauche de la portion cervicale du rachis, on trouve une tumeur qui s'étend depuis la ligne d'implantation des cheveux jusque dans la région dorsale au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

La tumeur est formée de deux portions, l'une supérieure, l'autre inférieure, séparées par un étranglement situé à peu près à 2 centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate. La portion inférieure est par conséquent la moins volumineuse, et la fluctuation se perçoit d'une façon très-évidente de l'une à l'autre. La peau distendue par la collection purulente n'a éprouvé aucune modification dans sa coloration.

La pression exercée sur les apophyses épineuses des quatre dernières vertèbres cervicales et des trois premières dorsales, réveille une douleur assez intense.

L'examen de la poitrine de cette enfant, fait avec le plus grand soin, ne me révèle aucun phénomène morbide ni à l'auscultation ni à la percussion; du reste il n'y a ni toux ni douleur thoracique.

En présence des symptômes que je viens d'énumérer, il était évident que j'avais affaire à un abcès froid; les douleurs spontanées survenant par accès depuis deux mois, la douleur vive provoquée par la pression sur les apophyses épineuses, indiquaient suffisamment qu'une altération des vertèbres, atteignant très-probablement leurs lames, avait déterminé la formation de cette collection purulente.

Pénétré de l'utilité des sages conseils de M. Bouvier, je résolus, comme il n'existait aucune indication urgente de donner issue au pus, d'ajourner la ponction et de faire tous mes efforts pour en obtenir la résorption.

Je prescrivis en conséquence un traitement général destiné à modifier l'organisme profondément atteint par la diathèse scrofuleuse : matin et soir une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue et de sirop d'iodure de fer mélangés, tisane de houblon aux repas pour couper le vin, nourriture analeptique, trois bains salés par semaine, deux fois par mois une purgation avec huile de ricin (15 grammes).

Je joignis à ces moyens un traitement local consistant en onctions matin et soir sur la tumeur, avec de la pommade d'iodure de potassium et de la pommade de ciguë alternativement.

Je revis plusieurs fois l'enfant dans le courant du mois d'avril et du mois de mai.

Sous l'influence du traitement, suivi rigoureusement, l'état général s'améliorait, l'embonpoint revenait, l'enfant reprenait sa gaieté, et son teint se colorait; cependant la tumeur restait stationnaire.

En présence de cette amélioration de l'état général, je résolus d'insister sur les moyens dont l'influence paraissait si heureuse, sans oser pourtant me flatter de voir ce vaste abcès disparaître par résorption.

Pendant les mois de mai, juin et juillet, l'enfant séjourna à la campagne, et je ne la revis que le 4 août. Ce ne fut pas sans étonnement que je constatai alors les phénomènes suivants :

La portion cervicale de la collection purulente a disparu complétement; la portion dorsale a beaucoup diminué et ne consiste plus qu'en une tumeur allongée se dirigeant obliquement de l'angle interne du scapulum vers le rachis, au niveau d'un plan passant par le rachis et le milieu du bord interne de l'omoplate.

Cette tumeur, qui présente à la palpation une rénitence élastique toute spéciale, indice de la transformation du pus en matière caséeuse, n'est accompagnée d'aucun changement de couleur des téguments.

Au dire de la mère, la diminution de la tumeur date de deux mois. L'état général, du reste, est maintenant aussi satisfaisant que possible; l'appétit est bon; les couleurs sont revenues. Les ganglions sous-maxillaires ont beaucoup diminué; le ganglion sous-mental, qui s'est abcédé, est maintenant cicatrisé.

L'enfant repartit alors pour la campagne, et y continua le traitement qui avait donné de si beaux résultats.

A son retour, le 27 octobre, je la revis. L'état général était toujours excellent, mais la tumeur avait peu diminué; je lui trouvai à peu près le même volume qu'à l'examen du 4 août. Elle a commencé à diminuer manifestement dans les premiers jours de novembre, et le 17 décembre elle ne consistait plus qu'en un noyau induré du volume d'une noix. Ce vaste abcès avait donc pris huit mois à disparaître; temps relativement court, si l'on songe à la lenteur avec laquelle se résorbent habituellement ces collections purulentes.

Des détails dans lesquels nous venons d'entrer il résulte :

1° Que la malade qui fait le sujet de cette observation était atteinte d'un abcès froid symptomatique d'une altération vertébrale.

2° Que la guérison a été due uniquement au traitement général reconstituant suivi rigoureusement; la diminution de l'abcès a suivi en effet l'amélioration survenue dans l'état général.

3° Que nous avons dû cette guérison, relativement si rapide, à employer un traitement composé de modificateurs généraux, nous abstenant de ponctionner une tumeur dont le volume n'augmentait pas et qui ne menaçait nullement de s'ouvrir spontanément.

Nous ferons remarquer que la disparition des abcès symptomatiques du mal vertébral par absorption du pus déjà rare, quand il s'agit d'abcès situés profondément, l'est davantage lorsqu'il s'agit de collections purulentes superficielles comme celle que présentait notre petite malade.

L'observation que nous venons de relater est donc bien propre à démontrer que, lorsque la tumeur n'accuse pas, par de rapides progrès, une tendance à l'ouverture spontanée, on courra les chances d'une absorption de pus, mode de guérison le plus heureux qu'on puisse souhaiter, si on a recours à un traitement médical rationnel avant d'en venir à la ponction et aux injections iodées qui ne sont malheureusement pas toujours suffisantes pour prévenir l'infection putride

C'est un fait de plus à ajouter à ceux qu'a réunis M. Bouvier, pour démontrer la vérité de principes dont tout chirurgien comprendra les importantes conséquences pratiques.

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE,

Par WRIGHT.

L'auteur conseille la formule suivante :

Vin d'antimoine.	20 gouttes.
Teinture d'aconit.	4 —
Fertrate de potasse et de fer. .	0,40 centigr.
Eau distillée.	30 grammes.

Pour un adulte. On administre cette dose trois fois par jour et deux fois durant la nuit. Du reste on modifiera la formule selon les indications particulières de chaque cas. Si la toux continue, on augmente la proportion d'antimoine; si les symptômes laryngiens prédominent, on donnera plus d'aconit. Enfin, si l'on a affaire à un enfant pâle et émacié, ce sera le fer dont on devra accroître la dose.

(*The Lancet* et *Revue médicale française et étrangère.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 janvier 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

M. MILNE-EDWARDS présente à l'Académie la première partie du VIIe volume de son ouvrage sur *la Physiologie et l'Anatomie comparée de l'homme et des animaux*; ce fascicule est consacré à l'étude des phénomènes chimiques et physiologiques de la digestion et à l'histoire des sécrétions en général.

— M. LE MINISTRE de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet un supplément à un mémoire de M. Reed, de Londres, sur le traitement du choléra-morbus.

(Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale).

Eaux minérales de Bonnes. — M. P. DE PIETRA-SANTA communique l'extrait suivant des observations physiques et météorologiques qu'il a recueillies aux Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées).

Thermalité de l'eau minérale de Bonnes. — De nouvelles observations thermométriques faites dans les conditions les plus précises démontrent que, dans les premières minutes, l'eau sulfureuse de Bonnes se refroidit plus promptement que l'eau du torrent préalablement portée à la même température de 32°.

Relevés ozonométriques. — Des observations faites comparativement au mois de juillet 1861 aux trois stations des Pyrénées, de Paris et de Versailles, il résulte ce qui suit :

1° Aux Eaux-Bonnes la courbe de l'ozone a été en rapport direct avec la courbe de l'hygromètre Saussure;

2° Cette courbe ozonométrique a oscillé entre les nuances 5 et 16 de l'échelle Bérigny;

3° La courbe obtenue par les papiers de M. Houzeau (de Rouen) a montré une concordance parfaite avec la courbe obtenue par les bandelettes Jame (de Sedan);

4° A Paris, bien que l'humidité ait toujours été assez notable (de 70 à 85), la courbe de l'ozone s'est toujours tenue entre les degrés 1 et 3 de l'échelle Bérigny;

5° A Versailles il y a eu constamment plus d'ozone qu'à Paris, mais beaucoup moins qu'aux Eaux-Bonnes.

N'avons-nous pas dans ces constatations la démonstration directe que l'air de Paris n'est pas le même que l'air des Pyrénées; qu'il ne contient que des traces insensibles d'ozone (oxygène électrisé), tandis que cet élément existe en proportion notable dans les montagnes? (Commissaires, MM. Andral, Peligot).

— MM. ROBERT et COLLIN soumettent au jugement de l'Académie un instrument destiné à faire des coupes très-minces dans les tissus pour les étudier par transparence sous le microscope. (Commissaires, MM. de Senarmont, Bernard.)

— M. ÉLIE DE BEAUMONT signale encore parmi les pièces imprimées de la correspondance un *Traité pratique de médecine légale*, par M. Casper, traduit de l'allemand par M. Gust. Germer-Baillière.

— La section de zoologie et d'anatomie présente la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

En première ligne.	M. Emile Blanchard.
En deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique. . . .	M. Gratiolet. M. Robin.
En troisième ligne.	M. de Lacaze-Duthiers.
En quatrième ligne.	M. Aug. Duméril.

La section remarque que plusieurs zoologistes dont les noms figuraient sur les listes précédentes et n'ont pas été inscrits sur celle-ci, ne sont pas portés comme candidats pour la place actuellement vacante.

Les titres des candidats sont discutés; l'élection aura lieu dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 décembre 1861. — Présidence de M. MAGNE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Injections iodées dans les kystes de l'ovaire. Leur valeur. Sont-

elles susceptibles de déterminer une inflammation capable de causer la mort? — M. BOINET envoie un travail manuscrit sur ce sujet et demande le titre de membre titulaire. (MM. Aviolat et Caron.)

Étude sur les concrétions pulmonaires. — M. MATTEI lit un rapport sur un travail de M. le docteur Labalbary, de Bourg-la-Reine, relatif à cette affection. (Voir les numéros 11 et 14 de la *Gazette des Hôpitaux*.)

Les conclusions étant favorables, M. Labalbary est nommé au scrutin membre titulaire.

RAPPORT.

M. CARON lit un rapport sur un travail envoyé par M. Symian, de Cluny (Saône-et-Loire), intitulé : *Du déplacement des enfants assistés et de son influence fâcheuse sur la santé de ces enfants.*

M. Symian est nommé membre correspondant.

Mortalité des nouveau-nés et moyens de la diminuer. — M. MATTEI, à l'occasion du rapport de M. Caron, présente quelques réflexions sur une des causes de cette mortalité, le froid, et sur les moyens qu'on peut lui opposer.

Le fœtus, dans le sein de la mère, a comme organisme vivant une température qui lui est propre ; mais il résulte d'expériences faites sur les animaux vivants que cette température est de deux ou trois degrés plus basse que celle de la mère. Le fœtus reçoit donc de celle-ci du calorique pendant la grossesse.

Qu'arrive-t-il au moment de la naissance?

Si bonne que soit la saison, le nouveau-né ne se trouve jamais dans un milieu de 34 ou 35 degrés, comme il l'était dans le sein maternel; de là, sensation de froid d'autant plus vive que la saison est plus rigoureuse, et ses pleurs en naissant sont assurément dus en partie à cette impression.

La respiration extérieure met-elle bientôt le nouveau-né dans la possibilité de résister à un refroidissement? Les expériences de M. Milne-Edwards et autres ont prouvé que non ; aussi le nouveau-né a-t-il besoin d'un calorique emprunté. Les animaux qui mettent bas en hiver ont soin en effet de chercher, pour leur couche, le lieu le plus abrité ; ils y accumulent de la paille et autres corps mauvais conducteurs du calorique; ils s'arrachent le poil du ventre, soit pour mettre les mamelles à découvert, soit pour offrir une sorte de couverture à leurs petits ; enfin, ils les entourent de leurs corps et de leurs pattes, ils ne les quittent jamais la nuit.

L'espèce humaine, avec son intelligence, fait peut-être moins que cela ; en effet, les couvertures les plus fortes, la laine la mieux choisie, ne donnent pas un centième de degré de calorique à notre corps, elles empêchent seulement notre chaleur de s'en aller par le rayonnement ; et, puisque le nouveau-né ne fait pas assez de chaleur pour être indépendant du milieu où il est placé, cet enfant, si bien couvert qu'il soit, se refroidira d'autant plus que la saison sera rigoureuse. Toutes les statistiques nous prouvent en effet que la mortalité de ces enfants est plus grande en hiver que dans toute autre saison. Les usages et même les préceptes de l'hygiène et de la religion sont venus aggraver cette position; ainsi, on défend aux mères de garder leurs enfants dans le même lit, et on prescrit de les mettre dans le berceau dès qu'ils ont teté ; aussi qu'arrive-t-il, c'est que ces petits êtres pleurent, la nuit surtout, dès qu'ils se sentent refroidir. Si les mères les prennent alors un instant avec elles, ils s'apaisent aussitôt, et, qui le croirait? on attribue cela à la malice du nouveau-né, à l'habitude, tandis que la cause est toute naturelle : l'enfant ne pleure plus, c'est qu'il sent la chaleur maternelle.

On a remédié en partie à cet inconvénient en entourant le soir ou le jour même l'enfant de bouillottes d'eau chaude ; mais ces bouillottes, d'abord trop chaudes, finissent par refroidir et par offrir les inconvénients qu'on veut éviter. Peut-on, du reste, comparer cette chaleur à la chaleur naturelle, uniforme, constante, du corps de la mère?

Ce fait a dû frapper les femmes et les médecins dès la plus haute antiquité; mais on aurait vu des enfants mourir à côté de leur mère, et cette mort a été attribuée à l'asphyxie de l'enfant causée par la mère elle-même pendant les mouvements du sommeil.

Sans déclarer cette asphyxie tout à fait impossible, je la crois si rare qu'on s'en est fait un véritable épouvantail. En effet les animaux, tout en prenant moins de précautions, ne rencontrent pas ces inconvénients, et du reste peut-on admettre qu'un enfant se laisse asphyxier sans pleurer? peut-on croire qu'une mère ait le sommeil assez profond pour ne pas se réveiller à ce cri? Cela me paraît être peu admissible. Du reste il y a moyen d'éviter cet accident, c'est de faire placer l'enfant sur un coussin à côté et sous les couvertures de la mère, comme je le fais faire d'habitude.

J'ajouterai que jusqu'ici aucun accident n'en a été la conséquence ; à moins qu'on ne veuille attribuer à cette cause la mort que certaines femmes produisent volontairement sur leurs enfants dans les hôpitaux, surtout pour ne pas les nourrir et pour ne pas se dénoncer en les faisant mettre en dépôt. Je puis citer au contraire divers faits de ma pratique où les enfants ont été trouvés morts dans leurs berceaux pendant les froids de l'hiver, après avoir averti les mères par leurs cris.

M. CARON. Tout en reconnaissant une grande valeur aux idées émises par M. Mattei sur les causes de mortalité chez les enfants, je ne puis partager entièrement son opinion. Pour ma part, je ne puis admettre le séjour de l'enfant dans le lit de la mère ; j'ai vu deux enfants étouffés par leur mère. M. Mattei conseille de mettre l'enfant sur le lit de la mère; je ne puis admettre qu'on obtienne ainsi un degré suffisant de calorification. D'un autre côté, il y a encore à redouter, pour l'enfant, les émanations d'une nouvelle accouchée.

M. LEGRAND. M. Mattei a cité l'exemple des animaux; mais il a oublié que chez eux le sommeil est toujours très-léger, et qu'il ne porte jamais préjudice à leurs petits; tandis que les femmes finissent souvent par s'habituer aux cris de leur enfant et ne se réveillent plus.

Varioles à Paris. — M. FOUCART. Au mois d'août dernier, j'ai entretenu la Société, dans une communication à laquelle j'avais donné pour titre *Épidémie de variole à Paris*, de onze faits de variole et de varioloïde que j'avais observés dans ma clientèle dans l'espace de trois mois, et sur lesquels deux chez des hommes de quarante-cinq à cinquante ans, vaccinés dans leur enfance, s'étaient terminés par la mort.

Depuis ce moment, nous avons appris par les journaux de médecine que des varioles en assez grand nombre, et se produisant dans les mêmes conditions, avaient été observées dans plusieurs hôpitaux de Paris à peu près à la même époque, c'est-à-dire en juin, juillet et août.

Je n'avais pas eu occasion d'en rencontrer de nouvel exemple, lorsque, le 17 novembre, je fus appelé chez M. D..., rue de Rivoli, 33, pour voir un de ses enfants, âgé de six ans, qui présentait tous les signes d'une variole commençante. Il avait été vacciné dans les premiers mois de sa vie. Les phénomènes généraux furent peu intenses; il y eut seulement quelques nausées, un peu d'embarras gastrique, que je dissipai promptement avec un éméto-cathartique. L'éruption fut très-peu confluente, et présenta plutôt les caractères d'une varicelle; la plupart des boutons n'étaient pas ombiliqués ; ils étaient groupés deux par deux, etc. La maladie dura fort peu de temps, puisque, appelé pour la première fois le 17, je cessai de voir l'enfant le 24 du même mois.

Mais ce jour-là, la domestique de M. D..., jeune fille de vingt-deux ans, vaccinée, était prise de malaises, d'envies de vomir, et déjà quelques papules rouges apparaissaient sur son visage et sur ses mains. La chambre dans laquelle cette fille était couchée était située sous les combles, sans possibilité d'y faire du feu, je la fis transporter à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Trousseau. La maladie semble avoir été assez légère, car, entrée le 24 novembre, elle est sortie guérie de l'hôpital le 2 décembre, ne portant plus que quelques stigmates légers à la face.

Mais le 3 décembre, avant-hier, Mme D... elle-même, femme d'une quarantaine d'années, fut prise d'accidents prodromiques assez intenses, fièvre, pouls à 120, vomissements, céphalalgie, brisement des membres. Elle prit dans la journée 30 grammes de sirop d'ipéca avec 10 centigrammes de tartre stibié.

Le lendemain 4, on apercevait sur la face une douzaine de petits boutons acuminés ; quelques-uns aussi sur les avant-bras, les mains, le cou.

Aujourd'hui l'éruption est très-confluente, et toute la face est couverte de pustules en voie de développement. Le pouls est tombé à 96. Mais la malade est toujours fort mal à son aise, se plaint, et, vu sa constitution éminemment impressionnable, impatiente et nerveuse, j'ai lieu de redouter qu'il ne nous survienne du délire comme nous en avons eu dans deux des cas que j'ai racontés en août dernier. Aussi ai-je commencé à donner, à petites doses, un peu d'extrait gommeux d'opium.

Mais quelque chose qui arrive, et je tiendrai la Société au courant de ce fait, il est évident que la maladie ne sera pas ici aussi bénigne que dans les deux cas précédents, et ceci sera pour vous un exemple de plus à l'appui de cette opinion que la varicelle n'est pas une autre affection que la variole ou la varioloïde, comme l'ont voulu certains auteurs, mais n'en est qu'une modification, la variété la plus légère, si l'on veut. Et en effet, nous voyons ici une varicelle être le point de départ d'une éruption variolique bien confluente. La nature est la même, le germe est le même ; la différence du résultat vient de la différence du terrain dans lequel ce germe est déposé.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le lundi 2 juin prochain, il sera ouvert un concours public pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les candidats devront se faire inscrire quinze jeurs au moins avant le 2 juin 1862, au secrétariat de l'administration de l'Hôtel-Dieu.

— Par suite du mouvement de fin d'année institué dans les établissements hospitaliers de Toulouse, M. le docteur Rességuet, chirurgien-adjoint à l'hôpital de La Grave, passe en cette même qualité à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. N. Batut.

— La chirurgie belge vient de faire une perte immense. M. le docteur L. Seutin, professeur à l'université de Bruxelles, auteur de la méthode amovo-inamovible, vient de succomber à la suite d'une affection organique du cœur.

— M. le docteur Durand (Eugène), ancien médecin du bureau de bienfaisance, membre de l'Association des médecins de Toulouse, vient de mourir presque subitement, et dans un âge encore peu avancé.

— On sait que le docteur Riberi a fondé un prix triennal de 20,000 livres à décerner par l'Académie médico-chirurgicale de Turin. Cette Académie publie aujourd'hui les conditions du concours :

Seront admis, jusqu'au 31 décembre 1864, tous les ouvrages imprimés (deux exemplaires) ou manuscrits (en latin, italien ou français), concernant les sciences médicales, et en particulier ceux qui réalisent un progrès important dans la science.

— Le choléra a éclaté à Bombay dans le bazar hindou. En une seule semaine 172 malades ont succombé. (*The Lancet.*)

— L'*Ere impériale* de Tarbes nous communique les chiffres de la souscription pour l'érection d'une statue au baron Larrey. Le total général monte à 5,849 fr. 40 cent. Ce journal rappelle aux souscripteurs étrangers au département des Hautes-Pyrénées qu'ils peuvent adresser leur souscription à M. le receveur général, à Tarbes.

— La Société des sciences médicales a renouvelé son bureau, qui se trouve composé comme il suit pour 1862 :

Président, M. Lagneau ; *vice-président*, M. Chailly ; *secrétaire général*, M. Alix ; *secrétaires annuels*, MM. Mallez et Fournié (de l'Aude); *trésorier-archiviste*, M. Boutin.

— Dans sa séance générale annuelle, l'Association des médecins de Toulouse a procédé à l'élection des membres composant le bureau et la commission générale. Ont été nommés : MM. Delaye, président ; Laforgue, vice-président; Guitard, secrétaire général ; Giscaro, secrétaire adjoint ; A. Dassier, trésorier ; Delaye (Jules) et de Bezin, secrétaires des consultations gratuites ; Basset, Desclaux, Gaussail et Poux, membres de la commission générale.

— M. Giraud Teulon a commencé aujourd'hui 3 février, à trois heures, dans son amphithéâtre de la rue du Jardinet, son cours sur la physiologie et la pathologie de la vision. Il le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 15. — JEUDI 6 FÉVRIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 15. — JEUDI 6 FEVRIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 FÉVRIER 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Déterminer quelle part prend l'élément inflammatoire dans la production et l'évolution de la phthisie pulmonaire; assigner à cet élément, auquel on a fini par contester toute participation après en avoir considérablement exagéré l'influence, son rôle véritable dans les diverses phases du procès morbide qui se déroule depuis la formation du tubercule jusqu'au travail de cicatrisation des cavernes; déduire de cette détermination les indications thérapeutiques qui en découlent, et fonder sur ces indications un mode de traitement approprié : tel est le but que s'est proposé M. le docteur Fonssagrives dans le travail éminemment pratique dont il a donné hier lecture à l'Académie.

Si l'idée n'est pas nouvelle en soi, si la méthode n'est ellemême qu'une modification, — modification heureuse, il est vrai, — d'une méthode proposée déjà plusieurs fois et usitée même par quelques praticiens, nous ne pouvons nous empêcher de constater l'excellente impression qu'a produite sur notre esprit la lecture du travail de M. Fonssagrives. La manière babile autant que juste avec laquelle il a développé cette idée, sa judicieuse critique des divers systèmes qui ont successivement prévalu sur ce point important de pathologie et de médecine pratique, et mieux encore les résultats encourageants qu'il assure avoir obtenus après une expérimentation scrupuleuse et réitérée de sa méthode, sont pour nous autant de motifs d'exposer prochainement, avec tous les détails qu'elle comporte, la partie pratique de ce travail, dont il ne nous est possible de présenter aujourd'hui qu'une très-rapide analyse.

— L'Academie a repris aujourd'hui, après plusieurs interruptions forcées, la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. M. Renault a d'abord pris la parole pour ajouter quelques renseignements nouveaux aux faits intéressants qu'il a communiqués à l'Académie relativement à l'influence qu'exerce sur les animaux malades une large aération ou la séquestration dans un air confiné. M. Bonnafont a exposé ensuite avec beaucoup plus de détails qu'il n'avait pu le faire dans une première allocution rapide, les résultats des observations nombreuses qu'il a recueillies sur l'aménagement et la tenue générale des principaux hôpitaux de l'Europe, et particulièrement de ceux de Londres qu'il a visités dans un récent voyage. Enfin, M. Devergie, appuyant la plupart des griefs articulés par M. Malgaigne contre l'administration des hôpitaux de Paris, et invoquant quelques faits nouveaux en témoignage des mauvaises conditions de salubrité que présentent la plupart de ces établissements, a conclu par une proposition qui pourrait bien avoir quelque chance d'être appuyée, celle d'instituer auprès de l'administration hospitalière un conseil consultatif d'hygiène semblable à ceux qui existent auprès des grandes administrations.

On trouvera dans ce qu'ont dit MM. Bonnafont et Devergie, mais surtout dans la dissertation très-étendue et très-détaillée de M. Bonnafont, un grand nombre de renseignements et d'indications utiles, dont l'administration, il y a toute raison de l'espérer, saura faire son profit. Nous reviendrons sur quelques-uns des points de cette dernière communication, qui nous a paru plus particulièrement digne d'être prise en considération.

On lira dans la correspondance de l'Académie une lettre de M. Demarquay annonçant qu'il vient de pratiquer l'ovariotomie d'après la méthode anglaise sur une jeune femme qu'il a fait transporter à cet effet à Saint-Germain. Nous apprendrions avec bonheur l'issue heureuse de cette opération.

Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. L. COLIN.

Deux observations de phlegmon sous-péritonéal de la fosse iliaque droite.

(Recueillies par M. GAVOY, médecin stagiaire.)

A côté des affections qui apparaissent dans nos hôpitaux dans des conditions bien reconnues, sinon expliquées, d'épidémies ou de contagion, il n'est pas rare de voir telle maladie ordinairement sporadique se reproduire tout d'un coup, sans cause apparente, avec une fréquence que ne justifie point son indépendance habituelle de tout génie épidémique. Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 31 décembre 1861, est relaté un fait de phlegmon iliaque sous-aponévrotique (psoïtis) observé dans le service de M. Colin; l'apparition, à la même époque et dans le même service, de deux cas de phlegmon iliaque sous-péritonéal, avait permis de les rapprocher du précédent, et de baser sur ces trois faits quelques considérations cliniques relatives aux divers modes d'inflammation de la fosse iliaque droite. (In *Recueil de mémoires de médecine militaire*, dernier fascicule.)

Par le fait d'une de ces singulières coïncidences dont nous parlions plus haut, deux autres nouveaux cas de phlegmon sous-péritonéal viennent encore de se développer dans les mêmes salles, et leur publication peut avoir l'avantage de permettre un rapprochement entre cette variété de la phlegmasie iliaque et la variété sous-aponévrotique.

OBS. I. — Joseph V..., grenadier au 89e de ligne, âgé de vingt-six ans, d'une constitution remarquablement forte, n'accuse aucune maladie grave antérieure.

Le 6 décembre, étant assis, sans s'être livré à aucune fatigue, à aucun mouvement exagéré, il ressentit subitement dans le flanc droit une douleur qui l'obligea de se coucher; on lui prescrivit une potion purgative qui ne produisit aucun effet; et son état ne s'améliorant pas, il est transporté à l'hôpital le 11 décembre suivant, et placé salle 27, n° 48.

A la visite du 12, le malade est dans le décubitus dorsal, les cuisses ramenées sur le ventre, qui est considérablement météorisé; la ligne de matité inférieure du foie remonte à la cinquième côte; par une pression méthodique, on arrive à circonscrire une tumeur rénitente, hémisphérique, s'étendant de la crête iliaque droite à l'ombilic; à ce niveau la résonnance est un peu moins tympanique que dans le reste de l'abdomen. Dans cette région aussi existe une douleur spontanée, sourde, avec sensation de battements, sans élancements aux parties voisines, douleur notablement augmentée par l'exploration et qui alors conserve ce caractère particulier de rester limitée au flanc droit, quel que soit le point de l'abdomen sur lequel on exerce une pression.

La peau est chaude; le facies fébrile; le pouls large, à 90 pulsations. Constipation opiniâtre depuis l'invasion; il n'y a pas eu de vomissements. — Trente sangsues *loco dolenti*; lavement huileux.

Le 13, persistance des mêmes symptômes. — Même prescription.

Le 14, le malade a eu plusieurs selles liquides; diminution du volume général de l'abdomen, et par suite, saillie relative beaucoup mieux accusée et apparente à la vue de la tumeur, qui occupe tout le flanc droit; son relief au-dessus du niveau de la peau peut être évalué à 5 centimètres à son point culminant, dont la sonorité est très-accusée. — Onctions mercurielles; bain de siége.

Le 15, rémission de l'appareil fébrile; sommeil et appétit; sueurs abondantes. — Soupe maigre.

Dès cette époque, la tumeur diminua avec une rapidité remarquable; la médication ne consista plus qu'en onctions mercurielles, bains de siége, et cataplasmes renouvelés chaque jour.

Le 18, il ne reste plus, dans la région iliaque, qu'une tumeur grosse comme un œuf, presque indolore, mobile à la palpation; une éruption assez abondante de sudamina recouvre la poitrine et l'abdomen.

Le malade commence à se lever à partir du 20 décembre; il n'éprouve aucune gène dans la marche; l'appétit se prononce chaque jour davantage, et l'alimentation est graduellement augmentée.

Le 24, la palpation la plus profonde ne fait plus découvrir la moindre trace de tumeur.

Sortie le 27.

OBS. II. — S... (Prosper), caporal au 97e de ligne, âgé de vingtdeux ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux, est transporté à l'hôpital du Val-de-Grâce le 23 décembre 1861 (salle 27, n° 10).

La veille il s'était présenté au médecin de son régiment, accusant dans tout l'abdomen de vagues douleurs qu'il attribuait à un refroidissement éprouvé la nuit précédente. Ces douleurs et l'état du malade empirèrent jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, au point

FEUILLETON.

Le pain Danglish. — Des blés mouillés et de leur panification. — Comme quoi les planètes sont des êtres organisés. — Quelques études sur l'histoire naturelle.

Nos confrères d'outre-Manche s'occupent beaucoup depuis quelque temps d'un procédé nouveau de panification, dû à M. Danglish. L'idée ingénieuse qui a présidé à cette modification de l'art du boulanger mérite qu'on la signale.

Chacun sait que le pétrissage, l'action du levain et la cuisson constituent les trois grandes opérations de la fabrication du pain; c'est la seconde de ces opérations qu'il s'agit de supprimer. Par les grandes chaleurs de l'été la transformation acétique se produit souvent; si donc le levain n'agit que comme dispensateur d'acide carbonique, pourquoi ne pas l'abandonner pour demander à une autre source l'acide carbonique nécessaire à la bonne panification?

Il nous semble inutile de rappeler l'action du levain sous l'influence duquel une partie de l'amidon renfermé dans la farine se décompose et fournit de la dextrine, puis du sucre, qui se résout enfin en alcool et en acide carbonique.

M. Danglish met la pâte directement en contact avec de l'acide carbonique, et cela au moyen d'un appareil très-simple.

Un cylindre et une sphère creuse représentent tout le matériel nécessaire. Le cylindre est en cuivre étamé (1,50 de hauteur sur 0,30 de diamètre); c'est le générateur d'eau gazeuse; on le remplit aux trois quarts d'eau, puis on foule du gaz emprunté à un gazomètre. La sphère creuse a un diamètre de 0,90; elle est armée d'un agitateur. A sa partie supérieure existe un trou d'homme, par lequel on introduit la farine au moyen d'une trémie.

La communication est alors établie entre le cylindre et la sphère, et l'agitateur est mis en mouvement.

Trois minutes suffisent à la pénétration parfaite de la pâte par l'acide carbonique. On ouvre peu à peu la sphère; le gaz comprimé se dilate au contact de l'air, et la pâte se lève à l'instant; on la reçoit dans des formes, et elle est soumise à la cuisson.

Ce procédé est, comme on le voit, d'une grande simplicité. Mais les débats sont ouverts sur ce produit. Deux camps sont en présence chez nos voisins; les uns, et, hâtons-nous de le dire, ils constituent le plus grand nombre, considèrent ce pain comme aussi hygiénique que le pain obtenu par les anciens procédés. La pâte ne leur semble ni moins légère ni moins facile à digérer. Les autres, au contraire, pensent que l'action du levain ne se borne pas à donner une certaine quantité d'acide carbonique, et refusent au pain Danglish les mêmes qualités qu'au pain ordinaire. Avant peu les médecins français seront appelés à se prononcer sur ce fait.

La panification a dans ces derniers temps obtenu encore de la science un secours inattendu.

Les blés qui ont supporté de grandes pluies, et c'est le cas de ces dernières années, ont une grande tendance à germer. Cette tendance les rend impropres à la panification. On comprendra donc le bienfait du correctif proposé par M. Nicklès, le savant doyen de la Faculté des sciences de Nancy. Ce correctif a pour lui une bien précieuse qualité, son très-bon marché, car il n'est autre que le sel commun. 120 grammes suffisent pour convertir en excellent pain 6 kilos de farine de blé germé, et ce pain moisit difficilement.

Comment agit le chlorure de sodium? Voici l'explication proposée par M. Nicklès :

L'amidon et le gluten, insolubles dans l'eau, deviennent solubles par le fait de la germination. L'amidon se change en dextrine, le gluten perd son élasticité et ne peut plus donner qu'une pâte lourde et indigeste.

Le sel, de son côté, précipite le gluten soluble, lui rend sa consistance première, et le rend propre à la panification.

120 grammes de sel pour 6 kilos de farine de blé germé donnent 7 kilos 800 grammes de pain. Donc 1 kilo de sel, valant 20 centimes, sera suffisant pour 50 kilos de farine produisant environ 65 kilos de pain.

En présence de ces chiffres, il n'est pas besoin d'insister sur l'intérêt attaché à cette très-simple expérimentation.

— Quittons un instant ces études si intimement unies à notre existence matérielle, pour suivre un de nos très-habiles confrères sur un terrain peu fréquenté par les membres de notre profession.

Sous le titre de *Geos* (1), M. le docteur J. Méray vient de publier une très-intéressante histoire de la terre. C'est de la géologie, mais de la géologie philosophique. Or, si le mot de philosophie effraye certaines gens qui le considèrent comme synonyme d'obscurité, et, risquons le mot, d'ennui, ils se tromperaient en traitant de même le savant et original ouvrage de notre confrère.

Il serait difficile, dans un journal aussi spécial que la *Gazette*, de vouloir étudier à fond l'œuvre que nous annonçons ici. Nous nous

(1) *Geos* ou *Histoire de la terre*, de sa création, de son développement et de son organisation par l'action des causes actuelles. Géologie philosophique, par le docteur Méray. Deux volumes in-8°. Paris, 1861, Garnier frères, éditeurs, 6, rue des Saints-Pères.

que le 24 décembre, jour de la première visite, on eût pu croire à l'explosion d'une péritonite aiguë : face grippée, extrémités froides, pouls filiforme, cuisses fléchies sur l'abdomen ; dysurie ; constipation, nausées fréquentes sans vomissements.

Pendant toute la nuit le malade a poussé des cris de douleur, et l'extrême sensibilité de l'abdomen en interdit complétement l'exploration ; vingt sangsues avaient été appliquées la veille par le médecin de garde. — Prescription : trente sangsues à l'hypogastre, potion éthérée, 3 pilules d'opium de 5 centigrammes chacune.

Le 25, depuis la veille au soir, les douleurs, bien que toujours fort vives, semblent se limiter dans la fosse iliaque droite ; l'état général est singulièrement amélioré ; la peau douce et moite ; le pouls a repris de l'ampleur ; le malade a uriné dans un bain de siége. La palpation du flanc droit est encore impossible en raison de la douleur. — Quinze sangsues, deux pilules d'opium, bain de siége.

Le 26, le malade a eu plusieurs vomissements bilieux, auxquels il attribue le soulagement qu'il éprouve ; il exprime même un grand appétit. — Bouillon, onctions mercurielles, bain de siége.

Le 27, le flanc droit est accessible à une palpation faite avec grande réserve, et qui donne la sensation d'une masse rénitente, fusiforme, longue d'environ 1 décimètre, large à son milieu de 7 centimètres, couchée le long et au-dessus du ligament de Fallope ; la constipation persiste toujours. — Onctions mercurielles, bain de siége, lavement huileux.

Le 29, tumeur toujours plus facile à limiter, vu la diminution de la douleur ; le malade a voulu se lever, mais pour faire quelques pas il a été obligé de se courber en avant, vu certaine difficulté d'extension de la cuisse droite sur le bassin ; cette difficulté semble tenir simplement au tiraillement de la peau de la paroi abdominale dans ce mouvement, d'où compression de la tumeur iliaque ; en effet, quand le malade est couché, on peut obtenir l'extension et l'abduction complète de la cuisse, à la condition de refouler en haut les téguments antérieurs de ce membre ; il n'y a donc pas lieu de s'arrêter à l'idée d'un psoïtis.

Une application de sangsues fut encore faite le 2 janvier, les bains et cataplasmes continués chaque jour, et le malade sortit complétement guéri le 10 janvier.

Le volume de la saillie à la paroi antérieure de l'abdomen, la rapidité de son développement et de son déclin dans les deux cas, sont bien en rapport avec le siége du phlegmon dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; quelle différence entre cette libre expansion de la phlegmasie et ce qui a lieu dans le phlegmon sous-aponévrotique (psoïtis), dont le *fascia iliaca* demeure presque toujours la limite infranchissable en avant ! Chez le second malade cependant la difficulté d'extension de la cuisse eût pu laisser quelques doutes sur l'intégrité du muscle psoas ; mais il y a loin aussi de cette simple gêne à la violente douleur produite par le moindre mouvement dans le psoïtis (voir observation citée), où elle est accompagnée d'élancements dans les nerfs cruraux, et parfois de phénomènes de compression des vaisseaux ; du reste, le soulagement produit dans le cas actuel par le refoulement en haut des téguments de la cuisse étendue nous semble un signe différentiel d'une très-grande valeur.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ce même malade de notre seconde observation a également présenté des symptômes d'une autre variété admise de phlegmasie iliaque, du phlegmon dit intra-péritonéal. Les signes du début pouvaient, en effet, faire croire à une perforation de l'appendice avec généralisation de la péritonite consécutive ; mais d'après le travail de M. Grisolle, ces symptômes si effrayants ne sont pas chose rare au début dans la simple phlegmasie cellulaire, sans propagation à la séreuse. De plus, la sonorité de la tumeur dans ce deuxième cas ainsi que dans le précédent, semble bien indiquer l'absence dans le péritoine de tout produit interposé entre le plessimètre et l'intestin.

La seule particularité, au contraire, offerte par le sujet de la première observation, c'est l'éruption sudorale survenant au déclin de l'affection ; éruption sur laquelle M. Colin a déjà insisté à propos de sa manifestation chez son malade atteint de psoïtis. Y a-t-il quelque corrélation entre cette forme de miliaire et les diverses évolutions morbides qui ont pour domaine la fosse iliaque, depuis la fièvre typhoïde jusqu'au phlegmon du tissu cellulaire ?

Notons, en terminant, que chez ces deux nouveaux malades, de même que dans les deux cas analogues rapportés dans le mémoire de M. Colin, c'est encore par résolution et sous l'influence apparente des antiphlogistiques locaux, que la terminaison a eu lieu ; que c'est également encore chez des sujets de vingt à trente ans que le phlegmon s'est développé, sans que rien autorise à en rapporter le point de départ à une affection iléo-cœcale.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 février 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° La statistique médicale et chirurgicale de la maison de santé d'Ingrandes-sur-Loire, par M. le docteur Ollivier.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département de la Loire-Inférieure. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Loubier sur le service médical des eaux minérales de Propiac (Drôme), pendant l'année 1860. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire intitulé : *Recherches physiologiques sur les chiens, tendant à montrer les relations qui existent entre les lésions traumatiques de la rate et les accès fébriles intermittents*, par M. Guichard, externe des hôpitaux. (Commissaires, MM. Boudet, Longet et Piorry.)

2° Un travail ayant pour titre : *De l'iode à l'état de métalloïde comme escharotique dans le traitement des adénites scrofuleuses cervicales et des adénites inguinales d'origine syphilitique*, par M. le docteur Prieur, médecin à Gray. (Commissaires, MM. Gosselin, Devergie et Ricord.)

3° Une lettre de M. le docteur Moura Bourouillou *sur la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires*. Nous en publierons un extrait lorsque la discussion sur ce sujet sera engagée. (Commission nommée.)

4° Une lettre de M. le docteur Dutrouleau relative à l'organisation du service médical des bains de mer pour lequel il demande l'application du décret de 1860. (Renvoyé à la comm. des eaux minérales.)

5° Une lettre de M. le docteur Arlin, de Poitiers, qui sollicite le titre de membre correspondant.

6° M. Mathieu soumet à l'Académie un appareil destiné à remédier aux lésions et aux difformités qui succèdent le plus souvent à la coxalgie guérie. Primitivement, le but de cet appareil était simplement de s'opposer à la luxation de la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde pendant la marche, accident qui s'observe peut-être plus fréquemment encore au moment où le malade, commençant à se lever et à marcher, confie au membre malade la charge de supporter le poids du corps, plutôt encore que pendant la durée de l'arthrite coxofémorale. L'attelle externe, qui descend jusque dans la bottine, supporte le poids du corps, et soulage ainsi l'articulation de la hanche, qui est soustraite à tous les efforts qui tendent à déchirer la capsule articulaire. D'un autre côté, l'attelle interne, qui supporte avec l'externe le cornet dans lequel s'emboîte la cuisse, prend son point d'appui supérieur sur l'ischion, c'est-à-dire sur le bassin, nouvelle condition qui garantit encore l'articulation de la hanche.

Les luxations sont donc prévenues par cet appareil.

Mais ce n'est pas tout. Les difformités du côté du tronc, qu'entraîne après elle la coxalgie guérie avec un raccourcissement ou un allongement, disparaissent dans un temps plus ou moins court (de trente à cinquante ou soixante jours) par l'emploi de cet appareil.

Il y a là une action très-complexe qui ne saurait être expliquée sans entrer dans des détails qui ne peuvent trouver leur place ici ; toutefois cette action peut être indiquée suffisamment d'une façon sommaire en disant que c'est grâce aux contractions musculaires, sinon déterminées du moins puissamment aidées par l'appareil, que s'opèrent le redressement du bassin, puis le redressement des courbures de la colonne vertébrale, et enfin le retour des membres à leur parallélisme.

On aura une idée des effets produits par cet appareil quand nous aurons dit qu'un malade présentant un raccourcissement de 11 centimètres (le malade est d'une taille de 2 mètres), avec obliquité considérable du bassin et courbure de la colonne vertébrale, a été complétement guéri par le seul usage de l'appareil dans un espace de deux mois.

Cet appareil a été construit la première fois par l'auteur en 1851, et depuis cette époque il a été appliqué par plusieurs chirurgiens, et notamment par M. le professeur Nélaton, qui en a fait un grand nombre de fois l'application avec le plus heureux résultat.

7° M. le secrétaire lit une lettre de M. le docteur Léon Lefort, qui donne quelques explications sur un fait particulier relatif aux hôpitaux de Londres, en réponse à des observations de M. Davenne.

M. LITTRÉ présente, au nom de M. Menière, un ouvrage intitulé : *Cicéron médecin.*

M. TROUSSEAU, au nom de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), fait hommage à l'Académie de l'*Atlas photographique.*

M. LARREY, au nom de M. le docteur Goffres, présente un travail *sur l'emphysème consécutif aux lésions des parois de la poitrine.*

M. J. CLOQUET présente au nom de M. Henri Rohlfs, de Brême, un ouvrage imprimé en allemand sur un nouveau procédé d'opération de l'hydrocèle.

Opération d'ovariotomie.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de la lettre suivante de M. Demarquay, relative à une opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée dimanche dernier à Saint-Germain en Laye.

« Monsieur le Président,

» J'ai l'honneur d'informer l'Académie que je viens de pratiquer à Saint-Germain l'opération de l'ovariotomie sur une jeune fille de dix-neuf ans, avec l'aide de MM. les professeurs Nélaton et Trousseau, et avec le concours bienveillant de mes amis Bourdon, Giraud-Teulon, Parmentier et Le Prez (de Saint-Germain) et des internes attachés à mon service. M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, y assistait également.

» Cette opération difficile nous a permis d'enlever un kyste multiloculaire d'un poids total de 18 à 20 kilogrammes. Nous nous sommes conformés de tout point au procédé opératoire mis en usage en Angleterre et que le récent voyage de M. Nélaton à Londres nous a fait connaître. Pour éviter toute complication tenant au séjour de Paris, j'ai installé ma jeune malade à Saint-Germain, où elle a été soumise à un traitement préparatoire convenable.

» L'opération a duré de 20 à 25 minutes, pendant lesquelles le sommeil chloroformique a été maintenu.

» Les suites de l'opération ont été très-simples depuis dimanche 2 février jusqu'à lundi à midi.

» La malade a été calme et a dormi plusieurs heures.

» Hier lundi, de midi à quatre heures, il y a eu un peu de ballonnement du ventre et quelques vomissements bilieux.

» A cinq heures, la malade était mieux ; ces accidents avaient cessé ; le pouls développé était à 120. Mais la pince qui fixait au dehors le pédicule du kyste enlevé, a été détachée par le fait des vomissements.

» Quelle sera la suite de cet accident et de l'opération elle-même ? C'est ce que l'avenir apprendra.

» J'ai pensé que la relation de cette opération, faite sous le patronage de deux membres illustres de l'Académie, paraîtrait digne d'intérêt, quelles qu'en soient les suites.

» Je dois dire ici que le mérite de l'avoir tentée doit revenir à MM. les professeurs Nélaton et Trousseau, car, sans leurs sages conseils et leur assistance, je n'aurais point osé, livré à mes propres forces, entreprendre une opération si sérieuse par elle-même et qui n'est point encore entrée d'une manière définitive dans le domaine chirurgical.

» Si l'Académie s'intéresse à cette tentative et veut nommer une commission, je serais heureux de faire voir ma jeune opérée aux membres de cette commission, de leur montrer la tumeur enlevée, et de leur remettre en temps convenable l'observation détaillée, afin qu'ils puissent faire un rapport en connaissance de cause.

» J'ai l'honneur d'être, etc. »

— M. LE PRÉSIDENT prie MM. Trousseau et Nélaton de vouloir bien suivre les résultats de cette opération et d'en informer l'Académie.

LECTURE.

Rôle de l'élément inflammatoire dans la production des tubercules pulmonaires. — M. FONSSAGRIVES lit un mémoire ayant pour titre :

---

bornerons à signaler sa tendance, et à montrer une idée qui nous paraît neuve et singulièrement hardie.

La géologie n'est pas pour M. Méray cette étude sèche — nous en demandons pardon aux géologistes — de terrain, de formations, de fossiles, d'actions ignées et aqueuses. L'étude des causes premières le tente ; il sait que l'imagination peut entraîner bien loin, il espère s'arrêter dans des limites justes et raisonnables. Mais on verra que M. Méray a eu plus de bonne intention que de succès dans le frein qu'il a cru mettre à son imagination.

Les études premières de M. Méray ont imprimé à ses considérations géologiques une expression médicale fort originale. Un seul exemple en fera foi :

Chaque planète au ciel, de même que chaque être organisé sur la erre, reconnaît pour cause première de sa création le concours ou le rapprochement de deux principes d'essence différente ; chaque planète, comme chaque être terrestre, poursuit dans un milieu vital, pendant un temps plus ou moins long, une existence pleine d'agitation et de crises, pour arriver enfin l'une et l'autre au repos absolu. La planète devient alors étoile fixe, l'être terrestre devient matière inerte ou cadavre : par la dissolution définitive de ses éléments, l'étoile devient une poussière nébuleuse et produit de l'oxygène ; le cadavre devient une poussière terrestre, qui produit de l'azote. Tels sont les phénomènes qui ont pour but commun la formation d'une atmosphère respirable pour les habitants des planètes.

Le sphéroïde terrestre a les fonctions locomotives, respiratoires et même circulatoires. Ici l'histoire de l'endosmose est très-ingénieusement mise à profit par notre confrère géologue. La terre est, comme les autres planètes, un être organisé, mais nous lui cherchons en vain des fonctions de nutrition et de reproduction.

L'étude cosmogénique est très-intéressante ; elle nous a procuré des instants fort agréables, et chemin faisant nous pardonnions volontiers à l'auteur la richesse de son imagination, en considérant la science profonde déployée à chaque page. Nous recommandons particulièrement une étude originale sur la fonction calorifique du globe terrestre.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de la période terrestre ; mais la période stellaire et l'étude des productions spontanées de la terre forment un travail bien digne de notre attention.

Félicitons M. Méray d'avoir entrepris et mené à bonne fin un livre savant, agréable à lire, ce qui est précieux en semblable matière, et d'avoir à chaque page de son œuvre rappelé par des conséquences utiles à l'humanité que derrière le savant existe un médecin digne de ce nom.

— On nous permettra, en terminant, de signaler une œuvre qui touche encore à l'histoire naturelle. C'est le premier essai d'un jeune homme, et ce premier essai a été heureux, car nous avons sous les yeux la nouvelle édition de ce livre, intitulé *Etudes sur l'histoire naturelle* (1), par Camille Delvaille. En dehors de la valeur même de cet ouvrage, il règne dans tout son ensemble un parfum de respect et de vénération pour les Geoffroy Saint-Hilaire qui nous va droit au cœur. Il est, en effet, peu de noms plus respectés et qui méritent mieux de l'être que celui de ce savant, que la science pleure en ce moment. Digne fils d'un homme de génie, il a développé heureusement les idées léguées par son père, et son plus beau titre sera la création de la Société d'acclimatation.

Le livre de M. Delvaille est comme l'écho de cette parole sympathique d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire. L'alimentation par la viande de cheval, l'œuvre d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, quelques bibliographies scientifiques, les hommes à queue, sont les sujets simplement traités par M. Delvaille. Nous avons relu avec un grand intérêt l'étude sur l'unité d'origine des races humaines, et nous demanderons à nos lecteurs ce qu'ils pensent de cette réserve du rédacteur de la *Gazette australienne*, qui écrivait, le 1er octobre 1853, les lignes suivantes :

« Nous sommes satisfait de voir que les naturels de la Nouvelle-Zélande ont obtenu la reconnaissance de certains droits, car nous sommes tout disposé à les reconnaître pour des hommes et des frères ; mais nous repoussons tout d'abord l'idée de consanguinité avec les *chimpanzés sans queue* du continent australien. »

Sur ce, nous souhaitons de nouveaux succès à M. C. Delvaille, qui est entré si heureusement dans la carrière. Dr E. RENAUD.

(1) Un volume in-12. Paris, 1862, Germer-Baillière, éditeur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des embolies pulmonaires, thèse inaugurale, par M. le docteur B. BALL, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. 150 pages et une planche. Paris, 1862, Rignoux, imprimeur de la Faculté de médecine.

Traité des dyspepsies, ou Étude pratique de ces affections, basée sur les données de la physiologie expérimentale et de l'observation clinique, par M. Aug. NONAT, médecin de la Charité, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, etc. Un volume in-8° de 230 pages. Prix : 3 fr. 50 *franco*. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Du rôle de l'élément inflammatoire dans la production et l'évolution des tubercules pulmonaires, et des modifications thérapeutiques spéciales qui en dérivent.

L'auteur s'est proposé dans ce travail :

1° De démontrer le rôle que joue l'inflammation dans le développement et la marche de la phthisie ;

2° De formuler les règles du traitement de cette affection, en tant que compliquée d'un élément inflammatoire, par l'usage d'une médication stibiée prolongée.

L'élément inflammatoire, dit-il, joue un rôle important dans l'évolution de la phthisie pulmonaire. Peu manifeste dans le premier degré, il domine toute la scène morbide quand s'ouvre la période de ramollissement ; la fièvre hectique en est l'expression constante, c'est une fièvre essentiellement symptomatique de l'envahissement progressif du tissu pulmonaire péri-tuberculeux par un travail d'inflammation destructive. Si on parvient à arrêter cette inflammation, on arrête du même coup la fièvre qui en mesure assez exactement les progrès, et on fait passer la phthisie, d'une marche subaiguë, fébrile, à cet état de chronicité apyrétique qui ouvre une voie d'opportunité aux moyens que l'on oppose d'habitude avec quelque succès à la diathèse tuberculeuse. L'art dispose-t-il de moyens qui lui permettent d'atteindre ce résultat et de résoudre le problème, sinon de guérir certainement la phthisie, au moins de faire durer considérablement les phthisiques en provoquant dans la marche de cette cruelle affection ces temps d'arrêt qui, répétés, peuvent équivaloir à une guérison relative ? On peut répondre sans hésitation par l'affirmative. Concilier les nécessités particulières d'une nutrition alanguie avec les indications spéciales qui dérivent de l'état inflammatoire du poumon, telle est la formule du problème. L'usage prolongé de l'émétique suivant la méthode rasorienne, employé seul ou combiné avec l'usage de déplétions sanguines modérées pratiquées dans le but de désemplir les poumons, permettent le plus habituellement de le résoudre. La fièvre une fois abattue, l'affection, sauf les désordres locaux inamovibles qui se sont produits, rentre dans les conditions du premier degré, et cette médication doit céder la place aux analeptiques, aux huiles animales et aux eaux minérales sulfureuses.

..... Le but de la médication stibiée étant d'éviter autant que possible toute perturbation digestive, et en particulier les vomissements, il convient d'administrer l'émétique avec toutes les précautions propres à amener, presque d'emblée, la tolérance rasorienne. L'association classique d'une préparation opiacée et d'une eau distillée aromatique à des doses journalières de 0,30 à 0,20 de tartre stibié, permet dans le plus grand nombre des cas d'atteindre ce résultat. (Nous exposerons ailleurs les détails de cette médication, le *modus faciendi* et les formules de l'auteur.)

Aussitôt que la médication stibiée a atteint son but, ajoute M. Fonssagrives, c'est-à-dire a notablement ralenti ou enrayé le mouvement fébrile, résultat qui s'obtient au bout d'un temps dont on peut approximativement fixer les limites entre vingt-cinq jours et trois mois, il faut y renoncer, sauf à la reprendre plus tard pour combattre de nouvelles poussées aiguës, si elles se manifestent, et dans l'intervalle il faut administrer de l'huile de morue ou de la crème de lait; c'est alors aussi que les iodiques, les sulfureux, surtout les eaux thermales sulfureuses, le chlorure de sodium, constituent des modificateurs généraux dont l'utilité ne saurait être contestée, mais qui offrent plutôt des inconvénients que des avantages, lorsqu'on les emploie, ainsi que cela se fait trop souvent pendant la période fébrile de la maladie.

Je ne saurais trop le répéter, dit-il en terminant, le tartre stibié ne s'adressant qu'à l'un des éléments morbides de la phthisie pulmonaire, son usage n'exclut en rien les médications accessoires, qui, touchant moins à l'intimité du mal que le tartre stibié, ont moins d'importance que ce médicament sans doute, mais peuvent cependant rendre certains services en combattant des symptômes ou dangereux ou pénibles; tels les hypnotiques, les révulsifs, les toniques, etc. (Commissaires, MM. Louis, Roche et Barth.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. La parole est à M. Renault, pour quelques renseignements complémentaires.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. RENAULT. Je désire ajouter aux faits que j'ai exposés dans l'une des précédentes séances, quelques renseignements nouveaux que j'ai recueillis depuis. Lorsqu'on inocule aux moutons la clavelée, il arrive de deux choses l'une : ou on les enferme comme d'habitude dans leurs étables, ou bien ils sont mis au parc, en plein air nuit et jour, après l'inoculation. Or, voici ce qui arrive : on voit survenir fréquemment des accidents de diverse nature chez ceux de ces animaux qui sont enfermés après l'inoculation, tandis que ceux qui sont parqués au grand air sont habituellement exempts de tout accident.

J'ai appris de l'un de nos séricīculteurs les plus habiles, M. Guérin-Menneville, que dans les magnaneries où l'on élève les vers à soie en très-grand nombre, la maladie est très-commune, tandis qu'on ne l'observe que très-rarement au contraire dans les petits établissements. Le même fait a été observé par notre collègue M. Robinet.

M. BONNAFONT. Dans une des dernières séances, j'ai donné un simple aperçu sur quelques hôpitaux étrangers. Pris au dépourvu, je n'avais pu qu'indiquer sommairement les dispositions de ces établissements. Je viens aujourd'hui compléter autant que possible mes observations.

Commençons par l'établissement le plus considérable de Londres que j'ai visité, et sur lequel j'ai déjà dit quelques mots, l'hôpital Saint-Barthélemi, qui contient 600 lits.

Les salles de ce vaste établissement sont bien tenues, mais elles ne m'ont pas semblé, en général, suffisamment aérées. Chacune d'elles, comprenant toute la largeur du bâtiment, est séparée par une cloison médiane formant deux salles qui ne communiquent entre elles que par une porte placée à chaque extrémité. C'est là bien certainement un système qu'aucun chirurgien n'envierait et ne voudrait voir appliquer dans nos hôpitaux. Les couchettes sont en fer, plus petites et plus basses que chez nous, et la fourniture se compose d'une paillasse, d'un matelas très-mince, de draps de coton et d'une couverture de même.

Les lits sont très-espacés, ce qui permet à chaque malade d'avoir une suffisante quantité d'air à respirer. Mais, comme l'a dit M. le professeur Piorry, le peu de hauteur de ces lits doit rendre le service très-fatiguant pour le médecin, et plus encore peut-être pour le chirurgien. Je me rappelle que lors de nos premières années d'occupation en Algérie, les malades étaient couchés sur des lits en fer très-bas, et je me rappelle aussi la fatigue que nous éprouvions en nous tenant sans cesse courbés, soit pour examiner les malades, soit pour faire les pansements. Cet état de choses fut bientôt signalé par les médecins, et l'administration s'empressa de substituer peu à peu des lits plus hauts et infiniment plus commodes. Mais ce qui m'étonne à l'hôpital Saint-Barthélemi, c'est, comme je l'ai déjà dit, d'y voir utiliser le sous-sol pour y mettre les femmes en couches et leurs nourrissons, ainsi que les aliénés. Je voudrais bien savoir ce que pensent les admirateurs des hôpitaux de Londres de cette installation, qu'il ne viendrait à l'idée de personne de proposer ni d'approuver ici.

Je dois cependant ajouter que l'interne qui m'accompagnait m'a assuré que ces salles n'étaient pas plus insalubres que les autres. L'honorable M. Davenne a raconté un fait semblable et assez curieux au point de vue hygiénique.

La cuisine, cette partie si intéressante d'un hôpital, a aussi particulièrement fixé mon attention, et ce qui m'a surtout intéressé, c'est le mode de cuisson des aliments, qui se fait au moyen du gaz habilement établi dans tous les fourneaux.

Ces appareils de cuisson m'ont paru avoir surtout l'immense avantage d'être d'une grande propreté et de ne communiquer aucune odeur à la viande.

J'ai aussi examiné l'office, qui tient à la cuisine, et j'y ai vu de grandes réserves de beurre, de lait, de gelée de bouillon. Ces provisions sont tenues dans de grands vases qui plongent dans un bain de glace, pour les conserver en meilleur état. J'ai appris alors que les dépenses de la cuisine seulement pouvaient être évaluées à 7,000 ou 8,000 fr. par mois pour les 400 malades que contenait l'hôpital; ce serait donc une moyenne de 60 à 70 centimes par journée pour chaque malade.

J'ignore quelle est cette dépense dans nos hôpitaux civils. Mais en rapprochant ces chiffres, il serait facile d'établir une moyenne et de connaître ainsi la différence qu'il peut y avoir entre le régime alimentaire des malades hospitaliers de Londres et de Paris. Je ne pourrais donner de grands détails à ce sujet; mais il m'a semblé qu'en Angleterre et en Allemagne le régime des malades était en général plus tonique et moins débilitant qu'à Paris. Ainsi j'ai vu M. le professeur Langenbeck, après une opération grave qu'il avait pratiquée devant moi, prescrire à l'opéré un régime comme s'il eût été en pleine convalescence. Il y a là certainement une étude sérieuse à faire, mais dont les documents, indispensables à la solution d'une aussi grave question, ne peuvent être recueillis qu'avec le temps et de nombreuses expériences.

Le temps ne m'ayant pas permis de passer en revue tous les malades du service chirurgical dirigé par M. Stanley, deuxième chirurgien en chef, je me bornai à examiner avec soin ceux qui étaient atteints de fractures, but principal de ma visite.

Ce qui me frappa surtout dans ce service de chirurgie, ce fut la simplicité des pansements consistant dans l'application sur toutes les plaies, comme cela est indiqué dans le mémoire de M. Lefort et dans l'excellente thèse de M. Topinard, d'une compresse de coton, qu'ils appellent *lint*, imbibée d'eau à la température ordinaire de la chambre. Depuis j'ai eu l'occasion de m'assurer que ce mode de pansement était généralement adopté en Angleterre et en Allemagne.

J'ai dit combien le système du couchage était simple par rapport à celui de nos hôpitaux; j'avoue que cette simplicité produisit sur moi une impression très-peu favorable. Mais ce qui m'a le plus étonné, c'est de voir cette simplicité adoptée dans tous les hôpitaux étrangers que j'ai visités. Ainsi, à la Haye et à Amsterdam, on en est encore aux lits de bois, et la fourniture se compose uniquement d'un sommier en zosthèse pour les malades ordinaires et d'un petit matelas pour les malades plus graves.

A Berlin, les lits sont en fer, garnis d'un fond à ressorts, d'une paillasse et d'un matelas piqué, très-dur, et ayant tout au plus 12 à 15 centimètres d'épaisseur.

A Vienne, à l'hôpital général, qui ne contient pas moins de 3,800 lits, les lits sont encore en bois, et les malades, pour la plupart, couchés sur un sommier de paille ou de zosthèse; tandis qu'à Munich, à l'hospice de la Charité, le système de couchage est mieux établi; les lits sont plus grands et plus hauts; le coucher se compose d'un bon sommier, d'un matelas épais et souple, de draps en toile, d'une couverture de laine, d'un traversin, et d'un oreiller quand l'état du malade l'exige.

Maintenant, si nous comparons ce système de couchage adopté dans la plupart des hôpitaux étrangers que je viens de nommer avec celui que nous trouvons dans tous les hôpitaux de Paris et de la France, soit civils, soit militaires, il est facile de reconnaître qu'il existe une grande différence entre eux, et que l'avantage est évidemment de notre côté.

MM. Topinard et Lefort semblent donner cependant la préférence aux fournitures des hôpitaux de Londres, et leur attribuent une grande importance pour la salubrité des salles. Telle n'a pas été jusqu'à ce jour la pensée des praticiens en France, car ils ont toujours cru, et je pense qu'ils croient encore que le bien-être dont les malades peuvent être entourés ne saurait être nuisible ni à leur guérison ni à la salubrité des salles. S'il en était autrement, médecins et chirurgiens n'auraient pas insisté autant qu'ils l'ont fait auprès de l'administration pour améliorer le sort des malades qui leur étaient confiés, et je ne pense pas que médecins et administrateurs aient à regretter à cet égard leurs efforts communs.

Il est un autre accessoire de la literie sur lequel je serai plus d'accord avec MM. Topinard et Lefort; je veux parler des rideaux, que je n'ai vus employés dans aucun des hôpitaux étrangers que j'ai visités. S'abstient-on de leur usage par mesure de salubrité ou par économie? C'est ce qu'il m'a été impossible de constater; car, en ayant fait l'observation aux confrères qui m'accompagnaient, ils ont paru être aussi surpris de ma question que j'ai été peu satisfait de leur réponse : de sorte que j'ai toujours cru que cette absence de rideaux tenait autant, et plus peut-être, à une mesure économique qu'à une intention arrêtée de rendre les salles plus salubres. Il y a là aussi une étude sérieuse à faire, car il paraît évident que dans une salle qui contient un grand nombre de lits entourés de rideaux, la circulation de l'air y est toujours plus ou moins interceptée, les odeurs qui s'y produisent en seront plus difficilement chassées et trouveront sur la surface des tissus des rideaux un moyen d'y séjourner plus longtemps. En cela, nos hôpitaux militaires offrent un grand point de ressemblance avec les hôpitaux étrangers, puisque les rideaux en sont généralement exclus et n'y figurent qu'exceptionnellement.

Il y a encore à ce sujet quelques expériences à faire ; mais du moment où elles auront prouvé l'effet nuisible et insalubre des rideaux, il est facile de prévoir que l'administration ne fera aucune difficulté de les supprimer, d'autant plus que cette suppression deviendra pour elle la source d'une grande économie.

Je comprends cependant que les rideaux constituent un accessoire très-important dans les hôpitaux civils; il s'y rattache une question de moralité et de convenances digne d'être prise en considération; mais peut-être y aurait-il moyen de concilier ce sentiment avec la salubrité des salles en adoptant le système des rideaux anglais, que je crois avoir vu figurer également à l'hôpital des Cliniques, à Berlin.

Quant aux salles elles-mêmes, je n'en ai rencontré nulle part contenant un aussi grand nombre de lits qu'à Paris. Partout, à l'exception de l'hôpital général de Vienne, où elles sont aussi fort grandes, les salles, dans les autres hôpitaux, ne contiennent pas en général plus de 30 à 40 lits; à l'hôpital de la garnison, à Berlin, ainsi qu'à l'hôpital de Munich, elles n'en renferment même que 16.

Depuis longtemps je n'avais pas visité les hôpitaux de Paris, et, afin de pouvoir les comparer avec ceux de l'étranger, j'ai cru devoir en visiter quelques-uns; j'ai été heureux de constater de nouveau que les nôtres sont les premiers, quant à l'installation et au système de couchage; mais, comme M. Malgaigne, je trouve :

1° Que les salles, dans la plupart d'entre elles, sont beaucoup trop grandes;

2° Qu'elles contiennent un trop grand nombre de lits;

3° Que les fenêtres sont posées trop haut, condition nuisible au renouvellement de l'air dans les parties inférieures des salles surtout.

Mais si certains hôpitaux de Paris laissent encore à désirer, il faut convenir aussi qu'aucun des hôpitaux étrangers que j'ai visités ne peut être comparé avec celui de Lariboisière, et il est vraiment difficile de comprendre l'insalubrité dont il est accusé. Quand on a vu en détail ce vaste établissement, et admiré surtout l'harmonie qui existe dans sa distribution, et je me suis demandé en constatant quelques faits dans un service de chirurgie, s'il n'y avait pas un peu d'exagération dans cette opinion. Ainsi, une désarticulation coxo-fémorale, une amputation de cuisse, une résection de calcanéum faites presque en même temps et complétement guéries, semblent témoigner que les grandes opérations peuvent y être entreprises avec des chances favorables de succès.

Quant à l'ensemble de la construction de cet hôpital et de son aménagement intérieur, tout cela est si beau et si confortable qu'il doit faire l'admiration des étrangers, qui sont loin d'en posséder de pareils. Je ne connais réellement que l'hôpital militaire de Vincennes qui puisse lui être comparé.

Un point essentiel que je ne peux passer sous silence, c'est l'odeur désagréable qui règne constamment dans les salles de la plupart de nos hôpitaux, tandis qu'il n'en existe presque pas dans les hôpitaux étrangers. A quoi cela peut-il tenir? Serait-ce, comme l'ont dit MM. Topinard et Lefort, et comme je crois l'avoir constaté moi-même, à un moins grand abus de cataplasmes, à une plus grande simplicité dans les pansements, et surtout à l'éloignement plus immédiat de l'intérieur des salles de tout le linge qui a déjà servi, et particulièrement de celui qui est imprégné de matières purulentes ou infectieuses? Il est évident que si toutes ces causes ne contribuent pas à entretenir les émanations mauvaises, on ne peut disconvenir que quelques-unes n'y entrent pour une grande part.

Pourtant aucun des hôpitaux étrangers que j'ai visités ne possède d'appareils de ventilation artificielle semblables à ceux établis dans nos hôpitaux de nouvelle construction. De grands poêles établis dans les salles ou un grand calorifère unique installé dans les caves, suffisent à cette opération; la chaleur entre dans les salles, comme je l'ai déjà dit, par des ouvertures ménagées au niveau du parquet, et l'air ainsi échauffé sort par d'autres issues pratiquées à une grande hauteur. Toutes ces ouvertures peuvent se fermer à volonté, selon que la température des salles l'exige. A l'hôpital de la garnison à Berlin, il y a un homme spécialement préposé à la surveillance de la température des salles, qui est ordinairement maintenue à 14 degrés, et personne autre que lui ne peut toucher aux bouches de chaleur. Le renouvellement de l'air s'opère naturellement par les portes et les croisées.

Les lieux d'aisances méritent aussi une mention spéciale.

Dans tous nos hôpitaux et établissements publics, ils sont en général très-mal tenus et inabordables par leur saleté. Partout ils laissent échapper une odeur infecte, qui se répand dans tous les environs; tandis qu'à l'étranger, ils sont en général l'objet d'une surveillance très-attentive, toujours d'une grande propreté et inodores dans l'acception propre du mot. Il y a là encore pour nos hôpitaux et nos divers établissements publics de grandes réformes à opérer. A l'hôpital de la garnison à Berlin, que je me plais à citer souvent, on a adopté un système fort ingénieux, et qui mérite d'être connu. Les lieux se composent d'une grande pièce longue et étroite, divisée en dix ou douze cellules, contenant chacune une seule cuvette et séparée entre elles par une cloison en planches; puis, au moyen d'un ressort qui met en communication la porte de chaque cellule avec la bascule de cuvette correspondante, il en résulte un mécanisme qui fait que chaque fois que la porte s'ouvre, elle fait baisser la bascule et ouvrir en même temps un réservoir qui déverse de l'eau en abondance dans la cuvette; la porte, se fermant toute seule, ferme en même temps la bascule ainsi que le réservoir d'eau; le malade n'a donc à se préoccuper que d'une chose, c'est de verser exactement ses matières dans la cuvette, ce à quoi l'administration veille d'une manière très-sérieuse, et punit sévèrement quiconque enfreint cette règle.

Ce système de lieux d'aisance m'a paru si propre, si ingénieux et si salubre, que je ne saurais assez le recommander à l'attention de l'Académie, et surtout de ceux qui sont plus spécialement préposés à la surveillance hygiénique de nos hôpitaux et autres établissements publics.

En résumé, s'il m'était permis de tirer quelques conclusions aux observations que j'ai faites, je dirais :

1° Que sous le rapport des fournitures et de l'installation des

malades, nos hôpitaux sont infiniment supérieurs à tous ceux de l'étranger.

2° Que les salles y sont trop vastes et contiennent un trop grand nombre de lits.

3° Qu'il y aurait des expériences à faire pour constater ce qu'il y a d'utile ou de nuisible dans l'emploi des rideaux.

4° Que dans la construction des nouveaux hôpitaux, il y aurait peut-être lieu d'étudier les différents systèmes adoptés dans les hôpitaux étrangers et que je n'ai fait que mentionner.

5° Que d'après tout ce qui a été dit et écrit touchant les résultats chirurgicaux obtenus à l'étranger, il y aurait peut-être lieu de faire quelques expériences sur le mode de pansement qui y est employé, ainsi que sur le régime des opérés, afin de constater leur influence sur la marche des opérations. Mais la réforme qui pourrait être faite sans trop d'inconvénients pour les malades, et à coup sûr à l'avantage de la salubrité des salles, ce serait de diminuer l'abus des cataplasmes, source incessante d'odeur désagréable et devenant trop facilement un foyer d'infection, s'ils ne sont pas éloignés des salles au fur et à mesure qu'on les enlève des malades.

6° Que la plupart des hôpitaux étrangers, comme à Londres, Edimbourg, la Haye, Amsterdam et Berlin, étant situés au centre des villes dans des quartiers populeux, ne possédant ni jardins ni promenades pour les malades, ne sauraient par conséquent présenter de meilleures conditions topographiques que ceux de Paris. S'il y a quelque différence dans les résultats obtenus chez les uns et chez les autres, cela doit tenir à des circonstances qu'il importe de chercher et d'étudier en établissant des statistiques contradictoires à l'aide de faits communément recueillis.

Mais, en présence du zèle incessant des chirurgiens et de la bonne volonté de l'administration manifestée à cette tribune par l'honorable M. Davenne, et plus récemment par la lettre de M. Husson, dans laquelle le nouveau directeur de l'Assistance publique en appelle à vos lumières et sollicite la discussion sur une question si importante, on ne peut mettre en doute les heureux résultats qui ressortiront de ces débats.

M. DEVERGIE trouve que l'administration se préoccupe beaucoup trop de tout ce qui tient à l'architecture dans la construction des hôpitaux, et pas assez des détails d'intérieur qui se rattachent plus particulièrement aux conditions de salubrité, et il lui reproche de ne pas assez s'éclairer dans ces circonstances des avis des médecins. L'un des plus grands inconvénients des hôpitaux de Paris est d'avoir en général des salles beaucoup trop grandes. M. Malgaigne a déjà assez insisté sur ce point pour qu'il soit inutile d'y revenir davantage.

Un autre point aussi important que celui-là est l'insuffisance d'aération des salles. On est entré à cet égard dans une nouvelle voie d'expériences qui font très-clairement ressortir les conséquences de ce défaut d'aération. M. Réveil a constaté par l'analyse chimique de l'air des salles d'hôpital, que cet air contient des matières organiques en très-grande quantité. Un interne distingué de l'hôpital Saint-Louis a fait depuis, dans les salles de cet hôpital, des recherches semblables; il a trouvé, en faisant l'analyse des produits du grattage des murs, la proportion considérable de 46 p. 100 de matières organiques.

Un troisième point sur lequel j'appelle l'attention, est le mauvais système de chauffage des salles. On a remplacé partout les anciennes cheminées par des poêles qui laissent échapper par les fissures les produits de la combustion, qui viennent s'ajouter aux éléments déjà si nombreux d'infection. Il en est de même du gaz d'éclairage. Je signalerai enfin, comme une des causes manifestes d'insalubrité, les exhalaisons qui s'échappent des lieux d'aisances. Dans quelques salles, l'approvisionnement de linges d'appareils se trouvant placé près des cabinets, il en résulte que ces linges sont plus ou moins imprégnés des miasmes qui s'exhalent de ces cabinets.

Ce sont là tout autant de faits particuliers, de faits de détail qui ont une grande importance, et dont l'administration ne paraît pas assez se préoccuper. Il y a auprès des grandes administrations centrales, à Paris, ainsi que dans toutes les grandes villes, des conseils ou comités consultatifs d'hygiène. Pourquoi l'administration des hôpitaux de Paris n'aurait-elle pas auprès d'elle un conseil de même genre? Je suis convaincu que s'il en était ainsi, on verrait disparaître en peu de temps un grand nombre des causes d'insalubrité que je viens de signaler.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La parole est à M. H. Gaultier de Claubry pour la lecture d'un rapport.

RAPPORT.

M. GAULTIER DE CLAUBRY lit, en son nom et au nom de M. Devergie, un rapport sur des observations présentées par M. Peyfan, dans la séance du 30 décembre 1859, relatives aux graves inconvénients qui résultent de l'absence du chauffage des voitures de 2e et 3e classe des chemins de fer pendant les froids rigoureux.

La commission propose de demander à M. le ministre que des expériences nouvelles soient instituées pour l'étude de cette question. (L'Académie adopte.)

LECTURE.

Origine de l'accès. — M. le docteur DANET lit un mémoire intitulé *Recherches sur l'origine de l'accès et sur la loi de ses intermittences.*

L'accès, dit l'auteur, est un ensemble de phénomènes pathologiques qui, caractérisant une maladie, apparaissent progressivement ou subitement pour disparaître de même en faisant place à l'état normal.

Si l'accès reparaît à intervalles inégaux, la maladie se nomme intermittente ou par accès.

Si l'accès reparaît à intervalles égaux, la maladie est dite intermittente périodique.

Le corps renfermant des organes à fonctions intermittentes, et d'autres à fonctions intermittentes périodiques, M. le docteur Danet se demande si les lois qui régissent ces fonctions ne sont pas aussi celles qui régissent les accès.

Or les fonctions des parties supérieures du tube digestif sont intermittentes, mais peuvent n'être pas périodiques, parce qu'elles dépendent des fonctions de l'estomac, qui sont elles-mêmes simplement intermittentes comme étant sous l'influence arbitraire de la volonté; mais les fonctions des parties inférieures sont souvent périodiques par habitude, et par suite de nos relations et de nécessités de position qui nous y font satisfaire à heure fixe.

La loi de Boyer sur les contractures des muscles qui tapissent les muqueuses irritées, donne la clef des phénomènes intermittents qui se déclarent dans les maladies inflammatoires des organes à fonctions éliminatrices.

L'auteur pense que l'influx palustre, quel qu'il soit, frappe d'atonie le système ganglionnaire, d'où ralentissement dans la circulation des matières, accumulation de ces dernières dans les organes à fonction périodique, et nécessité d'un effort qui se traduit à l'extérieur par un accès.

Lorsque la circulation inférieure est gênée par l'accumulation des matières contre un obstacle, le sang se porte en plus grande abondance dans les organes supérieurs; de là engorgement des glandes annexes du tube digestif. Quand l'obstacle est franchi, la circulation reprend son cours, et les organes se dégorgent; mais si le phénomène se répète, il y aura hypertrophie de ces organes, d'où les maladies qui suivent les fièvres paludéennes.

M. le docteur Danet a provoqué ces phénomènes sur vingt-deux chiens en opérant des diminutions de diamètre sur les canaux excréteurs de leur économie.

Il pense que dans les névroses les choses se passent encore de même, surtout au début.

Partout, toujours, dit-il, l'accès paraît produit par un effort que tente l'organisme pour rejeter une excrétion au delà d'un obstacle: si l'obstacle est un et de peu d'étendue, l'accès est unique et de courte durée; si l'obstacle est multiple ou continu, l'accès est continu; si l'obstacle ne peut être vaincu, ou si l'effort est trop grand pour l'organisme, l'accès est pernicieux.

En résumé, M. le docteur Danet a cru pouvoir formuler le résultat de ses observations et de ses recherches en répétant avec Boerhaave:

La fièvre est une affection de la vie qui s'efforce d'écarter la mort, et cela parce que:

Tout obstacle à la circulation d'une matière cause une réaction dans l'organisme;

Tout accès est le résultat de cette réaction;

Tout accès intermittent a son siége, sa cause ou son point de départ dans un organe à fonction intermittente;

Tout accès périodique a son siége, sa cause ou son point de départ dans un organe à fonction périodique. (Commissaire, M. Trousseau.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 30 janvier, M. Milne-Edwards, membre de l'Institut, membre du Comité des travaux historiques et des sociétés savantes, est nommé vice-président de la section des sciences du Comité.

— M. le docteur A. Bossu, médecin adjoint de l'infirmerie Marie-Thérèse, vient d'être nommé médecin de cet établissement, en remplacement de M. Charpentier, décédé, et M. le docteur Blachez a été nommé médecin adjoint.

— L'examen d'aptitude des médecins-majors de 1re et 2e classe qui aspirent à passer dans le service hospitalier, va commencer très-prochainement. Tous, sans distinction d'ancienneté, peuvent solliciter l'autorisation d'y prendre part, et leur demande devra parvenir au ministre le 20 de ce mois au plus tard.

Les nominations réclamées par les besoins du service porteront presque exclusivement sur la spécialité chirurgicale; les candidats chirurgiens admis auront donc beaucoup plus de chances que les médecins d'être rapidement pourvus d'un service hospitalier.

— On annonce un concours pour deux emplois de professeur agrégé à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, qui doit s'ouvrir le 1er avril. L'un de ces emplois se rattache à l'enseignement de la médecine opératoire et des appareils, l'autre à celui de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Les médecins-majors des deux classes et les aides-majors de 1re classe qui désireront concourir, devront faire parvenir leur demande, appuyée d'un avis motivé de leurs chefs, avant le 10 mars.

L'entrée en exercice des nouveaux agrégés aura lieu le 1er novembre pour la chirurgie, et le 1er janvier 1863 pour la pharmacie.

— Le dépôt général des infirmiers militaires vient de quitter le Val-de-Grâce pour aller s'installer dans le nouvel hôpital militaire institué faubourg Saint-Martin, rue des Récollets, dans les bâtiments de l'ancien hospice des Incurables.

Les bureaux de la centralisation, de l'immatriculation générale, de l'habillement et de la comptabilité du corps des infirmiers militaires, ont été également transférés dans ce nouvel hôpital, qui compte aujourd'hui un effectif d'environ 200 hommes, et sur lequel 300 jeunes soldats destinés à ce corps vont être dirigés prochainement, pour être répartis ensuite entre les hôpitaux militaires de la France et des colonies, après avoir reçu l'instruction nécessaire.

(*Bulletin de médecine milit.*)

— L'autorité militaire supérieure a autorisé M. le docteur Howard, attaché au service sanitaire des armées anglaises, à visiter les casernes occupées à Paris par les divers corps de la garde impériale et de la ligne.

— M. le maréchal commandant le 1er corps d'armée vient de donner des ordres pour que les voitures d'ambulance du train des équipages soient pourvues de couvertures de campement pendant la mauvaise saison, afin de préserver du froid les militaires malades qu'on transporte des casernes aux hôpitaux militaires.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Éclampsie puerpérale. Caractères diagnostiques différentiels d'avec l'hémorrhagie cérébrale et l'épilepsie.

Nous avons exposé l'année dernière, dans le numéro du 27 avril, les résultats des recherches cliniques entreprises par M. le docteur Emile Sailly, dans le but de démontrer que l'absence ou la présence de l'albumine dans les urines peut servir de signe diagnostique différentiel dans les cas difficiles où il s'agit de distinguer l'épilepsie de l'éclampsie des femmes enceintes ou récemment accouchées. Voici un cas qui s'est présenté tout récemment dans le service de M. le professeur Trousseau, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, et dans lequel l'exploration des urines a contribué à éclairer le diagnostic.

On a apporté il y a quelques jours, dans la salle Saint-Bernard, une jeune femme de vingt et un ans en état de perte complète de connaissance. Le lendemain, à la visite, elle était dans la stupeur apoplectique. Qu'avait-elle? D'après l'âge de la malade, il était peu probable que ce fût une hémorrhagie cérébrale. Ce n'eût pas été impossible cependant; mais l'hémorrhagie cérébrale est rare à cet âge, et lorsqu'on voit des phénomènes apoplectiformes avant trente ans, il est naturel de reporter plutôt sa pensée vers une affection convulsive, l'épilepsie ou l'éclampsie. Du reste, y eût-il eu des motifs d'hésiter, une circonstance qui se présenta pendant l'examen de la malade était de nature à faire cesser immédiatement toute hésitation. Pendant que M. Trousseau explorait la malade, elle lui lança une grossière invective accompagnée de gestes menaçants. Délire et absence de paralysie, il n'en fallait pas davantage pour exclure de suite toute idée d'hémorrhagie. Mais des deux maladies convulsives qui peuvent simuler l'apoplexie et qui ont entre elles de si grandes ressemblances (l'épilepsie et l'éclampsie), à laquelle avait-on affaire? Entre ces deux affections, le diagnostic différentiel est souvent extrêmement difficile. Pour élucider cette question, M. Trousseau fit examiner les urines, qui furent trouvées fortement albumineuses. La question était jugée. C'était de l'éclampsie.

Les renseignements recueillis vinrent confirmer ce diagnostic. On apprit, en effet, que cette femme était accouchée depuis peu de jours; elle était accouchée sans en avoir conscience, pendant la période comateuse, après quatorze attaques convulsives consécutives.

La question d'insanité, dans les cas de ce genre, a également une importance diagnostique considérable sur laquelle M. Trousseau ne manque jamais d'insister. Lorsque, dit-il, nous nous trouvons en présence d'une personne frappée d'hémorrhagie cérébrale, nous observons de la stupeur, de l'affaiblissement de l'intelligence, mais jamais du délire. Quand au contraire, après le réveil de cet état de stupeur, on voit les malades délirer, on peut être assuré d'avance que l'on a affaire à une épilepsie ou à une éclampsie. Si le délire est fugace et se dissipe promptement, il y a lieu de présumer que c'est plutôt à l'épilepsie que l'on a affaire; mais si le délire continue, s'il persiste plus d'une journée, s'il dure deux, trois jours, s'il s'agit enfin d'une femme jeune encore et surtout d'une femme récemment accouchée, on peut être à peu près certain que c'est de l'éclampsie. Tout doute cesse, à moins d'une de ces complications des deux affections qui rendent alors toute différenciation évidemment impossible, si l'on joint à ce signe la circonstance de la présence de l'albumine dans les urines. C'est le cas de la malade actuelle, comme c'était aussi celui d'une jeune femme qui était il y a peu de temps dans le service.

Pleurésie aiguë avec épanchement compliquant une broncho-pneumonie grave.

La malade dont nous avons entretenu nos lecteurs dans la *Revue* de samedi dernier, et qui a subi l'opération de la thoracentèse pour un épanchement dans la poitrine compliquant une broncho-pneumonie épidémique grave, a succombé.

M. Trousseau, en se déterminant à faire pratiquer cette opération, si simple et si efficace dans les circonstances ordinaires, ne s'était pas dissimulé qu'elle n'avait dans ce cas particulier que très-peu de chances de sauver la malade. Celle-ci suffoquait, c'était un moyen de conjurer un danger imminent et d'éloigner au moins l'issue fatale. L'opération n'a pas eu en effet d'autre résultat. La malade, après quelques jours de soulagement, a fini par succomber aux progrès de la broncho-pneumonie.

Il était intéressant, en raison des phénomènes stéthoscopiques singuliers qu'avait offerts cette malade, de savoir ce que révélerait l'examen nécroscopique à cet égard. C'est ce qui nous engage à revenir aujourd'hui sur ce fait.

On se rappelle qu'on entendait un bruit skodique très-prononcé à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, bruit dont l'intensité augmentait encore lorsqu'on plaçait la malade sur son séant. On a répété l'épreuve sur le cadavre, on a limité le son par des raies à l'encre, puis on a ouvert la poitrine avec une grande précaution. Le poumon s'est présenté de suite, et on a constaté que ce viscère était induré dans son sommet. Il y avait une infiltration tuberculeuse qui n'avait pas été diagnostiquée.

Comment s'expliquer la production d'un pareil retentissement tympanique avec un poumon dont tout le sommet était induré? M. Trousseau pense que ce phénomène devait nécessairement se produire dans le poumon sain. C'est aussi par la transmission à l'oreille de la sonorité et des bruits trachéaux par l'intermédiaire du poumon induré, que M. Béhier, dans son mémoire de 1854, et M. Landouzy dans ses recherches plus récentes sur ce sujet, ont cherché à expliquer la production de ces phénomènes stéthoscopiques.

Le point principal qui ressort de ce fait et dont il importe de garder le souvenir, au point de vue séméiologique, c'est qu'il peut y avoir dans la pleurésie des gargouillements et de l'amphoricité au sommet des poumons sans qu'il y existe de cavernes.

Métrorrhagie mortelle au terme de la grossesse. Insertion du placenta sur le col, coïncidant avec une tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus.

Un cas des plus remarquables s'est présenté il y a quelques jours à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Pajot. Une femme multipare, dans le neuvième mois de sa grossesse, fut prise tout à coup d'hémorrhagie utérine sans qu'aucune cause vint expliquer cet accident. Malgré les moyens employés, la perte durait déjà depuis huit jours quand les douleurs de l'accouchement débutèrent. On s'empressa d'apporter la malade à l'hôpital, où elle arriva presque exsangue. Le toucher, pratiqué immédiatement, permit de constater que l'orifice utérin avait subi déjà une dilatation du diamètre d'une pièce de cinq francs environ. A travers cette ouverture, les parties fœtales ne pouvaient être senties; le doigt était arrêté par le placenta inséré centre pour centre sur le col utérin. L'hémorrhagie, suspendue depuis quelques heures, reparut bientôt. Le travail étant assez avancé pour que la main pût entrer librement dans la matrice, on songea à terminer l'accouchement; mais le placenta ne put être décollé nulle part. En avant, on se trouva arrêté par la symphyse pubienne; en arrière, par un corps volumineux qui semblait faire masse avec lui. Le placenta ayant été perforé et la poche des eaux rompue, le fœtus fut extrait par la version pelvienne; le délivre sortit seul. Malgré tous les soins qui furent prodigués à cette malheureuse, les hémorrhagies reparurent et l'emportèrent bientôt.

Il était curieux de connaître la nature du corps qui avait mis obstacle au décollement du placenta; l'autopsie vint la révéler. C'était un corps fibreux développé dans la paroi postérieure de la matrice, vers la partie inférieure et latérale droite du corps de cet organe. Il proéminait vers la cavité utérine, dont il n'était plus séparé que par la membrane muqueuse. En arrière, une assez grande quantité de tissu musculaire était encore interposée entre lui et le péritoine. Quand on l'eut énucléé, ce qui se fit sans difficulté, il se présenta sous la forme d'une petite masse arrondie offrant la couleur et la consistance du tissu fibreux; son volume peut être estimé au double d'un œuf de poule à peu près.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis, par M. le docteur E. BAZIN (2e édition, augmentée de *Recherches sur la scrofule viscérale* et de nombreuses observations) (1).

Leçons sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis par M. le docteur HARDY, rédigées et publiées par M. le docteur L. MOYSANT, revues par le professeur. — *Dartres, scrofulides, syphilides* (2).

Depuis quarante ans environ, tous ceux qui se sont occupés de dermatologie ont cherché à appliquer à l'étude des maladies de la peau les doctrines localisatrices; on a essayé de déterminer quel était l'élément constitutif du derme qui était intéressé dans telle ou telle affection; on a tenté d'établir d'une manière précise la nature de l'altération observée, etc. Et avec tout cela, chose triste à dire, la thérapeutique n'a pas fait de grands progrès; la thérapeutique, ce but final des études si variées et si complexes qui constituent l'ensemble de la science ou de l'art médical.

Aujourd'hui, les recherches dermatologiques semblent changer de direction; deux pathologistes éminents surtout, MM. Bazin et Hardy, dont les doctrines, si elles ne sont pas identiquement les mêmes, se rapprochent et ont beaucoup de points de contact, remarquant combien peu la pratique avait gagné à cette détermination des formes, à cette classification précise, à cette analyse qui permettent de reconnaître une maladie de la peau et de la dénommer avec autant de facilité qu'un botaniste parvient à connaître le nom d'une plante par sa dissection méthodique, MM. Bazin et Hardy, disons-nous, ont cherché à élucider les questions de nature qui seules, pensent-ils, sont susceptibles de guider le médecin dans le choix du traitement.

C'est dans cet esprit que sont conçus les deux volumes dont nous allons essayer de donner une idée.

Les leçons de M. Bazin sur la *scrofule* datent de 1856; déjà, à cette époque, il professait que les éruptions cutanées doivent être rangées en deux grandes classes : celles de cause externe, celles de cause interne. Parmi ces dernières, les éruptions pathologiques connues vulgairement sous le nom de *dartres* (les *impétigines* de Frank), si dissemblables qu'elles soient par la forme élémentaire, se rattachent presque toutes à quatre principes : la scrofule, la syphilis, l'herpétisme et l'arthritis; et c'est à la distinction de chacune de ces diathèses que l'auteur s'était principalement attaché.

Depuis cette première publication, M. Bazin a reconnu que peut-être avait-il élargi un peu trop le cadre de la scrofule aux dépens de la dartre et de l'arthritis; pour n'en citer que deux exemples, il avait rangé parmi les maladies de nature scrofuleuse deux maladies, l'acné et la kéloïde, qui ont presque autant de rapports avec l'arthritis qu'avec la scrofule. Une observation plus attentive l'a porté à introduire quelques modifications dans ce que ses doctrines avaient de trop absolu. Pour les deux affections que nous venons de citer, par exemple, il a décrit ici les formes de l'acné qu'il regarde comme liées à la diathèse scrofuleuse, en signalant les différences qui existent entre cette forme et les variétés provenant d'une autre origine; de même pour la kéloïde, qu'il range, jusqu'à plus ample informé, dit-il dans les diathèses, à côté des tumeurs fibro-plastiques et de la sclérodermie.

Dans des considérations préliminaires fort étendues, et qui n'étaient pas dans la première édition, M. Bazin a cru devoir rappeler ses principes de pathologie générale et exposer tout au long sa classification des maladies de la peau, comparée à celle de ses prédécesseurs.

Ces considérations forment en quelque sorte le préambule nécessaire à l'étude générale et comparative des quatre maladies constitutionnelles que nous avons nommées il n'y a qu'un instant, et que l'auteur examine successivement sous leurs rapports nosographiques, étiologiques, séméiotiques et thérapeutiques.

Ce n'est qu'alors que le professeur entre dans l'histoire proprement dite de la scrofule considérée comme unité pathologique, et qu'il définit de la manière suivante :

« Une maladie constitutionnelle, non contagieuse, le plus souvent héréditaire, d'une durée ordinairement fort longue, se traduisant par un ensemble d'affections variables de siége et de modalité pathogénique, qui ont cependant pour caractères communs la fixité, la tendance hypertrophique et ulcéreuse, et pour siége ordinaire les systèmes tégumentaire, lymphatique et osseux. »

Cette partie du volume comprend l'histoire générale de la scrofule dans ses quatre périodes, de ses formes et variétés, de sa marche, de son pronostic, de son étiologie et de son traitement.

Dans le troisième enfin sont successivement étudiées dans leurs plus grands détails les quatre grandes classes de scrofulides, tégumentaire, ganglionnaire, osseuse et parenchymateuse ou viscérale. C'est surtout dans l'histoire de la première de ces classes, les scrofulides cutanées, que l'on remarquera de nombreuses additions et de longs développements, principalement au point de vue du diagnostic.

(1) Un volume in-8°, chez Adrien Delahaye. Prix, 7 fr. 50 c. — (2) Un volume in-8°, chez Adrien Delahaye. Prix, 3 fr. 50 c.

Quelle a été l'influence de ce corps fibreux sur l'insertion vicieuse du placenta?

Ce serait une question intéressante à résoudre.

Communication de la syphilis d'un nourrisson à sa nourrice et de celle-ci à son mari?

C'est avec un point d'interrogation que nous inscrivons ce titre, et pour cause. Sans doute on ne conteste plus guère aujourd'hui la possibilité de la transmission de la syphilis constitutionnelle du nourrisson à la nourrice. Les exemples en sont maintenant même assez nombreux. Mais hâtons-nous d'ajouter qu'il s'en faut qu'ils aient tous le même degré de certitude, que c'est là en définitive une question toujours très-délicate et qu'il y faut regarder de très-près avant d'affirmer le fait, surtout lorsqu'il s'agit d'en tirer une conclusion juridique. Le fait suivant, que vient de nous communiquer M. le docteur Marmisse (de Bordeaux), est un exemple de ce genre de difficulté, et de la réserve qu'il convient d'apporter dans l'appréciation de l'ordre réel de transmission des accidents constatés.

Une femme du bureau de bienfaisance prend un nourrisson âgé de deux mois. La mère, femme d'un marin en voyage, était notoirement connue dans son quartier pour son inconduite. L'enfant sortait des mains d'une autre nourrice; il portait à cette époque des manifestations syphilitiques au cuir chevelu, aux oreilles, aux yeux, à la bouche et au pourtour de l'anus; le reste du corps paraissait sain. La mère attribuait cet état à une nourriture prématurée que la première nourrice aurait fait prendre à l'enfant. Aussi la seconde nourrice se borna-t-elle, dans les premiers temps, à laver les plaies avec du vin sucré. Elle faisait teter l'enfant en même temps qu'elle employait l'alimentation artificielle. Cela dura pendant huit mois. Au bout de quinze jours, la femme N... vit apparaître à ses lèvres et à un sein les mêmes éruptions fluentes que celles de l'enfant, et plus tard à ses parties génitales elles-mêmes. Elle se montra à un médecin du bureau de bienfaisance, sans lui parler néanmoins de l'état de son nourrisson. Vu l'opiniâtreté du mal, M. le docteur Léonidas Dubreuilh soupçonna l'origine syphilitique et se fit apporter l'enfant. Alors la lumière se fit. La femme alla se faire soigner à l'hôpital, dans le service du docteur Levieux. Elle y demeura quarante jours, et fut soumise au traitement anti-syphilitique.

Pendant ce temps-là le mari intenta un procès en justice de paix à la mère de l'enfant infecté; il y eut expertise du docteur Venot, médecin de l'hôpital des vénériens. Mais un fait nouveau vint compliquer l'affaire. Sur le mari furent vues des lésions spécifiques, telles que chancre à la verge. Alors s'éleva la difficulté de savoir si la syphilis devait être attribuée primitivement au nourrisson ou au mari de la nourrice. L'enfant fut rendu à la mère, et les deux époux N... restèrent infectés.

M. Marmisse a constaté chez eux un reste de roséole syphilitique, avec engorgement des ganglions cervicaux et quelques boutons au cuir chevelu.

Il ressort de ce fait qu'il peut surgir pour les cas semblables une sérieuse difficulté en expertise : est-ce au nourrisson, est-ce au mari qu'il faut faire remonter l'origine de la contagion?

Dans le cas présent, on a pu prouver par des témoignages l'état du nourrisson au moment où il a été livré à la nourrice. Néanmoins, en présence des faits révélés ultérieurement, il était impossible de se prononcer d'une manière précise quant à l'origine des manifestations survenues chez les deux époux, et l'expert a dû s'abstenir, ce qui était évidemment le parti le plus sage.

L'opérée de M. Demarquay, dont nous avons entretenu nos lecteurs dans le numéro dernier, a succombé mercredi dans la soirée. Nous exposerons prochainement les détails de cette opération et les réflexions dont elle a été l'objet de la part de M. le professeur Nélaton, dans les leçons de mercredi dernier et de ce matin.

PHTHISIE PULMONAIRE.

Influence de l'atmosphère marine. — Cas remarquable traité avec succès par les voyages sur mer.

Par M. le docteur V. BURQ.

Il y a quelque temps, l'Académie impériale de médecine avait une belle occasion d'éclairer, par une de ces lumineuses discussions qui lui sont si familières, l'importante question de *l'influence de l'atmosphère marine dans la phthisie pulmonaire.* Malheureusement cette discussion, qui lui était offerte par un travail consciencieux de M. le docteur Garnier, l'Académie l'a laissée échapper, et le rapport de M. Blache, concluant contre M. Garnier en faveur des idées émises sur ce point par M. le docteur Rochard, est resté comme la dernière expression de la science.

Plusieurs organes de la presse médicale ont exprimé en cette circonstance des regrets qui très-certainement ne sont point restés sans écho, car, malgré les recherches assurément très-recommandables de notre éminent confrère de la marine, il est encore bon nombre de médecins qui persistent à croire avec Pline, Arétée, Celse, Boerhaave, Gilchrist, Laënnec, etc., etc., et M. le docteur Garnier, que l'influence de l'atmosphère marine, s'exerçant surtout au moyen des voyages sur mer accomplis dans de certaines conditions, au lieu d'être fatalement nuisible, ainsi que le voudrait M. le docteur Rochard, *peut en quelques cas* offrir au contraire de très-précieuses ressources. Le fait si remarquable que nous allons brièvement exposer nous justifiera, nous l'espérons, de partager un peu nous-même cette opinion.

Le 10 du mois de mai 1860, une jeune dame anglaise, Mme la marquise de X..., venait me consulter pour quelques troubles nerveux et surtout pour une affection bronchique de fraîche date, contractée dans les brumes de son pays natal. Je commençai par interroger le système nerveux, et après m'être assuré, à l'aide des moyens d'exploration que la métallothérapie recommande en pareil cas (*la dynamométrie et l'esthésimétrie*), que la névropathie était fort peu de chose, je passai à l'examen de la poitrine.

L'auscultation et la percussion furent pratiquées avec le soin le plus scrupuleux, mais elles ne me fournirent rien, rien absolument, si ce n'est peut-être un peu d'affaiblissement du murmure respiratoire au sommet du poumon droit.

Cependant, comme Mme de X... présentait de nombreux antécédents de phthisie pulmonaire du côté de sa famille, qu'elle offrait elle-même tous les attributs extérieurs d'une constitution vouée aux tubercules; qu'elle avait même eu antérieurement quelques crachements de sang, et qu'elle avait actuellement une toux fréquente avec expectoration suspecte, et un peu de fièvre, je lui prescrivis un traitement en conséquence.

Deux jours après, Mme de X... quittait Paris pour se rendre dans un château qu'elle habite ordinairement en Bretagne. J'espérai beaucoup de son retour à la campagne; mais huit jours s'étaient à peine passés, que Mme de X... me faisait donner sur sa santé les nouvelles les moins rassurantes. Huit jours encore, et M. le docteur Dulavoir, qui avait été appelé à lui donner des soins, m'écrivait qu'effrayé des progrès du mal, il avait mandé en consultation M. le docteur Bigot (de Nantes), et que pour cet habile praticien aussi bien que pour lui-même, il ne pouvait y avoir aucun doute sur l'existence d'une phthisie à marche galopante. Et, en effet, rien ne manquait au tableau dressé par notre honorable confrère pour légitimer son diagnostic et le pronostic naturellement des plus graves. On y voyait réunis plusieurs hémoptysies, toux et fièvre incessante, expectoration caractéristique des plus abondantes, haleine fétide, vomissements des aliments, sueurs copieuses, amaigrissement, etc., et avec cela tous les signes stéthoscopiques et plessimétriques d'une désorganisation grave du poumon droit.

Dans les derniers jours de mai et le commencement de juin, le mal fait encore des progrès; la fièvre augmente; les quintes de toux deviennent plus fréquentes; il y a rejet de tous les aliments sans exception, etc., et la malade tombe si bas, que tout le monde dans le château de X... s'attend à un prochain et fatal dénoûment.

M. le marquis de X... tourne alors ses yeux vers Paris, et me fait prévenir qu'il va y ramener la malade. Ce n'est pas qu'il doute du dévouement ni de la science des médecins qui jusqu'alors ont soigné Mme de X... Ces honorables confrères lui en ont donné pour cela trop de preuves; mais M. de X... espère, et cela suffit pour le décider à tenter un voyage qui à tout autre eût semblé impossible dans les mêmes conditions.

Le 6 juin, la malade nous revient, mais dans un tel état, que, ne voulant pas assumer sur moi seul la responsabilité de la situation, je me hâte de réunir en consultation MM. les professeurs Barth et Trousseau. Cette situation est en effet jugée si grave par chaque consultant, que dans notre conférence il n'est pas un seul instant question de guérison.

Cependant le traitement est institué. Nous faisons transporter la malade à Auteuil, dans une villa qui réunit tout le confort désirable, et un mois ne s'était pas encore écoulé que, par un de ces miracles de résurrection soudaine dont il n'est, hélas! donné au médecin que d'être trop rarement témoin, Mme de X... ne toussait presque plus, mangeait et buvait à peu près comme tout le monde, et faisait tous les jours de longues promenades en voiture.

Je voudrais, en présence d'un cas aussi désespéré, pouvoir dire jour par jour le traitement suivi et les progrès qui furent observés; mais cela m'obligerait à beaucoup de détails, et j'ai hâte d'arriver à la partie essentielle de mon sujet.

Je me bornerai, afin de donner à ce fait consolant toute l'authenticité désirable, et aussi pour bien faire connaître quel était l'état de santé de Mme de X... un peu avant la nouvelle période où nous allons entrer, à reproduire textuellement quelques notes écrites de la main même de M. Barth, qui jusqu'à la fin du traitement vit, ainsi que M. Trousseau, la malade en consultation.

7 juin. « Malade depuis cinq semaines environ. Toux fréquente; oppression; crachats abondants, muco-purulents; amaigrissement; pâleur; sueurs; fièvre; son obscur à droite; respiration creuse avec craquements humides et retentissement de la voix. » (Le volume de la caverne fut évalué à celui d'un œuf environ.)

22. « Mieux notable; diminution de la toux et des crachats; râles humides et presque nuls. »

6 juillet. « Beaucoup mieux. Physionomie et teint beaucoup meilleurs, a repris un peu d'embonpoint; souffre peu, crache modérément; les sueurs ont cessé. On n'entend plus au sommet droit, en arrière, qu'une expiration creuse, plus quelques légers craquements au-devant de l'aisselle. »

20. « Va de mieux en mieux; très-peu de toux, pas de crachats; visage plus garni; les épaules ont repris de la rondeur; encore légère diminution du son au sommet droit; expansion pulmonaire un peu moindre qu'à gauche. »

3 août. « Continue d'aller très-bien. » Dr BARTH.

Rechute. — Traitement par les voyages sur mer. — Dans notre dernière conférence avec MM. les professeurs Trousseau et Barth, il avait été décidé que Mme de X... se hâterait de quitter Paris dès les premiers mauvais jours pour aller passer l'hiver dans une station méditerranéenne. Chacun se rappelle encore ce que fut cette triste année 1860.

Lorsque je vis les pluies arriver et l'atmosphère se refroidir bien avant l'époque accoutumée, je pressai Mme de X... de partir. Malheureusement elle n'en fit rien.

Jusque vers le 10 septembre les choses marchèrent encore bien, à cela près d'un enrouement; mais à cette date la toux reparut; il y eut de nouveau de la fièvre le soir, du sang dans les crachats, et l'appétit, n'étant plus stimulé par la promenade que le temps rendait impossible, recommença à se perdre.

Le 15 et le 21, hémoptysie. La vue du sang rendu, surtout ce dernier jour, à plein crachoir, produisit au point de vue du départ le plus salutaire effet. Les préparatifs en furent hâtés, et quatre jours après nous nous mettions en route pour Hyères. La malade n'étant plus dans un état de santé convenable pour se risquer à voyager sans médecin, il avait été convenu que je l'y accompagnerais.

Hyères est une station très-justement vantée. Cependant, malgré l'extrême douceur de son climat, malgré les splendeurs du paysage de ce site privilégié, malgré un temps des plus favorables, Mme de X... fut loin de s'y trouver mieux. Au bout de quelques jours, pendant lesquels fièvre et toux de plus en plus fortes, sueurs, perte d'ap-

---

La nature de nos scrofulides bénignes ayant été contestée, dit l'auteur, j'ai dû m'appuyer sur de nouveaux arguments cliniques pour la rendre évidente et la mettre désormais à l'abri de toute contestation.

Quant à la quatrième classe, celle des scrofulides parenchymateuses et viscérales, elle était presque tout entière à faire, et nous la recommandons spécialement à l'attention des lecteurs.

L'ouvrage se termine par 87 observations détaillées, formant la partie clinique du travail, et dans lesquelles on pourra chercher au besoin des exemples à l'appui des descriptions de l'auteur. Félicitons en passant M. Bazin d'avoir rejeté à la fin du volume ces pièces à l'appui; cette disposition, qui a l'immense avantage de ne pas interrompre à chaque instant la lecture du texte par des faits intercalés, nous prouve que M. Bazin a eu, en les publiant, l'intention d'être véritablement utile et non pas de grossir son Traité, de *tirer à la page*, comme ce n'a malheureusement été que trop l'usage dans ces dernières années.

— C'est absolument dans le même esprit qu'est conçu le livre dont nous annonçons aussi la seconde édition, les *Leçons sur les maladies de la peau*, de M. Hardy, comprenant l'histoire des dartres, des scrofulides et des syphilides. Dans une courte introduction, l'auteur explique les motifs qui l'ont conduit à s'éloigner des principes professés par ses anciens maîtres, par ceux dont il est aujourd'hui le collègue.

« Maintenant que nous possédons parfaitement la connaissance des caractères graphiques des maladies cutanées, dit-il, il s'agit d'élucider cette question de nature; c'est à former des grands groupes nosologiques, dans lesquels puissent se ranger les diverses éruptions, qu'il faut s'appliquer, et c'est dans la confection de cette œuvre que réside aujourd'hui le progrès en dermatologie. Il faut qu'on se pénètre bien de cette vérité, que pour bien connaître une maladie de la peau, il ne suffit pas de savoir son nom tiré de son apparence extérieure, mais qu'il faut rechercher à quel groupe elle appartient; de même que, dans notre état social, un individu n'est bien connu dans sa personnalité que lorsqu'à son prénom on peut ajouter son nom de famille.

» Envisagée de cette manière, la dermatologie devient évidemment pratique; elle sort de l'histoire naturelle où elle s'était réfugiée depuis le commencement de ce siècle, pour rentrer dans la médecine, dans la vraie médecine, dans celle qui ne se contente pas de nommer les maladies, mais qui surtout s'efforce de les guérir. »

Faisant bon marché des détails et des apparences anatomiques variables dans les mêmes affections, pour s'attacher aux causes, aux phénomènes principaux et aux indications thérapeutiques, M. Hardy veut que l'on range les maladies d'après leurs affinités et leurs dissemblances naturelles. Peu lui importe qu'une maladie cutanée se présente avec des vésicules ou des pustules; l'essentiel pour lui, c'est de savoir si elle est accidentelle ou constitutionnelle; si elle doit disparaître spontanément, au bout d'un temps déterminé, ou si, au contraire, elle ne doit céder qu'à un traitement méthodique.

M. Hardy a divisé les maladies de la peau en dix classes, que voici : 1° macules, difformités; 2° inflammations locales; 3° maladies parasitaires; 4° fièvres éruptives; 5° éruptions symptomatiques; 6° dartres; 7° scrofulides; 8° syphilides; 9° cancers; 10° maladies exotiques.

Nous avons dit que le volume actuel est consacré aux dartres, aux scrofulides et aux syphilides. Quant au mot *dartre*, depuis quelques cinquante ans banni de la pratique et, suivant lui, ridiculisé à tort, M. Hardy cherche à le réhabiliter, et en fait même le titre d'une classe, celle que M. Bazin désigne sous le nom, exactement semblable quant au sens, d'*herpétisme*.

Pour M. Hardy, les dartres sont des affections de la peau à lésions élémentaires différentes, non contagieuses, se transmettant souvent par voie d'hérédité, se reproduisant d'une manière presque constante, présentant pour symptôme principal des démangeaisons toujours disposées à envahir de nouvelles régions, à marche essentiellement chronique, et dont la guérison a lieu sans cicatrices, bien qu'elles s'accompagnent souvent d'ulcérations.

L'histoire des dartres comprend l'eczéma et ses variétés, le lichen, le psoriasis, le pityriasis. Pour les scrofulides, dont il a été question plus haut, et les syphilides, dont le nom seul indique la nature, il n'est pas besoin d'y insister plus longtemps.

MM. Hardy et Bazin sont-ils dans la bonne direction? En présence d'opinions si diverses, de travaux si opposés, ce n'est guère à nous de nous prononcer; il est des esprits distingués qui ne voient guère là-dedans qu'un exemple de cette réaction qui se produit de temps en temps contre les systèmes quels qu'ils soient, en médecine comme en littérature, comme en politique, un retour inévitable aux anciennes doctrines, modifiées du reste et rationalisées par une observation plus précise et plus sévère.

D'autres y voient une révolution pathologique dans l'histoire des maladies cutanées, et fondent le plus grand espoir sur les nouvelles doctrines au point de vue de la thérapeutique.

Les travaux importants qui ont marqué les trente années qui viennent de s'écouler ont réellement si peu avancé le traitement des maladies de la peau, que nous voulons être de ces derniers, et que nous appelons de tous nos vœux la réforme ou réaction, quelle qu'elle soit, qui fera faire des progrès à cette thérapeutique. Espérons que les travaux des deux auteurs que nous venons d'examiner concourront puissamment à ce résultat si désiré. Dr A. FOUCART.

petit, faiblesse assez grande pour l'obliger à garder le lit, etc., je décidai que nous irions à la recherche d'une station plus propice. La malade fut couchée dans une bonne et spacieuse voiture disposée à cet effet, et nous nous dirigeâmes à petites journées d'abord sur Cannes, puis sur Nice.

A peine fûmes-nous arrivés à cette dernière station, qu'il parut se faire une amélioration très-notable. Nous étions descendus dans un vaste hôtel situé à une centaine de mètres seulement de la plage, très à portée par conséquent des effluves de la mer, mais malheureusement aussi très-mal abrité contre certain vent que tous les auteurs qui ont écrit sur le climat de Nice, s'accordent à signaler comme funeste aux constitutions douées d'une certaine nervosité.

Au bout de quelques jours l'influence du vent prévalut sur celle de la mer. Nous eûmes à lutter contre une recrudescence des accidents, et pour la première fois depuis le milieu du mois d'août, il se fit entendre quelques râles humides dans le siége primitif du mal. L'expérience du passé étant là pour me dire tout ce que cet état, bien que somme toute assez peu grave en apparence, devait m'inspirer de craintes sérieuses, je dus songer à un nouveau déplacement.

Sans quitter Nice nous pouvions assurément trouver de bons abris, soit du côté de Cimier, soit dans le bas du coteau de ce nom, à Carabacel, mais c'était exposer la malade à perdre les avantages du très-proche voisinage de la mer que nous étions venus chercher à Nice, et qui, dans le cas particulier, semblaient mis hors de doute, au moins dans une certaine mesure, par la comparaison de ce qui s'était passé entre le temps de notre séjour à Hyères et les premiers moments de notre arrivée à Nice.

Ne pouvant donc pas me résoudre à rien concéder sur ce point, je proposai à M. le marquis de X..., ou bien de nous rendre à Menton, dont j'avais à le reconnaître moi-même l'excellente situation sous le double point de vue qui me préoccupait, ou bien — et ici je ne puis dissimuler mes préférences, préférences d'instinct, je l'avoue, et rien autres — de faire voyager Mme de X... sur mer.

Ce dernier parti prévalut, et il fut décidé qu'après un petit voyage d'essai nous irions tout le long de la côte d'Italie, successivement à Gênes, Livourne, Civita-Vecchia, Naples, etc., en nous arrêtant partout où besoin serait.

Ce programme une fois adopté, nous procédâmes immédiatement à son exécution, et, disons-le tout de suite, Mme de X... s'en trouva à merveille.

Voici l'exposé sommaire de notre voyage :

Le 8 octobre, excursion du côté de Villefranche à bord d'un bateau à rames. La journée se passe bien. Mme de X... supporte parfaitement la mer ; elle y respire à merveille. Le soir, très-peu de toux, fièvre moindre, nuit meilleure.

Le 11, embarquement pour Gênes. A quelques lieues de Nice, très-gros temps, mal de mer, qui se complique un peu plus tard des terribles émotions d'un abordage, auquel nous n'échappons que par miracle. Conséquences nulles. Après quelques heures de repos à Gênes, Mme de X... demande à reprendre la mer le soir même.

Le 12, embarquement pour Livourne. Cette fois, mer calme. Mme de X... se trouve bien, tousse beaucoup moins, nuit bonne.

Le 13, arrivée à Livourne, et le même jour départ pour Pise, où repos pendant trois jours.

Amélioration sensible.

Le 16, nouvel embarquement, traversée excellente. La malade va de mieux en mieux, l'appétit revient.

Le 19, arrivée à Civita-Vecchia. Quelques heures après, départ pour Rome. Mme de X... y fait chaque jour de longues promenades ; elle visite les galeries et les églises si riches en objets d'art, parcourt les longues salles du Vatican, et n'en éprouve pas autrement de fatigue. Sa poitrine, interrogée plusieurs fois avec soin, n'offre plus trace des râles observés à Nice. Il y a cependant encore un peu de toux, parfois de la sueur la nuit, et au bout de quelques jours nous retrouvons un peu de sang dans les crachats. Nous reprenons le chemin de la mer.

Le 26, arrivée à Naples. Nous nous installons tout au bord de la mer et de manière que Mme de X... puisse à toute heure en respirer largement les effluves. Tous les jours, les promenades, favorisées par un très-beau temps, se font autour du golfe soit dans la direction de Portici, soit dans celle de Pouzzoles, et pour que les effets de la mer soient encore plus directs, nous y joignons un voyage à l'île de Caprée.

Sous l'influence de ce seul traitement, l'amélioration se consolide. Il y a bien encore de la toux et parfois un peu de sang dans le crachoir, mais déjà le 10 novembre les crachats n'ont presque plus de purulence; la stéthoscopie et la plessimétrie sont devenues à très-peu de chose près complétement muettes; les sueurs de la nuit ont presque cessé; un certain embonpoint est revenu, les joues se sont recolorées, et ce jour-là Mme de X... a déjà acquis assez de forces pour faire avec nous l'ascension du Vésuve.

Le 13, ma présence étant désormais inutile, je prends congé de ma malade, et m'en reviens à mes affaires par la voie de Marseille. Nous avions insisté avant de quitter Naples sur l'opportunité de reprendre la mer quelquefois et de ne pas quitter de tout l'hiver l'atmosphère marine. Nos conseils furent suivis, et l'année dernière, au mois de mai, Mme de X... rentrait en France avec une santé relativement excellente, due, au moins pour la plus grande part, *c'est notre conviction bien intime*, à une heureuse influence de l'atmosphère marine.

ARGYRIASIS

avec dépôt métallique dans les intestins, le foie, la rate et les reins.

Par Frommann.

Un épileptique avait pris pendant neuf mois du nitrate d'argent d'abord à la dose de 75 milligrammes par jour, puis il était arrivé à la dose quotidienne de 50 centigrammes. Au bout de quatre mois de traitement, la surface cutanée avait pris une coloration grisâtre; il y avait de l'insomnie, des vomissements, des douleurs gastriques. Le malade succomba aux progrès d'une tuberculisation pulmonaire.

La muqueuse intestinale était criblée de petits granules pigmentaires noirs que l'on retrouva également dans la rate, dans le foie, dans le rein. L'analyse chimique a montré que les granules du foie contenaient 9 milligrammes de chlorure d'argent; 8 grammes de substance rénale desséchée renfermaient 7 milligrammes de chlorure d'argent.

En rapportant ce fait intéressant, l'auteur a pour but de montrer la nécessité d'une extrême réserve dans l'administration du nitrate d'argent à hautes doses. (*Presse méd. belge.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 janvier 1862. — Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Après cette lecture, M. Laborie, président sortant, invite les membres du bureau nouvellement élus à prendre possession de leurs fonctions.

M. Morel-Lavallée, nouveau président, prononce l'allocution suivante :

« Mes chers collègues, ma première parole, en montant à ce fauteuil, doit être une parole de reconnaissance; je vous l'adresse du fond du cœur.

» Je ne me dissimule point ce qui me manque pour répondre à l'insigne honneur que je tiens tout entier de votre bienveillance; mais si je compte peu sur moi, je compte beaucoup sur vous.

» J'aurai d'ailleurs pour m'élever à la hauteur de ma tâche un puissant aiguillon ; je ferai comme le soldat de Tacite, je songerai à mes devanciers et à mes successeurs. »

M. Morel-Lavallée propose ensuite des remerciments pour les membres du bureau dont les fonctions viennent de cesser.

La Société vote à l'unanimité la proposition du président.

Discussion à propos du procès-verbal.

M. Debout. Dans la communication de M. Giraldès, il est un fait sur lequel je veux appeler l'attention.

M. Stahl propose d'employer le caoutchouc pour la confection des chaussures. Or l'on sait aujourd'hui, par une expérience bien certaine, que cette substance offre plus d'un inconvénient. Ainsi, elle n'est point perméable et empêche l'évaporation de la sueur et de la transpiration cutanée, et c'est pour ce motif que l'on a dû renoncer à l'emploi des bandes en caoutchouc, que l'on avait essayé d'introduire dans les appareils de pansement. En outre, cette substance se rétracte au bout d'un certain temps, et si au premier abord elle s'adapte parfaitement aux parties, elle finit par se modifier tellement, qu'elle ne peut plus être utile. Pour tous ces inconvénients, je pense qu'il faut réfléchir avant de trouver bon le procédé proposé par M. Stahl.

M. Giraldès. Dans la présentation que j'ai faite au nom de M. Stahl, je n'ai pas voulu parler de chaussures en caoutchouc. J'insiste sur ce point, et je désire que l'on me comprenne bien.

M. Stahl avait remarqué que les personnes ayant des pieds bots ne pouvaient pas marcher à cause de l'imperfection de leurs chaussures, qui les blessaient.

Pour remédier à cette fâcheuse condition, M. Stahl a eu l'idée de mouler le pied difforme ; puis après avoir obtenu les surfaces, il a fait un moule en caoutchouc fondu. Ce moule est destiné à remplir les vides, à rétablir la forme de la partie qui doit servir de point d'appui, et c'est sur ce tout que le cordonnier doit prendre les mesures pour faire une chaussure.

M. Stahl a procédé de la même manière pour les moignons d'amputés. Ici il y a des inégalités qui rendent souvent l'application d'un appareil très-difficile et son usage douloureux. Avec le moulage on obtient une empreinte rigoureuse, de sorte que le moignon est doucement contenu.

Je reconnais que M. Debout a raison d'adresser des reproches au caoutchouc ; il a bien fait de parler de sa rétractilité et de son imperméabilité ; mais ici, dans le procédé de M. Stahl, c'est tout à fait différent. Il ne s'agit plus, en effet, de chaussures, mais d'un moule qui sera contenu dans la chaussure, au même titre que le pied ou le moignon. Il est évident dès lors que dans ces conditions, les inconvénients du caoutchouc signalés par M. Debout n'auront pas une influence fâcheuse.

M. Debout. J'avais cru comprendre le but de la communication de M. Giraldès. Qu'y trouvons-nous, en effet? Deux choses. La première, c'est le moulage d'une surface sur laquelle on se propose d'appliquer un appareil prothétique. Mais cela est parfaitement connu; on pratique le moulage dans ce but depuis bien longtemps. La seconde, c'est l'emploi du caoutchouc. Or cette substance offre des inconvénients, et le moule fait avec cette substance, quoique borné à une partie, provoquera la chaleur, l'épaississement du derme et la douleur. Les essais déjà tentés dans ce sens ont été suivis d'un insuccès complet.

M. Giraldès. Je ne voudrais pas prolonger cette discussion, mais je veux ajouter seulement que le caoutchouc *fondu* n'a jamais été employé. Cette substance ainsi modifiée doit être un sujet nouveau d'expérience.

M. Debout. Mon unique but, dans cette discussion, était de signaler aux praticiens les inconvénients du caoutchouc. Quant à l'emploi de cette substance sous une nouvelle forme, l'expérience subséquente seule prononcera. Du reste, je voulais m'éclairer et prendre des renseignements auprès de M. Giraldès.

CORRESPONDANCE.

MM. les docteurs Azam, Bourgeois, Gilbert et Thore, récemment élus membres correspondants nationaux, et MM. Esmarch, Mac Leod, Piachaud et Rizzoli, récemment élus membres correspondants étrangers, remercient la Société de leur nomination.

— M. le docteur Gaillard (de Poitiers), candidat au titre de correspondant national, adresse un travail manuscrit *sur le traitement de la fistule lacrymale par la cautérisation*, et *sur un nouveau procédé de kélotomie ombilicale*. (Commissaires : MM. Béraud, Huguier, Boinet.)

— M. le docteur Champenois, médecin-major de 1re classe, chef de l'ambulance du corps expéditionnaire de Cochinchine, adresse, par l'intermédiaire de M. Larrey, un manuscrit intitulé *Le Ghé Hâm* ou *l'ulcère de Saïgon* (avec dessins coloriés). L'auteur est candidat au titre de membre correspondant national. (Commissaires : MM. Cullerier, Bauchet, Larrey.)

— M. Debout présente deux mémoires adressés à la Société, le premier par M. le docteur Idrac, médecin des épidémies à Toulouse ; il a pour base un cas de rupture d'une sonde séjournant depuis douze heures dans le canal de l'urèthre. L'instrument, de mauvaise qualité, s'était brisé au niveau de l'angle péno-scrotal.

Appelé auprès du malade et ayant constaté la présence de l'étendue du tronçon de sonde, M. Idrac eut l'ingénieuse idée de souder un pas de vis à l'extrémité d'un fragment de fil de fer. Il introduisit son instrument dans l'urèthre, et par un mouvement circulaire fit pénétrer le pas de vis dans le canal de la sonde et débarrassa immédiatement son malade. C'est un des mille exemples de corps étrangers réclamant de la sagacité du praticien la création immédiate d'un moyen qui permette son extraction.

Le travail de M. Idrac est un tribut académique que ce médecin offre comme titre de candidature à une place de correspondant. (Commissaires : MM. Huguier, Depaul, Boinet.)

La seconde communication est faite par M. le docteur Bourguet (d'Aix) ; elle comprend deux mémoires :

L'un a trait à la question du traitement des anévrysmes ; il a pour base une observation d'anévrysme diffus contre lequel toutes les méthodes se sont montrées inefficaces. Notre confrère d'Aix a pensé, et avec raison, que la Société de chirurgie n'accueillerait pas le récit d'un revers avec moins d'empressement que celui d'un succès, car l'enseignement qui découle de ces faits n'est ni moins utile ni moins profitable à la pratique de l'art.

Le second mémoire a pour objet de signaler un procédé très-simple pour abaisser la cloison vésico-vaginale et faciliter l'avivement dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, et fournit un cas de succès à l'appui des conclusions de l'auteur. (Commissaires : MM. Debout, Legouest, Verneuil.)

— M. le docteur Antoine Martin, médecin-major de 1re classe, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, une note *sur les cathéters à cannelure*. (Commissaires, MM. Debout et Cullerier.)

RAPPORT.

Réclamation de priorité sur l'époque à laquelle il convient de pratiquer la désarticulation coxo-fémorale. — M. Legouest lit sur ce sujet le rapport suivant :

Messieurs, je suis chargé de vous faire un rapport sur une lettre adressée à la Société de chirurgie par M. le docteur Jubiot, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Marseille, lettre dans laquelle notre confrère réclame la priorité à propos de la détermination de l'époque où il convient de pratiquer la désarticulation coxo-fémorale.

M. le docteur Jubiot cite, à l'appui de sa réclamation, un certain nombre de phrases tirées de sa thèse inaugurale, imprimée à Montpellier en août 1840 et intitulée : *Observation sur l'amputation dans l'article coxo-fémoral*.

Dans ce travail, M. le docteur Jubiot pose les trois questions suivantes :

1° L'amputation dans l'article est-elle praticable?

2° Quels sont les cas dans lesquels on doit y avoir recours?

3° Enfin, quelle est la plus avantageuse de l'opération médiate ou de l'opération immédiate?

Se fondant sur un tableau résumé de tous les cas d'amputation coxo-fémorale, sans distinction des causes qui l'ont nécessitée, M. le docteur Jubiot résout ainsi la troisième question posée :

« Quant à cette question, si l'amputation immédiate est préférable à l'amputation médiate, mon tableau y répond, je crois, d'une manière péremptoire. En effet, si sur neuf cas de guérison un seul appartient à la première et les huit autres à la seconde, nul doute qu'il soit préférable d'amputer médiatement qu'immédiatement. »

Comme on peut le voir, notre confrère est très-affirmatif en thèse générale; il l'est beaucoup moins lorsqu'il s'agit d'opérations à la suite de coups de feu, car il fait suivre les lignes précédentes de celles-ci ; « Il y a ici un fait bien important à noter : c'est que sur 45 désarticulations immédiates, suite de coups de feu, une seule a réussi ; tandis que sur cinq médiates, c'est-à-dire qui ne furent faites qu'un certain temps (au moins deux mois) après l'accident, on a réussi trois fois. Le précepte d'amputer immédiatement à la suite des plaies d'armes à feu, précepte dont l'importance ne m'est malheureusement que trop démontrée, *serait* donc en défaut dans cette circonstance. »

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer combien cette proposition est moins absolue que la précédente; la réserve avec laquelle elle est présentée tient sans doute à ce que M. le docteur Jubiot a trouvé un succès à la suite d'une opération immédiate, dans un cas que je considère comme un insuccès, c'est celui du jeune soldat russe qui, à la bataille de Witepsk, eut le fémur fracassé par un boulet et fut immédiatement amputé par Larrey. Ce blessé aurait vécu vingt-neuf ou trente jours, et ne serait mort que d'inanition, *presque guéri*.

Ce qu'il y a de positif, ajoute M. le docteur Jubiot ne considérant pas comme tel ce qu'il vient d'écrire, « ce qu'il y a de positif, c'est que cette désarticulation a été plus souvent suivie de succès, pratiquée sur des sujets amaigris, que pratiquée sur des hommes robustes comme le sont ordinairement ceux que la guerre choisit pour ses victimes. »

Quoi qu'il en soit, Messieurs, je ne saurais comment m'excuser devant vous d'avoir passé sous silence l'opinion de M. le docteur Jubiot, dans le mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale que j'ai eu l'honneur de vous adresser en 1855, si je n'avais suivi les errements de M. Sédillot, de Larrey père, Hénot (de Metz), MM. Malgaigne, Larrey fils et peut-être encore d'autres chirurgiens. J'avoue très-humblement n'avoir pas lu dans son entier la thèse de M. le docteur Jubiot quand j'ai écrit mon travail, et ne m'être servi que de sa statistique en la rectifiant et en la complétant par des faits nouveaux. J'ai depuis réparé mon tort, d'autant plus facilement que les courtes citations que je vous ai faites sont les seules considérations contenues dans la thèse de M. le docteur Jubiot sur ce point important de chirurgie.

Je m'empresse de rendre hommage à la vérité et de dire : Le 14 août 1840 M. le docteur Jubiot a énoncé dans sa thèse inaugurale soutenue à Montpellier :

1° La prééminence de la désarticulation coxo-fémorale consécutive sur la désarticulation primitive en général.

2° L'incertitude des chances de succès de cette dernière opération pratiquée à la suite de coups de feu.

3° Enfin les avantages positifs de l'amputation faite sur des sujets amaigris, sur l'amputation faite sur des sujets robustes.

Néanmoins, il faut bien croire que l'opinion de M. le docteur Jubiot n'avait pas eu un très-grand retentissement, ou germait déjà dans l'esprit de quelques chirurgiens.

Un an après, en effet, M. Sédillot adressant à l'Institut une observation de désarticulation de la cuisse pratiquée avec succès, présentait avec réserve et d'une manière générale l'opération médiate comme meilleure que l'opération immédiate, et ne citait pas M. Jubiot; Larrey père, rapporteur de la communication précédente, partageait la même réserve et ne citait pas non plus M. Jubiot; M. Malgaigne, en 1848, laissait tomber de la tribune académique ces paroles: « Je dirai tout de suite qu'il y a des cas de fracture pour lesquels toute discussion sur l'amputation immédiate n'est pas possible; je reconnais, *avec tout le monde*, que dans les coups de feu qui ont ouvert l'articulation coxo-fémorale ou tibio-fémorale, l'amputation est de rigueur; *pas de contestation sur ce point.* » M. Malgaigne citait encore moins que ses prédécesseurs l'opinion de M. Jubiot. Hénot, chirurgien de l'hôpital militaire de Metz, dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine en 1851, tend à donner la préférence à la désarticulation consécutive sur la désarticulation primitive, sans citer M. Jubiot. Moi-même enfin, je n'ai donné que la statistique de M. Jubiot, et mon honorable maître et rapporteur M. H. Larrey a cru devoir m'attribuer la proscription absolue de l'amputation immédiate dans les cas de coups de feu, sans se préoccuper des opinions de M. Jubiot.

Si je parlais à des hommes étrangers à l'évolution des idées scientifiques, je pourrais m'étonner avec eux de l'oubli où tant de chirurgiens ont laissé le travail de M. Jubiot, et je pourrais être surpris du silence patiemment gardé par notre confrère de Marseille sur un point de chirurgie souvent discuté depuis qu'il en avait entrevu l'importance, il y a vingt-deux ans.

Mais nous savons tous combien sont rares les préceptes nés de toutes pièces, combien même souvent sont peu conformes à la pratique ceux qui paraissent fondés sur l'observation la plus attentive.

Si M. Jubiot a le premier imprimé dans sa *Thèse inaugurale* que la désarticulation primitive de la hanche pourrait bien être plus redoutable que la désarticulation consécutive, s'il a rassemblé quelques cas propres à faire prendre cette manière de voir en considération, est-ce à lui qu'il appartient d'avoir déterminé l'époque à laquelle il convient de pratiquer l'extirpation de la cuisse? Je ne le pense pas. Je crois que la prééminence de l'amputation médiate sur l'amputation immédiate n'a été établie d'une manière péremptoire que par la succession des travaux entrepris sur ce sujet, et n'a été formellement exprimée que dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter, il y a quelques années, à la Société de chirurgie: les travaux dont j'ai parlé précédemment ont seuls donné quelque valeur à la thèse de M. Jubiot, qui dans sa modestie a attendu pour réclamer la paternité de son idée, que celle-ci eût des parrains pour la défendre.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. LEGOUEST.

M. LARREY. Je demanderai à M. Legouest de vouloir bien ajouter que moi-même j'ignorais aussi le passage cité de la thèse de M. Jubiot.

M. LE PRÉSIDENT propose l'insertion du rapport de M. Legouest dans les *Bulletins* de la Société.

Cette proposition est votée à l'unanimité.

M. BROCA. Je ferai remarquer que la note de M. Jubiot n'est point longue, et que dès lors il n'y aurait aucun inconvénient à la faire imprimer avec le rapport.

M. LEGOUEST. Je serais de l'avis de M. Broca, si je n'avais fait un extrait suffisant de cette note dans mon rapport.

Sur la proposition de son président, la Société décide que la note sera déposée dans les archives.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. CHASSAIGNAC. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade que j'ai opéré avec succès d'un lipome. Ce malade, âgé d'environ quarante-cinq ans, offre ceci de particulier qu'il est littéralement couvert de lipomes (soixante environ). Ces lipomes sont variables quant au volume, depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une tête de fœtus. Il n'en souffre point, mais l'un des lipomes le gênait beaucoup pour son travail. Il avait même produit chez ce malade une sorte de découragement profond, de sorte que je me décidai à l'enlever. Ce lipome, le plus gros de tous du reste, était situé sur la paroi antérieure et supérieure droite de l'abdomen. Pour son ablation, j'ai employé le procédé suivant: j'ai passé le trocart sous la peau soulevée vers sa partie moyenne; j'ai ensuite introduit l'écraseur, qui a sectionné la peau. Puis, par cette ouverture, j'ai décollé le lipome, qui offrait peu d'adhérences. Je l'ai énucléé assez facilement, et la cicatrisation a été prompte.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le service médical du corps expéditionnaire du Mexique se compose de:

MM. Ludger Lallemand, médecin principal de 2e classe, ex-professeur agrégé à l'École de médecine militaire;

Ehrman, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Strasbourg;

Coindet, médecin-major de 2e classe à la division d'Oran;

Clary, médecin aide-major de 1re classe à l'École polytechnique;

Bazoche, médecin aide-major de 1re classe à la division d'Oran;

Michaux, médecin aide-major de 2e classe à l'Hôtel des Invalides;

Borel, médecin aide-major de 2e classe à la division d'Oran;

Poncet, médecin aide-major de 2e classe à l'École de Strasbourg; il est détaché aux batteries d'artillerie destinées à l'expédition;

Merchier, pharmacien-major de 2e classe à la division d'Alger;

Thomas, pharmacien aide-major de 1re classe au Val-de-Grâce;

Fabre, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Saint-Omer.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur P. Ménière, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'institution impériale des Sourds-Muets, qui a succombé hier 7 février, à une pleuropneumonie.

Nous publierons prochainement quelques détails biographiques sur ce savant confrère, l'un des représentants les plus distingués de la littérature médicale.

Ses obsèques auront lieu samedi, à midi précis, à Saint-Jacques du Haut-Pas.

— M. le docteur baron Thévenot de Saint-Blaise vient de mourir dans un âge très-avancé. M. Thévenot de Saint-Blaise avait à peu près complètement disparu de la scène du monde, où il avait occupé autrefois une haute position. Il était agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, ancien chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés et chirurgien en chef adjoint de l'Hôtel-Dieu, premier chirurgien ordinaire du roi Louis XVIII, officier de la Légion d'honneur, chevalier de l'ordre de Saint-Michel et de l'ordre de la Réunion, etc.

— Le corps médical vient de faire encore, à quelques jours de distance et à deux des extrémités de la France, des pertes également bien regrettables: M. le docteur Tirman, membre du conseil général des Ardennes, du conseil départemental de l'instruction publique et du conseil municipal de Mézières, mort le 25 janvier, dans sa soixante-deuxième année; et M. le docteur Négrier, directeur honoraire de l'École de médecine d'Angers, qui a succombé le 31 janvier, après une douloureuse et bien longue maladie, à l'âge de 70 ans.

M. Négrier avait publié plusieurs travaux importants, entre autres un mémoire sur la résistance du cordon ombilical, deux mémoires sur le traitement des scrofules par les préparations de noyer, et un mémoire sur la crâniotomie. En 1859 il avait obtenu le grand prix Monthyon, juste récompense de son beau travail sur l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme.

— Le commencement de l'année 1862 n'a pas été fécond en publications périodiques relatives à la médecine. Nous ne connaissons qu'un seul nouveau journal qui s'y rattache, *l'Abeille, journal des dentistes*, publié à Orléans par M. A. Fanton, et dont le prix est de 10 fr. par an.

En revanche, aucun journal médical n'est mort en France à la fin de l'année 1861. Le fait est assez rare pour qu'il soit bon de le noter.

La Suisse a été moins heureuse. Il se publiait à Neufchâtel un fort bon recueil sous ce titre: *l'Écho médical*; il vient de cesser de paraître.

— En 1860, il est né à Paris. . . . . . . 54,056 individus.

Il est mort. . . . . 44,261 —

L'excédant des naissances sur les décès est donc de. . . . . 9,795 individus.

Parmi ces 54,056 enfants, on compte 14,092 enfants naturels.

Il est mort 7 personnes âgées de quatre-vingt-quinze à cent ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.:

Meunier, né à Champagné-les-Marais (Vendée); *Traitements chirurgicaux des collections de liquides qui se forment dans le thorax.*

Philipon, né à Saint-Genis-les-Ollières (Rhône); *Des vers vésiculaires et des maladies hydatiques.*

Mourgues, né à Bellone (Lot-et-Garonne); *Essai sur les granulations intra-utérines et sur leur traitement par l'abrasion suivie de cautérisation.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons de clinique médicale de R. J. GRAVES, précédées d'une introduction de M. le professeur TROUSSEAU; ouvrage traduit et annoté par M. le docteur JACCOUD, interne des hôpitaux de Paris (médaille d'or). Tome Ier, de 754 pages. Prix: 10 fr. *franco*. Le tome IIe et dernier paraîtra fin décembre prochain. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par MM. BARTHEZ et RILLIET, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, etc. 1861, 2e édition, entièrement refondue (2e tirage). Trois volumes in-8°. Prix: 25 fr. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 17. — MARDI 11 FÉVRIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 17. — MARDI 11 FÉVRIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 FÉVRIER 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance du 3 février, dont nous aurions eu à rendre compte aujourd'hui, n'a pas eu lieu, on s'en souvient, à cause de la mort de M. Biot. L'élection d'un membre de la section d'anatomie et zoologie, qui devait avoir lieu dans cette séance, a eu lieu aujourd'hui. En voici le résultat :

La liste de présentation de la commission portait :

En 1re ligne, M. Emile Blanchard.

En 2e ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Gratiolet et Charles Robin.

En 3e ligne, M. Lacaze-Duthiers.

En 4e ligne, M. Auguste-Duméril.

Le nombre des votants étant de 58, majorité, 30,

M. Blanchard a obtenu 32 suffrages,

M. Robin, 25.

Il y a eu 1 billet nul.

M. Blanchard ayant obtenu la majorité des suffrages, a été proclamé élu. — Dr Brochin.

A PROPOS DE LA DISCUSSION

SUR L'HYGIÈNE DES HOPITAUX.

La discussion sur l'hygiène des hôpitaux, soulevée par l'Académie de médecine au sujet du rapport de M. Gosselin, a eu bien de la peine à prendre une direction pratique.

On a pu croire un instant que l'affaire importante était d'établir un parallèle entre les hôpitaux de Londres et ceux de Paris. Le mémoire de M. Lefort, le discours de M. Malgaigne et les observations de M. Verneuil (*Gaz. hebd.*) avaient paru jeter l'alarme dans le camp administratif.

M. Husson, directeur général de l'Assistance publique, s'empressa de contrôler les assertions de M. Lefort, déjà vulgarisées en France par la thèse de M. Topinard. Ayant fait à son tour la revue de quelques hôpitaux de Londres, M. le directeur général finit par laisser entendre que tout n'est pas pour le mieux chez nos voisins, et pour affirmer en quelque sorte notre supériorité, il promet un programme d'améliorations dont le corps médical aura lieu d'être satisfait.

M. Renault (d'Alfort), quittant enfin la voie des appréciations stériles, arrive aux faits. Il établit par des observations positives les fâcheux effets de l'agglomération sur les animaux malades.

Il paraît certain que la mortalité des opérés dans quelques salles n'est pas en rapport direct avec la gravité absolue des opérations qu'on y pratique. N'est-il pas de tradition, par exemple, que les amputations de cuisse comptent pour ainsi dire autant d'insuccès que de tentatives dans quelques salles de chirurgie, tandis que les guérisons sont relativement nombreuses dans d'autres, les conditions de soins et d'alimentation étant les mêmes? Invoquera-t-on en pareil cas l'inégalité de résistance de la part des malades? Alors il faudra convenir que les malades de Bicêtre, par exemple, offrent plus de résistance que ceux de la Clinique, que les opérés de Paris sont constitutionnellement plus érysipélateux que les opérés des provinces. Mais comment expliquer alors, d'une part, la mortalité considérable des opérés qui viennent des campagnes succomber à Paris entre les mains les plus habiles, et, d'autre part, les succès nombreux obtenus dans les villages par des praticiens souvent peu habitués aux grandes opérations? Si les médecins des campagnes voulaient à cet égard nous répondre par leur statistique privée, on serait forcé de convenir que les causes des revers pour les opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris, comme dans tous les grands centres de population, ne doivent pas être recherchées dans les différences de race, de climat, de méthodes opératoires, etc. C'est surtout aux *circumfusa* qu'il faut les demander. Sur ce point, nous verrons bientôt que le *quid divinum*, que les influences prétendues insaisissables sont plus accessibles à l'observation qu'on pourrait le croire d'abord. Nous pouvons ajouter que le régime, les divers modes de pansements, les soins de propreté, etc., une infinité de petites négligences, imputables les unes à l'administration, les autres au corps médical, concourent à modifier le chiffre de la mortalité. Il nous sera facile de démontrer.

Ce qui est plus difficile à comprendre, c'est que le nombre considérable des revers n'ait pas depuis longtemps désarmé les chirurgiens dans certains cas particuliers. Lorsqu'une expérience longtemps malheureuse a appris que dans un hôpital déterminé, les amputations de cuisse et les autres opérations du même ordre échouent plus souvent que cela ne devrait être dans les conditions ordinaires, que faut-il de plus pour commander l'abstention? Si l'entourage de l'hôpital vient encore plaider en faveur de l'insalubrité, l'humanité seule veut que l'on change de théâtre ou que l'on cesse d'opérer.

Je sais bien que des opérations peuvent échouer dans les meilleures conditions hygiéniques possibles; mais il n'en reste pas moins bien établi que les chances d'insuccès sont en raison inverse de l'état de salubrité.

Si l'on vient encore nous dire que les ressources hospitalières de la première ville du monde où elles forment un véritable ministère, sont insuffisantes pour introduire certaines réformes radicales, et que l'administration, toujours mineure, n'a pas les pouvoirs suffisants pour changer l'état de choses auquel je fais allusion, il est inutile de continuer la discussion pendante, il faut abandonner l'affaire à l'opinion publique et se croiser les bras devant l'infection; car il est certain que le discours le plus éloquent sur la matière ne parviendra jamais à purifier un centimètre cube d'air vicié.

Déjà, dans la dernière séance de l'Académie, M. Bonnafont et M. Devergie ont nettement abordé cette question.

Dans quelques hôpitaux, il n'est pas douteux que les lois fondamentales de l'hygiène ont été sacrifiées à des systèmes économiques proposés souvent par des hommes spéciaux plus habitués à voir des chiffres que des malades. Cette accusation que nous défendrons plus tard, s'adresse surtout aux systèmes de chauffage, d'éclairage et des fosses d'aisances.

Dans d'autres circonstances, quittant la voie économique, l'administration établit à grands frais des appareils qui ne remplissent pas le but que l'on se propose; tel est le système des ventilations artificielles, alors qu'il est si facile de renouveler complétement l'air à l'aide d'ouvertures placées vers les parties supérieures des salles et de cheminées d'appel disposées vers les parties inférieures.

L'atmosphère nosocomiale a cessé d'être un mot vide de sens; elle diffère si essentiellement de l'air pur, qu'il n'est plus permis de ne pas en tenir compte. Dès 1860, j'eus l'occasion de voir les expériences de M. Réveil, cité par M. Devergie, et je constatai de la manière la plus positive la présence de corpuscules organiques sur les toiles de platine de l'appareil construit par ce savant chimiste. On y voyait principalement des cellules et des débris de cellules épithéliales, des corpuscules de formes diverses, jaunissant sous l'influence de l'acide nitrique, des brins de charpie chargés eux-mêmes de ces corpuscules organiques.

Dans une circonstance particulière, nous avons vu avec M. Kallmann, dans le laboratoire de M. Réveil, des débris organiques incrustés d'une substance granuleuse qui a donné les réactions du cuivre. Les poussières de cette observation avaient été recueillies dans une salle d'ophthalmie où l'on faisait largement usage des cautérisations au sulfate de cuivre.

Des poussières recueillies par l'*époussetage* sur les murs de la salle Saint-Augustin, service de M. Richet, à Saint-Louis, m'avaient donné 36 pour cent de matières organiques dans une première analyse. Ces mêmes poussières, prises à une autre époque, ont été analysées dans le laboratoire de M. Réveil et ont donné 46 pour cent de matières organiques, consistant surtout en cellules épithéliales, exhalant l'odeur de la corne par la calcination.

Lorsqu'on humecte ces poussières, elles ne tardent pas à exhaler une forte odeur de putréfaction. Nul doute que cette vaste couche de poussières mixtes qui revêt les murs si rarement blanchis des salles des anciens hôpitaux, ne puisse donner naissance à des gaz susceptibles de favoriser le transport dans l'air de corpuscules qui jouent peut-être un rôle important dans la constitution de l'atmosphère nosocomiale. C'est dans le but d'étudier les éléments qui contribuent à vicier l'air que j'ai entrepris plusieurs séries d'expériences que je compléte actuellement. Les unes sont relatives au dosage des gaz, les autres à la constatation et même au dosage approximatif des matières solides flottant dans l'air des salles.

Jusqu'à ce jour, je n'ai dosé que deux espèces de gaz : l'acide carbonique et l'acide sulfureux. Pour l'acide carbonique, j'ai fait usage de la potasse caustique; les résultats sont les suivants : le poids d'acide carbonique a été de 1,725 gram. pour 500 litr. d'air analysé la nuit, et de 0,955 à 0,565 gram. pour les moyennes du jour et de la nuit.

Les dimensions considérables que nous avons données à nos tubes nous ont permis de rendre plus rapide l'écoulement de l'aspirateur. Ainsi, nous avons fait passer en moyenne 500 litres d'air en cent heures. Nos pesées ont été faites à 1 milligramme près, même pour des tubes pesant 180 grammes. Nous avons toujours opéré à une température de 12°, sans tenir compte de la pression.

Pour l'acide sulfureux provenant de la mauvaise disposition des appareils de chauffage et de la combustion d'un gaz mal épuré, nous avons cherché à le doser aussi par le moyen de pesées. D'après les conseils de M. Lutz, j'ai eu recours à un procédé assez peu connu pour inspirer des doutes sur son efficacité; je veux parler du borax disposé par fragments dans un long tube en U bien humecté d'eau. La première expérience a donné une augmentation de poids de 0,378 pour 500 litres d'air. Dans une autre analyse, l'odeur sulfureuse faisant défaut, l'augmentation du poids du tube à borax fut à peine appréciable. Une troisième expérience me donna 0,270 gram. L'odeur sulfureuse incommodait lorsqu'on entrait dans la salle.

Ces résultats m'avaient fait penser que le borax retient l'acide sulfureux. Des doutes m'ayant été transmis, j'ai dû vérifier chimiquement le fait. Aujourd'hui, j'ai la certitude que le procédé est excellent et qu'il est le seul qui permette de remplacer avec avantage par des pesées les solutions titrées, toujours moins commodes. Un moyen facile de s'assurer *de visu* que le borax retient l'acide sulfureux, consiste à faire communiquer par ses deux extrémités un tube en U rempli de borax humecté, avec deux tubes droits remplis de fragments de papier bleu de tournesol. Faisant ensuite passer un courant d'acide sulfureux, le papier de tournesol qui précède le borax rougit instantanément; celui qui le suit ne change pas de couleur pendant tout le temps que dure l'expérience.

Quant aux matières organiques, j'ai cherché d'abord à constater leur présence dans l'air des salles. Pour cela j'ai eu recours à un procédé fort ancien, qui consiste à condenser la vapeur d'eau par des réfrigérants. Le liquide ainsi condensé, examiné au microscope, tient en suspension des corpuscules divers, variant avec les salles et le point où l'expérience est faite.

Tandis que les brins de charpie abondent dans les salles de chirurgie, ce sont les corpuscules d'amidon qui dominent dans les services réservés aux maladies de la peau.

La vapeur d'eau condensée auprès d'un foyer de suppuration, sous les couvertures, avant la dissémination des *miasmes*, est fortement chargée de corpuscules irréguliers, en tout point semblables à du pus *desséché*. Il n'est pas rare d'y rencontrer aussi quelques fragments de matière colorante du sang.

Ce liquide, abandonné à lui-même, prend bientôt une teinte lactescente; il décolore rapidement la solution titrée de permanganate de potasse. Les acides azotiques et sulfuriques lui donnent une coloration ambrée. Il était important de trouver un moyen pour reconnaître si ces matières sont d'origine végétale ou d'origine animale.

Profitant des conseils de M. Lutz, j'ai procédé de la manière suivante : on fait évaporer au bain-marie 3 grammes d'eau condensée dans une salle de malades; on détache le résidu avant la dessiccation complète, pour le placer dans un petit tube renflé en boule à l'une de ses extrémités. Complétant ensuite la dessiccation du résidu, il suffit de calciner avec du *sodium* et une petite quantité de sulfate de fer, pour transformer la matière azotée en acide cyanhydrique, qui forme à son tour du bleu de Prusse, en réagissant sur le sel de fer.

Lorsqu'il ne se développe plus de vapeurs blanches, on dissout la petite masse bleue qui s'est formée dans une solution étendue de potasse. Les parties colorées se dissolvent, et l'on obtient un liquide incolore. On profite de la solubilité pour isoler les matières étrangères par le filtrage. Puis, en ajoutant quelques gouttes d'acide chlorhydrique, la matière bleue se précipite de nouveau sous la forme de petits flocons. Par ce procédé, les 3 grammes de vapeur d'eau m'ont donné une quantité très-appréciable de bleu de Prusse.

On comprend que l'on puisse ainsi doser les matières animales qui flottent dans l'air. Ces matières ont depuis longtemps fixé l'attention des hygiénistes sous le nom de *miasmes*.

Lorsque M. Eiselt, de Prague, est venu dire qu'il avait vu dans une salle où sévissait épidémiquement l'ophthalmie purulente, « de petites cellules de pus pouvant servir à la propagation du mal », nous pensons que ce médecin a voulu parler de ces corpuscules irréguliers qu'il est si facile de voir dans la vapeur d'eau recueillie auprès des foyers de suppuration. Des cel-

lules de pus, telles que nous les voyons dans les liquides pathologiques, ne sauraient flotter dans l'air sans perdre leurs caractères physiques. Du reste, la dessiccation des matières organiques ne neutralise pas leurs propriétés nuisibles. Personne ne met en doute que pour les maladies contagieuses, l'infection ne puisse se faire par l'action directe de molécules organiques transmises d'individus malades à des individus prédisposés.

Les mêmes idées sur la contagion ont été invoquées pour expliquer les épidémies d'érysipèle et d'infections diverses que l'on observe dans les services de chirurgie. La contagion, dans ce cas, a dit un auteur, « est due au transport d'un malade à un autre de corpuscules infectants, qui s'échappent des matières puriformes que rendent les plaies. » (*Mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie*, t. V.)

La constatation de ces corpuscules organiques dans l'air n'est pas un fait nouveau; mais on ne paraît pas avoir tenu suffisamment compte de leur importance comme agents propagateurs des maladies.

Les gaz, qui par eux-mêmes ne sont pas directement nuisibles, concourent à la propagation de ces corpuscules dans les salles, en modifiant la densité de l'air. Ils agissent directement sur les malades, en déterminant à la longue des troubles digestifs qui favorisent la débilitation et prédisposent ainsi à toutes les infections. Il est donc utile, pour assainir les salles des hôpitaux, de rechercher les sources qui produisent les gaz et les corpuscules organiques, ainsi que les causes qui favorisent leur concentration dans les salles. Cette étude nous conduira tout naturellement à celle des conditions qui paraissent favoriser la mortalité dans les hôpitaux de Paris. CHALVET.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Leçon sur l'ovariotomie.

(Recueillie par M. le docteur DENEFFE.)

Il y a deux mois, quand, revenant de Londres, où j'avais assisté aux opérations d'ovariotomie pratiquées par M. Baker-Brown, je faisais un énergique appel aux chirurgiens, les engageant à se défier des craintes exagérées que cette opération leur faisait concevoir, les exhortant à la juger sans prévention, à céder plutôt à la logique d'une raison calme et froide qu'aux entraînements de leur cœur; je ne pouvais espérer d'être sitôt entendu. M. Demarquay, en pratiquant l'ovariotomie dimanche dernier à Saint-Germain, m'a fourni l'occasion de vous parler une fois encore de ce sujet intéressant; mais avant de vous communiquer les détails de cette opération, je tiens à vous rappeler quelques points sur lesquels j'ai déjà fixé votre attention dernièrement. Je vous disais, il y a deux mois, que les kystes de l'ovaire doivent, au point de vue de leur curabilité, se diviser en deux classes bien distinctes: les kystes à liquide séreux, les kystes à liquide filant. Les caractères qui différencient ces deux groupes sont faciles à apprécier. Le liquide séreux ne présente pas la moindre viscosité, il s'écoule fluide comme de l'eau; après y avoir plongé les doigts, vous pouvez les écarter l'un de l'autre sans voir le moindre tractus se former entre eux; sa coloration est variable, il peut être citrin, mais parfois un peu de sang le teinte en rouge plus ou moins foncé. Si vous plongez la main dans le liquide filant, vous sentez sa viscosité; il reste adhérent aux parties sur lesquelles il se colle, et si vous écartez les doigts l'un de l'autre, vous voyez se former entre eux des filaments et des tractus qui s'allongent longtemps sans se rompre. M. Cruveilhier lui a donné le nom de liquide albumineux; il file, en effet, comme cette substance. Mais je préfère lui conserver son autre dénomination, de peur que l'expression dont se sert le savant anatomo-pathologiste ne jette du trouble dans les idées; les deux liquides, en effet, précipitant de l'albumine par les réactifs chimiques, on ne saurait à quel propos on les différencie par un nom qui rappelle une propriété commune.

Les kystes séreux guérissent aisément par la ponction et l'injection iodée. Il n'en est malheureusement pas de même des kystes à liquide filant; en vain a-t-on injecté dans la cavité de ces derniers des substances irritantes de toute nature, ces tentatives sont toujours restées impuissantes. Maintes et maintes fois, à une époque où mon expérience à ce sujet n'était pas aussi complète qu'aujourd'hui, j'ai injecté dans ces kystes de la teinture d'iode, du nitrate d'argent en solution, du chlorure de Labarraque; vains efforts: les malades, malgré tant de soins, s'acheminaient invariablement vers la mort. Les kystes filants ne sont pas rares, et ils surviennent souvent à une époque peu avancée de la vie, alors que les malades pourraient espérer encore de longues années d'existence.

Depuis longtemps l'impuissance de tous nos moyens thérapeutiques contre cette redoutable affection avait été constatée. Les espérances que l'iode avait un instant fait concevoir s'évanouirent bientôt; mais ses partisans, en perdant l'espoir d'une guérison radicale, conservaient cependant une dernière illusion: ils pensaient que l'injection de cette substance retardait d'une façon notable la reproduction du liquide kystique. Il n'en est rien; sous l'influence de la ponction et de l'injection iodée, les parois du kyste sécrètent avec plus d'activité que jamais, et la maladie marche d'un pas plus rapide vers le terme fatal. Tout avait donc échoué; les plus grandes autorités chirurgicales de notre pays s'élevaient avec force contre l'ovariotomie. Fallait-il désormais assister impassibles à la mort de tant de malheureuses, et nous refuser plus longtemps à entendre la voix de nos confrères d'outre-Manche nous affirmant les succès obtenus chez eux par une opération que nous n'osions entreprendre?

La question en était là quand je résolus d'aller m'assurer par moi-même de l'authenticité des faits qui nous étaient sans cesse rapportés par les journaux britanniques, et d'examiner les conditions et les circonstances au milieu desquelles l'ovariotomie se pratique en Angleterre. Je vous ai dit, au retour de mon voyage, l'impression favorable que j'avais emportée de cette opération que M. Baker-Brown pratiqua sous mes yeux, et dont je pus voir du reste les brillants résultats sur plusieurs malades de son service. J'acceptai dès lors le principe de l'ovariotomie; mais, comme toute opération, celle-ci présente des indications et des contre-indications dont je veux que vous soyez bien pénétrés.

La marche progressive du kyste peut se diviser en trois périodes: celle du début, celle d'un développement moyen, celle d'un développement extrême. Dans ces trois phases de la même affection, la conduite du chirurgien ne saurait être identique. Sans doute, quand le kyste commence seulement à grandir, ce serait le moment le plus favorable pour son extraction; à peine la femme a-t-elle souffert, sa santé est florissante encore, l'ouverture abdominale devra être très-petite; toutes les conditions, en un mot, semblent se réunir pour engager le chirurgien à entreprendre une opération. Ne vous laissez pas séduire par ces apparences; car, quelle que soit la santé de la femme, quelque petite que soit la plaie abdominale, une péritonite peut emporter votre malade en quelques heures, et vous lui auriez ainsi inutilement ravi plusieurs années de son existence.

Du reste, quand le kyste commence seulement à se développer, toute opération me semble formellement contre-indiquée, car le kyste ovarique n'est pas une affection qui progresse toujours avec les mêmes caractères de gravité et de rapidité. Il est des femmes chez lesquelles son développement est lent; parcourez les asiles de la vieillesse, et vous y trouverez nombre de kystes ayant atteint un volume considérable, sans avoir notablement abrégé la vie ou altéré la santé de celles qui les portent depuis longues années déjà. En présence d'un kyste à sa période de début, gardez-vous bien d'opérer; n'allez pas soumettre une femme à des dangers certains pour l'arracher à un péril douteux encore; n'allez pas exposer son existence pour la soustraire à une affection qui ne la compromettra peut-être jamais.

Dans la période extrême du développement du kyste, les contre-indications me semblent aussi évidentes; alors, en effet, la constitution de la femme est épuisée par la souffrance, des désordres généraux et locaux se sont produits sous l'influence de l'affection ovarique. Des troubles de la respiration et de la circulation, l'ascite et l'anasarque, ont été la conséquence de la compression exercée sur les poumons et les gros troncs vasculaires; successivement des péritonites circonscrites ont éclaté et ont établi des adhérences entre le kyste et les organes ambiants. Si vous opérez dans ces fâcheuses conditions, non-seulement le mauvais état de la constitution de votre malade réagira de la façon la plus déplorable sur les résultats de votre opération, mais il est même possible que des adhérences multiples, s'opposant à l'extirpation de l'ovaire, vous forcent à laisser inachevée une tentative trop hardiment entreprise.

Mais si vous vous trouvez, au contraire, en présence d'un kyste ovarique à liquide filant, dont la marche est progressive malgré tous les moyens que vous aurez employés pour l'enrayer, si vous voyez que la santé de la femme commence à en subir les atteintes, n'hésitez plus, l'ovariotomie seule pourra mettre un terme à une affection qui livrée à elle-même tuerait la femme dans le délai de quinze à dix-huit mois.

Je résume en deux mots les indications de l'ovariotomie: le kyste, à sa période moyenne de développement, est seul opérable; à son début, il est trop tôt; à sa période ultime, il est trop tard.

Il y a quelque temps, M. Demarquay reçut dans son service, à la Maison de santé, une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte d'un kyste ovarique parvenu déjà à un haut degré de développement. Nous l'examinâmes avec MM. Demarquay et Trousseau; d'un commun accord nous décidâmes que l'heure d'une opération était arrivée pour elle. Vous savez que depuis longtemps déjà le séjour de Paris est fatal à nos opérés; malgré les soins dont nous les entourons, nous les voyons succomber sous l'influence de causes dont la nature nous échappe. Il est des opérations qui ne réussissent jamais dans le milieu où nous nous trouvons; ainsi l'opération césarienne, qui présente avec l'ovariotomie une analogie si frappante, ne compte pas à Paris le moindre succès depuis soixante ans, et pourtant nous savons que pratiquée dans les campagnes elle a souvent donné d'heureux résultats. Voulant soustraire à cette influence pernicieuse la jeune malade que nous allions soumettre à une si grave opération, nous l'envoyâmes à Saint-Germain, dans un petit hôpital situé pour ainsi dire au milieu des champs. C'est là qu'elle fut soumise, selon la méthode anglaise, à une sorte de préparation, qui consiste à tonifier la malade au moyen de ferrugineux et d'une boisson amère avec la teinture d'arnica.

Quand je la revis au bout de trois semaines, le séjour de la campagne ne me parut pas lui avoir été profitable. Je la trouvai changée, vieillie en quelque sorte; son visage avait perdu son teint rosé habituel; la peau, au dire des sœurs, était souvent chaude et aride; l'examen des urines nous les montra colorées et brunâtres, comme on les voit dans les accès fébriles. Nous ne crûmes pas devoir nous arrêter en présence de ces accidents, et la malade ayant été chloroformée, nous procédâmes à l'opération.

Deux aides, appliquant leurs mains de chaque côté de la tumeur, la fixèrent solidement à travers les parois déprimées de l'abdomen. L'incision fut pratiquée de la partie inférieure gauche de l'ombilic à la symphyse des pubis, sur une longueur de 15 centimètres à peu près; elle descendait parallèlement à la ligne médiane, à 7 ou 8 millimètres environ de la ligne blanche. Les couches abdominales furent successivement divisées; au moment où le péritoine fut ouvert, un jet de sérosité s'échappa sur la plaie; elle provenait de l'hypersécrétion de la séreuse irritée par le voisinage du kyste.

Quand 7 à 800 grammes de cette sérosité se furent écoulés, nous nous trouvâmes alors en présence du kyste, qui faisait effort pour se hernier à travers les lèvres de la plaie fortement écartées. Un étranglement situé vers sa partie moyenne se divisait en deux lobes, l'un supérieur, l'autre inférieur; nous ponctionnâmes le kyste supérieur, afin que le liquide pût s'écouler librement au dehors; la portion inférieure, continuant à remplir le bassin, s'opposait en effet à ce qu'il s'y accumulât.

Des pinces, ne différant de celles de Museux que par la disposition des mors qui s'engrènent ensemble dans l'instrument dont nous nous sommes servi, saisirent le kyste et le maintinrent contre l'ouverture abdominale.

Sous l'influence des tiraillements auxquels elles étaient soumises, les parois de la tumeur se déchirèrent autour des pinces; de peur que le liquide ne s'écoulât dans le ventre, on attira les lèvres de ces déchirures, on les rapprocha l'une de l'autre, et on les serra à leur base au moyen d'un fil.

Quand le kyste eut été vidé en partie, M. Demarquay, introduisant l'avant-bras dans l'abdomen, s'assura qu'il n'existait point d'adhérences; saisissant alors la tumeur par sa partie inférieure, qui s'enfonçait dans le petit bassin, il la fit basculer de bas en haut et d'avant en arrière, et l'attira ainsi au dehors; elle n'adhérait plus alors à l'utérus que par un pédicule présentant à peu près le double d'épaisseur d'un ligament large ordinaire.

On le serra fortement entre les branches d'une sorte de compas métallique, reliées entre elles par un arc de cercle que l'on arrête à volonté à l'aide d'une vis; la circulation cessa immédiatement dans ce pédicule ainsi étranglé, et nous le sectionnâmes sans qu'une goutte de sang s'échappât de l'incision.

Des points de suture métallique rapprochèrent les lèvres de la plaie abdominale; ils furent dirigés obliquement de dehors en dedans, de façon à embrasser dans leur anse une assez grande quantité de peau et de muscles, mais une très-petite partie du péritoine. Cette séreuse supporte assez facilement la présence d'un corps étranger; mais je craindrais d'user trop largement de cette tolérance.

Nous fûmes alors frappé d'un fait, c'est que le pédicule, serré entre les branches du compas, s'était à la fois aplati et élargi; comment fallait-il les placer entre les lèvres de la plaie? Afin qu'il ne les séparât pas l'une de l'autre dans une trop grande étendue, nous le plaçâmes en travers et nous l'arrondîmes autant que possible en rapprochant de lui les points de suture.

L'opération était terminée; la malade se réveilla quand son kyste, qui pesait près de 20 kilogrammes, était déjà extirpé depuis quelque temps. Après notre départ le pouls s'éleva et la jeune fille accusa des douleurs abdominales; le lendemain la fièvre avait totalement disparu, et la malade, qui se trouvait aussi bien que possible, prit quelques boissons alimentaires pendant la journée.

Dans la soirée il y eut un peu de fièvre et des vomissements, sous l'influence desquels le pédicule s'échappa des branches du compas; mais il n'en résulta pas d'hémorrhagie, et cet accident n'eut aucune conséquence fâcheuse.

Le troisième jour le pouls avait repris son rhythme normal, et dans la soirée la malade se trouvait dans un état des plus satisfaisants. Nous nous garderions bien d'annoncer déjà un succès, tout danger n'est pas encore passé; mais sans nous faire trop d'illusions, nous pouvons cependant concevoir quelques espérances: les jours les plus redoutables sont écoulés, car c'est surtout pendant les vingt-quatre premières heures qui suivent l'opération que l'on voit survenir la péritonite.

Mais si le succès ne venait pas couronner cette tentative, ce serait une raison non pas de s'abstenir, mais d'être désormais plus prudent encore; déjà chez cette jeune fille l'affection avait dépassé la période moyenne de son développement; déjà la réaction commençait à s'allumer quand nous l'opérâmes. Si elle vient à succomber, il faudra s'en tenir d'une façon rigoureuse à la règle que j'ai tracée plus haut, et considérer l'apparition de la fièvre dans les kystes ovariques comme une contre-indication de l'ovariotomie.

(On sait que l'opérée a succombé depuis que cette leçon a été faite. Nous exposerons plus tard les détails nécroscopiques.)

LUXATION INCOMPLÈTE DE LA ROTULE EN DEHORS,

ou verticale externe, produite par action musculaire;

Par M. le docteur A. FOUCART.

Il est un assez grand nombre de personnes, et ce sont principalement des chirurgiens, qui affirment que la chirurgie est une science bien plus certaine que la médecine. C'est une chose que l'on pourrait jusqu'à un certain point révoquer en doute, en voyant le peu d'accord qui règne sur une des lésions les plus simples en apparence, les plus faciles à reconnaître, partant à décrire et à dénommer, nous voulons parler des luxations de la rotule. Certaines de ces luxations sont assez rares;

il est des praticiens qui n'en ont pas rencontré une seule dans le cours d'une assez longue existence, et avant le mémoire de M. Malgaigne, c'est à peine s'il en était question dans les auteurs. Depuis le travail de l'habile chirurgien que nous venons de citer, plusieurs autres s'en sont occupés, et avec leurs divisions et subdivisions, ils ont tellement embrouillé le sujet, que l'on ne s'entend plus aujourd'hui sur les noms à donner aux différentes espèces de déplacements de cet os que l'on observe.

Pour notre part, nous déclarons nous en tenir aux divisions indiquées par M. Malgaigne, et aux noms assignés par lui aux différentes espèces de luxations de la rotule, et en particulier pour ce qui concerne le fait dont nous avons été témoin il y a quelques jours.

Le 20 décembre, à huit heures du soir, je fus appelé en toute hâte chez M. M..., relieur, rue Princesse, 4, pour un apprenti qui, me dit-on, venait de se démettre le genou.

Arrivé près du malade, je trouvai un garçon de seize à dix-sept ans, bien constitué, assis sur une chaise, la jambe droite pendante, à demi fléchie, et paraissant souffrir beaucoup. Il était habillé; on n'avait point osé lui enlever ses vêtements. A première vue, à travers le pantalon, on apercevait une déformation énorme du genou, lequel, au lieu d'être irrégulièrement arrondi, présentait une saillie très-considérable en avant. Je fis transporter le malade avec précaution sur un lit placé dans une pièce voisine, puis je lui fis enlever doucement les chaussures, la chaussette, et enfin le pantalon du membre inférieur droit.

Vu à nu, le genou paraissait encore bien plus déformé. La rotule, au lieu d'être à plat au-devant des condyles du fémur, était relevée et située *presque de champ*, de manière à présenter en avant son bord externe. Je dis *presque de champ*, parce qu'il y avait bien un peu d'obliquité d'avant en arrière et de dehors en dedans. La face postérieure de la rotule était presque complétement dirigée en dehors, la face antérieure dirigée vers le côté interne; de chaque côté de l'os ainsi déplacé, la peau, assez fortement tendue, était en dehors un peu déprimée, à peu près comme une membrane derrière laquelle on aurait fait le vide; en dedans, au contraire, saillante et un peu bombée par la face antérieure de la rotule.

J'avoue que je fus excessivement surpris à la vue de cette lésion, la première de cette espèce que j'eusse jamais vue, et dont je ne comprenais ni le mécanisme de production ni la persistance.

Je questionnai le malade sur les circonstances dans lesquelles l'accident s'était produit. Il n'y avait pas eu de violence extérieure. Il était monté sur une chaise pour prendre un paquet sur un rayon, et en descendant, la déformation du genou s'était produite avec douleur, sans qu'il y eût eu le moindre choc. L'enfant s'était retenu au dossier de la chaise et n'était pas tombé; puis il avait pu s'asseoir et avait attendu, la jambe, comme je l'ai dit, presque en demi-flexion.

Quant à la persistance de l'accident, je ne m'expliquais pas difficilement non plus comment le bord interne de la rotule pouvait ainsi rester verticalement, ou du moins à peine obliquement, placé sur une surface aussi parfaitement lisse que la partie antérieure de la poulie articulaire du fémur.

Quoi qu'il en fût, et remettant les explications théoriques à un autre temps, je me mis en devoir de réduire ce que je pensais être une luxation *de champ* de la rotule. Je fis fléchir la cuisse sur le bassin, fortement étendre la jambe sur la cuisse, de manière à mettre les muscles dans le relâchement le plus complet, et saisissant la rotule avec la main droite, j'essayai de la faire basculer. La réduction se fit sans beaucoup d'efforts, sans grande douleur, et aussitôt le malade s'écria qu'il était guéri.

Il n'avait jamais eu, me dit-il, d'accident pareil; je ne trouvai pas chez lui de relâchement appréciable du ligament rotulien; il me dit qu'habituellement il pouvait faire de longues courses sans se fatiguer.

Je le fis coucher et maintenir étendu pendant quarante-huit heures, avec de larges cataplasmes à peine tièdes sur le genou. Le troisième jour, comme il ne s'était produit aucun gonflement inflammatoire, je lui permis de marcher un peu, le genou maintenu par un mouchoir plié en cravate, et lui conseillai de se servir pendant assez longtemps d'une genouillère en tissu élastique.

Je ne l'ai pas revu depuis.

— La singularité de ce fait, le premier que j'eusse vu, me fit nécessairement faire quelques recherches, qui me conduisirent au mémoire publié par M. Malgaigne en 1836, dans la *Gazette médicale*, et là j'eus bientôt l'explication de mon ignorance. C'est qu'en effet cette luxation de la rotule est une chose fort rare. Le premier cas de luxation en dehors de la rotule qui fut noté à l'Hôtel-Dieu de Paris, est de 1771. Boyer n'en a vu qu'un seul cas; A. Cooper, qu'un seul cas non plus; Dupuytren en possédait deux, et Monteggia, enfin, en avait observé deux.

La rareté de ces faits engagea M. Malgaigne à rechercher tous ceux qui pouvaient exister dans la science, et, à l'aide des 26 faits qu'il a rassemblés, il a pu tracer une histoire à peu près complète de ces déplacements, histoire à l'aide de laquelle j'ai pu me rendre compte des altérations de forme que j'avais observées. Cependant il m'est resté un doute.

M. Malgaigne admet cinq variétés de ces luxations :

1° Complètes en dehors;
2° Complètes en dedans;
3° Incomplètes en dehors;
4° Incomplètes en dedans;
5° De champ ou verticales.

A première vue, c'était à une luxation *de champ* ou verticale, que je croyais avoir eu affaire. Une lecture attentive du mémoire entier et des observations qu'il renferme me fait me demander aujourd'hui si j'ai eu affaire à une luxation *verticale*, ou s'il ne s'agissait pas plutôt d'une luxation *incomplète en dehors*. Voici la raison de mon doute :

Dans certains faits de luxations rangées parmi les incomplètes en dehors, nous en trouvons une due à M. Moreau, ayant la plus grande analogie avec la nôtre, produite également par l'action musculaire, sans violence, réduite assez facilement, et dans laquelle, dit l'auteur, la rotule était placée presque *de champ*. Cette observation est assez courte pour que je la rapporte en entier.

« Obs. XIII. — Un colonel d'artillerie voulant croiser ses jambes l'une sur l'autre, s'est luxé la rotule, qui s'est trouvée placée *presque de champ*; une douleur très-vive s'est aussitôt manifestée; les efforts du malade ont suffi pour opérer la réduction de cette luxation. Le lendemain, il y avait du gonflement, qui a cédé aux moyens appropriés.

» Douze ans auparavant, le même accident s'était manifesté chez ce militaire. » (*Gaz. méd.*, 1836, p. 666.)

M. Moreau n'a pas dit si le déplacement avait eu lieu en dedans ou en dehors; mais la rareté des luxations incomplètes en dedans et la nature de la cause qui l'a produit, font penser à M. Malgaigne qu'il était en dehors.

D'autre part, un fait à peu près pareil, observé par M. Martin (de Lyon), et classé par M. Malgaigne dans les luxations *verticales externes*, survenu de même par simple action musculaire chez une fille de quinze ans, qui avait vu l'accident se produire en se retournant dans son lit, cas cité sous le n° XVIII (*loc. cit.*, p. 674), et dans lequel le déplacement fut réduit aussi facilement, nous force à admettre qu'entre les luxations *incomplètes en dehors*, les plus fortes, et les luxations *verticales externes*, les plus faibles, il n'y a que peu de différence.

Je reste donc encore aujourd'hui dans le doute. Cependant, comme le plus souvent les luxations incomplètes en dehors se réduisent plus facilement que les luxations verticales, je serais assez tenté de rapporter à celles de la première espèce le fait que j'ai observé, et je dis plus, c'est qu'après avoir bien médité le cas de M. Martin, j'aurais une tendance, malgré l'autorité de notre illustre maître en fait de luxations, à ranger parmi les luxations incomplètes en dehors l'observation de M. Martin.

C'est du reste une distinction à laquelle, dans le cas particulier que nous venons de citer, M. Malgaigne lui-même n'attacherait pas, je crois, une grande importance, car il dit que ces luxations verticales *ne semblent qu'une variété* des luxations incomplètes, et qu'elles en diffèrent principalement en ce qu'elles se font aussi bien en dedans qu'en dehors. Ici elle était en dehors, comme dans le fait que j'ai observé.

M. Martin, dans son observation, dit que le bord interne de l'os était en contact avec la partie antérieure et moyenne de la poulie articulaire du fémur. M. Malgaigne fait remarquer qu'il ne peut en être ainsi; un déplacement de ce genre ne pourrait avoir lieu d'une manière permanente, et il repousse l'explication de Monteggia, qui pensait que le bord interne de la rotule s'enfonce dans le sillon qui sépare les condyles antérieurement.

Il a démontré par l'analyse anatomique des surfaces articulaires que « la facette moyenne de la rotule fortement relevée » n'est plus en contact avec le condyle; la rotule, obliquement » placée, regarde beaucoup plus en dedans qu'en avant par la » face antérieure, et se rapproche de la position *de champ*; ce » n'est point alors son bord interne qui se trouve placé entre » les condyles et qui la fixe dans sa position nouvelle, c'est son » angle supérieur et interne qui, fiché dans le creux sus-condylien d'une manière plus ou moins solide, forme le principal » obstacle à la réduction.... Le contact de deux portions aussi » lisses et polies ne saurait rendre compte des difficultés que l'on » éprouve quelquefois à réduire. »

Depuis les quelques semaines qui se sont écoulées depuis que j'ai été appelé à voir ce cas, j'ai demandé à un assez grand nombre de confrères s'ils en avaient observé de pareils. C'est surtout la réponse négative que tous m'ont faite qui m'a engagé à rédiger cette observation, que sa rareté m'a semblé surtout rendre curieuse, non moins que le mécanisme encore inexpliqué suivant lequel elle s'est produite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Fin de la séance du 29 janvier 1862.
Présidence de M. Morel-Lavallée.

M. Boinet lit un rapport sur un mémoire de M. Philippart, relatif au *traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées.*

Discussion à la suite de ce rapport.

M. Huguier. Dans l'ensemble du rapport que vient de nous lire M. Boinet, il est quelques points qui m'ont surtout frappé et qui sont sujets à contestation. Ainsi M. Boinet recommande de ponctionner les kystes de l'ovaire du côté correspondant à leur point d'implantation et il ajoute que rien n'est plus facile que de porter ce diagnostic. Je ne saurais partager entièrement cette manière de voir. Ainsi j'ai vu beaucoup de kystes nés à gauche être situés sur la ligne médiane et même tout à fait à droite, et réciproquement des kystes nés à droite se porter du côté gauche.

Voici comment j'explique ce phénomène. Un kyste se produit, je suppose, sur l'ovaire gauche. Dès qu'il a acquis un volume un peu considérable, il entraîne par son poids l'ovaire et le ligament large lui-même, et vient se placer naturellement sur la ligne médiane, dans l'excavation pelvienne et dans le cul-de-sac péritonéal qui la tapisse en arrière de l'utérus. Là des adhérences peuvent s'établir et fixer le kyste dans cette position, qui, en se développant plus tard, restera à peu près invariablement sur la ligne médiane. Si des adhérences ne s'établissent point, le kyste se développera, et, refoulé par le rectum, il se portera à droite, où il va prendre désormais un accroissement de plus en plus grand. J'ai souvent eu l'occasion de voir se produire ces phénomènes, de sorte que le précepte formulé par M. Boinet n'est pas toujours aussi facile à suivre qu'il veut bien le dire.

M. Boinet a dit aussi qu'il faut ponctionner le kyste dans le point le plus déclive de la paroi abdominale, et il a fixé le voisinage du pli de l'aine comme étant le plus propice. Je suis parfaitement du même avis que M. Boinet, et j'admets sans restriction la loi qu'il a posée si judicieusement. Mais je m'éloigne un peu de lui, en ce sens que je donne à cette loi une extension plus considérable. Ainsi je crois qu'il est un point plus déclive que celui signalé par M. Boinet, je veux parler du cul-de-sac vaginal à travers lequel la ponction peut être faite.

M. le rapporteur a bien indiqué cette région, mais j'aurais voulu qu'il nous dît les raisons qui lui font préférer le pli de l'aine pour la ponction. Je reconnais volontiers que la ponction par le vagin n'est pas toujours praticable, parce que le kyste peut être mobile ou éloigné du cul-de-sac vaginal. Malgré cela je déclare cette voie comme étant après tout la meilleure.

Tout à l'heure M. Boinet nous a dit que la sonde à demeure devait être employée seulement pour les kystes à parois épaissies. Quant à moi, j'admets la nécessité de l'emploi de la sonde à demeure dans les kystes suppurés.

Je dois ajouter en terminant que, malgré ces critiques, je regarde le rapport de M. Boinet comme parfaitement bien fait.

M. Chassaignac. M. Boinet vient de nous dire qu'il faut placer la sonde à demeure, dans quelques circonstances, pendant le traitement des kystes ovariques. Je suis disposé à combattre formellement l'emploi des corps étrangers mis à demeure dans les kystes de l'ovaire après la ponction. Je crois en effet que cette pratique est très-dangereuse.

Voici ce que j'ai pu observer à cet égard. Par une circonstance fortuite, mais non rare, j'ai eu dans mon service à l'hôpital Lariboisière, à un moment donné, quatre malades affectées de kyste de l'ovaire.

La première de ces femmes avait un kyste volumineux qu'elle portait depuis longtemps. Elle était tombée dans l'épuisement, et l'on prévoyait sans peine une mort prochaine. Je fis une ponction du kyste, et je plaçai à demeure un tube élastique. A mon grand étonnement cette femme alla de mieux en mieux, et, encouragé par ce résultat, je fus porté à recourir à ce même traitement chez la seconde malade. Celle-ci fut donc ponctionnée et porta des tubes élastiques; elle guérit promptement. C'était très-beau, je devais persister dans cette voie; mais bientôt vinrent les revers.

La troisième et la quatrième de mes malades furent soumises à ce traitement. D'abord tout alla pour le mieux; mais bientôt les accidents se déclarèrent, et la mort ne tarda pas à enlever ces deux malades.

La première opérée elle-même ne fut point exempte de ces accidents, et elle finit par succomber la dernière. Nous trouvâmes chez elle une suppuration de la face interne du kyste avec une péritonite. Il en fut de même chez les deux autres.

Ainsi chez ces trois femmes il n'y a pas eu d'accidents immédiats, et cependant elles ont succombé plus tard. Vous voyez par quelle concomitance fatale je suis arrivé à appliquer d'une manière si large un traitement si funeste, puisque, sur quatre opérées, il y a eu trois morts.

A l'autopsie, j'ai été frappé d'une circonstance; il paraît, en effet, que la suppuration de ces kystes en amène pour ainsi dire la désagrégation et de là la péritonite. Dans un cas cependant le kyste avait des parois épaissies, et néanmoins la péritonite existait.

Il résulte de là que, sans porter un jugement définitif sur les cas dans lesquels on a fait des injections quotidiennes, je devais signaler la défiance que j'éprouve pour l'emploi des corps étrangers à demeure dans les kystes de l'ovaire.

En résumé, j'ai voulu ici moins faire une argumentation contre le rapport de M. Boinet, qu'une communication personnelle sur un sujet si digne d'intérêt.

M. Laborie. Je me joins à la protestation de M. Chassaignac en ce qui concerne les corps étrangers laissés à demeure dans les kystes de l'ovaire, et je le fais d'autant plus volontiers que M. Boinet semble attribuer la mort survenue après leur emploi à la manière de faire des chirurgiens qui ont perdu leurs malades. Pour ma part, je regarde les corps étrangers à demeure comme très-dangereux et comme la cause presque unique de tous les accidents observés dans les cas rapportés par M. Boinet.

M. Dépaul. Je n'ai que de courtes observations à présenter relativement au rapport de M. Boinet. Ainsi, l'honorable rapporteur a débuté par des considérations générales qui font déjà pressentir son opinion. Je trouve qu'il a jugé un peu sévèrement la discussion qui a eu lieu à l'Académie il y a quelques années. Il a dit, par exemple, que les conclusions qu'elle avait adoptées étaient plutôt théoriques que pratiques; au contraire, je pense que ces conclusions ont été basées sur l'expérience et la pratique, et qu'elles doivent faire autorité.

Les faits invoqués par M. Boinet ne sont pas probants pour la méthode qu'il défend. Ainsi il rapporte quatre observations, et il y a deux cas de mort, et un troisième dont le résultat n'est pas bien connu, puisque la guérison n'est pas encore complète.

M. Boinet attribue les accidents à ce que les injections ont été mal faites. Je suis disposé à le reconnaître pour une observation; mais pour les autres je suis d'un avis différent. Ainsi, je vois que c'est M. Philippart lui-même qui a fait l'injection. Dans les cas où les accidents sont survenus, M. Boinet pense que le liquide a pénétré dans la cavité péritonéale. Cette pénétration est-elle bien démontrée? Je ne le pense pas.

D'un autre côté, j'ai été frappé qu'à Roubaix il n'y ait que des kystes monstrueux. On cite un cas de 45 litres; et puis vient une autre observation; et il y a encore 45 litres! A-t-on mesuré le liquide extrait? Si on a jugé par la simple inspection, il faut savoir qu'il peut y avoir des appréciations fort erronées. Enfin, j'ai remarqué que dans la troisième observation il est question d'un kyste à parois épaissies, et cependant il est dit qu'après la ponction les parois sont revenues sur elles-mêmes avec facilité. Il y a là quelque chose de contradictoire. Il est évident pour tout le monde qu'avec une épaisseur considérable les parois ne peuvent revenir facilement sur elles-mêmes, et que dès lors l'observation est mauvaise.

J'ajouterai un dernier mot. M. Boinet a insisté à plusieurs reprises sur la difficulté de distinguer l'ascite de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, et même sur la possibilité de confondre un kyste ovarique avec une affection utérine. L'insistance avec laquelle M. Boinet a parlé de ces erreurs possibles a rendu cette opinion pour ainsi dire sienne. Eh bien, je pense que c'est là une erreur. Je suis d'un

avis tout contraire. Dans l'état actuel de nos connaissances, je crois que le diagnostic différentiel de l'ascite et du kyste de l'ovaire est simple, facile dans le plus grand nombre des cas. Cela est si vrai qu'avec un peu d'habitude on peut, avec le palper abdominal seul, arriver à distinguer ces deux affections. Je ne veux pas insister davantage sur le diagnostic entre un kyste et une affection utérine.

M. BOINET. Je vais répondre d'abord à M. Huguier. En ce qui regarde la difficulté de diagnostiquer le côté dans lequel le kyste a pris naissance, je pense qu'elle est réelle lorsque le kyste est très-volumineux, et sous ce rapport je suis volontiers de l'opinion de M. Huguier. Mais je maintiens ce que j'ai avancé, si l'on veut l'appliquer à un kyste petit. Dans cette circonstance, je le répète, le diagnostic du siége d'implantation est facile. L'embarras, je l'accorde, peut exister quand le ventre est très-gros; et même, dans cette circonstance, il y a encore possibilité de reconnaître le côté qui a donné naissance au kyste, en se basant sur les considérations suivantes. En interrogeant la malade sur les antécédents, elle finira toujours par dire qu'au début de son affection les douleurs, les pesanteurs siégeaient exclusivement de tel ou tel côté, et c'est ce côté qui a produit le kyste. Il existe, en outre, un signe physique qui manque rarement; par le toucher vaginal, on trouve une obliquité du col, et le fond de la matrice est porté du côté opposé à celui où est né le kyste. Enfin, la percussion peut encore éclairer le diagnostic en montrant la masse intestinale située du côté opposé au kyste. Ainsi es cas difficiles sont rares, ils sont tout à fait exceptionnels.

Quant à la ponction, M. Huguier pense que celle faite par le vagin est préférable. Et moi aussi je le pense, mais malheureusement elle n'est pas toujours facile et possible, soit à cause de la mobilité du kyste, soit à cause de sa distance du cul-de-sac vaginal. Quand il y a une distance entre la paroi vaginale et la paroi du kyste, si on injecte un liquide, on peut le faire pénétrer dans le péritoine, d'où épanchement et péritonite. En second lieu, si, pour une cause ou une autre, on est obligé de retirer la sonde et qu'on veuille la réintroduire, on éprouvera les plus grandes difficultés pour rentrer dans la poche kystique; on pourra croire l'avoir trouvée, lorsque le bout de la sonde sera simplement égaré dans le cul-de-sac péritonéal. Sans ces graves inconvénients, je serais prêt à reconnaître une supériorité réelle à la ponction vaginale.

Enfin j'accorde à M. Huguier que dans les kystes suppurés, il est utile de faire usage de la sonde à demeure.

Maintenant, je vais demander à M. Chassaignac s'il pense avoir attaqué mon rapport par les observations qu'il a produites. Je ne crois pas qu'il y ait une comparaison possible entre ce qu'il a fait et le procédé que j'emploie. Ainsi, M. Chassaignac fait une double ponction, il traverse le kyste de part en part, d'un côté à l'autre; il établit ainsi des adhérences en deux points, et plus tard ces adhérences vont précisément devenir un obstacle à la rétraction de la poche, à son retour graduel vers son lieu d'origine. En outre, le drain employé par M. Chassaignac étant percé d'une foule de trous dans tout son trajet, peut devenir la cause d'accidents fort graves, en permettant, par ces trous correspondants à la cavité péritonéale, l'issue d'une certaine quantité de liquide dans cette cavité. C'est là une explication que je donne comme se présentant naturellement à l'esprit.

Ainsi, par son procédé, M. Chassaignac se place dans la double alternative suivante : ou bien il établit des adhérences, et alors il n'y a pas de rétraction possible; ou bien il n'y a pas adhérence, et alors il s'expose à injecter du liquide dans le péritoine.

M. Laborie semble me reprocher d'accuser les médecins de manquer de soins auprès de leurs malades. Personne n'osera me contredire en conseillant au médecin qui soigne un kyste de l'ovaire, de se trouver souvent auprès de sa malade, de faire fréquemment des injections détersives, et d'éviter par tous les moyens l'infection putride.

M. Depaul m'accuse de ne pas connaître la discussion académique qui a eu lieu en 1856 sur l'emploi de la sonde à demeure dans les kystes ovariques. On a rejeté cette pratique, en se basant sur trois faits de M. Robert et un fait de M. Huguier. Je ne compte pas le fait de M. Barth, qui s'est produit après la discussion, et qui du reste ne s'y rapporte pas, puisqu'il s'agit de l'emploi d'un tube élastique. Je déclare ici sans crainte que les trois faits de M. Robert ne prouvent rien contre l'emploi de la sonde à demeure.

La thèse de M. Thomas, dans laquelle sont consignés ces trois faits, nous permet aujourd'hui d'en discuter la valeur à ce point de vue.

Or qu'a-t-on fait?

On a d'abord pratiqué une ponction; on n'a rien fait après cela. Puis au bout de quelque temps, on s'est avisé de faire une injection iodée; les lavages subséquents ont été négligés ou mal faits. Il est vrai qu'il y a eu deux morts et un cas ignoré. Mais cela ne prouve absolument rien en ce qui concerne la méthode que j'emploie.

M. Chassaignac nous a dit qu'il ne voulait pas de corps étrangers à demeure dans le traitement des kystes ovariques. Je trouve sa proposition trop absolue. J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, d'observer avec M. Velpeau une jeune comtesse affectée d'un kyste pileux. On avait ponctionné ce kyste dans la persuasion qu'il était séreux, et l'on avait pratiqué plusieurs injections iodées. Toutes avaient été infructueuses. Nous étions arrivés à la huitième sans meilleur résultat, lorsque la mère de la malade me fit remarquer qu'un poil était sorti de la poche kystique. Il fut dès lors décidé que l'on mettrait une sonde à demeure.

Eh bien, cette dame a porté cette sonde pendant deux années consécutives, sans en éprouver d'inconvénients sérieux.

Le kyste, depuis cette époque, est revenu graduellement sur lui-même, et s'il n'est guéri, il est du moins très-amélioré! J'ajouterai qu'avec un instrument spécial introduit dans la poche, je retire des cheveux, des poils, en les enroulant autour de cet instrument.

Je pourrais citer une autre malade qui porte une sonde à demeure depuis dix-huit mois, sans en avoir éprouvé le plus petit accident.

Je crois donc que si des malheurs sont arrivés, il ne faut pas les attribuer à l'usage de la sonde à demeure.

M. Depaul a parlé de parois épaisses qui étaient en contradiction avec la rétraction de ces parois; mais j'ai beau chercher dans les observations que j'ai rapportées, je ne puis rien trouver qui motive cette objection.

Quant aux 45 litres, j'ai dû accepter les expressions de l'observation; il est vrai que M. Philippart n'a pas dit avoir mesuré. Personnellement, j'ai vu un kyste d'une capacité énorme; j'en ai mesuré le contenu, et il était de 55 litres.

M. HUGUIER. Pour le fait du diagnostic du côté par lequel le kyst a débuté, j'en appelle à l'expérience de M. Boinet. Non-seulement cette difficulté existe pour les kystes, mais encore pour toutes les tumeurs abdominales. J'ai pu vérifier ces faits un très-grand nombre de fois. Quant à la ponction vaginale, je ne l'ai pas conseillée d'une manière absolue; j'ai précisé, et j'ai dit qu'il fallait y recourir quand la fluctuation du kyste pouvait être sentie par le vagin. Elle offre alors de grands avantages.

Eu égard aux corps étrangers laissés à demeure, oui, M. Chassaignac a raison, il faut les bannir. Mais il faut reconnaître d'un autre côté que souvent nous sommes forcés de les employer. Je signalerai comme dangereux leur emploi dans les kystes multiples. Voici, en effet, ce qui peut arriver : si vous mettez une sonde à demeure, le bec de la sonde viendra arc-bouter contre les parois qui forment les cloisons. Cette pression continue amènera la mortification de cette cloison, d'où gangrène, suppuration dans plusieurs poches et infection putride.

J'ai observé un kyste suppuré de l'ovaire. Il y avait des accidents d'infection putride, je l'ouvris à trois reprises différentes, et chaque fois il s'écoula environ six litres de pus. Comme la malade ne guérissait point, j'eus la main forcée, je me décidai à employer la sonde à demeure, et j'en obtins un très-bon résultat. Voici comment je procédai : avec un trocart courbe, je fis une ponction par le vagin et par la plaie sus-pubienne; j'introduisis une sonde que je fis sortir par le vagin, de sorte que le pubis était contourné par la sonde laissée à demeure. Pendant six mois cette sonde fut supportée sans accidents, et la malade finit par guérir. Ainsi l'on voit qu'il n'y a pas de règle sans exception.

— Sur la proposition de M. Boinet, la Société adopte :

1° Le dépôt dans les archives de la Société du mémoire de M. Philippart;

2° L'inscription de l'auteur au nombre des candidats au titre de membre correspondant.

— Sur la proposition du président, la Société décide que le rapport de M. Boinet sera renvoyé au comité de publication.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Plusieurs de nos confrères nous ayant demandé le texte de la circulaire relative aux taxes à allouer aux médecins appelés devant les tribunaux, nous nous sommes adressé à M. le ministre de la justice pour en avoir communication. Nous avons le regret d'annoncer que notre demande n'a pas été accueillie.

Voici la réponse que nous avons reçue à ce sujet de M. le directeur des affaires criminelles et des grâces :

« Paris, 7 février 1862.

» Monsieur, vous m'avez prié, par votre lettre du 27 janvier dernier, de vous adresser, pour être insérée dans la *Gazette des Hôpitaux*, la copie d'une circulaire récente qui est relative aux taxes à allouer aux médecins et experts appelés devant les cours et tribunaux.

» La communication que vous me demandez, Monsieur, et la publicité que vous vous proposeriez de lui donner, seraient tout à fait contraires aux usages de l'administration. J'ai donc le regret de ne pouvoir accéder à votre désir. »

— D'après une note insérée au *Moniteur* du 9, MM. les médecins-majors qui désirent prendre part aux examens d'aptitude pour le service hospitalier, peuvent, *jusqu'au 25 de ce mois*, faire parvenir leurs demandes au ministère de la guerre.

— On assure que l'administration de l'Assistance publique vient de louer, à la campagne, une maison qu'elle compte mettre à la disposition des chirurgiens des hôpitaux, pour qu'ils puissent y pratiquer, dans les meilleures conditions possibles, certaines opérations exceptionnelles qui exigent des soins particuliers.

— L'Association générale des médecins de France a admis dans sa séance du 7 février : MM. Andrieux, Boureau, de Courtois, Dauvé (Paul), Dussol, Fournié (de l'Aude), Marit.

M. le professeur Jobert (de Lamballe) a fait don de la somme de 200 fr. à l'Association générale.

— Par une décision en date du 10 janvier 1862, prise sur un avis favorable du Conseil de santé des armées, M. le ministre de la guerre vient d'adopter, pour être réparti dans les bibliothèques du service des hôpitaux militaires, l'ouvrage publié par M. le docteur Berchon, chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine de Rochefort, et intitulé *De l'emploi méthodique des anesthésiques, et principalement du chloroforme.*

Cet ouvrage avait été l'objet d'une pareille faveur de la part du ministre de la marine et des colonies.

— M. le docteur Habert, médecin de l'hôpital de Magny (Seine-et-Oise), membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Mantes, est mort le 15 janvier 1862, dans sa soixantième année.

Manuel d'électrothérapie, exposé pratique et critique des applications médicales et chirurgicales de l'électricité, par M. le docteur A. TRIPIER. Un volume in-12 de 624 pages, avec 89 planches intercalées dans le texte. Prix : 6 fr. Chez J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 18. — JEUDI 13 FÉVRIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 18. — JEUDI 13 FÉVRIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 FÉVRIER 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur l'hygiène des hôpitaux a continué dans cette séance. M. Larrey a entretenu l'Académie des hôpitaux militaires français, dont il a exposé et examiné dans leurs plus grands détails l'organisation et la tenue comparées à celles des hôpitaux militaires étrangers et particulièrement des hôpitaux anglais. Cette étude, faite avec le soin scrupuleux que M. Larrey a l'habitude d'apporter à toutes choses, l'a conduit à indiquer les nombreuses réformes à opérer pour amener le système hospitalier militaire au degré de perfection désirable. Il se propose, dans la séance prochaine, de compléter cette exposition en examinant le mode d'organisation et de fonctionnement des services hospitaliers pendant les dernières guerres de Crimée et d'Italie, au point de vue des principes généraux qu'il a formulés dans cette première partie de son travail.

M. Nélaton a rendu compte à l'Académie de l'opération d'ovariotomie que M. Demarquay a pratiquée sous ses yeux et avec son assistance à Saint-Germain. Nos lecteurs connaissent déjà ces détails, que nous avons rapportés dans le précédent numéro. Malgré l'issue malheureuse de ce cas, M. Nélaton, loin de désespérer de l'avenir de cette opération en France, a exprimé le vœu que les chirurgiens ne se laissent pas décourager par cet insuccès, dont on peut s'expliquer la cause par une circonstance accidentelle particulière du procédé opératoire qui pourra être prévenue à l'avenir, et qu'ils ne renoncent pas à une opération qui a réussi si souvent entre les mains des chirurgiens anglais.

La séance a été terminée par un court rapport de M. de Kergaradec, sur une modification que M. le docteur Chevallier-Dufour (de Mauriac) a proposé d'apporter au stéthoscope ordinaire. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Rhumatisme articulaire aigu, fébrile, névralgique. — Méningite rhumatismale. — Mort, autopsie.

Le 3 janvier 1862 est entré dans notre salle Saint-Jean-de-Dieu un homme âgé de trente-sept ans, menuisier, atteint de douleurs rhumatismales siégeant dans toutes les jointures du côté gauche du corps. C'est la première fois, dit le malade, qu'il est atteint d'affection rhumatismale. Il sait la cause occasionnelle de son affection : il s'est exposé, après un travail forcé qui l'avait baigné de sueurs, à un brusque refroidissement. C'est le surlendemain de cet accident que les premiers symptômes de rhumatisme se sont manifestés : toux légère, puis brisure générale des membres, et enfin, le 30 décembre dernier, douleur violente dans l'épaule gauche, le coude, le poignet, la hanche, le genou, les chevilles, le pied et les orteils du même côté. Il n'a pu continuer son travail; les douleurs étaient si violentes qu'il a été se coucher sur un lit de copeaux auprès de son établi de menuisier; elles étaient si franchement, si exclusivement localisées dans le côté gauche, que le médecin, qui le vit rapidement en ville, prononça le mot hémiplégie rhumatismale liée peut-être, disait la lettre de recommandation, à une affection médullaire.

L'état du malade, à son entrée, justifie les détails qu'il donne sur le début de son affection : il est maigre, pâle, brun ; il se tient courbé en deux, et offre l'apparence d'un épuisement absolu des forces.

Le côté gauche du corps est presque exclusivement atteint ; toutefois le genou gauche est mieux qu'il n'était les jours précédents, et le genou droit, au contraire, s'est entrepris depuis le matin. L'amendement de la douleur dans l'articulation du genou gauche a fait place à une tuméfaction considérable : épanchement de liquide appréciable. Dans le genou droit l'hydrarthrose n'est pas notable.

La réaction fébrile est vive ; pouls à 100, 104, plein, résistant ; le cœur est normal par son volume, ses battements superficiels et son rhythme régulier ; absence de souffle : tout concourt à démontrer l'immunité du cœur. Pas de souffle dans les carotides ; chaleur vive de la peau, de 38 à 39°.

Du côté du système nerveux, anxiété vive, insomnie depuis trois jours.

Les autres appareils sont profondément troublés : anorexie, soif vive, langue blanche, selles rares, peau sèche, urines *claires, faiblesse musculaire extrême.*

Transporté en voiture à l'hôpital, il n'a pu arriver aux salles du service qu'avec bien des souffrances.

Traitement du 4 janvier, le matin : ventouses sur les deux genoux et les articulations malades du côté gauche, trois palettes; saignée du bras, trois palettes; diète.

Le 5, diminution des douleurs dans les articulations du côté gauche et dans le genou droit ; pas de symptômes réactionnels.

Le 6, le côté gauche s'est dégagé complétement, mais le coude, le poignet, le pouce du côté droit, se prennent violemment; mêmes symptômes généraux que le premier jour. — Ventouses sur les jointures droites malades, trois palettes; saignée, trois palettes.

Le 7 au matin, au cœur : frottement large, étendu, superficiel rhythme normal; pouls, 88, 92. Les douleurs articulaires ont beaucoup diminué, mais elles sont toujours un obstacle aux mouvements spontanés. Insomnie, anxiété. — Vésicatoire volant sur la région du cœur.

Le 7 au milieu du jour (midi), pas de réponse aux interpellations, étonnement du regard, intelligence égarée ; le pansement est accepté avec indifférence.

A deux heures, on trouve le malade mal couvert, mais il est tranquille encore. Interrogé sur les motifs qui le portent à rejeter les couvertures, il s'élance hors de son lit, libre de toute sensation douloureuse des jointures; il a brusquement retrouvé les mouvements articulaires des bras et des jambes des deux côtés.

Pressé de se recoucher, il résiste aux sollicitations; déposé de force dans son lit, il s'abandonne aux mouvements les plus désordonnés et les plus violents. A grand'peine peut-on le retenir et le mettre à l'abri d'une chute imminente, en lui liant les quatre membres. Il crie, menace, supplie.

A trois heures, le malade est dans le coma. Sa respiration est lente, ronflante, profonde ; râles nombreux dans les poumons, disséminés, couvrant les bruits du cœur, et s'opposant à la recherche du souffle constaté déjà vers la pointe.

A quatre heures, mort.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, écoulement d'une grande quantité de sang, qui atteste de la congestion extrême des enveloppes du cerveau ; les sinus sont gorgés de sang. La dure-mère adhère intimement à la pie-mère au niveau de la crête des hémisphères cérébraux.

La pie-mère est très-injectée et très-résistante; les vaisseaux à sa surface s'y dessinent en relief. Vers la base des hémisphères cérébraux, on trouve deux points, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, qui présentent des traces de lymphe plastique épanchée.

L'arachnoïde n'a pas perdu sa transparence, et la teinte opaline observée au niveau des espaces sous-arachnoïdiens appartient à la sérosité louche qui les remplit.

A l'extérieur, la substance cérébrale est légèrement ramollie; lorsqu'on retire brusquement la lame du scalpel, quelques lambeaux de cette substance adhèrent après. Dans quelques points, la teinte de la couche corticale est grise et rosée à la fois.

Les circonvolutions paraissent turgescentes, dessinées avec saillie; quelques arborescences de vaisseaux capillaires en sillonnent les contours.

La coupe de la substance blanche offre un sablé très-abondant. A la pression, chaque point du piqueté rouge laisse sourdre une gouttelette de sang. Pas de diminution de consistance. Les corps striés et les couches optiques sont intacts.

Les ventricules latéraux contiennent à peine quelques grammes de sérosité bien transparente.

Les plexus choroïdes sont infiltrés ; celui du ventricule gauche offre une série de poches du volume d'une lentille, enfermant la sérosité comme dans une série de kystes disposés en chapelet.

Le cœur n'a pas augmenté de volume; la séreuse du péricarde est d'un rose vif disséminé par bandes transversales.

Absence de tout épanchement séreux et d'exsudation plastique. Toutefois la face postérieure du cœur est récemment adhérente au péricarde.

L'endocarde n'est pas rougi d'une façon appréciable; les valvules ne sont pas altérées. Pas de caillot.

Poumons congestionnés.

Rien de notable dans les autres organes.

Le rhumatisme articulaire aigu, fébrile, généralisé, affecte plusieurs formes qu'il serait bon de rappeler ici; mais en présence de cette observation, il nous est impossible de ne pas restreindre nos remarques, et nous devrons nous borner à mettre en opposition les deux apparences les plus extrêmes sous lesquelles il peut se présenter.

Dans l'une de ces formes, le rhumatisme se traduit par des lésions locales complétement inflammatoires et permanentes. Chacune d'elles, prise isolément, constituerait une inflammation digne d'attention. Leur réunion fait du sujet malade un véritable foyer phlegmasique. Si l'on a recours à un traitement antiphlogistique énergique et rapide dans son action, cette marche continue peut être enrayée ; mais si on néglige ce moyen héroïque, on assiste en spectateur impuissant à l'évolution fatale de la maladie.

Mais on peut aussi, malgré l'activité de la thérapeutique, assister en spectateur impuissant encore à une autre forme que nous avons maintes fois signalée, nous voulons parler de cette forme vague et presque insaisissable dans laquelle le rhumatisme parcourt, sans se fixer, tous les points de l'économie sous la forme névralgique.

Ici les localisations sont plutôt des projets d'inflammation que des inflammations réelles. Le travail congestif commence pour avorter presque aussitôt. Sans être partisan des anciennes dénominations médicales, nous rappellerions volontiers le terme de *délitescence* pour faire entendre que là où nous constatons un commencement évident de travail phlegmasique, là aussi il nous échappe quelques moments après, comme par une résolution absolue. Nous rappellerions aussi le mot *métastase*, qui indique le transport des phénomènes phlegmasiques d'un point sur un autre, et nous ferions comprendre ainsi que le mal se transporte de telle articulation sur telle autre, sans avoir accompli dans la première son évolution totale.

La première forme se compose d'un ensemble d'inflammations articulaires qui semblent avoir élu définitivement domicile dans les articulations qu'elles ont envahies. Le rhumatisme, en effet, accomplit là, sur place, tous les degrés successifs d'une évolution inflammatoire complète, jusqu'à la suppuration, mais, dans tous les cas, il s'y immobilise et s'y perpétue sous cette forme que les chirurgiens désignent sous le nom de tumeur blanche, et que depuis longtemps nous avons nommée rhumatisme inamovible. Notez qu'ici nous ne parlons pas de ce rhumatisme qui ne frappe qu'une jointure et que l'on connaît sous le nom de rhumatisme mono-articulaire. Nous ne voulons parler que de ces cas malheureusement trop nombreux, faute d'un traitement bien entendu, où cette fixité s'observe dans un certain nombre d'articulations à la fois.

Dans les cas de ce genre, après la période douloureuse et fébrile du rhumatisme, les articulations ne se dégagent pas, elles restent volumineuses et empâtées, leurs mouvements sont bornés et encore un peu douloureux ; enfin, une véritable infirmité succède sans intervalle à la maladie.

En d'autres termes, il se passe ici, par une sorte d'exception pour les articulations, ce qui est normal pour le cœur ; en effet, nous avons déjà répété bien souvent que dans les formes ordinaires du rhumatisme, si les manifestations articulaires sont vagues et mobiles, celles du cœur ne le sont jamais; elles ne rétrocèdent que par un traitement énergique, prompt et régulièrement appliqué.

A quelles conditions peut-on rattacher cette modalité particulière du rhumatisme fixe? Il n'est pas impossible de la trouver dans la violence avec laquelle ont agi les causes extérieures, peut-être même dans la persistance ou la continuité de leur action. Que l'impression du froid ait agi d'une manière puissante et prolongée sur les fibro-séreuses articulaires, il est permis de comprendre que l'inflammation y aura été conduite par cette cause à un degré assez avancé pour que toute résolution soit désormais impossible. Le mal n'a rien de mieux à faire, si l'on nous passe le mot, qu'à suivre et à terminer sur place une évolution déjà aussi avancée, et les lésions ainsi créées deviendront comme un moyen de protection ou de sauvegarde pour d'autres organes, qui à la rigueur auraient pu se prendre consécutivement, sous l'influence de la même cause.

Nous ne croyons pas cependant que cette action continuée du froid soit seule capable de déterminer une pareille *fixité.* Sans doute nous établissons formellement en principe qu'une même cause doit agir d'une manière identique sur tous les individus, et réciproquement que tous les individus doivent traduire par des phénomènes identiques l'action de cette même cause. Mais nous faisons cependant la part des dispositions inhérentes à chaque sujet. Tous les êtres ne sont pas constamment dans des conditions identiques sous le point de vue de la force générale, de l'état du système sanguin ou du système nerveux, et dès lors ils doivent apporter des modifications particulières dans les phénomènes par lesquels ils expriment l'action d'une influence pathogénique commune.

Or, dans le cas particulier de rhumatisme fixe qui nous occupe, il nous semble que si la maladie revêt plus exclusivement les caractères d'une inflammation franche et complète dans son évolution, c'est que l'individu avait particulièrement à lui fournir dans les matériaux de son économie les éléments propres à une semblable manifestation, c'est-à-dire les éléments sanguins et plastiques. Il y a plus, une telle apparence ne saurait ne pas être, autrement il n'y aurait pas eu emploi d'une disposition

phlegmasique déjà en puissance et peut-être tout près d'éclater spontanément.

La cause extérieure est en quelque sorte venue à propos pour utiliser cette force contenue.

Dans un cas de cette nature (*rhumatisme fixe*), pourquoi la disposition phlegmasique tendrait-elle à se déplacer, à voyager à travers l'économie, avec ce génie de mobilité qui est propre aux cas de rhumatisme vulgaire? Il lui est plus facile, en quelque sorte, de vivre et de s'épuiser dans un certain nombre de foyers déjà établis, que d'accomplir son évolution en cherchant d'autres localisations dans des points sains, et par cela même disposés à résister au travail phlegmasique.

Nous ne faisons pas ici d'ailleurs une supposition gratuite, car l'observation nous apprend que ce rhumatisme fixe se manifeste plus particulièrement chez les pléthoriques, chez les individus dont la nature essentiellement plastique offre aux inflammations tous les éléments propres à un développement entier.

Maintenant, et toujours dans le même esprit, mettons en opposition le malade qui fait l'objet de cette observation, chez lequel le système nerveux jouait un rôle dominant, et voyons ce qui a dû arriver.

Assurément l'inflammation a commencé à se développer; mais à côté d'elle et dans un rang plus élevé le système nerveux témoignait qu'il avait été aussi profondément atteint par la cause morbide. La douleur s'est éveillée, s'est étendue, propagée, par voie de continuité ou de sympathie, à toutes les ramifications du système nerveux. Alors on a pu voir le malade, pauvre en éléments plastiques et en inflammations localisées, montrer toute la richesse et toute la prédominance de son système nerveux par des retentissements douloureux dans tous les points de l'économie.

Par suite, dans le cas actuel et dans tous ceux qui lui ressemblent, on voit, et cela bien indépendamment de la cause première, ce système nerveux fonctionner anormalement à sa manière, c'est-à-dire que ses actes morbides sont des névralgies, des spasmes vagues, intermittents ou rémittents, sans apparence visible de lésions anatomiques là où elles se produisent.

En un mot, la cause rhumatismale et le rhumatisme auront été la détente de cette suractivité fonctionnelle du système nerveux, qui ne demandait en effet que cette occasion pour se manifester.

Au milieu de cet orage d'innervation exagérée, il reste à peine assez de forces au système circulatoire pour exprimer des lésions inflammatoires. Et en effet, c'est à un degré très-peu avancé que se produisent les lésions organiques des articulations dans cette forme de rhumatisme névralgique.

Nous ne sommes plus au temps où l'on croyait aux sympathies pures entre les diverses portions du système nerveux; nous pensons que cet ébranlement de ce système se transmet par voie de continuité et à l'aide des nerfs jusqu'au centre cérébro-rachidien; la pulpe des nerfs, leur névrilème lui-même, s'enflamment sans doute, comme les fibro-séreuses articulaires du voisinage, et, semblables à des fils conducteurs, transmettent leurs propres désordres aux organes centraux, dans lesquels cette lésion doit particulièrement produire ses manifestations et exercer ses ravages.

C'est alors que l'on voit éclater les accidents de la méningite rhumatismale; ils dominent bientôt tous les phénomènes qui se passent du côté des articulations; et en raison de la délicatesse particulière du système nerveux central, on ne saurait s'étonner s'ils amènent une mort rapide et presque certaine.

A la vérité, comme on le voit dans l'autopsie qui précède, les lésions méningiennes ou cérébrales sont peu accentuées; quelquefois même il n'y a pas de lésions apparentes; mais on ne saurait contester leur existence; elles se sont bornées à un état pur et simple de congestion, qui a nécessairement diminué ou même complétement disparu dans le délai de vingt-quatre heures au moins qui s'écoule entre le moment de la mort et celui de l'autopsie.

Les exemples de l'érythème de l'érysipèle, les rougeurs dermiques de nature quelconque disparaissant après la mort, seraient là au besoin pour justifier ce que nous avançons; mais nous tenons pour démonstration encore plus certaine les symptômes mêmes observés pendant la vie; nous n'avons jamais vu le délire, les convulsions et les autres accidents relatés dans notre observation, ni la persistance de ces symptômes, se manifester sans qu'il y eût une méningite ou une méningo-encéphalite bien évidente. Pourquoi en serait-il autrement dans le rhumatisme cérébral? D'ailleurs il y aurait une contradiction manifeste à prétendre que les accidents cérébraux seraient une névrose, lorsque les accidents articulaires sont manifestement inflammatoires.

SUR UNE ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE

qui a régné pendant la fin de février et tout le mois de mars 1861 à Carrières-Saint-Denis (Seine-et-Oise).

Par M. le Dr ADET DE ROSEVILLE.

L'épidémie qui fait le sujet de cette note ayant été assez bénigne, les quelques faits que je vais consigner ici sont loin d'être des faits nouveaux, et je ne les publie que dans la pensée qu'ils ne sont pas entièrement dépourvus d'intérêt, sous le rapport de la statistique.

Carrières-Saint-Denis est un petit village situé à 16 kilomètres de Paris; il est bâti sur le plateau et sur le versant d'une colline qui domine la rive droite de la Seine: l'air y est pur et vif, les maisons, pour la plupart, y sont propres et saines; ses habitants, au nombre de 1,200, sont en général dans une position aisée, et remarquables, surtout au point de vue médical, par les soins minutieux dont ils entourent leurs enfants, tous beaux et bien constitués.

Pendant les vingt premiers jours de cette épidémie, le temps a été froid, le vent nord-ouest très-violent; les giboulées, constituées par de la grêle et une pluie glaciale, ont été presque continuelles: pendant ses quinze derniers jours le ciel a été moins sombre, et la température est devenue plus douce, sans changement toutefois dans la direction du vent; sa durée totale a été de cinq semaines.

Relativement à sa marche, elle s'est propagée de la manière suivante: les garçons de six à douze ans en ont été atteints les premiers, puis elle a sévi sur les filles du même âge, a frappé ensuite les petits enfants depuis le maillot jusqu'à l'âge de cinq ans, et enfin s'est abattue sur les jeunes gens de treize à dix-sept ans. Très-peu des petits sujets ont été épargnés.

Dans la majorité des cas, l'intensité de l'éruption a été en raison inverse de la longueur de la période d'invasion, ainsi que de l'intensité des phénomènes qui l'ont signalée, ou même seulement de l'intensité de ces derniers.

Chez les enfants de six à douze ans, la toux (toux férine) a été le phénomène prédominant dans la période d'invasion; la plupart des malades de cet âge en ont été tourmentés jour et nuit sans interruption, sans qu'il y eût de dyspnée et sans que l'auscultation ait fourni d'autres signes que quelques râles sibilants et muqueux.

Chez les enfants au-dessous de six ans, la toux, très-légère pendant la période d'invasion, a pris une extrême gravité dans la période éruptive; elle était continuelle, très-grasse, accompagnée d'oppression. L'auscultation révélait l'existence de râles sous-crépitants dans une grande étendue de la poitrine, le catarrhe capillaire était imminent; mais le kermès et les vomitifs administrés en temps opportun, ainsi que les vésicatoires, ont fait justice de ces accidents: un seul enfant, âgé de onze mois, a succombé à leur suite. Il n'y a pas eu de cas de pneumonie.

Un malade de neuf ans, au début de la période éruptive, a été atteint de pseudo-croup; malgré le désir des parents, rien n'a été tenté contre ce phénomène, qui s'est calmé de lui-même à mesure que se sont développées les taches morbilleuses.

Les symptômes fournis par l'appareil digestif ont été généralement peu importants: le plus souvent il y a eu une constipation assez opiniâtre, et comme flux intestinal digne d'être noté, un seul enfant, âgé de cinq ans, a été vingt-cinq fois à la garde-robe dans la nuit du troisième au quatrième jour de la période d'invasion; mais les premières taches s'étant montrées à l'apparition du jour, la diarrhée a cessé tout aussitôt pour ne plus revenir.

Presque tous ont été affectés de dysurie ou d'ischurie plus ou moins longtemps prolongées, surtout dans la période d'invasion.

Un assez grand nombre de malades des différents âges, au moment de l'apparition des premières taches, ont rendu *par la bouche* des vers lombrics, et chez la plupart d'entre eux les parents n'avaient jamais soupçonné l'existence de ces parasites.

Les convulsions se sont montrées trois fois, sur lesquelles deux fois elles ont eu une terminaison funeste méritant une mention particulière pour la rapidité avec laquelle les sujets, qui n'avaient jamais eu la moindre indisposition, ont été emportés.

Chez l'un d'eux, enfant de trois ans, dans la nuit du troisième au quatrième jour de la période d'invasion, l'éruption s'est faite; le matin de ce quatrième jour, tout le corps était couvert de taches normales, non confluentes; la toux était légère, la respiration bonne, la fièvre peu intense; tout, en un mot, faisait présager une heureuse issue; à minuit, il était encore fort bien; à une heure, le père, s'étant levé pour l'examiner, il le trouva dans l'état suivant: la face était pâle et froide, la respiration râlante, l'oppression intense; les yeux étaient renversés; la chaleur et les taches n'avaient pas subi de modifications sur le tronc ni sur les membres. A une heure et demie, quelques secousses brusques, assez fortes, eurent lieu dans les bras; le père, justement effrayé, vint en hâte me trouver; il arriva chez moi à deux heures et demie, et à peine dix minutes, pendant lesquelles il me rendait compte de ce qui était survenu, s'étaient-elles écoulées que son frère, arrivant à son tour, nous annonça que les convulsions ayant rapidement augmenté d'intensité, après l'une d'elles, plus forte que les autres, l'enfant avait subitement rendu le dernier soupir.

L'autre, âgé de dix-sept mois, frère du précédent, huit jours après le malheureux événement que je viens de rapporter, se sentant mal à l'aise, demanda à se coucher plutôt que de coutume; il s'endormit aussitôt, et, à part une sueur abondante, la nuit ne fut pas mauvaise. Quand je le vis, à dix heures du matin, il y avait un peu de somnolence, un peu de pâleur du visage; du reste, respiration naturelle, chaleur douce et humide à la peau; pouls de force normale, peu fréquent; coryza, larmoiement.

Pendant que je l'examinais, les paupières s'étant entr'ouvertes, je vis les globes oculaires se renverser doucement, et aussitôt survinrent, dans les membres supérieurs seulement, quelques secousses légères, rapides et sans roideur. J'annonçai aux parents que l'enfant était atteint de convulsions marquant le début de la rougeole; je prescrivis une potion antispasmodique, pour tisane une infusion de tilleul, et des cataplasmes sinapisés sur les cuisses et sur les jambes.

A trois heures de l'après-midi, on vint me prier d'aller de nouveau voir le petit malade, qui était beaucoup plus mal; je m'y rendis en toute hâte, et quand j'arrivai chez lui, à trois heures et demie, on m'annonça qu'il était mort immédiatement après le départ du messager qu'on m'avait envoyé.

Voici ce qui m'a été dit: quelques secousses semblables à celles dont j'avais été témoin eurent lieu jusqu'à midi; alors il était survenu du délire; puis, les mouvements convulsifs ayant rapidement augmenté de fréquence et d'intensité, après l'un d'eux plus violent que les autres, comme son frère, il avait tout à coup expiré.

Voilà donc deux existences qui ont été tranchées l'une en deux heures, l'autre en quatre, sans qu'il m'ait été possible d'intervenir pour tenter seulement de combattre les terribles progrès du mal.

Dans le second cas, ai-je bien fait tout ce qu'il fallait faire? c'est une question que je me suis souvent adressée depuis ce déplorable malheur; peut-être aurais-je dû agir plus énergiquement dès les premiers mouvements convulsifs qui se sont manifestés sous mes yeux; cependant, je l'ai déjà dit, ces mouvements étaient alors fort légers et ne faisaient rien présumer de fâcheux pour le présent; d'un autre côté, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les convulsions du début des fièvres éruptives ne sont pas en général très-graves, qu'elles ne réclament qu'un traitement palliatif, et qu'une médication active ne peut qu'avoir des suites funestes en entravant la marche de la maladie, et en préparant quelquefois de sérieuses complications. Je crois donc m'être conformé, en cette circonstance, aux conseils de l'expérience, ainsi qu'aux préceptes de l'art. Toutefois je soumets ma conduite au jugement de mes confrères, et m'incline à l'avance devant ce jugement quel qu'il soit.

La période d'invasion a dépassé deux fois ses limites ordinaires: chez un enfant de neuf ans elle s'est prolongée pendant douze jours, et chez un second de quatre ans pendant quatorze jours; chez ce dernier, son début a été marqué par de fortes convulsions auxquelles ont succédé une agitation, une irritabilité extrêmes et des cris incessants, qui n'ont eu de fin qu'au moment de l'apparition des premières taches.

Deux frères, l'un âgé de six ans, l'autre de trois, quinze jours après leur guérison de la rougeole, ont été atteints de la scarlatine; cette dernière éruption, qui s'est manifestée subitement pendant la nuit, sans avoir été annoncée par le moindre signe précurseur, s'est étendue en quelques heures avec une remarquable intensité sur toute la surface du corps, et n'a été ni compliquée ni suivie du plus léger accident.

Comme phénomènes consécutifs, j'ai eu à traiter un certain nombre d'ophthalmies peu intenses mais très-tenaces, deux stomatites ulcéro-membraneuses très-graves, qui n'ont cédé qu'à l'action du chlorate de potasse à haute dose, et chez presque tous un état saburral des premières voies avec anorexie et soif inextinguible, accidents dont, par deux ou trois purgations successives, je me suis facilement rendu maître.

Enfin, et je termine, j'ai constaté deux cas authentiques de récidive; l'un chez une jeune fille de seize ans, qui avait été atteinte *sporadiquement* de la maladie en 1860; l'autre chez une petite fille de onze ans, qui l'avait déjà eue dans sa seconde année.

ACCIDENTS DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

par broiement.

L'observation suivante nous est adressée par un de nos confrères du département de la Haute-Marne, qui nous prie de lui faire connaître notre opinion sur la méthode du broiement dans l'opération de la cataracte, et sur la valeur du traitement qu'il a institué pour parer aux accidents survenus chez son malade.

M. L..., qui occupe dans notre ville une position importante, étant atteint d'une cataracte double, complète d'un côté, s'est adressé à M. X..., docteur en médecine à Paris, qui a opéré l'œil gauche par la méthode du broiement. Au bout de trois jours, érysipèle phlegmoneux des paupières, inflammation de l'œil.

Un traitement des plus énergiques, suivi avec persévérance et ténacité, calme les accidents, et le malade revient se confier à mes soins. Je trouve:

État général déplorable, plus de sommeil, plus d'appétit, point de digestions, maigreur squelettique.

État local: hypopyon, atrésie pupillaire, perte de transparence des trois quarts de la cornée, conjonctivite générale, douleurs continues, parfois intolérables; le malade a la sensation de la vision.

La perte de la vue était certaine pour moi, malgré la promesse formelle de M. X... de rétablir la vision au moyen d'une pupille artificielle.

Sous l'influence d'un traitement général et local, institué d'accord avec l'opérateur, la santé générale s'améliora; l'œil eut des intervalles de repos.

Au bout de trois mois, kératite avec petites ulcérations, douleurs vives, tension de l'œil, saillie de la cornée. Pensant qu'une ponction était nécessaire pour prévenir la sortie des humeurs de l'œil, et ne voulant pas la faire, et pour cause, j'envoyai le malade à Paris.

En raison d'une épidémie régnante, on le renvoya immédiatement avec une prescription, et toujours la promesse de récupérer la vue par une pupille artificielle.

Malgré le traitement, la cornée se ramollit; il se fit une ouverture non loin du centre et du côté externe: le pus, très-dense, ne pouvant sortir, la tension de la cornée augmentant, je me décidai à agrandir l'ouverture. Le pus sortit facilement; puis le lendemain, il s'échappa un corps dur, inégal, qui n'était autre que la sixième partie environ du cristallin.

J'envoyai à M. X... cette partie de cristallin, qui était pour moi la cause de tous les accidents et la preuve des inconvénients de la méthode employée. M. X... ouvrit la lettre sans précaution, paraît-il, et le petit corps, quoique enveloppé, se perdit, et vérification ne put être faite.

Les accidents se calmèrent comme par enchantement; les douleurs disparurent; la cornée, qui n'était plus transparente, se cicatrisa en s'aplatissant; l'œil diminua de volume, et quand mon client, il y a

vingt jours, retourna à Paris, très-bien portant du reste, on lui déclara qu'on ne pouvait rien pour lui.

Il revint désolé, puis furieux. Contre qui? contre moi. Il a acquis ou croit avoir acquis la conviction que la perte absolue de son œil est due à la petite incision que j'ai pratiquée sur la cornée !

Comme cette opinion, partagée ou non par sa famille et ses amis, sera certainement propagée par des gens intéressés à nuire, qu'elle aura un certain retentissement, je viens faire appel à votre jugement, je viens au besoin faire appel à la loyauté scientifique de M. X... et vous demander, ainsi qu'à lui, si, dans cette circonstance, c'est à mon intervention qu'est due la perte de l'œil et si j'en dois porter la responsabilité.

Le fait que nous venons de rapporter n'offre en lui-même rien qui doive surprendre. Les accidents observés ne sont pas rares à la suite de l'opération qui a été pratiquée. En effet, une portion du cristallin était restée sans être absorbée dans la chambre antérieure; de là tous les symptômes graves qui ont fini par faire perdre l'œil et qui auraient pu avoir des suites bien plus fâcheuses, si notre confrère n'avait, en bon praticien, fait une incision à la cornée pour faire sortir le corps étranger, dont la présence avait déterminé l'inflammation de l'œil et par suite l'atrésie pupillaire et l'opacité de la cornée. Peut-être si dès le début on avait fait sortir le fragment de cristallin aurait-on obtenu un meilleur résultat; mais il ne nous semble pas possible de formuler la conduite que l'on aurait dû tenir, alors que nous ne savons pas les motifs qui ont guidé le chirurgien dans le choix de son mode de traitement.

Ces accidents, avons-nous dit, ne sont pas rares, c'est pour cela que la méthode du broiement, malgré les avantages qu'elle présente, n'est appliquée que dans des cas tout à fait exceptionnels : c'est lorsque, voulant faire l'abaissement, le chirurgien ne trouve pas dans le cristallin une résistance assez grande pour que la lentille puisse être repoussée par l'aiguille dans le corps vitré. Dans ces circonstances, on est obligé de diviser la lentille en petits fragments qui tombent dans la chambre antérieure.

En général, les fragments disparaissent par absorption au bout d'un temps plus ou moins long et sans causer d'accidents, mais d'autres fois, et surtout lorsqu'il y a un noyau dur, on observe les désordres dont le tableau a été exposé plus haut; dans ce cas, extraire le corps étranger qui a causé tout le mal est la conduite la plus sage. Aussi, pour se mettre à l'abri d'insuccès de cette nature, nous préférons, à moins d'impossibilité absolue, l'extraction par kératotomie supérieure à l'abaissement; et, lorsque nous avons affaire à une cataracte molle, faire une ponction à la cornée, déchirer largement la capsule antérieure du cristallin et laisser la lentille se résorber sur place. Les parties liquides disparaissent rapidement, et, s'il reste un noyau, il est facile de l'extraire en faisant, comme dans l'opération de la cataracte par extraction, une incision à la cornée avant le développement des accidents inflammatoires, qui presque toujours compromettent l'opération secondaire. — Dr A. Jamain.

DU FUCUS VESICULOSUS (CHÊNE MARIN, LAITUE MARINE); de ses propriétés fondantes et de son emploi contre l'obésité, etc.

Par M. le docteur Duchesne-Duparc.

Les faits consignés dans ce travail m'ont paru offrir dès le début un piquant intérêt de nouveauté et un degré d'utilité pratique suffisant pour en faire le sujet d'une double communication académique. Mon but en agissant ainsi était de provoquer dans le corps médical une légitime curiosité, et d'engager mes honorables confrères à soumettre à des expériences comparatives les différentes propositions que je vais énoncer.

Cet appel à l'attention des observateurs me paraît le plus sûr moyen de faciliter la réunion des éléments propres à mettre en évidence l'exactitude de cette proposition : *Est-il possible de diminuer la prédominance graisseuse sans compromettre l'équilibre des principales fonctions organiques?*

J'ai dit comment j'avais été amené à faire usage du *fucus vesiculosus* : cette plante m'avait été signalée dans une réunion scientifique (avril 1857) comme un puissant moyen de combattre le *psoriasis* invétéré; ce fut donc à des personnes affectées de dartres squammeuses ou furfuracées que je le prescrivis d'abord. Je m'empresse d'ajouter que ces essais ne furent pas heureux; aucun des psoriasiques auxquels j'ai fait prendre le *fucus* n'a obtenu dans son affection de la peau la plus légère amélioration; mais cet insuccès fut compensé par un phénomène assez remarquable : tous ceux qui en avaient fait usage accusèrent un amaigrissement plus ou moins prononcé; ce résultat avait été constant, parfois assez rapide, toujours exempt de malaise, sans trouble aucun des fonctions digestives, et seulement accompagné d'urines plus abondantes, à la surface desquelles se formait une couche blanchâtre et d'apparence noire.

Plusieurs malades surchargés d'embonpoint ayant obtenu un allégement et un bien-être incontestables, je continuai de prescrire le *fucus*, non plus comme un anti-herpétique à propriétés négatives ou du moins fort douteuses, mais à titre de nouvel agent thérapeutique, possédant le singulier privilége d'activer les facultés absorbantes des cellules graisseuses, et d'agir comme fondant et résolutif.

Ce fut donc, en définitive, dans l'espoir de trouver un remède utile contre l'*obésité* que je continuai mes essais, et je crois pouvoir conclure dès aujourd'hui d'un certain nombre de faits, que le praticien trouvera dans cette plante un résolutif d'une énergie manifeste.

Avant de mettre ces faits sous les yeux du lecteur, je crois utile d'exposer quelques considérations générales sur l'obésité, de faire connaître les caractères botaniques et chimico-organiques du *fucus vesiculosus*, les différentes formes médicamenteuses sous lesquelles on peut l'administrer, enfin son action sur l'organisme.

1° DE L'OBÉSITÉ.

Nous ne considérons pas comme appartenant à l'obésité ce degré modéré d'embonpoint qui souvent ajoute à la grâce des formes et donne plus de souplesse et d'aisance aux mouvements; nous n'appliquons cette qualification qu'à la véritable pléthore adipeuse, qui devient un fardeau pénible pour ceux qu'elle affecte, et dont le poids se fait surtout sentir à l'époque des grandes chaleurs.

Ici se présente une série de problèmes qu'il serait sans aucun doute fort intéressant de résoudre, mais sur lesquels la science est loin encore d'avoir dit son dernier mot. Quelle est l'origine de la graisse? quel rôle cette substance joue-t-elle dans l'économie? à quel degré l'embonpoint cède-t-il la place à l'obésité et doit-il être considéré comme une maladie? La réponse à ces différentes questions est difficile, même faite d'une manière générale ou approximative.

Le tissu graisseux, qui est un des éléments constitutifs du corps, et qu'on trouve seulement dans les espèces pourvues d'organes spéciaux pour la respiration et la circulation, est-il simplement exhalé par les veines, ou, comme l'affirment certains anatomistes modernes, le produit d'une sécrétion opérée par des organes particuliers qui, en raison de leur petitesse, échappent à l'observation? Ce que nous savons, c'est qu'il s'amasse et se condense dans les aréoles du tissu cellulaire, qu'il contribue par sa présence à la régularité des formes extérieures, qu'il facilite le jeu de certains organes, en garantit d'autres contre l'impression trop vive des corps étrangers, et que, quoi qu'il possède peu de propriétés albiles, il peut, dans certains cas, retarder les effets pernicieux d'une abstinence trop prolongée.

Nous pouvons ajouter que, par sa composition chimique, il doit exercer une certaine influence sur les fonctions de la respiration et de la circulation, et que dans les cas où sa production est largement modifiée, il peut résulter pour l'économie des conditions morbides souvent plus graves que celles qui naissent de la gêne mécanique occasionnée par l'accumulation de la graisse.

Il serait difficile de prévoir, même d'une manière générale, à quel degré le développement de l'embonpoint peut être considéré comme une maladie : dans un homme adulte et bien conformé, on estime que la graisse fait environ le vingtième du poids total; mais qui ne sait que dans une foule de cas ce rapport n'existe plus, sans que la santé en paraisse en aucune façon altérée? Ce n'est, en réalité, qu'après que certaines fonctions sont gênées dans leur exercice que l'embonpoint doit être accepté comme un état morbide, et encore, tant que cette gêne est supportable, est-on généralement porté à prendre pour un excès de santé la surabondance du tissu graisseux. Aussi ne sommes-nous le plus souvent consultés que lorsque l'obésité a fait des progrès tels que toutes les fonctions sont plus ou moins compromises, et quelquefois même lorsque certaines affections organiques se sont déjà développées.

Parmi les caractères de l'obésité, quelques-uns sont si apparents qu'il suffit de les indiquer : l'aspect extérieur du corps est modifié, l'harmonie des forces n'existe plus, la surabondance de la graisse, en augmentant le volume et le poids des organes, rend difficile la plupart des mouvements partiels et généraux; les articulations sont gênées; la progression ne peut s'exécuter sans fatigue; et comme cette surcharge graisseuse se produit à l'intérieur en même temps qu'au dehors, les organes des cavités splanchniques éprouvent dans l'accomplissement de leurs fonctions des difficultés que la marche du temps ne fera qu'accroître. Les vaisseaux comprimés ne laissent circuler qu'avec peine le liquide qui doit vivifier l'organisme; les poumons ne jouissent plus que d'une expansion limitée. Il est facile de comprendre quelles conséquences fâcheuses doivent résulter de l'exercice incomplet de deux fonctions aussi importantes que la circulation et la respiration, qui tiennent sous leur dépendance toutes les autres fonctions. La teinte foncée du visage annonce la stase du sang et offre les apparences de la constitution dite apoplectique; les membres inférieurs s'œdématient; les palpitations de cœur, les étouffements, surviennent après les moindres mouvements, et condamnent le malheureux atteint d'obésité à une existence qui ne peut que favoriser la marche de son infirmité.

L'innervation participe également aux troubles fonctionnels des autres appareils; la sensibilité s'émousse, l'intelligence perd son activité; une somnolence presque continuelle enlève au malheureux obèse jusqu'à la volonté de secouer une torpeur qui peut devenir mortelle.

Ces divers accidents tiennent à la présence même de la graisse développée outre mesure : il est facile de comprendre qu'un pareil obstacle au libre exercice de fonctions importantes doit bientôt altérer la structure même des organes, et l'on ne peut s'étonner de voir la plupart des personnes atteintes d'obésité succomber à des affections organiques.

Il faut encore admettre que l'obésité favorise d'une manière notable la formation des hernies, surtout de la hernie ombilicale, et que la distension de la peau devenant une cause continuelle d'irritation, peut contribuer au développement de la plupart des maladies cutanées.

Relativement aux causes de l'obésité, la science nous laisse dans un état de vague et d'incertitude presque complet. Nous la voyons survenir et se développer au milieu des conditions hygiéniques les plus opposées : aussi, sous le rapport *étiologique*, nous trouvons-nous le plus souvent réduits à supposer une prédisposition particulière qui se rencontre le plus ordinairement chez les sujets d'un tempérament lymphatique.

Un état morbide qui se complique journellement d'accidents aussi graves et aussi variés, a dû nécessairement provoquer la sollicitude d'un grand nombre de personnes et fixer l'attention des praticiens. Il serait donc permis de croire que la thérapeutique est en mesure de lui opposer des remèdes puissants et d'une fidélité reconnue. Nous dirons avec regret qu'il n'en est pas ainsi; le traitement de l'obésité reste encore aujourd'hui, comme ses causes, dans le vague et l'incertitude. Bien qu'on ait essayé de revêtir d'une apparence scientifique la série de moyens à employer sous cette formule, « introduire dans l'économie » moins qu'elle ne dépense; en d'autres termes, prescrire une » diète plus ou moins rigoureuse, et favoriser les évacuations » naturelles au moyen des purgatifs, diurétiques, diaphorétiques, etc., » nous devons dire que l'expérience est loin de sanctionner une pareille méthode.

La diète est généralement mal supportée, et l'usage prolongé des évacuants, sous quelque forme qu'on les emploie, s'il ne détermine pas des symptômes d'inflammation, finit par amener un affaiblissement progressif, parfois assez considérable, et souvent sans que l'action paraisse porter d'une manière appréciable sur l'appareil graisseux.

A ce mode général de médication, on a proposé de substituer l'action de certains agents spéciaux : c'est ainsi qu'à différentes époques on a préconisé les acides, les alcalins, l'iode et ses composés, etc.; quel avantage en a-t-on recueilli? Les acides ont souvent déterminé des accidents graves du côté de l'estomac, et, dans ce cas, la diminution obtenue n'a pu être considérée que comme un amaigrissement morbide. L'iode n'a pas été beaucoup plus heureux : son action bien connue sur les glandes qu'il atrophie, jointe à ses propriétés toxiques, feront toujours hésiter le médecin prudent sur son emploi, surtout aux doses nécessaires pour arriver à l'amaigrissement. Les alcalins n'ont pas les mêmes inconvénients, et l'on a vu quelquefois la graisse diminuer par leur usage; mais leur action est loin d'être constante, et trop souvent ils sont restés insuffisants pour que l'on puisse compter sur leur influence.

Je ne parle pas ici de la saignée, qui est cependant le moyen de déperdition le plus énergique pour l'économie, parce que les évacuations sanguines iraient contrairement au but qu'on se propose : la saignée répétée dispose ordinairement à l'embonpoint; j'en ai recueilli, il y a quelques années, une preuve fort remarquable chez une jeune dame de la rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, que j'ai saignée dix fois pendant le cours d'une grossesse, dans l'unique but de lui éviter une nouvelle fausse couche; cette personne a mis au monde une fille d'un poids exceptionnel, tout en prenant elle-même un embonpoint marqué.

Nous n'avons, on le voit, que bien peu de moyens pour combattre l'obésité. Si donc, comme mes expériences semblent me permettre de l'espérer, le *fucus vesiculosus* exerce sur le développement de la graisse l'influence que j'ai indiquée, je croirai avoir fait une chose utile en signalant les propriétés de cette plante, qu'il nous faut maintenant étudier avec quelque détail.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 février 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes-rendus des épidémies qui ont régné dans les départements du Rhône, des Vosges et des Landes.

2° Deux rapports d'épidémie, par M. le docteur Jobert (de la Ferté-sur-Amance); par M. le docteur Cressant, de Guéret. (Commission des épidémies).

3° Des rapports sur le service médical des eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Daudirac, et de Bagnols (Orne), par M. le docteur Bignon. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

L'Académie reçoit :

1° Une lettre de M. Mirault (d'Angers), annonçant le décès de M. Négrier, correspondant de l'Académie.

2° Une lettre de Mme Ve Bégin, offrant à l'Académie le buste de feu M. Bégin.

3° Une lettre de M. le docteur Lisle, sur l'abandon des moyens moraux dans le traitement de la folie. (Commissaires : MM. Rostan, Baillarger et Bousquet).

4° M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie divers instruments destinés à l'opération de l'ovariotomie.

Ayant eu l'honneur d'assister à l'opération d'ovariotomie qui a été pratiquée il y a dix jours à Saint-Germain par M. le docteur Demarquay, j'ai pensé, dit-il, que la partie instrumentale pourrait être avantageusement perfectionnée.

J'ai donc l'honneur de présenter à l'Académie :

1° Un trocart de fort calibre, à robinet, muni d'un ajustage avec tube en caoutchouc et un point d'arrêt B dans la continuation de la canule. Cette idée, qui est de M. le professeur Nélaton, est destinée à empêcher la canule du trocart de s'échapper du kyste au moment où l'on évacue le liquide.

2° Une pince forte et à point d'arrêt, munie de dents multiples et courtes, pour saisir le kyste sans le déchirer.

3° Une pince que j'appelle *serre-pédicule*, disposée de manière à opérer la constriction dans une espèce de triangle à angles arrondis. Cette disposition permet de ramasser le pédicule dans un espace qui, au fur et à mesure que l'on comprime, devient toujours de plus en plus petit, en se rapprochant de la forme circulaire.

Cette disposition a en outre pour avantage de ne pas étaler en long le pédicule, ainsi que le fait le constricteur anglais.

J'ai également fait un constricteur à chaîne métallique dans le genre de l'écraseur linéaire.

Ces instruments ont été appréciés par les chirurgiens qui ont assisté à cette opération, et par M. Demarquay.

5° Une lettre de M. le docteur Douré, renfermant des renseignements bibliographiques sur le goître aigu.

— M. GUÉRARD présente, de la part de M. le docteur Fournié, un mémoire sur la pénétration des corps pulvérulents dans les bronches, au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

La parole est à M. Larrey.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. LARREY, après avoir énuméré les raisons qui motivent son intervention dans la question actuellement pendante, constate que ni Tenon, ni Dulaurens, ni Renauldin, ni Clavereau, ne mentionnent dans leurs écrits les hôpitaux militaires; mais heureusement des mémoires dus à Coste (1790), à Ch. Courtin (1809), à MM. Maillot et Puel (1842), et les collections dues à M. V. Rozier, viennent combler cette lacune, surtout si l'on n'oublie pas les ouvrages de Desgenettes, de Larrey, de Broussais, de Gama, de Bégin, etc., et le *Traité classique* de M. Michel Lévy. Il convient aussi de rappeler parmi les nombreux travaux étrangers le mémoire Nightingale (*Notes on hospitals*, 1859).

J'ai pu reconnaître il y a peu d'années quelques-uns des avantages des hôpitaux anglais sur ceux de Paris; ils se résument en deux conditions essentielles et prédominantes de salubrité, d'une part; le nombre des lits proportionnellement beaucoup moindre dans chaque salle, d'où une dissémination plus large des malades, un cubage d'atmosphère plus étendu; d'autre part, une alimentation meilleure, plus choisie, plus variée, selon une plus grande latitude laissée aux prescriptions des médecins traitants.

M. Larrey revient ensuite sur l'organisation des hôpitaux militaires de l'étranger, et fait l'historique des hôpitaux militaires français, qui sont au nombre de cent environ. L'orateur exprime le vœu qu'on crée un asile d'aliénés spécialement consacré aux militaires.

Passant aux hôpitaux de l'Algérie, M. Larrey en explique l'organisation et les lacunes; il fait ensuite l'historique du Val-de-Grâce et de l'hôpital de Versailles; puis il entre dans des détails minutieux sur l'architecture de ces établissements, sur la grandeur des salles, le nombre des lits, etc. Il énumère les soins hygiéniques qui concernent le linge, les fournitures, l'entretien du parquet, les rideaux, le chauffage et la ventilation, etc. Les effets de l'encombrement et ceux de l'isolement sont ensuite examinés dans leurs rapports avec les épidémies et la mortalité.

Enfin, l'orateur termine cette partie de son discours en énumérant les réformes et les améliorations qu'il serait désirable d'introduire dans les services des hôpitaux militaires, et il annonce que la deuxième partie de son discours contiendra une double application des considérations précitées au sujet des campagnes de Crimée et d'Italie.

La lecture de cette deuxième partie est remise à la séance prochaine.

COMMUNICATION.

Ovariotomie. — M. NÉLATON rend compte de l'opération d'ovariotomie pratiquée le 2 février par M. Demarquay, en sa présence et en présence de MM. Trousseau, Bourdon, Giraud-Teulon, etc. (*Voir*, pour les détails de l'opération rappelés par M. Nélaton, le numéro précédent.)

M. Nélaton, après avoir rappelé les principales circonstances du fait, exprime le vœu que les chirurgiens français ne se laissent pas décourager par cet insuccès et ne renoncent pas à une opération qui a réussi si souvent entre les mains de leurs confrères d'outre-Manche.

Il confesse, tout en prenant sa part de responsabilité, que la terminaison funeste pourrait bien être attribuée, dans ce cas, à la chute prématurée de la pince spéciale à l'aide de laquelle on avait serré le pédicule de la tumeur. Cette chute avait été provoquée la veille de la mort par un effort de vomissement, et c'est l'épanchement de liquide qui en est résulté qu'il faut probablement accuser de la péritonite qui a enlevé la malade.

RAPPORT.

Modifications au stéthoscope. — M. DE KERGARADEC rend compte des modifications que M. le docteur Chevalier-Dufau, médecin à Mauriac (Cantal), propose d'apporter au stéthoscope ordinaire.

Ces modifications consistent:

1° Dans la longueur de l'instrument, réduit à 11 ou 12 centimètres;

2° Dans la disposition de son extrémité supérieure, dont l'évasement prévient l'aplatissement de l'oreille contre la plaque qui termine les stéthoscopes ordinaires;

3° Dans la prolongation du conduit central de l'instrument jusqu'au niveau de l'évasement supérieur.

M. de Kergaradec propose de déposer le stéthoscope de M. Chevalier-Dufau dans les collections de l'Académie, et d'adresser des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 7 février, M. le docteur Boeckel, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Kœberlé, dont la délégation est expirée.

M. le docteur Joessel est nommé prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire près la même Faculté, en remplacement de M. Boeckel, dont le temps d'exercice est expiré.

— La *Presse médicale belge* donne dans son dernier numéro le récit des funérailles de M. le docteur baron Seutin. Nous lui empruntons les détails biographiques qui suivent:

M. Seutin, fils de ses œuvres, avait su atteindre la position la plus élevée qu'un médecin puisse légitimement ambitionner: il était sénateur du royaume, chirurgien en chef des hôpitaux civils de Bruxelles, médecin du roi, ancien médecin en chef de l'armée belge, inspecteur général honoraire du service de santé; président de la commission médicale du Brabant, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique, président honoraire fondateur de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles; commandeur des ordres de Léopold, d'Isabelle la Catholique et du Christ de Portugal; officier de la Légion d'honneur; chevalier des ordres du Lion néerlandais, de Sainte-Anne de 2e classe de Russie, de l'Aigle rouge de Prusse, des SS. Maurice et Lazare d'Italie, de Constantin de Sicile; décoré des ordres du Medjidié de 4e classe de Turquie, du Lion et du Soleil de 3e classe de Perse.

Comme on le voit, les services que notre illustre confrère avait rendus à l'humanité par son immortelle découverte de la méthode amovo-inamovible et du bandage amidonné, avaient été appréciés dans toutes les contrées de l'Europe, qu'il avait parcourues en 1851 et en 1855, dans le but de vulgariser sa méthode.

Mort le 29 janvier, M. Seutin n'était âgé que de 68 ans.

Les honneurs militaires lui ont été rendus conformément au rang qu'il occupait dans l'armée (celui de général-major), par la moitié des troupes formant la garnison de Bruxelles.

Le cercueil, recouvert du costume de sénateur auquel étaient attachés les nombreux insignes dont M. Seutin était décoré, a été porté à bras jusqu'à l'église de Saint-Jacques-sur-Caudenberg; les coins du poêle étaient tenus par MM. Van Schoor, sénateur; Vleminckx, inspecteur général du service de santé; le docteur Lebeau, vice-président de l'Académie de médecine, et Adolphe Roussel, professeur à l'Université.

L'inhumation a eu lieu ensuite à Laeken.

On sait que le baron Seutin a succombé à une maladie du cœur, une hypertrophie compliquée d'un érysipèle gangreneux. L'autopsie a eu lieu, d'après le désir exprimé dans son testament. Son cœur sera inhumé à Nivelles, lieu de sa naissance.

— M. Beyran commencera son cours sur les maladies vénériennes demain vendredi 14 février, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur le perfectionnement du matériel des ambulances volantes, dédiée à M. le baron H. Larrey, par M. Henri ARRAULT, secrétaire de la commission d'hygiène et de salubrité (18e arrondissement), 1861, in-8° de 41 pages, 3 planches. Prix: 1 fr. 50 cent. Chez Victor Rozier, 11, rue Childebert.

Manuel d'anatomie chirurgicale générale et topographique, par A. VELPEAU, membre de l'Institut, etc., et B. J. BÉRAUD, chirurgien et professeur adjoint à la Maternité de Paris, etc. 2e édition, entièrement refondue. Un volume grand in-18. Prix: 7 fr. A la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 19. — SAMEDI 15 FÉVRIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 19. — SAMEDI 15 FEVRIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale. — Maladies régnantes.

Nous avons récemment signalé l'extrême fréquence des affections catarrhales, et particulièrement de la grippe, comme constituant le caractère dominant du règne pathologique actuel. Nous sommes en mesure de compléter aujourd'hui le tableau des maladies régnantes, d'après le rapport sur les maladies observées dans les hôpitaux de Paris depuis le mois d'octobre dernier, que M. le docteur Lallier vient de faire dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, au nom de la commission chargée de cette mission. Voici les faits principaux qu'expose ce rapport :

A l'Hôtel-Dieu, les maladies qui ont prédominé durant cette période, d'après les faits recueillis plus particulièrement dans les services de M. le professeur Rostan (en ce moment suppléé par M. Axenfeld), de MM. Grisolle, Horteloup et Vigla, sont surtout des fièvres typhoïdes et des fièvres éruptives, telles que varioles, varioloïdes et scarlatines, des érysipèles, des bronchites. Ces affections, en général bénignes, paraissent en ce moment diminuer de fréquence dans ces divers services.

A la Charité, M. Beau a vu dans l'espace de quinze jours six cas de fièvre typhoïde. Les fièvres typhoïdes ont été observées également à Necker, où l'on a vu aussi en assez grand nombre des rhumatismes articulaires.

A Cochin, on a constaté surtout des rhumatismes sous toutes les formes. M. Tardieu, à l'hôpital Lariboisière, a observé des fièvres typhoïdes, bénignes d'abord ; puis quelques-unes se sont présentées sous la forme ataxo-adynamique; il a constaté, en outre, des varioles et deux cas d'apoplexie dont le froid lui a paru être la cause.

M. Bourdon, à la Maison municipale de santé, et M. Fremy, à Beaujon, ont vu beaucoup de varioles. M. Gubler, dans ce dernier hôpital, a eu également des varioles avec des bronchopneumonies, des pneumonies, des fièvres typhoïdes et des rhumatismes. Les varioloïdes et les pneumonies sont aussi les maladies qui ont dominé à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Boucher (de la Ville-Jossy) et dans celui de M. Lallier. Ce dernier a eu à traiter, de plus, des fièvres typhoïdes, des érysipèles de la face, des rhumatismes, des pneumonies et des bronchites. M. Moutard-Martin a vu beaucoup de varioloïdes et de varioles franches chez des sujets indistinctement vaccinés ou non. Il a eu à traiter aussi beaucoup de fièvres typhoïdes.

Enfin, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, M. Colin a observé des fièvres typhoïdes en grand nombre, avec prédominance de symptômes cérébraux, et des varioles, dont trois à forme hémorrhagique.

Le rapport de M. Lallier ajoute qu'il s'est montré dans les services des femmes en couches, quelques métro-péritonites, un cas de fièvre puerpérale, un cas de mort par scarlatine dans l'état puerpéral, des érysipèles du sein chez les nourrices, du muguet, des ophthalmies, une variole et deux croups chez les nouveau-nés.

Nous pouvons joindre à cette liste un cas d'érysipèle infantile observé dans le service de M. le professeur Trousseau, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, et dans le même service un cas de sclérème, dont nous parlons plus bas.

— Nous ajouterons aussi que les fièvres puerpérales commencent à se montrer depuis quelque temps avec une fréquence alarmante dans le service d'accouchement de la Clinique, et que, sur la demande de M. Pajot, chargé en ce moment de la direction du service, en remplacement de M. le professeur Paul Dubois, l'administration a dû prendre le parti de restreindre à l'avenir les admissions.

— Une épidémie de rougeole a été observée à l'hospice des Enfants trouvés. M. Bergeron a constaté à l'hôpital Sainte-Eugénie des fièvres typhoïdes, dont une à forme cholérique, et des diphthérites.

— Les hôpitaux de vieillards, enfin, ont présenté beaucoup d'affections catarrhales.

En résumé, il résulte de ce document que les maladies qui ont dominé dans les hôpitaux de Paris pendant les mois de novembre, décembre et janvier, sont la fièvre typhoïde, la variole, le rhumatisme, les catarrhes, la pneumonie et les érysipèles.

— Y a-t-il entre ces diverses affections un caractère commun, un lien pathologique qui permette de les rattacher à une influence générale de même nature, et de reconnaître dans les formes différentes sous lesquelles elles se sont produites l'expression d'une constitution médicale uniforme au fond? C'est ce qu'il serait intéressant de rechercher, et ce que nous tâcherons de faire dans une des prochaines *Revues*.

Sclérème.

Une femme récemment accouchée est entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service des nourrices, pour se faire traiter d'un abcès de la mamelle. Son enfant, qui n'avait alors que de dix à douze jours, avait de la diarrhée et des vomissements ; il était très-maigre et dans un piètre état. La mère s'était aperçue que depuis quelques jours son enfant avait la peau rouge, comme carminée. Elle appela sur ce point l'attention de M. Trousseau, qui, ayant examiné cet enfant avec soin, constata que tous ses mouvements étaient gênés, que ses membres étaient froids et durs, non pas de cette consistance ferme que présentent les enfants nouveau-nés qui sont gras et potelés, mais de cette dureté comparable à celle de la graisse figée ; la température de la peau rappelait celle des reptiles ; le nez tranchant par sa pâleur avec la coloration rouge violacé du reste de la face, au lieu de présenter la flexibilité ordinaire, était rigide ; il présentait la couleur et la fermeté de la cire. La dureté de la peau était plus particulièrement appréciable aux mollets, à la région postérieure des bras, aux cuisses et au cou ; elle était également très-évidente aux joues, au nez et aux oreilles. La respiration était très-fréquente, on entendait çà et là des râles sous-crépitants éclater sous l'oreille. Le tronc offrait la même rigidité et la même inflexibilité que les membres ; les côtes ne se mouvaient les unes sur les autres qu'avec une extrême difficulté. L'enfant semblait avoir la poitrine prise dans une sorte de carapace ; il respirait vite comme pour compenser par la fréquence des mouvements l'insuffisance de la dilatation. Enfin il était agité, et poussait incessamment de petits cris bien différents, par leur intensité et leur timbre, de ceux que poussent d'habitude les enfants de cet âge ; une bave écumeuse et blanche s'échappait de sa bouche. Les urines de cet enfant, examinées à la chaleur et à l'acide nitrique, ont donné un dépôt albumineux considérable.

C'était là un exemple parfaitement caractérisé de le sclérème des nouveau-nés. Il est bon de faire remarquer que la température à ce moment était excessivement basse, c'était pendant les dernières gelées.

Cet enfant a succombé au bout de trois jours aux progrès de cette affection. On a trouvé à l'autopsie une infiltration du tissu cellulaire, avec induration du tissu graisseux, un état congestif des reins et une pneumonie lobulaire, avec ce caractère de retour à l'état fœtal qui a été si bien décrit par MM. Bailly et Legendre.

L'histoire du sclérème des enfants nouveau-nés est assez bien connue pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en refaire ici l'histoire. Ce qu'il importerait seulement de rappeler à cette occasion, c'est l'excellence du mode de traitement institué par le regrettable médecin de l'Hôtel-Dieu Legroux, lequel consiste, comme on le sait, dans la combinaison du massage avec les moyens externes de calorification. Ce traitement, qui n'a d'ailleurs de chances de succès qu'autant qu'il est mis en usage dès les débuts de la maladie, n'a pu trouver son application dans ce cas-ci, où l'enfant, déjà atteint depuis plusieurs jours, n'est en quelque sorte entré à l'hôpital que pour y mourir. Mais ce qui est beaucoup moins connu que le sclérème des enfants, c'est le sclérème des adultes, si rare que M. Trousseau dit n'en avoir vu que deux cas dans sa pratique si étendue : un à l'Hôtel-Dieu, dont l'histoire a été relevée par M. Thirial et consignée dans son excellent mémoire, le second à l'hôpital Necker.

Nous pensons qu'en raison de cette circonstance on lira avec intérêt les quelques renseignements suivants, que nous empruntons à un travail tout récent que M. le docteur Lasègue vient de publier dans les *Archives générales de médecine*.

A l'époque où parut dans le même recueil la monographie de Gillette sur le sclérème des adultes, dont on n'avait pu réunir jusqu'alors que 14 observations, ce médecin distingué terminait son travail par les conclusions suivantes :

« Le sclérème simple est plus commun chez les femmes que chez les hommes. (Sur 14 cas, on comptait 12 individus du sexe féminin).

» L'âge ne paraît avoir aucune influence.

» Parmi les causes qui ont été signalées, on voit dominer l'influence rhumatismale 7 fois.

» La maladie a constamment occupé les parties supérieures du corps ; elle ne s'est étendue aux parties inférieures que d'une manière plus inégale. Sur 11 cas, la première partie envahie a été 7 fois le cou et 4 fois les membres inférieurs.

» La marche du mal a été variable : sur 12 cas, l'invasion a été rapide 5 fois et s'est accomplie en quelques jours.

» L'induration de la peau s'est présentée avec des caractères semblables. Il n'en a pas été de même de la coloration, généralement notée comme plus pâle ; elle a été, dans quelques cas, comme parcheminée et tannée. La température de la peau est restée le plus souvent normale.

» La terminaison a été presque constamment une résolution lente, dont le terme a toujours dépassé plusieurs mois ; les complications ordinaires ont été de la toux et de l'amaigrissement.

» Il n'y a jamais eu de traces d'albumine dans l'urine. »

Telles étaient les notions acquises alors sur cette maladie. Des observations nouvelles recueillies depuis, et qui portent au chiffre de 20 le nombre total de faits connus aujourd'hui, ont permis à M. Lasègue de contrôler les conclusions du travail de M. Gillette, de les compléter à certains égards et de les rectifier sur quelques points.

L'étiologie de la maladie, fait remarquer M. Lasègue, n'est pas plus solidement assise. On voit figurer encore dans ces nouveaux faits l'humidité, les habitations malsaines, des douleurs rhumatismales ; on y retrouve la même immunité des principales fonctions de l'économie, la régularité des périodes menstruelles, l'absence de perturbations nerveuses et de troubles digestifs. Cependant, parmi les antécédents, il constate, plus souvent qu'on ne l'avait supposé, une sorte d'état cachectique assez vague, se rapprochant de l'état scrofuleux, et qui se traduit par des douleurs vagues, mais surtout par des lésions cutanées : érythèmes partiels et passifs, éruptions pemphygoïdes, ulcérations, etc.

La marche de la maladie paraît, d'après ces nouveaux faits, moins favorable que les premiers observateurs inclinaient à l'admettre. Le sclérème, qui débute le plus habituellement par la portion supérieure du corps, qui souvent même ne s'étend pas jusqu'aux extrémités inférieures, se propage, dit M. Lasègue, avec une rapidité variable. L'induration semble occuper de prime-saut une assez large surface et se propage graduellement, sans naître par petits foyers qui se réuniraient. Elle acquiert vite une intensité suffisante pour ne pas laisser d'hésitation, et à partir du moment où elle est devenue bien caractérisée, elle subit plutôt des oscillations douteuses qu'elle ne se prête à une transformation véritable. Dans les cas assez nombreux où on a suivi longtemps les malades, on a constaté que le sclérème restait presque indéfiniment stationnaire. Au bout de deux ans, de sept ans même, la peau n'était ni plus résistante, ni plus parcheminée, ni plus adhérente aux parties qu'elle recouvre, ni plus sèche, ni même vraisemblablement d'une coloration plus bistrée.

La sensibilité tactile n'est pas altérée, mais la peau est fréquemment, et surtout aux premières périodes, le siége d'une sensation incommode et à laquelle les malades s'accoutument peu à peu. Ils ont conscience de la rigidité qui fait obstacle aux mouvements, et qui d'ailleurs n'arrive pas jusqu'aux proportions de la souffrance.

En rapprochant la somme des faits connus, on voit, ajoute M. Lasègue, que la maladie a peu de tendance à la guérison spontanée ; et on acquiert la conviction que jusqu'à présent on n'a pas réussi à découvrir une médication qui entrave les progrès du mal ou qui contribue à le faire rétrocéder.

On attendait, disait-on, de l'autopsie, qu'on n'avait pas encore eu l'occasion de faire, les éléments d'un jugement définitif sur la nature de la lésion qui constitue le sclérème. L'occasion s'est présentée, dans l'un des faits récemment recueillis, de faire cet examen, qui ne paraît pas avoir jeté une lumière bien vive sur ce point. Pour le docteur Foerster, qui a fait cette nécropsie, l'altération principale consisterait en une hypertrophie du tissu cellulaire du chorium lui-même et du tissu cellulaire souscutané, devenu compacte par la formation d'un tissu connectif qui remplirait peu à peu les espaces libres des mailles.

Il reste, comme on voit, beaucoup à apprendre encore sur cette singulière affection, dont l'étiologie surtout présente tant d'obscurité ; et nous avouerons, pour notre propre compte, malgré le supplément d'instruction dont nous sommes redevables à la savante analyse critique de M. Lasègue, que nous ne

sommes encore nullement édifiés sur l'identité de nature de la maladie en question avec le sclérème des nouveau-nés, qui a été l'occasion de cette petite excursion sur le domaine de la pathologie.

Néphrite rhumatismale liée à une pneumonie de même nature.

Un homme âgé de trente-quatre ans est entré dans le service de M. le professeur Piorry pour une pneumonite causée par l'action du froid : le sang était couenneux ; c'était là une pneumonite rhumatismale, si l'arthrite causée par le froid est rhumatismale. Les accidents du côté du poumon se dissipent par la saignée et par le tartre stibié.

Quelques jours après se déclarèrent de la manière la plus aiguë, l'œdème des extrémités, du scrotum, des hanches et de la région lombaire. On constata en même temps la présence d'une très-grande proportion d'albumine dans les urines.

M. Piorry présuma que l'un des reins et peut-être les deux étaient malades, par suite sans doute du dépôt de la fibrine contenue dans la sérosité du sang, comme les poumons l'étaient naguère lorsque de la fibrine s'était déposée dans les cellules pulmonaires et dans les radicules bronchiques. Il s'agissait donc là d'une hémito-néphrite ; l'albuminurrhée était la conséquence de cette lésion : l'examen plessimétrique des reins confirma cette manière de voir. Ces organes étaient d'inégale grosseur, et l'un d'eux était évidemment augmenté de volume. Chacun des assistants put reconnaître en effet, par la limitation plessimétrique de ces organes, que le rein droit présentait sur cet homme 9 centimètres de haut en bas et 5 centimètres d'un côté à l'autre, tandis que le rein gauche n'avait que 5 centimètres dans le diamètre longitudinal et 4 centimètres dans le diamètre transversal.

Il était impossible ici de prescrire l'abstinence des boissons à cause de l'état couenneux du sang ; on insista sur les purgatifs, dans la pensée que la fibrine déposée dans le tissu des reins se résorberait de la même façon que la fibrine déposée dans le parenchyme du poumon ou dans les synoviales se résorbe lors de l'hémito-pneumonite et de l'hémitarthrite.

C'est d'après cette manière de considérer les faits que M. Piorry conçoit les encéphalites, les myélites, les névrites suivies ou non de paralysie qui se déclarent parfois dans les maladies dont le sang couenneux est l'état pathologique dominant.

Frambœsia énorme du cuir chevelu. — Cautérisation par l'acide chromique.

Un malade du service de M. le professeur Nélaton à la Clinique présente une tumeur du cuir chevelu, beaucoup plus remarquable par son volume que par sa nature ; c'est une de ces tumeurs de la surface cutanée, connues, à cause de leur ressemblance grossière avec le fruit de la mûre ou de la framboise, sous le nom de *frambœsia*. Ces sortes de tumeurs ne réclament ordinairement aucune opération ; mais dans le cas dont il s'agit, elle a acquis de telles proportions qu'il en résulte une difformité repoussante.

Elle représente une sorte de large gâteau aplati, de 3 centimètres de saillie environ, à large pédicule, recouvrant la plus grande partie de la moitié droite du crâne, et formé d'une quantité innombrable de granules séparés les uns des autres par des sillons profonds.

Cette tumeur aurait pu certainement être enlevée par le bistouri ; mais une pareille opération n'eût pas été sans danger. On avait à craindre, d'une part, que la suppuration abondante qu'aurait fournie la large surface résultant de l'ablation de cette énorme plaque, ne communiquât par les nombreux sinus de cette région avec l'intérieur du crâne. D'un autre côté se présentait le danger de l'érysipèle, toujours imminent, surtout en ce moment où il continue à se manifester à la suite des opérations, avec une gravité qui réclame une grande circonspection.

M. Nélaton s'est décidé en conséquence à recourir à la cautérisation pour détruire cette production morbide. Sans doute les caustiques ne mettent pas toujours et sûrement à l'abri des érysipèles, mais ils y exposent sans contredit beaucoup moins que l'instrument tranchant, et c'est là un motif suffisant pour leur donner la préférence dans des circonstances semblables.

Le caustique dont M. Nélaton a fait choix est l'acide chromique, qui jouit, comme on le sait, de ce double avantage d'agir presque instantanément, de n'agir que dans une très-petite sphère, c'est-à-dire à peine au delà du contour de la goutte employée, et de produire une eschare sèche, qui se détache peu à peu et laisse lors de sa chute une plaie de bonne nature.

La tumeur a été cautérisée pour la première fois, il y a aujourd'hui huit jours, dans une grande partie de son étendue, avec cet acide promené à l'aide d'un pinceau sur sa surface et dans ses sinuosités. Ces cautérisations ont été répétées trois ou quatre fois depuis. La tumeur, que nous avons vue ce matin même, est affaissée, comme racornie, et sensiblement diminuée de volume ; mais il faudra encore un grand nombre d'applications du caustique pour arriver à sa destruction complète.

Nous ferons connaître les résultats définitifs de cette petite opération.

Parmi les cas remarquables qui se trouvent en ce moment dans les hôpitaux de Paris, nous citerons dans le service de M. le professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu, une femme couchée au n° 10 de la salle Saint-Charles. Depuis quatre années, cette malade, âgée aujourd'hui de cinquante-trois ans, est atteinte d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, arrivé à sa période moyenne de développement. L'état général de cette femme est excellent ; l'affection dont elle est atteinte ne la fait pas souffrir ; elle ne se révèle que par un peu de gêne et quelques tiraillements lorsqu'elle s'est livrée à des travaux pénibles. Le kyste s'élève à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Nous croyons savoir que M. Laugier se propose d'opérer prochainement cette malade, et qu'il a, dans ce but, sollicité et obtenu de l'administration l'autorisation de la faire transporter à Bellevue, dans le nouveau local qui vient d'être affecté à cette destination.

Au numéro 21 de la même salle, on voit un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche.

— Nous avons remarqué dans le service de M. Maisonneuve, salle Saint-Jean, n° 18, un jeune homme de seize ans, atteint d'un anus contre nature situé un peu à droite de la partie médiane de l'abdomen. Un abcès provoqué par un coup de pied de cheval, tel est le point de départ de la lésion que ce malade porte depuis plusieurs années déjà. Les matières fécaloïdes s'échappent entièrement par cet orifice. La continuité du tube intestinal est détruite. M. Maisonneuve se propose de tenter prochainement de la rétablir.

On peut voir dans la salle des femmes du même service une femme qui a une oblitération du vagin et du col utérin, avec rétention du sang menstruel dans la cavité utérine ; elle sera aussi prochainement l'objet d'une tentative opératoire du même genre.

— La séance que M. Chassaignac consacre chaque lundi à ses opérations a été, cette semaine, des plus intéressantes. Trois fistules à l'anus, une tumeur hémorrhoïdale, un cancer épithélial du lobule du nez, un varicocèle, l'extirpation de six ganglions sous-maxillaires hypertrophiés, telles sont les opérations qui ont été successivement exécutées par le chirurgien de Lariboisière. Nous n'avons pas besoin de dire que l'écraseur linéaire a seul paru dans l'amphithéâtre, dont le bistouri est resté rigoureusement banni.

Deux de ces fistules siégeaient sur un phthisique. Un grand nombre de médecins auraient cru devoir les respecter ; car c'est là une opinion généralement répandue, que la fistule est comme un exutoire naturel qu'il serait dangereux de tarir. Depuis longtemps, M. Chassaignac a reconnu combien ces craintes étaient exagérées. Non-seulement il n'a pas vu se développer chez ses opérés les accidents pulmonaires sur lesquels on s'est étendu avec tant de complaisance, mais il a toujours constaté que l'oblitération de la fistule améliorait leur santé.

— Un cas bien curieux de fistule du sinus maxillaire se trouve en ce moment à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Jarjavay, salle Saint-François, n° 29. A la suite de douleurs dentaires et de carie du bord alvéolaire du maxillaire supérieur droit, une fistule s'est établie à la partie postérieure de cet os ; elle mesure 1 centimètre et demi de longueur sur 4 ou 5 millimètres de largeur. Un stylet enfoncé dans cette ouverture pénètre dans le sinus maxillaire, où l'on ne perçoit, du reste, aucune altération. Cette communication insolite entre la bouche et les fosses nasales par l'intermédiaire du sinus, gêne considérablement le malade, qui ne pouvant plus faire le vide dans sa cavité buccale, se voit dans l'impossibilité de boire, de fumer, de manger des potages. A moins que de tamponner avec de la charpie cette ouverture accidentelle, cet homme est forcé de boire à la régalade, et de porter sa soupe avec la cuiller jusque dans l'arrière-bouche. Cette complication des fistules du sinus est rarement observée.

ADHÉRENCE PROLONGÉE DU PLACENTA.

Tranchées utérines.

Par M. le docteur Alf. Liégard (de Caen).

La *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro du 28 novembre dernier, donne les détails d'une observation d'*adhérence anormale du placenta*, rapportée par M. le docteur Molas (d'Auch). Ce médecin raconte que « rappelé une heure après l'accouchement pour extraire le placenta dont rien n'annonçait le décollement, ses tentatives pour opérer ce décollement furent vaines... » Il ajoute : « La crainte d'opérer l'inversion de la matrice, de l'irriter ou » de la blesser si j'employais la violence, m'a fait prendre le » parti d'abandonner le tout à la nature, etc... » Vient ensuite la longue histoire de tous les dangers courus par cette pauvre femme, par la décomposition de ce placenta détaché par fragments putréfiés, etc.

Si de pareils événements se produisent souvent et viennent de temps en temps retentir dans les journaux de médecine, certes ce n'est pas notre faute ni celle de la *Gazette des Hôpitaux*, car dès l'année 1854 nous avions publié dans ce journal plusieurs articles et observations dans lesquels était indiqué et décrit le moyen simple et facile de remédier à cet accident... Et dans le numéro du 9 septembre 1858, ce même journal a encore rappelé les articles publiés précédemment, et résumé brièvement les conclusions de notre travail, résumé dans lequel M. Molas, s'il avait voulu y faire attention, aurait pu apprendre à porter à sa malade un secours prompt et certain... Voici un fait récent qui donnera une fois de plus la preuve de l'efficacité toute-puissante de ce procédé :

Mme B..., rue des Chanoines, âgée de trente ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, était accouchée le 12 décembre dernier, à trois heures du matin, après un travail très-énergique et très-prompt (quarante-cinq minutes), de son cinquième enfant. La matrice était ensuite restée dans une inertie complète. A quatre heures, lorsque je fus appelé près de cette dame, quelques légères contractions se manifestèrent, mais trop faibles pour détacher le placenta, qui me parut très-intimement adhérent. J'administrai alors, à une demi-heure d'intervalle, trois doses d'un *élixir* (dont j'indiquerai la formule dans un autre travail), et qui ordinairement ne tarde pas à provoquer de très-énergiques contractions de la matrice : il s'en manifesta, en effet, quelques-unes un quart d'heure après chaque dose, mais elles ne furent jamais assez fortes pour déterminer l'expulsion du placenta, quoique chaque fois j'eusse exercé lentement et méthodiquement d'assez énergiques tractions sur le cordon.

A sept heures, aussitôt que le petit jour parut, il y avait une heure au moins que l'utérus était retombé dans une inertie absolue ; j'envoyai chercher 3 grammes de seigle ergoté récemment pulvérisé, et aussi ma seringue à injections.

A sept heures et demie, je fis prendre le paquet de poudre en une seule dose dans un quart de verre d'eau rougie sucrée chaude. Dix minutes après, quelques douleurs se firent sentir, mais moins fortes qu'après les doses de l'élixir, et ce fut encore en vain que je recommençai mes tractions sur le cordon, combinées avec des frictions énergiques sur le bas-fond de la matrice. Je me décidai alors, plus de cinq heures après l'accouchement, à pratiquer l'*injection dans la veine ombilicale*. Après avoir coupé le cordon, qui était fort long, et l'avoir réduit ainsi à une longueur de 20 à 25 centimètres, j'injectai environ 300 grammes d'eau très-froide.

Deux minutes après, je fis appuyer fortement, par un aide intelligent, sur le fond de l'utérus contracté, et il me suffit d'une faible traction sur le cordon pour entraîner au dehors le placenta parfaitement intact. Il n'y eut comme toujours aucune hémorrhagie, et, ce qui est aussi une conséquence très-précieuse de ces injections (comme cela a été indiqué dans le travail rapporté par la *Gazette*), il n'y eut aucune tranchée utérine ; de sorte que cette dame passa une journée excellente, dormit ensuite d'un sommeil paisible, et, bien qu'elle n'eût pas nourri son enfant, elle se rétablit si promptement, que le dixième jour elle put faire une petite promenade.

M. le Dr Deneffe, dans le numéro du 4 février dernier, rapporte avec détail une intéressante leçon de M. le docteur Pajot, sur les tranchées utérines. Ce professeur considère ce phénomène comme très-digne de fixer l'attention des praticiens, et rapporte que souvent ces douleurs alternatives se prolongent pendant deux ou trois jours après l'accouchement, et prennent quelquefois un caractère d'intensité tel qu'il pourrait y avoir danger à ne pas se hâter d'intervenir avec une certaine énergie, et il recommande dans ce cas, tout spécialement, l'opium, qu'il a donné quelquefois, dit-il, à la dose de 80 à 100 gouttes dans les vingt-quatre heures.

Disons encore une fois, à cette occasion, que par l'injection froide dans la veine ombilicale, pratiquée pour détacher le placenta, on évite à la fois, certainement et toujours, et l'hémorrhagie et les tranchées utérines, si pénibles et si fatigantes pour ces pauvres femmes épuisées déjà par les longues douleurs du travail de l'enfantement, et qui, à ce moment, ont un si indispensable besoin d'un repos paisible et réparateur.

ANGINE DE POITRINE ESSENTIELLE.

Observation recueillie à Fort-Napoléon (province d'Alger), par M. Amédée Chassagne, aide-major.

M. C..., officier supérieur au 1er régiment de tirailleurs algériens est d'un tempérament nervoso-sanguin et de forte constitution. Depuis seize ans en Afrique, il n'a jamais été affecté que de migraines assez opiniâtres ; enfin, sa famille n'a présenté aucun cas de névrose qui puisse faire croire à une hérédité même éloignée.

Le 22 décembre au soir, sans cause appréciable, il fut pris d'une gêne douloureuse au niveau des deux articulations omoplato-claviculaires (la droite surtout) ; la douleur, sourde au début, suivit le trajet de la clavicule, gagna l'articulation sterno-claviculaire et descendit le long du sternum en augmentant progressivement d'intensité.

M. C... alla se coucher, et goûta une vingtaine de minutes de sommeil ; il est éveillé tout à coup par une sensation de constriction thoracique et de barre empêchant l'ampliation inspiratoire.

Nous sommes appelé, et voici ce que nous constatons :

Aucune appréhension sur son état. La face est le siége d'une congestion veineuse considérable. La respiration est sifflante, irrégulière ; elle est parfois suspendue, et nécessite des efforts très-douloureux. Le décubitus est dorsal, avec un peu d'inclinaison sur le côté droit.

La déclivité gauche est insupportable ; l'orthopnée augmente l'oppression, donne des vertiges et des tendances à la syncope.

Une douleur constrictive, une *barre* (selon l'expression du sujet), s'étend d'un mamelon à l'autre, et, suivant le diamètre antéro-postérieur du thorax, correspond de l'appendice xyphoïde au niveau de la septième vertèbre dorsale ; de là elle s'irradie le long du sternum, diverge suivant le sens des deux clavicules, des parties latérales du cou (plexus cervical superficiel), et enfin descend le long du bras et de l'avant-bras gauche, suivant le trajet des cordons nerveux, en affectant une intensité moindre à mesure qu'elle s'éloigne du foyer thoracique.

Le membre supérieur droit est le siége d'une simple gêne de motilité.

L'exploration du cœur, des gros troncs artériels et des poumons, ne révèle aucun désordre organique. Les battements du cœur sont précipités, mais sans rudesse ni bruit de souffle. Le pouls est un peu petit, mais normal dans son rhythme et le nombre de ses pulsations (64).

La langue est nette, l'appétence conservée ; le cerveau et les sens ne présentent aucune perturbation sympathique.

M. C... a remarqué avant notre arrivée trois phases distinctes de recrudescence dans l'acuité de la douleur; les deux premières d'une demi-heure, la dernière d'une heure environ; elles ont été séparées par une rémittence marquée. — Quelques gouttes de chloroforme sur un morceau de sucre, à répéter plusieurs fois.

Le 23 au matin, notre départ a été suivi dans la nuit d'une crise très-violente d'environ une heure.

Sur la préférence de goût du malade, nous substituons l'éther au chloroforme.

La journée du 23 est d'un assez grand calme relatif. La douleur est moins vive, mais persiste; l'orthopnée et le lever réveillent son acuité; il s'y ajoute un malaise vague dans les membres supérieurs et quelques fourmillements dans les membres inférieurs; l'appétit est énergique. — Diète; potion antispasmodique additionnée de laudanum de Sydenham, 20 gouttes.

Il n'y a pas eu de crise pendant la nuit du 23; le sommeil a été profond.

Le 24, très-grande amélioration; toutefois, à la suite d'une alimentation un peu hâtive, il survient une crise assez violente pour forcer le malade à se coucher quelques minutes; les urines, limpides et un peu décolorées depuis le début de l'affection, se chargent d'un dépôt d'acide urique et d'urates acides.

Nous prescrivons de la modération dans l'exercice et un purgatif aloétique.

Le 25, le rétablissement se confirme; toutefois la douleur et la gêne surtout pendant la marche ne passent complétement que le 27 au matin.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres : d'abord, contrairement à l'opinion des médecins anglais, l'angine s'est montrée névrose simple, entièrement indépendante d'hypertrophie du cœur, ossification des valvules, affection organique du poumon, etc., en un mot maladie purement nerveuse, telle que l'ont décrite Fothergill et Baumes.

2° La sensation de suffocation déchirante, regardée comme forcément initiale par M. Desportes, n'est survenue qu'après des prodromes très-marqués de gêne douloureuse, commençant au niveau des deux clavicules, puis descendant le long du sternum, pour se fixer entre les deux mamelons; ce qui ferait assez croire à la localisation dans le pneumogastrique soutenue par Laënnec.

Enfin, l'angine de poitrine, surtout décrite en Angleterre par Wall, Hamilton, Heberdey, est une affection des pays humides et froids; à ce titre seul, notre cas, observé sous les chaudes latitudes de l'Algérie, présente un côté curieusement exceptionnel.

DU FUCUS VESICULOSUS (CHÊNE MARIN, LAITUE MARINE); de ses propriétés fondantes et de son emploi contre l'obésité, etc.

Par M. le docteur Duchesne-Duparc (1).

On prépare avec le fucus une décoction à saveur piquante et marécageuse que quelques personnes boivent sans répugnance, que le plus grand nombre repoussent, et dont on peut faire usage entre et pendant les repas.

Je le prescris ordinairement sous forme pilulaire. Mes premiers essais ont été faits avec la poudre. Depuis plus d'un an, j'ai dû lui substituer l'extrait hydro-alcoolique, dont j'obtiens des résultats plus rapides et plus réguliers. Chaque pilule a renfermé jusqu'ici 0,05 d'extrait; mais cette dose est évidemment trop faible; on peut sans inconvénient la tripler, et même aller au delà.

Ce remède doit être pris de préférence le matin, à jeun. J'ai déjà plusieurs fois constaté que les personnes qui font en même temps usage de la décoction et des pilules, obtiennent un résultat favorable.

La dose d'extrait de fucus peut s'élever graduellement jusqu'à 3 ou 4 grammes par jour, sans le moindre inconvénient.

L'emploi du fucus ne réclame aucun changement dans le régime habituel. J'ai toujours laissé les personnes manger au gré de leur appétit; et à part l'abus des farineux, de la bière, des bains prolongés, d'une vie trop sédentaire, qu'il est toujours convenable d'éviter, je n'ai jamais imposé de privations sérieuses.

L'action du fucus sur l'économie est des plus faciles à constater. Après quelque temps de son usage, on se sent plus léger, plus dispos; l'estomac fonctionne avec plus de rapidité, et l'heure des repas est plus impatiemment attendue. Les flatuosités diminuent, puis disparaissent chez ceux qui en éprouvaient habituellement. Le travail de la digestion cesse d'être accompagné de l'animation du visage, de plénitude, de pesanteur à la région épigastrique, de bouffées de chaleur vers la tête. Cette apparente surexcitation organique n'empêche pas le calme du système nerveux.

Ce n'est qu'après deux ou trois septénaires que l'on commence à observer des phénomènes spéciaux et caractéristiques; les urines deviennent généralement plus abondantes et commencent à offrir à leur surface cette couche ou pellicule noire que j'ai signalée dès le début de ce travail. C'est à partir de ce moment que se manifestent les propriétés fondantes du fucus, et que se montrent les premiers signes d'amaigrissement. Ce résultat, que certaines personnes attendent avec une si grande impatience, se prononce chaque jour davantage, et bien que variable dans ses degrés, ne m'a jamais fait défaut.

Ces différents phénomènes nous montrent donc dans le *fucus vesiculosus* un véritable stimulant des facultés absorbantes, concentrant principalement son action sur les cellules graisseuses. L'amaigrissement qu'il détermine ne se produit pas toujours d'une manière uniforme; je l'ai vu se limiter à certaines régions isolées, qui sont presque toujours alors celles où le tissu graisseux s'est accumulé avec le plus d'abondance. Ainsi, chez l'un, c'est la poitrine; chez un autre, l'abdomen; chez un troisième, la nuque et la partie supérieure des épaules.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Mais à l'amaigrissement ne se bornent pas les propriétés résolutives du fucus : plusieurs observations me semblent démontrer qu'elles pourraient encore être utilisées dans certains cas d'infiltration intra ou sous-cutanée, d'hydropisie passive, de bronchorrhée, de goutte atonique, compliquée d'empâtements articulaires, etc. Gardons-nous toutefois d'anticiper sur des résultats thérapeutiques qui sont encore du domaine de l'avenir, et que des expériences répétées et suivies avec l'attention la plus scrupuleuse peuvent seules démontrer et mettre en évidence.

Qu'il nous suffise pour aujourd'hui de reconnaître dans le fucus un *fondant* d'une incontestable énergie, dont les propriétés thérapeutiques avaient échappé jusqu'ici à l'attention des observateurs, et qui sont d'une application d'autant plus précieuse et plus facile qu'elles se rencontrent dans une plante fort répandue, à notre proximité pour tous, peu coûteuse et d'un emploi d'autant plus commode que son usage ne réclame aucune modification dans le régime ni les habitudes.

Faits pratiques. — Obs. I. M. G..., âgé de soixante-huit ans, 5, rue Chabannais, affecté depuis longues années d'un esthiomène ulcéreux du visage, dont les médications les plus variées et les plus énergiques n'ont pu complétement triompher jusqu'à ce jour, m'ayant témoigné le désir de chercher dans le *fucus vesiculosus* un nouveau moyen de soulagement et de modification, eut d'abord recours à la décoction et plus tard aux pilules (poudre et extrait) dont il prit jusqu'à 20 par jour. Ce traitement fut suivi deux mois sans interruption, puis suspendu et repris de nouveau durant deux mois encore.

Voici quels ont été les résultats :

« Tant que j'ai fait usage du fucus, m'écrit M. G..., je n'ai ressenti ni maux de tête, ni irritation à la gorge, ni fatigue à l'estomac ou aux intestins.

» J'ai observé que l'action du fucus sur les muqueuses et les glandes sébacées est très-prononcée; que les parties sécrètent beaucoup d'eau se consolidant à l'air, mais que les croûtes qui en résultent s'amollissent et disparaissent par des lotions à l'eau tiède; que les transpirations sont plus actives, les urines plus abondantes : ces dernières restent généralement un peu rouges et chargées d'une matière blanchâtre et glaireuse. Sous l'action de ce médicament, ajoute M. G..., le visage s'éclaircit, la santé générale devient parfaite. »

Cette dernière phrase, qui semble friser l'enthousiasme, dénote pour le moins l'entière innocuité du fucus, et elle mérite d'autant mieux d'être signalée que M. G... n'a malheureusement retiré de l'usage de cette plante aucune amélioration pour sa dartre ulcéreuse. Ce que nous avons à noter dans cette observation, c'est l'action fondante du fucus qui se révèle à la fin de la lettre; « car, dit en terminant M. G..., avant de commencer chaque traitement, qui a duré de 60 à 70 jours, j'ai eu le soin de me peser, et j'ai constamment trouvé après le traitement, soit par la tisane, soit par les pilules, une diminution de douze à quinze livres. »

Obs. II. — Un exemple plus remarquable encore d'amaigrissement m'a été fourni par M. Ch. D..., rue Beautreillis, 23. Chez cette personne le *fucus* a été prescrit dans le but unique de combattre une pléthore graisseuse devenue gênante.

Voici ce que m'écrivait M. D... le 28 mars 1859 :

« Je viens vous faire connaître les bons résultats que j'ai obtenus du *fucus vesiculosus*, dont vous m'avez conseillé l'usage vers le mois de janvier 1858.

» J'étais avant cette époque enclin à une obésité qui menaçait de devenir inquiétante pour ma santé, car elle était telle que j'éprouvais de grandes difficultés dans mes digestions et de très-fortes lassitudes sans cause appréciable.

» Aujourd'hui, grâce à votre traitement, que j'ai suivi, à part quelques légers intervalles, depuis janvier jusqu'à ce jour, je me sens plus dispos, plus léger, et je me trouve dans une amélioration de santé complète. Je n'éprouve plus de digestions pénibles, et j'ai remarqué que le sentiment de fatigue disparaissait aussitôt que je reprenais l'usage du fucus; à cela d'ailleurs ne se bornent pas les améliorations que j'ai éprouvées, car au bout de trois mois de traitement j'ai constaté en poids une diminution de 30 livres sans qu'il se fût manifesté aucun dérangement dans ma santé générale. »

Cette observation est des plus concluantes, et suffirait à elle seule pour mettre en évidence les propriétés résolutives du *fucus vesiculosus*. J'avoue même que de prime abord je me montrai disposé à croire à quelque exagération dans les résultats annoncés, et ce ne fut qu'après en avoir conféré sérieusement avec M. D... et appelé son attention sur les diverses circonstances de son traitement, que je n'hésitai plus à admettre les termes de sa lettre.

Je pourrais multiplier les observations, je me bornerai à citer encore le fait suivant, recueilli l'année dernière sur un personnage russe :

Il s'agit d'un homme gros et court, vivant retiré à la campagne, et usant largement des plaisirs de la table, qui avait fini par acquérir un énorme embonpoint. Lors de sa première visite, il eut toutes les peines du monde à gravir les quelques marches de mon entre-sol, et, à peine assis, manifesta le désir de fumer une cigarette de stramonium, moyen qui lui servait à calmer son oppression. Mis à l'usage des pilules de fucus, il en obtint un soulagement remarquable et assez rapide : au bout de trois semaines, il montait sans reprendre haleine ses trois étages de la rue de l'Arcade, 13. L'œil ne pouvait cependant encore constater de diminution sensible dans l'état d'obésité. Conduit chez M. Charrière pour lui faire prendre mesure d'un appareil suspenseur de l'abdomen, nous constatâmes un poids de 157 kilogrammes.

J'ai regretté qu'un événement de famille l'eût forcé de quitter Paris beaucoup plus tôt qu'il ne se l'était proposé, et soit venu couper court à cette intéressante observation.

Les faits que je viens d'exposer me paraissent suffisants pour éclairer le lecteur sur les propriétés du *fucus vesiculosus*.

Reste une dernière question, celle qui a trait au choix du fucus. Ce choix est ici de la plus haute importance pour la fidélité des résultats à constater dans les expériences comparatives. Nous savons que le fucus vesiculosus fait partie d'une famille qui compte ses variétés par centaines; que beaucoup de ces espèces sont peu actives et la plupart des autres tout à fait nulles au point de vue thérapeutique; il est donc indispensable de ne pas perdre de vue les caractères botaniques du véritable fucus vesiculosus que j'ai donnés au début de ce travail.

L'oubli de ce précepte exposerait à des déceptions journalières, et c'est pour l'avoir méconnu que j'ai vu plusieurs personnes perdre leur temps dans de longues et inutiles épreuves.

C'est ainsi qu'un malade qui se plaignait d'avoir pris sans résultat, pendant plus de trois mois, de notables quantités de fucus que je lui avais indiquée, m'apporta, comme preuve de son assertion, un sac de varech à paillasse, comme en emploient les tapissiers. Je n'ignore pas la difficulté qu'on éprouve, même à Paris, à se procurer le fucus vesiculosus; il m'a été plusieurs fois offert, sous ce nom, dans des maisons justement renommées, du fucus nodosus, qui est loin d'avoir la même activité, et qui fournit à peine à l'analyse le vingtième des produits qu'on obtient de parties égales de fucus vesiculosus.

Une pareille lacune dénote plutôt l'insouciance que l'ignorance des personnes chargées de ces sortes d'approvisionnements; on sait le fucus fort répandu sur les côtes de notre littoral : sa conservation réclame quelques précautions faciles pour éviter la fermentation; la poudre et les extraits, quel que soit le procédé pour les obtenir, demandent à être tenus au sec et dans des vases hermétiquement fermés.

Rien ne peut donc arrêter maintenant ceux de nos honorables confrères qui désireront se livrer à des expériences sur le fucus vesiculosus : c'est la meilleure critique à faire des résultats que je viens de signaler, et le plus sûr moyen de vulgariser, s'il y a lieu, l'usage d'un remède facile dans son emploi, et qui me paraît appelé à résoudre, du moins en grande partie, l'important problème de faire maigrir, tout en conservant la santé.

Conclusions. — 1° L'obésité est une infirmité grave et une cause permanente de maladies qui peuvent compromettre l'existence;

2° Le *fucus vesiculosus* exerce sur la pléthore graisseuse une action évidente et généralement favorable;

3° L'emploi de ce médicament est toujours sans danger et n'exige aucun changement dans les habitudes ordinaires;

4° Il est très-probable que l'utilité du *fucus vesiculosus* s'étendra à plusieurs autres affections.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 février 1862. — Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. Letenneur adresse une Note sur l'emploi des fils d'argent en chirurgie, suivie d'une observation de staphyloraphie. Nantes, 1862, in-8°.

— M. le président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le baron Seutin, un de ses membres correspondants étrangers.

COMMUNICATION.

M. Desormeaux. Je mets sous les yeux de la Société une bouteille que j'ai extraite du rectum d'un homme qui est venu à l'hôpital Necker réclamer mes soins.

Voici cette observation :

Cet homme se présente à la consultation, disant avoir depuis avant-hier soir (soit 36 heures environ) une bouteille dans le rectum. Il nie ou reste muet aux questions se rapportant à la pédérastie, mais avoue, après quelques hésitations, qu'à plusieurs reprises il a cherché des jouissances dans l'introduction de corps étrangers et de bouteilles en particulier dans l'anus.

Cette dernière fois donc, la bouteille ayant été poussée trop loin, il la sentit basculer de manière que son fond alla se loger dans la courbure du sacrum et du coccyx; il lui fut alors impossible de la retirer. Espérant qu'elle redescendrait d'elle-même, il n'en dit mot à personne, jusqu'à ce matin, moment où des douleurs dans le ventre et le périnée l'obligèrent à venir à l'hôpital.

A son entrée, on constate que l'anus est dilaté en infundibulum assez extensible pour permettre l'introduction de quatre ou cinq doigts sans difficulté. Il s'en écoule des matières fécales, muqueuses, liquides, sanguinolentes, qui ont taché sa chemise et ses cuisses.

Le toucher, pratiqué après un bain, fait reconnaître au-dessus des sphincters et à la profondeur de l'index environ, la présence d'un fond de bouteille dirigé obliquement en haut et en arrière; avec la pulpe du doigt on peut aisément en faire le tour et remonter un peu le long de ses parois, exploration qui montre que la bouteille est dirigée en haut et en avant, selon l'axe du détroit supérieur.

Le palper du ventre fait apprécier en même temps le siége de l'embouchure, qui est à 6 centimètres en bas et à gauche de l'ombilic. La distance qui la sépare des parois de l'abdomen est assez petite pour permettre de saisir cette extrémité, de reconnaître ses dimensions, sa forme et ses contours et de la faire cheminer de gauche à droite, selon un arc de cercle de 15 centimètres; mais on ne peut la faire avancer que très-peu de haut en bas, et, quelle que soit la direction qu'on lui donne, elle revient d'elle-même se placer immédiatement au même point, à gauche de l'ombilic. Du reste le malade ne souffre pas beaucoup, n'a pas de fièvre; le ventre n'est pas ballonné. Mais quelques tentatives ayant été faites au moment de son entrée pour extraire cette bouteille, et les parois de l'abdomen et de l'intestin ayant été un peu comprimées perpendiculairement à l'orifice, une douleur plus vive se fit sentir à ce point.

M. Desormeaux, arrivé peu après, introduisant la main droite dan

le rectum, essaye de saisir le fond de la bouteille et de l'entraîner au dehors ; mais des efforts répétés ayant été infructueux, les branches d'un forceps sont glissées le long des parois de la bouteille jusqu'à la portion rétrécie ; puis, étant articulées, des tractions modérées et continues sont pratiquées en même temps que la main gauche dégageait le fond de la bouteille de la pointe du coccyx qui la retenait. Cette manœuvre l'amena au niveau du sphincter, qui fut franchi sans peine, et on vit sortir une bouteille de 19 centimètres de hauteur, 19 centimètres de circonférence au point le plus large, 5 1/2 de diamètre au fond. Elle n'avait pas de bouchon, s'était remplie de matières fécales liquides et glaireuses.

Le malade rendit en même temps une certaine quantité de sang mêlé aux matières.

Le soir il se trouve fatigué, mais sans fièvre, le ventre très-peu sensible. On lui donne un lavement émollient qu'il rend avec peu de matières.

Le 2 février, au matin, il a un peu de fièvre, reste assoupi, ne paraît pas souffrir, mais ne répond pas ou que très-vaguement aux questions qu'on lui adresse.

Le 3, il ne se trouve pas plus mal, et sort sur sa demande.

M. J. CLOQUET. Il y a une quinzaine d'années, au moment où nous sortions d'un examen, on nous prévint qu'un homme venait d'entrer à l'Hôtel-Dieu ayant dans le rectum un corps étranger. Nous nous transportâmes, avec les deux collègues qui assistaient à l'examen avec nous, dans la salle où était ce malade. Nous trouvâmes un homme âgé de trente-six ans, d'une figure repoussante tellement elle était laide. En examinant l'anus et le rectum, nous constatâmes une immense cavité, dans laquelle nous reconnûmes la présence d'une chope de bière qui avait été enfoncée dans cette cavité le fond dirigé en haut et l'ouverture regardant en bas.

Je savais que dans une autre circonstance, un peu analogue, on avait essayé d'extraire le corps étranger au moyen du forceps, et que le corps avait cassé. Je ne devais pas recourir à ce moyen, à cause de ses dangers. Par le procédé que je mis en usage, je parvins à l'extraire facilement.

Après avoir dilaté largement l'anus et l'extrémité inférieure du rectum, je saisis avec deux doigts le bord de la chope, et, par une légère traction, je l'amenai au dehors. Comme les bords étaient couverts de mucosités, la chope me glissa entre les doigts, et elle se brisa en tombant par terre. Quoi qu'il en soit, je recommande de dilater beaucoup l'anus afin d'avoir une grande liberté d'action. Quant à notre malade, il n'éprouva aucun accident immédiat, et dès qu'il fut débarrassé, il se sauva promptement.

M. LARREY. Si M. Velpeau était là, il vous parlerait aussi d'un fait analogue dont j'ai été témoin avec lui. A l'issue d'un examen clinique à l'Hôtel-Dieu, on nous avertit qu'il y avait à la salle de garde un homme qui s'était introduit une chope en verre dans le rectum. On voulut l'extraire avec le forceps, mais le verre se brisa; il y eut des déchirures du rectum, et le malade succomba quatre jours après à l'infection purulente. Les faits semblables sont nombreux.

M. DESORMEAUX. Je connaissais parfaitement les deux faits que l'on vient de citer. Ils se sont passés en 1843, sous mes yeux, pendant que j'étais encore interne à l'Hôtel-Dieu. Je savais donc que dans un cas le forceps avait brisé le verre.

Je savais aussi comment M. Cloquet avait procédé à l'extraction et avait réussi. Mais chez mon malade les conditions n'étaient pas tout à fait les mêmes. Le sphincter était très-dilaté; il n'y avait donc aucune difficulté de ce côté. La difficulté résidait seulement dans une sorte d'enclavement de la bouteille. Ce n'était pas l'extraction et le passage de ce corps qui étaient pénibles, mais bien son dégagement ; il fallait faire sortir sa base de son engagement dans la concavité du sacrum, et c'est pour cela que j'ai eu recours au forceps. Ce qui m'a encore porté à employer cet instrument, c'est que je savais que la bouteille était solide et d'une configuration s'adaptant aux cuillers du forceps, beaucoup mieux que ne l'aurait fait une chope en verre.

M. BLOT. Le détroit supérieur était-il réellement l'obstacle mécanique qui empêchait l'issue de la bouteille ? Je ne le pense pas. Je croirais plus volontiers que l'obstacle tenait à une contraction de l'intestin.

M. DESORMEAUX. Chez la femme, j'admettrais volontiers que cet obstacle ne vînt point du détroit supérieur, à cause de ses dimensions plus considérables. Mais chez l'homme, et je m'en suis aperçu, on ne manœuvre pas aussi facilement que chez la femme; il y a peu d'espace, et je persiste à croire que c'était là la cause véritable de l'enclavement. M. Blot invoque la contraction de l'intestin ; mais la preuve qu'il n'en est rien ici, c'est que je pouvais facilement passer les doigts entre l'intestin et la bouteille, excepté dans les deux points qui arcboutaient.

M. BLOT. En voyant les dimensions de la bouteille et les comparant à celles du bassin d'un homme, je ne puis croire que le détroit supérieur était la cause de la résistance à l'issue de cette bouteille.

M. DESORMEAUX. La bouteille était placée de telle manière que sa direction ne pouvait être changée et mise en rapport avec les diamètres du bassin. Or quelle était la cause de cette difficulté? C'était uniquement l'étroitesse du détroit supérieur.

— M. LE PRÉSIDENT tire au sort cinq membres pour examiner la gestion du trésorier.

Les membres désignés par le sort sont MM. Cullerier, Richard, Desormeaux, Voillemier et Blot.

— M. le président tire au sort cinq autres membres pour examiner l'état de la bibliothèque et des archives de la Société.

Les membres désignés sont MM. Richet, Follin, Marjolin, Legouest et Danyau.

RAPPORT.

M. CULLERIER lit un rapport sur deux ouvrages dus à MM. Langlebert et Viennois.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une tumeur énorme que j'ai enlevée sur un des malades de mon service. Cette tumeur siégeait sur la partie antérieure de la poitrine, et son début remontait à la première enfance. Elle avait la forme d'un bissac, et son volume était tel qu'elle descendait jusqu'au niveau du pubis. J'ai diagnostiqué une tumeur hypertrophique de la peau. Par la dissection, on voit que c'est une sorte d'éléphantiasis avec vrais lipomes dans quelques points et tissu dartoïque induré dans certains autres. Le pédicule de cette tumeur était large et renfermait des artères, branches de la mammaire interne, très-développées. La section de ce pédicule a été faite au moyen de l'écraseur linéaire.

M. BROCA. L'on sait que Blandin avait annoncé le premier que les escbares au sacrum avaient pour conséquence d'ouvrir le canal rachidien, et de faciliter ainsi la propagation de l'inflammation dans ce canal. Ce fait, qu'A. Bérard avait voulu s'attribuer, je l'ai vérifié plusieurs fois. Ainsi, dans un cas, lorsque j'étais dans le service de Blandin, je faisais l'autopsie d'un amputé qui nous avait paru atteint d'infection purulente ; mais nous ne trouvions pas dans le moignon la phlébite tant cherchée. Je désespérais de la voir, lorsque par basard le sujet fut retourné. Je vis une escbare au sacrum ; je voulus vérifier si l'inflammation s'était propagée dans le canal rachidien. Je constatai non-seulement cette propagation, mais encore une phlébite des veines sacrées qui venait fort à propos nous expliquer l'infection purulente.

Dans une autre circonstance, j'ai vérifié que l'eschare au sacrum avait amené une inflammation des méninges avec fausses membranes.

Enfin, je viens de faire une autopsie à Bicêtre, dans laquelle j'ai trouvé un fait assez curieux. L'escbare au sacrum avait produit une altération profonde de cet os, qui est ramolli et détruit dans certains points. Il n'y avait pas de méningite, mais congestion des veines du rachis.

— M. DEMARQUAY met sous les yeux de la Société les pièces anatomiques se rapportant au kyste de l'ovaire qu'il a enlevé récemment. (Voir notre numéro du 11 février.)

M. BOINET. M. Demarquay a oublié de nous dire quel traitement il a fait subir à la jeune fille après l'opération. Les Anglais recommandent dans ce cas le vin et les opiacés.

M. DEMARQUAY. J'ai en effet employé ces divers moyens, et je dois examiner quelle a été la cause de la mort ; j'en ferai part à la Société.

— M. DAUVÉ. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une pièce anatomique relative à la désarticulation coxo-fémorale faite par M. le professeur Sédillot à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce le 17 août 1840.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'administration de l'Assistance publique vient de prendre en location une maison de campagne dépendant de l'établissement hydrothérapique fondé à Bellevue par M. le docteur L. Fleury, pour la faire aménager de façon à recevoir quelques malades devant subir des opérations exceptionnelles, et que les chirurgiens des hôpitaux désireraient soustraire aux influences de l'agglomération.

— Par arrêté du 3 février, M. Baillarger a été appelé à faire partie de la commission du goître et du crétinisme, nommée par le ministre de l'agriculture et du commerce.

— M. le docteur Emile Emond vient d'être nommé médecin auxiliaire du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement.

— Nous apprenons avec regret la mort d'un honorable médecin de Paris, M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

M. Dujardin-Beaumetz, ancien médecin des dispensaires de la Société philanthropique, ancien maire-adjoint de l'ex-10e arrondissement et ancien préfet du Puy-de-Dôme, avait à ces divers titres rendu de nombreux services et fait preuve dans plusieurs circonstances difficiles, notamment pendant nos grandes épidémies de choléra, du plus entier dévouement. M. Beaumetz a succombé, dans un âge encore peu avancé (soixante et un ans), à une longue maladie qui le tenait éloigné depuis longtemps de la clientèle. Sa mort inspirera de vifs regrets aux nombreux amis que lui avaient conciliés l'aménité de son esprit et la dignité de son caractère.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Fontaine, né à Saint-Pierre-d'Albigny (Savoie); *De l'éclampsie puerpérale.*

Hamaide, né à Haybes (Ardennes) ; *De l'influence des causes morales dans les maladies.*

Sélignac, né à Lavérune (Hérault) ; *Des rapprochements sexuels dans leur rapport étiologique avec les maladies.*

Poumeyrol, né à Saint-Martial-de-Valette (Dordogne); *De la thoracentèse dans la pleurésie arrivant chez les tuberculeux.*

Bisson, né à Caumont-l'Eventé (Calvados) ; *Du rhumatisme articulaire aigu.*

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 FÉVRIER 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

C'est dans l'étude des infiniment petits que se révèlent le plus souvent les lois générales de l'organisme. Il semble que plus les êtres qui sont l'objet des investigations du savant sont simples, plus il est aisé d'y saisir les secrets de la vie, qui, dans les êtres supérieurs, échappent, par la complexité même de leurs éléments, à nos moyens d'analyse. De même qu'il y a une vingtaine d'années M. Dumas, dans une leçon restée célèbre, partant des données fournies par l'étude des principaux éléments chimiques de la respiration et de la digestion, formulait les lois de la statique chimique des êtres organisés, de même aujourd'hui M. Pasteur, par ses belles recherches sur les phénomènes de la fermentation, dont nous avons entretenu plusieurs fois déjà nos lecteurs, est conduit à jeter les bases d'une nouvelle statique organique ou biologique.

On sait que les naturalistes désignent sous le nom de *mycodermes* ces pellicules vulgairement appelées *fleurs du vin, fleurs de la bière, fleurs du vinaigre,* etc., que l'on voit apparaître à la surface de tous les liquides fermentés. Plusieurs indices fournis par ses précédentes recherches sur ce phénomène naturel, avaient déjà porté M. Pasteur à penser que les mycodermes pourraient bien n'être pas étrangers à la formation de l'acide acétique. En étudiant de plus près les actions qui se passent dans les diverses évolutions de ce phénomène, il est arrivé à constater que les mycodermes ont la propriété d'être des agents de combustion pour l'alcool et l'acide acétique, rôle déjà bien digne de fixer l'attention. Mais ce n'est là qu'un premier pas vers une découverte plus importante et d'un intérêt physiologique beaucoup plus général. Il a reconnu bientôt que cette propriété avait une généralité d'action qui ouvre un champ nouveau d'études à la physiologie et à la chimie organique. « En effet, dit-il, les mycodermes peuvent porter l'action comburante de l'oxygène de l'air sur une foule de matières organiques, les sucres, les acides organiques, divers alcools, les matières albuminoïdes, en donnant lieu dans certains cas à des produits intermédiaires. » La propriété dont il s'agit se retrouve à des degrés variables dans les mucédinées, et, tout porte à le croire, dans les plus petits des infusoires. C'est ainsi que M. Pasteur a reconnu que l'on pouvait, par le développement d'une mucédinée, transformer en eau et en acide carbonique des quantités relativement considérables de sucre, sans qu'il restât dans la liqueur la plus faible proportion de cette substance.

« Si les êtres microscopiques disparaissaient de notre globe, dit à ce sujet ce distingué savant, la surface de la terre serait encombrée de matière organique morte et de cadavres de tout genre (animaux et végétaux). Ce sont eux principalement qui donnent à l'oxygène ses propriétés comburantes. Sans eux la vie deviendrait impossible, parce que l'œuvre de la mort serait incomplète. Après la mort, la vie reparaît sous une autre forme et avec des propriétés nouvelles. Les germes partout répandus des êtres microscopiques commencent leur évolution, et, à leur aide et par l'étrange faculté qui fait l'objet de ce mémoire, l'oxygène se fixe en masses énormes sur les substances organiques que ces êtres ont envahies, et en opère peu à peu la combustion complète. »

Une autre conséquence physiologique non moins intéressante à un autre point de vue, découle également de ce travail. On vient d'apprendre qu'il existe des cellules organisées qui ont la propriété de transporter l'oxygène de l'air sur toutes les matières organiques, les brûlent complétement avec un grand dégagement de chaleur ou les arrêtent à des termes de compositions variables. C'est, ainsi que le fait si judicieusement remarquer M. Pasteur, l'image fidèle de la respiration et de la combustion qui en est la suite, sous l'action de ces globules organisés que le sang apporte sans cesse dans les cellules pulmonaires, où ils viennent chercher l'oxygène de l'air pour le répandre ensuite dans toutes les parties du corps, afin d'y brûler à des degrés divers les principes de l'économie.

Telles sont les considérations générales d'un haut intérêt qui découlent d'un travail dont l'objet au premier abord pouvait paraître étranger aux sujets ordinaires de nos études. C'est le seul mémoire qui ait été lu dans cette séance.

Il ne nous reste, pour compléter le rapide exposé de cette séance en ce qui nous concerne, qu'à signaler un travail de M. Yersin, sur quelques points de physiologie comparée du système nerveux, et quelques présentations de livres ou de mémoires que nous ne connaissons que par leurs titres seuls et dont on trouvera l'indication dans le compte rendu.

Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Sur une espèce particulière de tumeurs auxquelles on peut donner le nom de tumeurs fibreuses de la fosse iliaque.

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'une affection qui, sans être très-rare, n'est cependant pas fort commune, et dont la description ne se trouve pas dans les livres classiques, bien que cette maladie se présente toujours avec des caractères uniformes, je dirai presque identiques. Je veux parler des tumeurs fibreuses de la fosse iliaque, qui forment une espèce particulière parfaitement définie, mais qui sont peu connues en général.

Voici le fait, que vous pourrez étudier dans nos salles :

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, qui est entrée hier à l'hôpital (23 janvier). Cette femme est couturière. Il y a quatre ans, elle a eu un enfant; peu de temps après l'accouchement, elle s'est aperçue qu'elle avait dans la fosse iliaque droite une petite tumeur dure, du volume environ d'un dé à coudre. Cette tumeur s'accrut graduellement : elle était le siége de douleurs d'une nature particulière ; c'étaient des élancements, des picotements qui s'irradiaient quelquefois aux parties circonvoisines, à la cuisse et à la jambe de ce côté.

Toutefois la malade fut assez longtemps sans se préoccuper gravement de sa tumeur ; enfin, la voyant dernièrement atteindre un volume assez considérable, elle se décida à venir réclamer nos soins.

Je reconnus aussitôt qu'il s'agissait là d'une de ces tumeurs que je désigne sous le nom de tumeurs fibreuses de la fosse iliaque; peut-être serait-il plus logique et plus précis de dire tumeurs de la crête iliaque; cependant, comme le siége dans la fosse iliaque est ici la circonstance capitale au point de vue des symptômes et du traitement, je crois qu'il est préférable de leur conserver le nom que je leur ai donné.

Cette tumeur est située dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus du pli inguinal; elle est de forme ovoïde, à grand diamètre dirigé parallèlement au pli de l'aine. La peau n'offre rien de particulier, ne présente aucune adhérence avec la tumeur : celle-ci est dure, non pas d'une consistance comparable à celle du tissu osseux ou cartilagineux, elle a cependant une résistance assez ferme qui rappelle celle des polypes fibreux utérins.

On ne peut abaisser la tumeur, retenue qu'elle est par le plancher de la fosse iliaque; on la refoule un peu dans la profondeur; on peut également l'élever dans une certaine étendue; mais si l'on veut essayer de la faire cheminer vers la ligne médiane, on sent une résistance invincible, indice d'une union intime avec la crête iliaque.

Interrogeant les sensations éprouvées par la malade, nous pûmes constater qu'elle y ressentait des élancements, des picotements qu'elle compare à des coups d'épingle; ces douleurs apparaissaient plus souvent la nuit que le jour ; elles se montraient aussi après la marche, et s'exaspéraient un peu quand on explorait la tumeur. Chose bizarre ! la malade souffrait plus en

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris, par M. Louis FLEURY, professeur agrégé de cette Faculté, médecin des eaux et de l'établissement hydrothérapique de Schwalheim (Hesse-Electorale) (1).

Voici un livre dont le commencement remonte à une époque déjà assez éloignée, et dont la publication trop longtemps interrompue, vient d'être reprise avec une activité qui, nous en avons la certitude, ne se ralentira pas. Deux volumes sont complets ; le dernier fascicule contient le commencement du troisième. Avant la fin de l'année, l'ouvrage sera terminé. Réglons donc notre arriéré, et prouvons à l'auteur que nous ne lui gardons pas rancune des retards qu'a subis son œuvre.

M. Fleury n'avait eu dessein d'abord que de reproduire, en l'étendant un peu, le cours d'hygiène que pendant deux ans il avait été chargé de faire à la Faculté pendant son agrégation, et qui avait eu, on se le rappelle, un grand succès. La parole élégante et facile du professeur, une certaine originalité, dans la bonne acception du mot, dans sa manière de présenter son sujet, une érudition fort étendue, lui avaient attiré de nombreux auditeurs. Sa tâche remplie, il crut devoir à la Faculté qui l'avait choisi, la preuve écrite des efforts qu'il avait tentés pour justifier sa confiance.

Mais à peine eut-il commencé, qu'il vit son cadre s'élargir presque malgré lui et dans des proportions telles qu'il dut renoncer à son premier projet; ce fut un vrai *Traité d'hygiène* qu'il se vit contraint de faire, traité complet auquel ne resta que le titre de l'ouvrage primitif, et dont nous voulons en quelques lignes essayer de donner une idée et de faire saisir l'esprit.

Plus la science marche et s'enrichit de données et de faits positifs, plus devient évidente cette vérité, que c'est surtout dans l'application intelligente des lois de l'hygiène que la médecine montre toute sa puissance, répand ses plus grands bienfaits. Il est donc d'une haute importance que l'hygiène abandonne enfin le domaine du roman où elle s'est beaucoup trop complu jusqu'à ce jour, pour s'assimiler les découvertes précises des sciences modernes et revêtir le caractère d'une science réelle, sérieuse et féconde. Telle est l'idée dominante sous l'influence de laquelle M. Fleury a conçu et exécuté son immense travail.

Toutes les belles découvertes dont les sciences physiques et naturelles se sont enrichies depuis ces derniers temps, et dont le médecin peut tirer des conséquences utiles, se trouvent résumées avec une admirable clarté dans les parties déjà publiées, et chacune à l'endroit précis où elle offre le plus d'intérêt. Les applications médicales en sont déduites avec autant de logique et de savoir que de tact pratique, et ceci nous conduit à dire sur-le-champ que le *Cours d'hygiène* de M. Fleury n'est pas un ouvrage seulement destiné aux savants, comme on pourrait le supposer ; c'est aussi une source précieuse de documents authentiques, d'observations sévères, où le médecin praticien, de même que l'administrateur, trouvera les indications les plus précieuses, les inspirations les plus utiles.

La définition seule de l'hygiène donnée par l'auteur (on sait combien sont rares les bonnes définitions), bien qu'elle ait le défaut d'être un peu longue, suffira pour faire comprendre la manière dont il a envisagé son sujet, et la foule des connaissances qu'il a dû réunir pour atteindre le but qu'il s'est proposé.

« L'hygiène, dit-il, ou l'hygiotechnie, est un art qui se propose, au moyen des modificateurs cosmiques ou individuels, de maintenir, de placer ou de rétablir l'homme sain ou malade, isolé ou réuni en société, dans les conditions les plus favorables au développement régulier de son organisation physique, intellectuelle et morale. »

Dirons-nous ici un mot du plan qu'a suivi M. Fleury, et qui s'éloigne assez notablement des divisions adoptées généralement par les auteurs?

M. Fleury établit d'abord deux grandes divisions : 1° modificateurs cosmiques ; 2° modificateurs individuels.

La première classe se subdivise en trois sous-classes : modificateurs *astronomiques* : influences sidérales ; — *physiques* : pesanteur; air atmosphérique, normal ou vicié avec ses diverses propriétés, ses changements appréciables ou non de composition, les conséquences que ces changements peuvent avoir sur la santé, la production des épidémies, etc. ; enfin, modificateurs *chimiques* : aliments, boissons et substances médicamenteuses ou toxiques diverses.

La seconde classe, modificateurs individuels, comprend : modificateurs *statiques* : âges, tempéraments, constitutions, sexes, races humaines, diathèse, imminence morbide; — *dynamiques* : hygiène des sens; digestion ; respiration ; circulation ; sécrétion; génération; innervation.

C'est dans cette dernière subdivision que se trouvent traités le sommeil, la veille, le travail intellectuel, l'attention, l'imagination, les passions, l'éducation, la civilisation, le gouvernement, la religion et la morale.

C'est dans ces cinq ou six derniers chapitres que le médecin, le

(1) Livraisons 1 à 11. — Chez Asselin, libraire de la Faculté. Prix de chaque livraison : 2 francs.

été qu'en hiver. Enfin, les douleurs offraient une intensité particulière à l'époque des règles.

Qu'est-ce que cette tumeur? Je l'ai déjà dit en commençant cette leçon, c'est une tumeur fibreuse de la fosse iliaque.

Depuis de longues années déjà j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de ces tumeurs et d'en étudier l'anatomie pathologique. Ce nombre peut être fixé à 15 ou 20 environ; mais je ne saurais cependant le préciser davantage, attendu que les premiers faits ont moins fixé mon attention que ceux que j'ai observés plus tard à une époque où j'ai vu la possibilité de faire une description dogmatique de cette affection.

Ces tumeurs sont constituées par un tissu fibreux qui, sous le rapport de sa consistance et de sa structure, ressemble beaucoup à celui des corps fibreux de l'utérus. Elles ont un point d'adhérence ou d'origine constant à la crête iliaque, près de l'épine antéro-supérieure; il en était ainsi dans deux faits où j'ai pratiqué l'opération. Dans le cas actuel, la tumeur adhère à l'épine iliaque et de plus à la crête de cet os, dans une étendue de 2 ou 3 centimètres.

Une chose qu'il est important de bien déterminer, ce sont les rapports que ces tumeurs affectent avec les parties circonvoisines. Elles se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, derrière le canal inguinal, entre le *fascia iliaca* et le péritoine, qu'elles soulèvent; c'est donc dans la cavité abdominale qu'elles sont situées; elles forment un relief dans la fosse iliaque et correspondent au cul-de-sac que présente le péritoine au niveau de l'union de la paroi postérieure du canal inguinal avec le *fascia iliaca*.

D'après les faits que j'ai été à même d'observer, ces tumeurs ne se rencontrent que chez la femme; jamais je n'en ai vu chez l'homme, et je n'en connais pas d'observation dans ce sexe. On pourrait jusqu'à un certain point peut-être rapporter leur développement à l'état congestif de ces régions, si fréquent chez la femme aux époques menstruelles et pendant la gestation. J'ajouterai que les femmes chez qui j'ai trouvé ces tumeurs fibreuses de la fosse iliaque avaient toutes eu des enfants. Quoi qu'il en soit, cette affection est propre au sexe féminin, propre aux femmes jeunes ou à l'âge adulte. Je me borne à signaler le fait sans chercher davantage à l'expliquer; ne voyons-nous pas chez l'homme, et chez l'homme jeune, une maladie particulière à ce sexe et à cet âge, les tumeurs fibreuses de la base du crâne, et dont l'origine nous échappe également?

Que deviennent ces tumeurs? Elles ont une marche généralement très-lente; elles mettent quatre, cinq, six, quelquefois même huit ou dix ans, à acquérir le volume des deux poings. La plus grosse que j'ai vue avait un peu plus que le volume d'une tête de fœtus à terme; elle avait mis un temps fort long à se développer.

Je ne saurais dire s'il en est de ces tumeurs comme des corps fibreux utérins, à savoir si elles restent stationnaires après l'époque de la ménopause.

Le diagnostic de cette affection est en général facile; on ne peut pas confondre ces tumeurs fibreuses avec des hernies, des anévrysmes, des abcès, etc. Il n'y a aucune comparaison possible, partant pas d'erreur possible entre ces diverses affections.

On a pu prendre ces tumeurs pour des enchondromes de la fosse iliaque ou pour des tumeurs stercorales; mais en apportant un peu de soin dans l'étude des symptômes, on eût pu éviter l'erreur; l'enchondrome est très-dur, bosselé, la tumeur fibreuse au contraire est lisse, et elle ne s'accompagne pas de maladie de l'intestin; je ne m'arrête pas plus longtemps à cette question.

Mais on pourrait peut-être confondre ces tumeurs fibreuses avec les tumeurs résultant d'une hypertrophie ou d'une dégénérescence ganglionnaire avec un corps fibreux de l'utérus faisant saillie dans l'une des fosses iliaques, ou enfin avec une tumeur syphilitique.

Quels sont les signes diagnostiques qui permettent de préciser la nature de la maladie?

Et d'abord, pour ce qui est des tumeurs syphilitiques appartenant à la période des accidents tertiaires, dont je vous ai entretenus déjà bien des fois (*Gaz. des Hôpit.* du 21 mai 1861), tumeurs qu'il est si facile de prendre pour une tumeur développée dans les viscères, bien qu'elles soient bornées à la paroi abdominale, elles ont une certaine analogie avec l'affection que nous étudions, sous le rapport de la consistance, de la mobilité, etc.; cependant l'erreur est facile à éviter. Ces tumeurs syphilitiques sont généralement recouvertes par un tégument un peu altéré; la peau n'est plus aussi mobile qu'à l'état normal, elle adhère un peu à la tumeur. Avec beaucoup de soin, on peut constater assez souvent un léger changement de coloration du tégument. Enfin le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré; cet œdème est minime, j'en conviens, mais il est appréciable par une pression un peu prolongée et soutenue pendant une minute environ; on obtient alors une légère dépression qui constitue un signe caractéristique de premier ordre. Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'on n'observe rien de semblable dans le cas de tumeurs fibreuses de la fosse iliaque.

Quant aux tumeurs ganglionnaires, elles n'ont pas en général la même dureté que celles qui nous occupent; elles sont fermes sans doute, mais ce n'est pas là la fermeté caractéristique du tissu fibreux; elles offrent une sorte de rénitence, quelquefois une fluctuation obscure. Mais il y a un autre signe diagnostique beaucoup plus important; les tumeurs ganglionnaires, ainsi que j'ai eu maintes fois l'occasion de vous le faire remarquer, ne sont presque jamais solitaires, j'oserais presque dire même qu'elles ne le sont jamais. Les tumeurs fibreuses, au contraire, sont toujours solitaires. En outre, les tumeurs ganglionnaires ont un siége particulier; elles sont situées au niveau du pli inguino-crural, très-rarement dans la profondeur de la fosse iliaque; enfin, elles sont mobiles dans tous les sens, et n'adhèrent pas à la crête iliaque.

J'arrive enfin aux corps fibreux utérins, et vous comprenez facilement que je ne m'y arrête pas; rien n'est plus aisé que d'éviter l'erreur; le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale ébranle le corps fibreux, et laisse au contraire immobile la tumeur iliaque.

Quelle doit être la conduite du chirurgien? Je vous disais tout à l'heure que j'ai opéré deux de ces tumeurs: mais il y a aussi des cas où il ne faut pas les enlever.

Cette opération est ce que l'on appelle en chirurgie une belle opération; on agit à découvert, on voit ce que l'on fait, le manuel opératoire ne présente pas de difficultés insurmontables, enfin le résultat est généralement très-beau; il n'y a pas de récidive; l'opération a donné une guérison durable. Mais il ne faut pas trop se laisser aller à ce genre de séduction; on ne dissèque pas impunément le péritoine iliaque. J'ai été assez heureux dans les deux opérations que j'ai pratiquées, mais on ne peut se dissimuler les dangers de la péritonite ou de l'inflammation du tissu cellulaire pelvien. En somme, c'est une belle opération, mais qui n'est pas sans être assez grave.

Je crois convenable de formuler de la manière suivante la règle de conduite que vous aurez à observer dans la pratique: Si la tumeur n'est pas très-volumineuse, si elle n'est ni très-gênante ni très-douloureuse, il vaut mieux attendre et ne pas opérer: il n'y a pas péril en la demeure, et la maladie peut d'ailleurs rester à l'état stationnaire. Il n'en est plus de même si la tumeur devient douloureuse, si elle s'accroît avec rapidité, ou enfin si la malade insiste beaucoup pour en être débarrassée; il faut alors opérer.

J'ai fait deux fois, vous ai-je dit, cette opération; elle est assez délicate. La première malade était une femme que je voyais avec notre savant et excellent confrère M. Michon. Il craignait que la tumeur ne fût de nature encéphaloïde; aussi était-il peu disposé à l'opérer, considérant la récidive comme à peu près inévitable. De mon côté, ayant déjà vu plusieurs faits de ce genre, et pensant bien qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse de la crête iliaque, j'insistai sur l'opportunité de l'opération. M. Michon consentit, et je procédai à l'extirpation. Celle-ci présenta bien quelques difficultés: le péritoine était très-fortement adhérent à la tumeur, et en le décollant je l'ouvris dans une très-petite étendue; heureusement un bouchon épiploïque vint obturer la petite ouverture, et constituer ainsi une sorte de moyen anaplastique naturel: je me gardai bien d'y toucher. Tous les gros vaisseaux de la région avaient dû être disséqués, aucun ne fut lésé. Enfin, j'abrasai le pédicule sur la crête iliaque avec des ciseaux. Tout se passa bien, la malade guérit. Cette opération date aujourd'hui de quatre ou cinq ans; j'ai eu occasion de revoir la malade dernièrement, elle se portait parfaitement bien.

Le second cas était plus simple; une incision semblable à celle que l'on pratique dans la ligature de l'iliaque externe découvrit la tumeur dans toute son étendue; le pédicule fut réséqué au niveau de la crête iliaque, la malade guérit. Je vous ai présenté ici même la tumeur que j'avais enlevée. Elle avait un volume considérable, un peu plus gros que celui d'une tête de fœtus à terme.

Maintenant que devient le pédicule? Il était rationnel de craindre qu'après la résection de la tumeur, le pédicule ne devienne le siége d'une nouvelle tumeur de même nature. L'expérience a prononcé à ce sujet; chez les deux femmes que j'ai opérées, il n'y a pas eu de récidive.

On a proposé un autre moyen de guérir ces tumeurs. Considérant le pédicule comme le moyen de nutrition de la masse fibreuse, on s'est demandé si l'on ne pourrait pas se contenter d'en pratiquer la section sur la crête iliaque, et d'abandonner la tumeur à elle-même. C'est là sans doute une idée fort ingénieuse; mais l'expérience n'est pas parfaite sur ce point. Théoriquement on peut déjà faire quelques objections à ce procédé; il est probable, par exemple, que le pédicule n'est pas le seul point par lequel la tumeur se nourrit et s'accroît, et que celle-ci emprunte quelques éléments au tissu cellulaire dans lequel elle est plongée. D'ailleurs, en admettant que le pédicule soit le seul point de nutrition de la tumeur, l'interruption résultant de la section ne sera que momentanée; elle cessera dès que la cicatrisation se sera faite.

Je me résume: en présence d'une tumeur fibreuse de la fosse iliaque, on n'aura pas recours aux fondants et aux moyens du même genre; leur emploi serait évidemment inutile. Il n'y a que deux moyens de guérison radicale, l'extirpation faite avec tout le soin et toutes les précautions que réclament les opérations portant sur le péritoine, ou bien, si le pédicule est mince et étroit, on pourra en tenter la section sous-cutanée (1), qui est facile et inoffensive, et qui n'empêche en rien de recourir, s'il est nécessaire, à l'extirpation de la tumeur.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Cas remarquable de compression de la veine-cave supérieure déterminant des accès d'asthme.

(Observation recueillie par M. Ad. RAMOND.)

Une femme de quarante-cinq ans, d'une constitution médiocrement robuste, entre à l'hôpital de la Charité le 2 février 1862, et est examinée le lendemain matin par M. le professeur Piorry.

Les accidents principaux qu'elle éprouve sont une gêne considérable à respirer qui se traduit par l'élévation fréquente des côtes. Sa figure est violacée et a une expression générale de souffrance. Son embonpoint est assez bien conservé. Interrogée sur le point où elle

(1) J'apprends que cette opération vient d'être pratiquée par M. Gosselin. On n'a pas obtenu le résultat qu'on en espérait: la tumeur a continué à s'accroître, et l'on a été obligé d'en pratiquer l'extirpation.

philosophe, l'homme d'Etat, le législateur, rencontreront avec étonnement et liront avec le plus vif intérêt des considérations que jusqu'à présent on n'était pas accoutumé à trouver dans les traités de la nature de celui-ci, et qui constituent une science toute nouvelle, l'hygiène *sociologique*, appelée, n'en doutons pas, à rendre aux masses et à ceux qui les gouvernent les services les plus incontestables.

Nous en avons dit assez pour faire comprendre toute l'importance du livre d'hygiène de M. Fleury, qui restera un des plus beaux monuments en ce genre. Nous y reviendrons plus longuement et chercherons à l'apprécier dans son ensemble lorsque, dans quelques mois, l'ouvrage sera complet.

Dr A. FOUCART.

De l'emploi de l'Huile iodée dans les affections scrofuleuses, syphilitiques, tuberculeuses, dans le lupus et autres maladies de la peau (1).

Sous ce titre, un chimiste distingué, M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Pitié, a rassemblé tous les faits résultant de l'expérimentation du médicament nouveau dont il a doté la thérapeutique. Au moment de son apparition dans le monde médical, l'*huile iodée* a vu s'élever contre elle bien des objections fondées plutôt sur des préjugés théoriques que sur les données de l'observation pratique. M. Personne a compris que, pour les réfuter d'une manière victorieuse, il devait, à ces suppositions vagues et mal précisées, opposer des faits authentiques, et dans ce but il a fait appel à l'expérience clinique, la seule autorité irrécusable en pareille matière. Puis, plein de confiance, il a attendu.

Les résultats n'ont pas trompé ses espérances. En quelques années, la vérité s'est faite sur le nouvel agent médicamenteux, et on peut dire aujourd'hui qu'il enrichit la médecine d'une de ces rares préparations dont les effets sont d'autant plus certains que, composées d'après une formule connue et invariable, elles permettent d'administrer en parfaite connaissance de cause des doses exactement calculées des éléments thérapeutiques qui en forment la base.

M. Personne a réuni dans une brochure tous les faits recueillis par les meilleurs observateurs.

Nous avons surtout remarqué une note raisonnée de M. le docteur Musset, ancien interne des hôpitaux, dans le service de M. Ricord, sur les expériences faites par le célèbre syphiliographe.

Les appréciations savamment déduites de M. Musset, et les observations non moins remarquables publiées par lui, sont de nature à détruire toutes les préventions contre le nouveau médicament, et à confirmer le jugement porté par l'Académie de médecine sur les avantages de ce nouveau mode d'administration de l'iode combiné à une substance assimilable qui le fait pénétrer dans toute l'économie et l'y abandonne peu à peu, à mesure qu'elle est brûlée dans l'appareil circulatoire.

Il rappelle que l'huile a été expérimentée presque toujours comparativement avec l'huile de foie de morue, et que M. Ricord a constaté que, toutes choses égales d'ailleurs, la guérison ou des modifications heureuses avaient été plus promptement obtenues avec l'huile de M. Personne qu'avec les huiles de poisson.

A ce travail viennent se joindre un grand nombre d'observations, ainsi que les appréciations des médecins expérimentateurs, l'expression des études auxquelles elle a donné lieu, et enfin le rapport dans lequel l'Académie de médecine a formulé une approbation dont on la sait si avare.

Une analyse bibliographique n'étant pas un catalogue d'observations, nous nous bornerons à en publier une parmi les plus concluantes, afin de mettre nos lecteurs à même d'en apprécier la portée.

Bubon strumeux, chancre. — R... (Joseph), âgé de vingt-trois ans, coiffeur. Tempérament lymphatique et d'une constitution faible.

Ce malade a depuis longtemps un engorgement strumeux de l'aine droite; il n'a jamais eu de blennorrhagie ni de chancres avant l'accident actuel, pour lequel il entre dans le service de M. Ricord, salle 2, lit n° 3, le 31 août 1852.

Deux mois avant son entrée, il aperçut une écorchure à droite et vers le milieu de la verge cinq à six jours après un coït. Aujourd'hui il y existe une cicatrice circulaire de la largeur d'une pièce d'un franc, indurée et parcheminée à la base. En même temps que le premier chancre, il en aperçut un autre à droite, qui occupe maintenant le reflet du prépuce jusque près du frein; il est en voie de réparation, à surface rouge, bourgeonnant, à base dure, élastique. A l'aine gauche, quelques ganglions symptomatiques.

L'aine droite est le siége d'une énorme tumeur, résultat de l'engorgement des ganglions de cette région. Cette tumeur est indolente, la peau est peu colorée.

Entré d'abord dans le service de M. Puche pour cet engorgement ganglionnaire, on lui applique en deux fois quarante sangsues sur la tumeur. Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, il rentra dans le service de M. Ricord dans l'état cité plus haut. Il fut soumis immédiatement au traitement suivant: tisane amère, sirop de gentiane, 30 grammes d'huile iodée, et charpie sèche sur le chancre. L'huile est parfaitement supportée, sans diarrhées ni coliques, etc.

Le 10 septembre, diminution du ganglion strumeux, réparation des chancres du reflet.

Le 25, la tumeur ganglionnaire a considérablement diminué, les chancres sont guéris.

(1) Paris, 1861. Chez Asselin, libraire de la Faculté de médecine.

souffre, elle accuse la région cardiaque comme siége de ses souffrances. Le premier fait qui frappe en l'examinant, est une dilatation considérable des branches veineuses qui, partant de la région thoracique sous-cutanée, se rendent vers la sous-clavière gauche et même vers la sous-clavière droite. Les veines jugulaires (l'externe, l'antérieure et l'interne), les veines de la tête, sont aussi distendues et ne diminuent point de volume par les soupirs réitérés, pas plus qu'elles n'augmentent lorsque la malade ralentit de beaucoup la respiration : ce qui prouve, ainsi que le fait observer M. Piorry, que l'obstacle est dans les organes circulatoires et non pas dans le poumon.

La main appliquée sur les parois thoraciques ne cause point de douleurs ; mais l'on perçoit le frémissement cataire. Le cœur exploré par le plessimétrisme et limité par le crayon, présente 11 centimètres d'un côté à l'autre, sur lesquels trois appartiennent à l'oreillette droite. La forme de cet organe est régulière.

Au-dessous de la figure du cœur et de l'aorte, on trouve à gauche une matité avec résistance dont la forme est ovale, et qui présente 7 centimètres de haut en bas et 5 centimètres d'un côté à l'autre ; la matité y est très-dure. La crosse de l'aorte n'est point dilatée. Sous l'influence de soupirs profonds et réitérés, le cœur diminue de près de 3 centimètres, tandis que la tumeur ne varie point de volume. Cet organe ne donne à l'auscultation ni tintement ni aucun bruit de souffle ou de râpe. Le foie a son volume normal ; il diminue par des respirations accélérées. Aucun autre organe ne donne des signes de souffrance. La percussion et le dessin plessimétrique du corps thyroïde le font trouver volumineux et continu en bas avec la tumeur. L'interrogatoire de la malade et l'étude analytique des symptômes conduisent au résultat suivant :

Cette femme est de Dijon ; elle dit avoir connu beaucoup de goîtreux dans cette ville et avoir été elle-même atteinte de goître dans son enfance. Elle s'est bien portée jusque il y a trois mois. Le mal s'est déclaré lentement, a augmenté d'une manière incessante jusqu'à présent, et la difficulté de respirer a été le principal symptôme qu'elle a éprouvé.

Que penser de ces accidents, de l'ensemble des lésions observées et de la symptomatogénie des phénomènes que cette femme éprouve? Pour résoudre la question, voyons quel a été le diagnostic de M. Piorry :

Asthme ayant pour cause une tumeur intra-thoracique comprimant la veine-cave supérieure.

S'agit-il d'un anévrysme ou d'une masse tuberculeuse? est-il question d'une tumeur encéphaloïde? enfin serait-ce d'une tumeur de la glande thyroïde qu'il s'agirait? Dans tous les cas, la tumeur comprime la veine-cave supérieure : de là la dilatation veineuse, la stase du sang, la gêne pour respirer, etc.

M. le professeur Piorry a été conduit à admettre comme très-probable l'existence de la tumeur comprimant la veine-cave supérieure. Il y a été conduit par suite de plusieurs faits dans lesquels il a pu constater l'obstruction ou l'oblitération de cette même veine-cave supérieure par des anévrysmes ou par d'autres tumeurs, par des cas de diagnostic de tumeur anévrysmale de l'aorte reconnue pendant la vie, par des faits de rétrécissement de la veine-cave supérieure trouvés après la mort par M. le professeur Bouillaud, cas dans lesquels il y avait dilatation des veines thoraciques du cou et de la tête, tandis que les veines des membres inférieurs étaient libres. Quant à ce qui regarde la tumeur possible de la glande thyroïde, M. le professeur Piorry a vu plusieurs fois le corps thyroïde s'étendre au delà du médiastin, à ce point qu'il comprimait l'aorte et la veine-cave.

La malade est morte trois jours après son entrée à l'hôpital, et le diagnostic porté par M. Piorry a été vérifié après la mort, à savoir : que la veine-cave supérieure en effet était comprimée par une tumeur formée par le corps thyroïde hypertrophié et cancéreux. Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est d'avoir pu vérifier également à la nécroscopie l'exactitude des dimensions et de la configuration de la tumeur qui avaient été déterminées par M. Piorry pendant la vie.

UN MÉDECIN PEUT-IL VENDRE SA CLIENTÈLE?

Une pareille vente est-elle valable?

Un des avocats les plus distingués de la Cour de cassation vient de publier sur cette double question, dans le *Journal des connaissances médicales*, un article que plusieurs de nos confrères liront certainement avec intérêt.

S'il est une question à propos de laquelle la discussion ait débuté par un malentendu, c'est à coup sûr celle dont je viens de transcrire l'énoncé ; j'en fais juge le lecteur.

M. Anquetin exerçait depuis plusieurs années la profession de médecin dans la commune de Veyrières ; en 1845, il fait avec M. Argentier un traité en vertu duquel il lui cède, moyennant une somme de 2,000 francs, sa clientèle et le bail des lieux qu'il occupait. L'acheteur n'ayant pas réussi, actionne celui-ci en justice et demande la résolution du contrat.

Cette demande est accueillie par un jugement de la troisième chambre du tribunal de la Seine, en date du 25 février 1846, qui statue en ces termes :

« Attendu que la clientèle des médecins dépend de la confiance qu'ils inspirent et du choix que fait d'eux le malade ; attendu qu'aux termes des articles 1226 et 1598 du Code civil tout contrat doit avoir pour objet une chose qu'une partie s'oblige à donner, et en outre qu'il faut que cet objet soit dans le commerce ; attendu que la confiance ne peut se donner et n'est pas dans le commerce, etc., etc. »

L'argumentation du tribunal fut très-goûtée par M. Poupon, qui se trouvait dans une situation analogue à celle de M. Argentier. Il s'était, moyennant une somme de 10,400 fr., rendu cessionnaire de la clientèle de M. Mouland, ainsi que du bail d'une maison, dans laquelle celui-ci exerçait sa profession. Par le traité, M. Mouland s'était engagé à ne jamais exercer, sous quelque prétexte que ce fût, la profession de médecin, l'art de guérir, celui des accouchements et opérations quelconques, dans tout le département de la Seine, et à consacrer à M. Poupon tout le temps qui serait nécessaire pour opérer, autant que possible, la transmission de la clientèle, soit en le présentant et en le recommandant, soit en lui procurant tous les renseignements qui lui seraient utiles sur les personnes composant la clientèle.

Mécontent de cette cession, M. Poupon fit ce qu'avait fait M. Argentier ; il assigna son vendeur et demanda la résolution du contrat.

Malheureusement pour lui, son affaire, au lieu d'être renvoyée devant la troisième chambre du tribunal, fut renvoyée devant la seconde ; et là où la troisième chambre avait dit non, la seconde ne craignit pas de dire oui (jugement du 17 mars 1846).

Vainement M. Poupon s'évertua à démontrer que la clientèle d'un médecin n'est pas dans le commerce ;

« Attendu que, sans avoir à examiner si la clientèle d'un médecin, reposant sur la confiance personnelle, est ou non dans le commerce, il est incontestable, en droit, que l'obligation prise par un médecin de ne plus exercer sa profession dans un lieu déterminé, d'introduire un autre médecin auprès de ses clients dans cette localité, de l'aider pendant un certain temps à acquérir leur confiance, peut faire l'objet d'une convention, et que c'est une cause licite de l'obligation contractée par le médecin, au profit duquel cet engagement est pris, de payer une somme d'argent comme indemnité de cet abandon et de la coopération qui en est la suite, etc., etc. »

Ce furent ces motifs qui déterminèrent la seconde chambre à rejeter la demande de M. Poupon ; elle consentait seulement à lui accorder une fiche de consolation de quelques milliers de francs, en réduisant de 10,400 à 6,000 fr. le prix de la cession.

Le rapprochement de ces deux décisions, rendues à un intervalle de moins d'un mois, fait comprendre que la raison se trouvait du côté de la seconde chambre.

Quels que fussent les termes employés dans les deux traités, il est bien certain que, dans l'un comme dans l'autre, les parties s'étaient proposé un but identique.

Sans doute, la cession matérielle d'une clientèle est chose complétement impossible, car la clientèle est quelque chose d'immatériel ; il en est, à cet égard, de la clientèle d'un médecin comme de celle d'un avoué, d'un notaire, d'un huissier ; ce qui n'empêche pas que, dans la transmission de ces charges, la clientèle ne figure comme un important élément du prix. On se sert donc d'une locution impropre quand on parle de la vente, de la cession d'une clientèle ; mais laissant de côté les mots, il faut aller au fond des choses. Or il résulte de la nature des choses, que celui qui déclare vendre ou céder une clientèle s'oblige implicitement à faire ce à quoi le sieur Mouland s'était engagé explicitement, c'est-à-dire à ne plus exercer sa profession dans la même localité que le cessionnaire, car cette concurrence serait une cause d'éviction, et le vendeur doit garantir l'acheteur contre toute éviction, c'est-à-dire encore à accréditer les cessionnaires auprès de ses clients, à lui fournir tous les renseignements nécessaires à cet effet, etc. Or il est certain que l'obligation d'accomplir ces actes n'a rien d'illicite, et qu'elle peut très-valablement faire l'objet d'un contrat.

Bien que le jugement de cette chambre ne pût faire jurisprudence, il fut néanmoins confirmé par un arrêt de la Cour de Paris du 29 décembre 1847.

Mais l'année suivante, la question s'étant représentée devant la Cour d'Angers, cette Cour n'hésita pas à rejeter cette doctrine et à consacrer la doctrine contraire, par un arrêt du 28 décembre 1848.

A douze années de distance, la question s'est de nouveau présentée devant la Cour d'Orléans, dans les circonstances suivantes :

Par acte du 19 septembre 1859, M. Lombard avait déclaré vendre, céder et transporter à M. Bayard la clientèle de médecin qui lui appartenait à la Selle-sur-le-Bief. Cette cession, faite moyennant la somme de mille francs, l'était en outre à la condition ;

1° Que Lombard cesserait, à compter du 1er novembre 1859, d'exercer la médecine dans un rayon de deux myriamètres ;

2° Que jusqu'à cette époque il continuerait à soigner ses malades, afin de conserver la clientèle vendue.

Cette fois, à la différence des précédentes, au lieu du cessionnaire, ce fut le cédant qui demanda la nullité du contrat, comme ayant pour objet une chose qui n'était pas dans le commerce.

Mais cette demande fut repoussée le 5 mai 1860 par la Cour d'Orléans, par les motifs suivants :

« Considérant que, sans qu'il soit besoin d'examiner quelle peut être la valeur en droit de la stipulation par laquelle Lombard cédait sa clientèle à Bayard, stipulation qui n'était et ne pouvait être l'objet essentiel du contrat, il résulte des termes et de l'esprit du traité du 19 septembre 1859, que la cause principale et déterminante était, de la part de Lombard, l'interdiction qu'il s'imposait d'exercer la médecine, à compter du 1er novembre 1859, dans la commune de la Selle-sur-le-Bief et environs, moyennant une somme de 1,000 francs ; — considérant qu'une pareille convention, loin d'être contraire à l'ordre public, est parfaitement licite. »

Cette décision a été déférée à la Cour suprême ; mais le pourvoi a été rejeté par un arrêt du 13 mai 1861.

De tous ces faits, j'ai hâte de tirer une conclusion pratique.

Ce qui avait déterminé le tribunal de la Seine et la Cour de Paris à annuler le contrat intervenu entre le sieur Anquetin et le sieur Argentier, c'est que le sieur Anquetin avait déclaré en termes exprès vendre et céder une clientèle ; ce sont ces mêmes expressions dont on s'était emparé, soit devant la Cour d'Angers, soit devant la Cour d'Orléans, pour arriver à faire prononcer la nullité des traités.

La prudence commande donc d'éviter de semblables locutions.

Au lieu de déclarer qu'il vend ou qu'il cède sa clientèle, que le vendeur ou le cédant s'abstienne de préciser et de qualifier le contrat ; qu'il se contente de faire ce qu'avait fait le sieur Mouland, de déclarer qu'il s'oblige à ne point exercer la médecine dans un rayon déterminé, à consacrer son temps et ses soins pour accréditer son cessionnaire auprès de ses clients ; qu'il s'oblige encore, s'il le juge convenable, à initier le cessionnaire aux modes de traitement dans lesquels il a réussi, à lui indiquer ceux dans lesquels il a échoué, à le mettre enfin à même de prendre sa place et de recueillir sa succession, il ôtera toute prise à la discussion et à l'équivoque, et il cessera d'être en butte à des procès inspirés tantôt par des regrets tardifs, et tantôt aussi par des sentiments où la bonne foi n'occupe pas la meilleure place.

Je viens de dire qu'un médecin peut valablement s'obliger à ne point exercer la médecine dans un rayon déterminé ; j'ajoute immédiatement qu'une convention de ce genre serait frappée d'une nullité radicale si le cédant s'interdisait de se livrer jamais et dans aucun lieu à l'exercice de sa profession : les tribunaux n'hésiteraient pas à l'annuler, comme contraire à l'ordre public et à la liberté de l'industrie et de l'individu. Un jurisconsulte a qualifié une pareille renonciation de suicide moral. Le mot est juste ; ce suicide ne saurait être converti en suicide légal.

BOZÉRIAN.

PARALYSIE PAR L'EXOSTOSE D'UNE COTE SURNUMÉRAIRE.

On peut assurément citer, et on doit reproduire l'observation suivante comme un rare exemple de succès dû au diagnostic le mieux fait et au courage chirurgical le mieux justifié.

Une femme de vingt-six ans avait remarqué depuis quelque temps une sorte d'enflure à son cou. Mais elle n'y avait pas autrement fait attention, lorsque, il y a quatre mois, elle sentit des douleurs s'irradier au bras, à l'avant-bras et à la main gauches. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, aucun battement n'était perceptible à l'humérale, ni à la radiale, ni à la cubitale ; le membre était engorgé, plus froid que le droit, la santé générale restant d'ailleurs excellente.

Un examen attentif fit reconnaître qu'il s'agissait d'une exostose développée sur une côte surnuméraire, côte articulée avec la septième vertèbre cervicale.

M. Coote conçut de suite l'idée d'une opération qu'il exécuta : il mit à découvert et enleva la tumeur osseuse, qui adhérait à l'apophyse transverse de la septième cervicale ; au-dessous d'elle on trouva les nerfs aplatis.

La malade avait perdu peu de sang. Les résultats de l'opération furent décisifs. Le membre reprit sa sensibilité et sa température normales ; mais les pulsations artérielles ne reparurent point, la circulation s'étant rétablie par les voies collatérales.

(*Medical Times and Gazette.*)

DE L'EMPLOI DE L'ERGOTINE DANS LES HÉMORRHAGIES ;

Par M. le Dr DELFRAYSSÉ, de Pradines (Lot).

De tous les médicaments préconisés comme anti-hémorrhagiques, il n'en est pas dont l'action soit plus fidèle et qui rende chaque jour aux praticiens des services plus signalés que l'ergotine dont M. Bonjean a enrichi la thérapeutique.

L'influence incontestable de cet agent sur le ralentissement de la circulation, son action puissamment astringente sur les vaisseaux, officiellement contrôlées par les observateurs les plus éminents, tels que MM. Guérard, Depaul, Sée et Nonat, expliquent d'une manière rationnelle et physiologique les effets remarquables qu'on en obtient dans les hémorrhagies les plus diverses et les plus sérieuses.

Nous croyons devoir consigner ici quelques faits nouveaux, qui sont une preuve de plus des services que peut rendre ce médicament.

OBS. I. — La femme B..., de Douelle, âgée de trente-cinq ans, après un accouchement long et pénible, mais qui s'était terminé spontanément, fut prise de pertes excessivement abondantes.

La sage-femme qui l'assiste demande l'avis d'un médecin ; mais effrayée des progrès de l'hémorrhagie, elle ne trouve rien de mieux que de pratiquer le tamponnement. J'arrive sur ces entrefaites, je constate que le tamponnement n'a fait que substituer à une hémorrhagie externe une hémorrhagie intra-utérine, et trouve l'accouchée dans l'état le plus inquiétant : peau froide ; pouls filiforme ; lipotbymies ; strabisme et tremblement convulsif des paupières. J'ai immédiatement recours (après avoir fait l'extraction des caillots) à l'administration de la potion suivante :

Ergotine Bonjean.	2 grammes.
Eau distillée.	50 —
Eau de fleurs d'oranger. . . .	20 —
Sirop simple.	q. s.

à prendre d'abord par petites cuillerées de quart d'heure en quart d'heure, puis par grandes cuillerées d'heure en heure.

La malade avait à peine avalé les quatre premières doses, que le strabisme et le frémissement des paupières avaient complétement disparu ; une nuance légèrement rosée se montra sur les joues, jusque-là

Exeat le 27 en pleine voie de guérison, mais le traitement doit être continué en ville.

Nous ne croyons pas devoir énumérer toutes les affections contre lesquelles l'huile iodée a été mise en usage. Mais nous pouvons dire que toutes celles qui rentrent dans la grande classe des maladies scrofuleuses, en particulier celles du système osseux et du système lymphatique, que les lésions qui se rattachent à la diathèse tuberculeuse, qu'elles se développent dans le parenchyme, dans les glandes ou dans les parties dures et dans les éléments du squelette ; que les manifestations de la syphilis constitutionnelle, principalement de la période tertiaire, périostite, ostéite, tumeurs fibro-plastiques, comme aussi les accidents de transition entre la seconde et la troisième période, sont manifestement et puissamment influencées par l'huile de M. J. Personne. Est-ce à dire, comme on a voulu faire croire que l'auteur l'avait écrit, que le médicament nouveau allait faire oublier l'huile de foie de morue? Nullement ; il a voulu enrichir la thérapeutique d'un médicament propre à la remplacer dans certains cas, et il s'est trouvé que plus d'une fois le succédané avait réussi là où l'autre avait échoué. C'est qu'en effet le principe essentiellement actif de l'huile de foie de morue existe dans l'huile de Personne en quantité bien plus considérable ; c'est que, de plus, tandis que l'huile de poisson est nauséabonde et répugne tellement à nombre de malades qu'ils ne peuvent la supporter, l'huile iodée, au contraire, n'a aucune saveur, aucune odeur désagréable, se laisse facilement digérer, n'occasionne aucun trouble dans les fonctions nutritives, agit, en un mot, d'une manière beaucoup plus constante, plus rapide, plus efficace.

Nous nous arrêtons ; nous semblerions vouloir faire l'apologie de l'huile iodée, tandis que notre intention n'était que de faire un article bibliographique. Nous nous sommes laissé quelque peu entraîner. Ce ne seront pas nos lecteurs qui se plaindront de cet hommage involontaire rendu à la vérité, car ils y trouveront aussi leur profit.

Dr S. MOREL.

blêmes et glacées; et en peu de minutes la connaissance et la parole étaient revenues. L'hémorrhagie était sensiblement diminuée ; mais elle ne fut complétement supprimée que dans la nuit suivante, après une injection de la préparation suivante :

Ergotine.	2 grammes.
Émulsion d'amandes.	100 —

Les suites de couches furent très-heureuses; la malade très-affaiblie eut une convalescence un peu longue.

J'ai dans ma pratique plusieurs autres observations semblables relatives à des métrorrhagies extrêmement graves, consécutives soit à l'accouchement, soit à l'avortement. Dans tous ces cas, où les malades déjà froides et insensibles paraissaient prêtes à succomber à la violence de l'hémorrhagie, la perte céda rapidement à l'administration de l'ergotine. Mais je préfère reproduire les deux faits suivants, qui témoignent de l'efficacité du médicament dans d'autres hémorrhagies :

Obs. II. — Le sieur G..., propriétaire à Marthre, âgé de cinquante ans environ, était sujet depuis plusieurs mois à des épistaxis quotidiennes qui l'avaient réduit à un état d'anémie et de prostration des plus inquiétants, bientôt compliqué d'œdème des membres inférieurs. L'hémorrhagie nasale ne fut que momentanément arrêtée par le perchlorure de fer; elle se renouvela le lendemain et les jours suivants de manière à compromettre sérieusement la vie du malade. Appelé dans ces conditions, je me hâtai d'administrer trois dragées d'ergotine Bonjean (contenant chacune 15 centigrammes d'ergotine), toutes les demi-heures d'abord et plus tard toutes les heures. L'écoulement sanguin commença bientôt à diminuer, et fut arrêté définitivement le lendemain sans autre moyen thérapeutique. Le malade se rétablit parfaitement.

La durée déjà ancienne de la maladie, la gravité des phénomènes généraux qu'elle avait amenés, et l'insuccès du perchlorure de fer, comparé à l'action si rapide et presque immédiate de l'ergotine, donnent à ce fait un intérêt tout particulier.

Enfin, je veux signaler également les heureux effets obtenus de l'ergotine employée comme hémostatique direct, sous forme topique, dans quelques hémorrhagies traumatiques.

Obs. III. — M. D..., de Cahors, contrôleur des contributions, en descendant précipitamment d'une charrette, s'accrocha à un pieu qui était fort pointu et qui lui traversa de part en part le creux de l'aisselle. Une hémorrhagie très-abondante se déclara ; je fus mandé en toute hâte et m'étant muni d'ergotine, je fis dissoudre une petite quantité du médicament dans de l'eau pour injecter d'abord le trajet de la plaie et placer ensuite, au besoin, des tampons de charpie imbibés de cette solution. Cette indication fut suivie d'un plein succès ; l'hémorrhagie fut supprimée sans retour, et les forces se rétablirent avec rapidité.

Bien que ce détail ne soit pas indiqué dans l'observation, je dois faire remarquer que c'est surtout dans les hémorrhagies en nappe ou avec jet peu volumineux que l'ergotine, sous forme topique, est spécialement indiquée. J'ajoute que j'ai également retiré de très-heureux effets de son emploi à l'intérieur dans plusieurs cas d'hémopthysie et d'hématémèse. J'ai été moins heureux dans la dyssenterie, et cependant un de nos confrères, M. le docteur Godlewski, de Sorgues (Vaucluse), déclare avoir constamment employé avec avantage dans l'hémorrhagie rectale et surtout de nature dyssentérique les dragées d'ergotine et un lavement composé avec :

Extrait d'ergotine.	2 grames.
Diascordium.	3 —
Eau de son.	200 —

M. Godlewski ajoute que si un pareil lavement est gardé deux heures par le malade, on n'a pas besoin de le renouveler ; l'hémorrhagie rectale est définitivement suspendue.

Il a également employé avec succès les dragées d'ergotine — dans un grand nombre d'hémorrhagies diverses, en combinant leur action avec des applications locales d'une solution d'ergotine, — mode d'emploi généralement adopté par les médecins.

Je borne ici ces réflexions et ces exemples, qui suffisent à recommander à l'attention des praticiens un médicament destiné à devenir une des plus précieuses ressources dans les hémorrhagies graves ou rebelles de toute nature.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 février 1862. — Présidence de M. Duhamel.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre de la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de feu M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. (Nous avons fait connaître le résultat de cette élection dans le numéro de mardi dernier.)

Physiologie végétale. — M. L. Pasteur lit un mémoire intitulé : *Étude sur les mycodermes. Rôle de ces plantes dans la fermentation acétique.* (Voir le premier-Paris.)

Physiologie comparée du système nerveux. — M. Yersin communique un mémoire *sur la physiologie du système nerveux dans le grillon champêtre.*

Ce travail résume les observations que M. Yersin a recueillies sur les fonctions du système nerveux dans le grillon champêtre, dès l'année 1856. Cette première partie ne renferme que l'étude des effets de la section des cordons ou commissures qui lient entre eux les ganglions de la chaîne médullaire.

Les faits renfermés dans cette première partie de mon travail, dit-il, paraissent établir dès maintenant les résultats suivants :

La coordination des mouvements n'est pas troublée par la section des deux cordons à la fois sur un point quelconque de la chaîne.

Au contraire, la locomotion devient anormale :

1° Toutes les fois que l'on coupe un seul cordon sur un point de la chaîne, antérieur au ganglion du métathorax;

2° Toutes les fois que l'on pratique deux ou plusieurs sections, chacune sur un seul cordon, entre des ganglions différents, l'une au moins des sections portant sur un point antérieur au métathorax.

Dans les animaux vertébrés, les nerfs proprement dits ont tous leurs racines dans la moelle allongée et dans la moelle épinière. Dans les articulés, presque tous les nerfs naissent des ganglions. L'analogie anatomique conduit donc à assimiler les ganglions de la chaîne à une moelle.

Les expériences dont on vient de lire le résumé nous semblent établir que c'est l'ensemble des ganglions céphaliques et thoraciques qui président à la coordination des mouvements locomoteurs, sans qu'il soit possible de fixer cette fonction dans l'un de ces organes à l'exclusion des autres. Ainsi cette moelle représente en même temps le cervelet des animaux supérieurs.

Il est très-probable que c'est aussi dans la réunion des ganglions qu'il faut chercher l'analogie du cerveau des vertébrés. (Commission du prix de physiologie expérimentale.)

M. Poulet envoie de Plancher-les-Mines (Haute-Saône), au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, un mémoire ayant pour titre : *Considérations générales sur plusieurs maladies épidémiques, sur leur étiologie et sur leur traitement préventif.* (Réservé pour la future commission.)

M. Babinet dépose sur le bureau une brosse voltaïque construite par M. J. Imme (de Berlin) et indique de vive voix quelques-uns des avantages qu'a, suivant lui, cet appareil sur d'autres précédemment imaginés pour l'application de l'électricité à la thérapeutique. (Renvoi à une commission composée de MM. Babinet et Jobert de Lamballe.)

— L'Académie reçoit deux notes destinées au concours pour le legs Bréant et écrites en allemand : l'une adressée de Neisse (Prusse) par M. L. Wolf, l'autre d'Augsbourg par M. Castell. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale.)

M. Tavignot adresse une Note « sur un nouveau procédé pour l'application à l'opération de la cataracte de la méthode galvanoplastique ».

M. Dom. de Lucce envoie de Naples une Note « sur deux nouvelles causes et sur une nouvelle méthode curative de la blépharoptose ».

La méthode curative consiste dans des scarifications.

M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, met sous les yeux de l'Académie trois instruments auxquels il a fait subir des modifications qui lui paraissent de nature à rendre plus rapide et plus sûre l'opération nouvelle de l'ovariotomie.

M. Hechenberger, dans une lettre écrite en latin et datée d'Inspruck, annonce que les découvertes anatomiques de M. Hyrtl, récemment couronnées par l'Académie, l'ont conduit à faire en thérapeutique des découvertes qu'il s'empresserait de rendre publiques s'il pouvait compter sur l'appui de l'Académie.

La commission qui a décerné à M. Hyrtl le prix de physiologie expérimentale est chargée de prendre connaissance de la demande de M. Hechenberger.

M. Ch. Chevalier, opticien, met sous les yeux de l'Académie des verres de besicles en crown-glass, qui suivant lui réunissent toutes les qualités qu'on peut se promettre du choix de la matière, de la régularité des courbures et du fini de l'exécution. (Renvoi à l'examen de M. de Sénarmont.)

M. de Paravey adresse deux nouvelles lettres sur les renseignements qu'on peut trouver dans les livres des Chinois relativement à l'histoire des sciences et à l'histoire du genre humain.

— M. Flourens fait hommage à l'Académie, au nom de M. Figuier, de deux ouvrages que ce savant vient de publier tout récemment, l'un intitulé *Les Eaux de Paris*, et qui, ainsi que son titre l'indique, est relatif à l'une des plus importantes questions d'hygiène publique dont on se préoccupe en ce moment ; le second est l'*Année scientifique et industrielle* (sixième année).

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Compte rendu des séances préparatoires de la Société universelle d'ophthalmologie, tenues à Paris du 10 au 13 octobre 1861. Paris, 1861, in-8° de 30 pages. Prix: 1 fr. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Registre des médecins (nouveau *modèle*), par M. E. Simonnet, breveté, s. g. d. g.

Parmi toutes les méthodes de comptabilité médicale publiées jusqu'à ce jour, les unes étaient inapplicables ou inintelligibles, les autres exigeaient cinq ou six *livres* chaque année. Aucune ne convenait au médecin ou n'était faite pour lui.

Le *Registre-Journal* de M. Simonnet résume toutes les méthodes, les remplace à lui seul et peut durer plusieurs années. Par sa disposition tout exceptionnelle, cette méthode, simple et facile, s'adresse aussi bien aux praticiens des campagnes qu'à ceux des grandes villes.

Un Répertoire présente le relevé des comptes mensuels pour chaque client, et remplace le *grand-livre*. On trouve à la fin des modèles de rapports et de certificats, des formules et des notes sur des cas de médecine légale, etc., rédigés *ad hoc* pour les praticiens, par M. le docteur Tarofeu, ainsi qu'un modèle d'état de vaccinations. Un beau volume in-4°, avec *Répertoire*; belle et forte reliure. Prix : 12 fr., *franco* par la poste. — Adresser les demandes à M. E. Simonnet, 13, rue de la Monnaie, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 FÉVRIER 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Larrey a donné lecture dans cette séance de la deuxième partie de son travail sur l'hygiène des hôpitaux militaires. L'Académie a entendu avec un très-vif intérêt les développements dans lesquels l'honorable académicien est entré sur le service médico-chirurgical de nos deux grandes dernières guerres et les déductions pleines d'enseignements qu'il en a tirées au point de vue de la question qui occupe en ce moment l'attention du monde médical.

L'Académie, après cette lecture, s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de la section d'anatomie et physiologie sur les candidats à la place vacante dans cette section. Si les renseignements qui nous sont parvenus sur le résultat de ce comité secret sont exacts, voici quelle serait la liste des candidats arrêtée par l'Académie : en 1re ligne, M. Béclard, en 2e, M. Sappey, en 3e, M. Verneuil, en 4e, M. Béraud.

L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

Nous publions ci-dessous la suite des intéressantes études de M. Chalvet sur l'hygiène des hôpitaux. La discussion sur cette question sera probablement reprise mardi prochain, après l'élection. Sont inscrits pour prendre la parole : MM. Gosselin, Trébuchet, Briquet et Davenne. — Dr Brochin.

A PROPOS DE LA DISCUSSION

SUR L'HYGIÈNE DES HOPITAUX (1).

La question de l'hygiène des hôpitaux tend de plus en plus à se généraliser. Dans les deux dernières séances de l'Académie de médecine, M. Larrey a lu un intéressant mémoire sur l'hygiène des hôpitaux militaires.

La première partie de ce mémoire nous prouve que les hôpitaux de l'armée, mieux tenus sous plusieurs rapports que ceux de l'Assistance publique, sont encore susceptibles de grandes améliorations.

De toute part on arrive à convenir qu'il y aurait avantage à transformer les grands établissements en petits hôpitaux, ou du moins à multiplier le nombre des salles, afin de réduire dans chacune le nombre des lits et d'éviter les effets de l'encombrement. Sur ce point la France ne revendiquera pas l'initiative de l'exécution, si jamais on se décide à prendre ce parti.

A Varsovie, par exemple, une ordonnance du conseil médical supérieur, ayant le pouvoir d'ordonner officiellement en matière d'hygiène, porte que les salles des hôpitaux qui seront construits à l'avenir ne recevront jamais plus de 12 lits. Déjà les hôpitaux Saint-Roch, Évangélique et même Saint-Lazare se trouvent dans ces conditions.

Dans un précédent article, je me suis engagé à examiner rapidement quelques-unes des causes qui concourent à vicier l'air des salles dans les hôpitaux civils de Paris. Je pose comme un fait d'observation, que je prouverai plus tard, que dans un hôpital bien situé, où les salles des malades sont convenablement ventilées, où le cube d'air est plus que suffisant, où les soins de propreté règnent sur les murs et dans les pièces de literie, où les lieux d'aisance ne répandent pas d'odeur autour des malades, il existe encore des causes d'insalubrité dont on ne paraît pas se préoccuper suffisamment. Mais que dirons-nous des hôpitaux où toutes ces conditions d'hygiène manquent pour ainsi dire à la fois? Si, par impossible, on mettait au concours l'édification d'un hôpital *insalubre*, il viendrait de suite à l'idée des concurrents de placer un tel hôpital à côté d'un amphithéâtre de dissection; ils mettraient à côté des salles de chirurgie des salles pour les femmes en couches, et prendraient leurs mesures pour que le plus grand nombre possible d'opérations de premier ordre fussent pratiquées simultanément.

Tout porte à croire que l'on arriverait ainsi à favoriser les épidémies d'érysipèles, d'infection putride, d'empoisonnement puerpéral; on serait dans les conditions de l'hôpital des Cliniques. Tant que ces influences de voisinage subsisteront, je n'ai pas à chercher d'autres sources à la *malaria*, pas plus qu'il ne m'est permis de mettre dans la balance les probabilités des résultats d'une opération et les avantages d'un emplacement commode pour l'enseignement.

Passons aux hôpitaux qui n'ont pas un amphithéâtre dans leur voisinage, et voyons si l'hygiène n'y est pas souvent sacrifiée à d'autres préoccupations. Je parlerai d'abord de l'hôpital Saint-Louis, parce que j'en connais mieux les côtés faibles.

Les salles de cet hôpital sont vastes, en général; le cube d'air y abonde, mais les malades aussi. La salle Saint-Augustin, par exemple, en renferme habituellement plus de quatre-vingts. Passe encore pour l'encombrement; on ne peut pas obvier à tout. Mais les murs, qu'est-ce qui empêche de les blanchir à la chaux au moins une fois l'an? On accorde bien ce luxe aux escaliers, aux perrons, etc. La salle Saint-Jean n'a certes pas été blanchie de mémoire d'employé.

Je pourrais en dire autant des salles Saint-Augustin et de la moitié de la salle Saint-Louis.

On peut formuler le même reproche à l'égard du *nettoyage* des croisées et des carreaux. Les croisées, par les courants d'air qui s'établissent continuellement à travers les fissures, sont le rendez-vous des poussières organiques qui flottent dans l'air. Ces poussières, vu le nombre considérable et les dimensions des fenêtres qui s'ouvrent dans chaque salle, forment une couche épaisse de matières putrescibles, exposées plus que celles des murs encore à l'action de l'humidité. Entre chaque carreau et le châssis, il existe une couche en putréfaction constante, qui dégage dans les salles des gaz divers, de l'ammoniaque surtout. Ce dernier gaz me paraît entrer dans des proportions sérieuses comme cause de viciation de l'air. C'est encore l'ammoniaque que l'on peut accuser de servir de véhicule aux miasmes, de même qu'il favorise la dissémination des corpuscules putrides qui donnent à chaque foyer de décomposition de matières animales une odeur caractéristique.

Je trouve donc que l'on n'apporte pas assez de soin à l'entretien des murs et des croisées. Dans les hôpitaux de Varsovie, ce soin a paru si capital au conseil d'hygiène, que chaque médecin *ordinateur* est tenu de faire deux fois par an, au printemps et en automne, plus souvent même s'il survenait une épidémie quelconque, un bon pour faire blanchir et *reposer* successivement toutes les salles de son service.

Dans quelques-uns de nos vieux hôpitaux, les sœurs suppléent de leur mieux à ce manque de prévoyance administrative. Plusieurs fois par an elles pratiquent l'*époussetage* ou grand *nettoyage*, qui consiste à faire remuer par les convalescents et les infirmiers, à l'aide de *têtes de loup*, toutes les poussières entassées sur les parois. Il faut avoir assisté à l'une de ces opérations pour se faire une idée de ce que doivent souffrir les malades, ceux surtout qui sont déjà dyspnéiques, au milieu de cette poussière qui indispose sérieusement les hommes valides, et leur fait redouter cette corvée, malgré les suppléments de vin qui leur sont alloués.

Les croisées ne sont lavées qu'à de plus rares intervalles encore; l'insuffisance du personnel de service entrave sur ce point le zèle des religieuses, qui sont en général pleines d'ardeur pour tout ce qui tient aux soins de propreté.

Une autre source d'insalubrité pour les salles de l'hôpital Saint-Louis se trouve dans la disposition des lieux d'aisance. Ce point d'hygiène est trop important pour que nous tentions de le développer dans cette esquisse rapide.

On a reproché aux lits des hôpitaux anglais d'être moins somptueux que les nôtres, parce qu'ils ne sont pas entourés de rideaux et que la laine y est souvent remplacée par le coton. C'est précisément là un titre de supériorité. Des expériences souvent répétées ont établi que la laine est de tous les tissus celui qui possède le pouvoir absorbant le plus considérable. Si les Anglais ont fait de l'hygiène sans le savoir, comme on nous l'a dit, les Polonais les ont imités avec connaissance de cause. Ils ajoutent une grande importance à ne conserver dans les salles que le moins de tissus possibles pour éviter l'absorption des miasmes. Non-seulement les lits ne sont pas entourés de rideaux, mais ceux des fenêtres sont placés entre les doubles croisées usitées dans les pays du Nord.

Dans nos hôpitaux, les rideaux des lits ne sont blanchis que deux fois par an. Si la contagion a pu être disséminée par les effets d'habillement, des rideaux chargés de matières organiques ne peuvent-ils pas transmettre à une série de malades le germe de maladies ou de complications graves? L'histoire des lits néfastes serait là pour le prouver au besoin. N'a-t-on pas vu la fièvre puerpérale, la pourriture d'hôpital, atteindre successivement dans une épidémie les malades qui se succédaient aux mêmes numéros? Philippe Boyer croyait à ce genre de transmission des maladies miasmatiques, et il rappelait à ce propos l'histoire des séries malheureuses du *rang noir* de la salle Sainte-Marthe de l'Hôtel-Dieu. Il serait donc à désirer que l'administration choisît entre ces deux alternatives, de supprimer les rideaux ou de les changer tous les mois. Il y aurait peut-être un autre moyen encore, ce serait l'usage d'un tissu rendu imperméable par un apprêt.

M. le directeur général de l'Assistance publique s'occupe actuellement de cette question des rideaux. Il faut espérer que la sollicitude administrative s'étendra sur les lacunes que nous venons de signaler.

D'importantes améliorations ont été faites, ainsi qu'on l'a déjà dit. Bien plus, il est certain que ces améliorations ont déjà produit de bons effets. Il est constant que l'on n'observe plus de nos jours ces épouvantables épidémies de pourriture d'hôpital qui dévastaient autrefois des rangs entiers. Les malades mêmes qui succombent aux influences nosocomiales ne meurent pas comme jadis. C'est par une sorte d'intoxication lente qu'ils sont emportés, comme si la dose du poison était en quelque sorte diminuée.

C'est dans les prévisions de ce résultat qu'en exécution d'un décret de la Convention nationale du 14 pluviôse an III de la république, le conseil d'hygiène rédigea une instruction sur les moyens de prévenir l'infection de l'air dans les hôpitaux. Entre autres paragraphes, on y lit les suivants :

« On blanchira au moins une fois l'année les murs et les plafonds des salles avec un lait de chaux.

» .... Les bois des lits et les croisées seront lavés avec une forte lessive alcaline.

» On ne laissera pas dans le voisinage des salles ou de l'hôpital des eaux stagnantes, des tas de fumier, ni aucune matière végétale ou animale en décomposition.

» Les chaises percées seront toujours assez nombreuses pour pouvoir en substituer sur-le-champ à celles enlevées à mesure des besoins; cependant il n'en sera placé qu'auprès des malades affectés gravement.

» Il ne faut pas se lasser de le répéter : les habitations dans lesquelles l'air se trouve stagnant sont aussi préjudiciables à la santé que le sont les pays marécageux.

» On purifiera successivement toutes les salles de l'hôpital au moyen de salles vides que l'on appellera salles de *rechange*, toujours réservées exclusivement à recevoir les malades de la salle qu'on purifiera. »

Ces sages conseils, que l'on n'a pas su mettre à profit dans nos hôpitaux, ont été entendus de plusieurs administrations étrangères, de celle de Varsovie, entre autres. Cela prouve une fois de plus que les conseils d'hygiène eux-mêmes ne sont pas prophètes dans leur pays. CHALVET, interne des hôpitaux.

(1) Suite. Voir le numéro du 11 février.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE. — M. BOURGUIGNON.

Convulsions infantiles épileptiformes tendant à devenir ultérieurement de l'épilepsie confirmée.

Guérison due à l'action combinée de l'hydrothérapie, des analeptiques et des antispasmodiques. — Emploi avantageux de l'électricité par induction dans le cours des convulsions incoercibles.

L'épilepsie est toujours parmi les maladies l'une des plus graves que le médecin soit appelé à traiter : ses causes sont généralement inconnues, et son traitement est encore l'objet de nos plus sérieuses recherches.

Les faits bien observés sont, pour ceux qui ont la noble ambition de faire progresser la science médicale, de précieux matériaux à consulter, et pour les praticiens plus spécialement adonnés à la cure des maladies un utile enseignement. J'ai pensé qu'à ce double titre un cas de convulsions infantiles devenues de l'épilepsie confirmée, dont j'ai obtenu la guérison, méritait de fixer l'attention des uns et des autres.

R... est âgé de dix ans; il n'a point eu de convulsions dans son enfance, et aucun de ses ascendants ne lui a transmis une prédisposition à des troubles nerveux de quelque nature que ce soit. A huit ans, il a ressenti sans cause appréciable une vive douleur dans l'oreille droite. Cette douleur cessa complétement au bout de quelques jours; mais depuis lors les nuits furent agitées, troublées par des rêves, par des frayeurs. Sa mère remarqua que dès ce moment la tête de son fils se tournait constamment à droite pendant les crises d'agitation produites par les terreurs nocturnes. Lorsque les nuits

avaient été fort agitées, il conservait le lendemain de l'oppression et des palpitations. Ce trouble du sommeil garda pendant six mois le même caractère; il ne disparut momentanément qu'à l'occasion d'une dysenterie qui laissa l'économie sous le coup d'une prédisposition à des accidents nerveux plus sérieux. En effet, à peine rétabli de cette maladie intestinale, R..., à la suite d'un dîner de famille qui fut pour lui une source de vives excitations, eut une indigestion, des vomissements, puis, pendant la nuit, une véritable convulsion. Depuis cette époque, les attaques convulsives nocturnes devinrent de plus en plus fréquentes.

La famille prit alors la résolution d'envoyer l'enfant à Paris, d'autant qu'une opération était jugée indispensable, dans le but de remédier à une irritation préputiale et à un phimosis qui provoquaient de fréquentes érections et entretenaient de funestes habitudes.

Le jour de son arrivée à Paris, le jeune malade eut cinq attaques de convulsions. MM. les docteurs Blache et Maingault furent consultés, et M. le docteur Guersant fit l'opération de la circoncision; puis l'enfant vint à Bellevue pour être soumis à l'hydrothérapie (juillet 1860).

Tels sont les antécédents qu'il importait de faire connaître. J'aborde maintenant les faits qu'il m'a été donné d'observer :

R... a la tête développée, le front haut et large, les yeux grands et d'une expression sympathique. Il est aussi sensible et impressionnable qu'intelligent. Sa taille est celle de son âge, mais il est grêle, peu musclé; les chairs sont molles. Les fonctions des sens sont normales. Rien à noter dans celles de la motilité et de la sensibilité, si ce n'est *une douleur passagère qui se fait quelquefois sentir brusquement dans le flanc droit*. La respiration est régulière, les digestions excellentes, sauf une tendance à la constipation. Le pouls est mou et fréquent, la circulation cardiaque et carotidienne, soufflante, ainsi que cela s'observe dans la chlorose. L'éréthisme des organes génitaux est extrême; l'enfant éprouve des besoins fréquents d'uriner, des érections nocturnes, et il ne peut en société rester longtemps auprès des jeunes filles sans être vivement excité.

Voici maintenant les faits principaux qui ont été notés depuis le 6 septembre 1860, jusqu'au jour de la sortie du malade de l'établissement :

Le traitement est purement hydrique : le malade prend soir et matin une douche en jet et en pluie.

Les 16 et 28 septembre, crise pendant la nuit, produite par des frayeurs.

Le 6 octobre, attaque convulsive à six heures du matin, suivie d'un spasme de la glotte.

Le 4 novembre, deux attaques légères pendant la nuit.

Le 20 décembre, nuit agitée, facies injecté, tête lourde. — Purgation.

Les 21, 22, 23 et 24, grandes frayeurs nocturnes.

Le 25, on m'appelle à six heures du matin auprès de l'enfant. Il se plaint d'une très-vive douleur abdominale, vers la région iléo-cæcale. La compression est intolérable en ce point. Le pouls est à 120, la peau chaude et fébrile. — Cataplasmes et lavement laudanisés.

A dix heures du matin, l'acuité de la douleur augmentant et les cataplasmes ne pouvant être supportés, dix sangsues sont appliquées, *loco dolenti*.

A cinq heures du soir, soulagement complet; le ventre peut être malaxé sans que cette manœuvre provoque le réveil de la souffrance. — Bouillon.

A huit heures, sommeil.

A neuf heures, cris causés par une frayeur imaginaire, réveil, convulsions.

Au début de l'attaque, les globes oculaires se portent en haut et à droite; la tête se tourne dans le même sens; les muscles de la face, de la langue, et ceux des membres supérieurs et inférieurs, sont agités de contractions convulsives toniques; les doigts sont fortement fléchis, et les pouces dans une adduction exagérée. D'autre part, la respiration est entravée tant par l'immobilité des parois thoraciques que par le spasme laryngien. Les contractures musculaires mettent obstacle à la circulation artérielle; les veines se gorgent de sang et injectent le tissu cutané; la face est vultueuse, et une salive spumeuse s'épanche du bord interne des lèvres. La perte de connaissance est d'ailleurs complète pendant les deux ou trois minutes que dure l'attaque.

Insensiblement toute l'agitation musculaire se calme; une longue et profonde inspiration rétablit l'hématose; le regard, où se peint la stupeur, se fixe sur moi; l'enfant jette un cri, appelle sa mère et répand des pleurs abondants, que des caresses et des encouragements ont peine à tarir. Le petit malade retrouve bientôt un calme parfait; il sourit à sa mère, la rassure, puis, cédant à la fatigue, il ferme les yeux et s'endort.

Je me disposais à réveiller l'enfant, sachant par expérience que dans le jeune âge une nouvelle attaque est souvent à redouter dans le premier sommeil, lorsque, à neuf heures et demie, une seconde crise éclata avant que mon intention eût été réalisée.

Cette attaque fut plus violente et de plus longue durée que la première, et elle présenta bien tous les caractères classiques de l'épilepsie : perte de la connaissance, insensibilité, mordillement de la langue, écume à la bouche, flexion du pouce dans la main.

Après cette seconde convulsion, les yeux et la face restèrent injectés et le front brûlant; je craignis qu'elle ne fût pas la dernière. Je fis appliquer des compresses imbibées d'eau froide sur la tête, autant pour combattre l'afflux du sang vers le cerveau que la tendance au sommeil. Un bain de pieds fut ordonné, et je fis prendre dans un peu d'eau sucrée deux gouttes d'une solution contenant 5 centigrammes de valérianate d'atropine pour 30 grammes d'eau distillée; c'est-à-dire 1 milligramme de ce valérianate, et l'on prépara près du lit une baignoire remplie d'eau froide.

Il était dix heures; je ne quittai pas le chevet du lit. Je fis causer le petit malade afin de le tenir éveillé; mais toutes ces précautions furent inutiles. A dix heures dix minutes, une troisième attaque se déclara. Pendant qu'elle durait je fis prendre l'enfant par les pieds et les bras, et on le plongea dans la baignoire: la crise parut moins forte et moins longue. Il fut immédiatement replacé sur son lit, essuyé, frictionné dans la laine, puis habillé. Il se réchauffa très-facilement. Je le fis marcher, dans le but de rompre la prédisposition à de nouvelles attaques. La promenade dans un long corridor fut difficile et très-fatigante. Lorsqu'on l'eut ramené dans sa chambre, je lui fis prendre dans de l'eau sucrée quatre gouttes de la solution au valérianate d'atropine, quatre gouttes d'éther et autant de laudanum, et j'attendis. Il était onze heures; je croyais avoir conjuré de nouvelles crises; mais bientôt le pouls devint plus fréquent, la respiration plus précipitée, et une quatrième attaque se déclara. On enleva en toute hâte une partie des vêtements, et l'enfant fut de nouveau plongé dans la baignoire pendant trois minutes, la crise en ayant duré cinq.

Cette fois, à l'attaque succéda de la stupeur et du coma, dont il nous fut impossible de triompher. Je fis apporter du chloroforme afin d'en faire respirer à la moindre manifestation d'une nouvelle convulsion, qui malheureusement ne se fit pas longtemps attendre. A onze heures vingt minutes, les muscles de la face furent pris de contractions multipliées; les globes oculaires se convulsèrent, et pour la cinquième fois en deux heures, la crise devint générale. Je fis respirer le chloroforme: l'action de cet hyposthénisant fut nulle, ce dont je me rendis facilement compte, la respiration étant à ce moment annihilée. Après la crise, la langue resta serrée entre les mâchoires, et la prostration fut si complète que les membres soulevés retombaient comme une masse inerte. Pendant que je m'efforçais de rassurer la mère, une sixième attaque se déclara, et à partir de ce moment les crises se succédèrent toutes les quinze ou vingt minutes.

A deux heures du matin, l'enfant avait la face cyanosée, les globes oculaires fortement injectés, la respiration stertoreuse et les extrémités froides.

Le trouble qui tendait à s'établir dans la circulation m'inquiétait plus que tout le reste; dans le but d'y remédier, je fis frictionner tout le corps, et principalement les extrémités déjà froides, à l'aide de tampons de laine imbibés d'eau-de-vie camphrée. Ces frictions furent un moment interrompues au bout de dix minutes par une attaque; quand elle eut cessé, elles furent reprises, puis interrompues encore une fois par une crise nouvelle. Voyant que cette énergique révulsion ne répondait pas à mon attente, je fis apporter une machine électrique; j'en portai le courant d'induction au summum de sa puissance, et j'attendis, les électrodes en main, les signes avant-coureurs d'une convulsion. Dès qu'ils apparurent, un des électrodes fut appliqué sur le nerf sciatique poplité externe à son passage sur le col du péroné, l'autre sur le dos du pied. La violence du courant arracha un cri perçant au petit malade, fit pénétrer l'air dans les poumons, rompit le spasme laryngien, et diminua la violence et la durée de la crise, justifiant ainsi la théorie de Marshall-Hall sur le trachélisme. Ce résultat me parut encourageant. Dès qu'une nouvelle convulsion sembla vouloir se produire, les électrodes furent appliqués sur la jambe droite. A peine le courant fut-il établi qu'un cri énergique rompit de nouveau l'occlusion de la glotte, et fit presque avorter la crise. La convulsion qui succéda se fit plus longtemps attendre, et j'eus la satisfaction d'en abréger également la durée. Il en fut de même de toutes celles qui apparurent ultérieurement, car je me tins prêt à les conjurer au fur et à mesure de leur apparition. Celle qui survint à trois heures du matin fut enfin la dernière.

En résumé, R... avait eu de neuf heures du soir à trois heures du matin, soit pendant six heures, de 25 à 30 convulsions. J'ai vu de nombreux épileptiques pendant un séjour de deux ans à Bicêtre, et jamais aucun de ceux qui ont eu des attaques répétées sous mes yeux n'a été plus sérieusement menacé de perdre la vie.

Pendant les jours qui suivirent le 25 décembre, l'enfant resta dans une profonde prostration; les globes oculaires étaient infiltrés de sang, la face était ecchymosée, et l'épuisement tellement grand que la difficulté de se mouvoir simulait une paralysie complète. Un sommeil calme et réparateur, que cette fois je me gardai bien d'interrompre, mit fin à cette sorte de léthargie, et l'enfant put enfin exprimer ses idées et se mouvoir. Au bout d'une semaine, il ne conservait de cette terrible épreuve qu'un peu d'abattement et de tristesse; puis il reprit bientôt sa gaieté et son entrain habituels.

Pendant ce temps, je dus réfléchir au parti qu'il fallait prendre, et soumettre à une scrupuleuse analyse les effets du traitement hydrique suivi jusqu'à ce jour. Il résulta de cet examen que ce traitement, impuissant à prévenir les convulsions, avait cependant apporté dans l'organisme du malade et dans la fréquence des crises de notables modifications : en effet, du 1er septembre au 25 décembre, je n'en ai noté que six; c'était une amélioration relative. J'en conclus qu'il fallait persister d'autant que l'action des agents pharmaceutiques, combinée pour l'avenir avec l'hydrothérapie, pouvait, selon toute apparence, me prêter un utile concours.

Dans cet ordre d'idées, je fis des principales fonctions une nouvelle étude. Les bruits de souffle cardiaque et carotidien, la mollesse du pouls, m'indiquèrent que le système nerveux recevait toujours du sang des éléments de nutrition et d'innervation insuffisants. La facile excitabilité du sujet, son impressionnabilité morale, me parurent devoir être également prises en sérieuse considération; enfin l'hygiène, en tant que régime alimentaire, travail intellectuel, jeux, rapports de société, fixèrent aussi mon attention.

Subordonnant le traitement et le régime diététique à ces indications, je substituai la piscine à la douche en jet; je fis occuper un appartement en dehors de l'établissement; les heures et la composition des repas furent changées, de manière qu'il ne fut pris le soir qu'une légère collation. Du lactate de fer fut ajouté aux aliments. Le séjour au salon fut interdit. La gymnastique fut ajoutée aux promenades méthodiquement réglées; enfin le valérianate de zinc et quelques gouttes d'un mélange de teinture de belladone, d'aconit et de digitale complétèrent l'ensemble des réformes apportées à la médication et à l'hygiène suivies jusque-là.

Les bains de piscine furent pris régulièrement deux fois par jour pendant tout le mois de janvier, malgré un abaissement de la température qui atteignit passagèrement 18 degrés au-dessous de zéro. L'eau du réservoir, descendue exceptionnellement ce jour-là de 9 degrés, sa température ordinaire, à 3 degrés au-dessus de zéro, produisit une réaction vive et très-salutaire.

Le sommeil, plus ou moins agité par des rêves jusqu'à la crise fatale du 25 décembre, devint calme et profond; l'enfant se retrouvait le matin dans le décubitus adopté la veille; il devint moins pétulant, moins irascible, moins impressionnable. La gymnastique, l'alimentation, développaient sa musculation, malgré une croissance considérable dont tout le monde était étonné.

Le mois de janvier se passa sans convulsions. Les douches en jet et en pluie remplacèrent alors la piscine.

Les mois de février, de mars et d'avril furent non moins satisfaisants : au fur et à mesure que le corps prenait du développement et de la vigueur, le système nerveux perdait de son excitabilité; l'enfant, grêle, pâle, irritable, hystérique, était devenu un gros garçon, robuste contre les émotions et les intempéries.

Quatre mois passés sans convulsions épileptiques me semblèrent la garantie d'une guérison sinon définitive, du moins en bonne voie de consolidation, et je cédai aux désirs de la mère, qui voulait placer son enfant dans un collége près de Bellevue.

Aujourd'hui, novembre 1861, c'est-à-dire onze mois depuis la nuit qui me donna de si poignantes inquiétudes, R... jouit d'une excellente santé; aucune attaque d'épilepsie n'est survenue, et tout porte à croire que la guérison se maintiendra.

Cette observation, publiée sans commentaires, serait déjà, je crois, de quelque intérêt pour le praticien; je vais cependant exposer les réflexions qu'elle m'a suggérées, et les conclusions qu'on en peut déduire.

Plusieurs questions doivent de préférence fixer mon attention. Je devrai rechercher si la convulsion dont R... a été affecté était hystérique, éclamptique, ou réellement épileptiforme; l'épilepsie étant généralement incurable, je devrai, la nature de la maladie étant déterminée, remonter à sa cause probable, passer en revue les divers agents auxquels j'ai eu recours dans le but de conjurer les crises, et faire à l'hydrothérapie la part qui lui revient dans le résultat obtenu. Je devrai enfin m'expliquer sur la valeur que je donne à cette cure inespérée, afin qu'on ne m'attribue pas la prétention de guérir l'épilepsie. Je n'aborderai que succinctement ces différentes questions, ne voulant pas donner à cette observation l'importance d'un mémoire.

R..., je l'ai dit plus haut, n'a reçu de ses ascendants d'autre prédisposition aux convulsions qu'une constitution nerveuse et lymphatique; il est de ceux qu'une imagination ardente et un précoce éréthisme génital condamnent souvent à l'hystérisme. Elevé dans une famille où il n'a eu que de bons exemples sous les yeux, il s'adonne instinctivement au plaisir solitaire; ses nuits sont troublées par des rêves, par des frayeurs qui l'agitent et le fatiguent; enfin, à huit ans seulement, et après une réunion et un repas de famille qui l'ont vivement surexcité, une indigestion apporte à son sommeil une perturbation plus générale; il vomit, et le vomissement est suivi d'une convulsion; convulsion sans doute infantile, éclamptique, hystériforme au début, car l'enfant ne perd pas complétement connaissance, et quand elle se termine, il verse des larmes abondantes.

Jusque-là les frayeurs nocturnes avaient été insuffisantes pour produire la convulsion; mais maintenant que l'indigestion l'a fait naître, elles pourront en devenir seules la cause occasionnelle; aussi les crises nerveuses deviennent-elles bientôt de plus en plus fréquentes. La famille s'en préoccupe avec juste raison; l'enfant est amené à Paris, et confié aux soins de MM. Blache, Guersant et Maingault. Ces habiles confrères, faisant tout de suite la part de l'orgasme génital dans l'étiologie de l'affection nerveuse, suppriment par l'opération de la circoncision un phimosis qui pouvait l'entretenir, et pensant que l'hydrothérapie est la médication la plus efficace qu'on puisse opposer à l'ensemble des troubles dont souffre la santé de R..., ils l'adressent à l'établissement de Bellevue. L'enfant y est soumis pendant quatre mois à l'action de l'eau froide, et l'on constate bientôt une diminution dans le nombre des crises.

Cependant, une douleur fixée dans le flanc droit, douleur déjà ressentie à Tanger, attire de temps à autre l'attention du petit malade; et comme la présence des vers pourrait en donner l'explication, des purgatifs spéciaux sont plusieurs fois ordonnés dans l'intention de les expulser, mais sans résultat qui réponde à cette hypothèse.

Enfin le 25 décembre, sans autre cause appréciable que plusieurs nuits fort agitées, cette douleur semble vouloir prendre le caractère d'une vive inflammation. Quelques sangsues la font disparaître; mais le soir même, des convulsions qui, à n'en pouvoir douter, ont bien cette fois tous les signes pathognomoniques de l'épilepsie, se déclarent et font courir au malade le plus grave danger.

Spectateur de ces convulsions comitiales, j'use de tous les moyens imaginables dans le but de les conjurer : antispasmodiques, narcotiques, immersions prolongées dans l'eau froide comme agent hyposthénisant, chloroforme, etc., tout échoue; rien ne peut maîtriser les crises. Alors l'idée me vient d'opposer à ce désordre du fluide nerveux l'action dérivative et perturbatrice d'un fluide impondérable similaire, de l'électricité, dont un courant d'une puissante énergie cause au malade une intolérable douleur, provoque la contraction instantanée des dilatateurs de la glotte, rompt le spasme laryngien et fait avorter les convulsions.

J'appelle en passant l'attention sur le service inespéré que j'ai trouvé en cette occurrence dans l'électricité. Je ne sais si elle offrira les mêmes ressources à d'autres praticiens; mais je me plais à espérer que le courant électrique dirigé sur les nerfs laryngés inférieurs pourra dans quelques cas répondre aux intentions de Marshall-Hall, quand il conseillait d'ouvrir la trachée dans le but de s'opposer à l'occlusion spasmodique de la glotte et de faire avorter ainsi les convulsions.

L'enfant, revenu de son agonie et ramené à une santé relativement bonne, a été soumis à une thérapeutique et à une hygiène générale qui, combinées avec l'action reconstituante de l'hydrothérapie, ont enfin modifié l'état physiologique du sang, de l'innervation, et transformé à ce point l'ensemble de la constitution, que j'ai fait prédominer, chez cet enfant jusque-là grêle, lymphatique, nerveux, hystérique, tous les attributs du tempérament sanguin et musculeux.

R... n'a point dû le développement pondéré de tous ses or-

ganes et sa guérison exclusivement à telle ou telle médication, à tel ou tel régime. L'hydrothérapie aurait sans doute pu produire seule ces heureuses modifications; mais elle aurait exigé plus de temps qu'on n'est généralement disposé à lui en accorder. Atteint au début des convulsions de l'enfance, de celles qui surviennent exclusivement pendant la nuit, à l'occasion des désordres que l'imagination déréglée imprime aux fonctions organiques pendant les rêves, il ne peut être considéré comme ayant été affecté de l'épilepsie commune dont nous cherchons vainement jusqu'à ce jour le remède. Non, ses convulsions réellement épileptiques dans la nuit du 25 décembre, ne l'ont été qu'accidentellement par le fait de la succession des attaques; elles n'ont pas été la conséquence d'une épilepsie réelle en tant qu'entité morbide définitivement constituée et condamnant fatalement le sujet à des récidives.

On cherche vainement dans le cas qui nous occupe une *aura* parfaitement distincte; à la rigueur la violente douleur dans la région iléo-cæcale pourrait en tenir lieu; mais plusieurs fois les convulsions s'étaient produites sans que le système nerveux eût eu un pareil point de départ de surexcitation réflexe. Nous devons accepter les convulsions de R... comme l'exagération de celles qui s'observent communément dans l'enfance et le plus souvent pendant la nuit, convulsions dont le pronostic devient quelquefois sérieux, quand leur apparition se prolonge au delà de huit à dix ans, et quand surtout elles tendent à se montrer pendant le jour, à l'occasion d'une trop vive excitation du système nerveux.

Réduite à ces proportions, l'affection de R... avait encore de la gravité et me paraît digne de fixer l'attention de mes confrères. Les convulsions nocturnes, quand elles se répètent chez des enfants prêts à entrer dans l'adolescence, sont pour nous et pour les familles, attendu qu'elles conduisent souvent à l'épilepsie confirmée, un sujet de légitimes préoccupations; et si l'on pouvait toujours, ainsi que cela a eu lieu si heureusement chez R..., en triompher par une thérapeutique générale propre à modifier l'ensemble de l'économie, on rendrait à un certain nombre de petits malades un service d'une réelle importance.

Les cas d'épilepsie guérie ne sont pas absolument rares, les journaux de médecine en publient de temps en temps des observations et je pourrais dès aujourd'hui en augmenter le nombre, car un malade frappé d'attaques depuis longues années, après avoir suivi à Bellevue le traitement hydrique, paraît maintenant à l'abri de nouvelles crises. Mais je ne fixe ici mon attention que sur les convulsions infantiles datant de plusieurs années, qui menacent de prendre le caractère de mal caduc, et dont l'hydrothérapie peut triompher.

Je traite en ce moment un autre enfant âgé de dix ans, affecté comme R... de convulsions nocturnes, avec perte de connaissance, écume à la bouche, qui simulent de très-près la véritable épilepsie. Cet enfant à son arrivée a été également opéré d'un phimosis. Il n'a point eu d'attaques depuis un mois, et j'augure bien des modifications que l'hydrothérapie et les agents pharmaceutiques appropriés impriment déjà à sa constitution.

On m'objectera probablement qu'une guérison remontant à onze mois seulement, quand il s'agit de l'épilepsie, peut faire question; que des malades regardés comme guéris pendant des années, placés dans des conditions propres à faire renaître les causes qui avaient provoqué les attaques, sont tombés de nouveau en convulsion. Mais ce serait donner à ma pensée un sens trop absolu de supposer que je crois R... à tout jamais à l'abri de nouvelles crises.

Je considère sa guérison comme définitive et radicale, si l'on sait maintenir l'organisme dans le nouvel état physiologique que j'ai créé. Elle ne sera certainement que temporaire, si un ensemble de causes y aidant, l'enfant reprend les attributs de sa constitution première.

De l'exposition des faits qui précèdent je conclus :

1° Que les convulsions nocturnes de l'enfance, quand elles ont pour cause prédisposante une surexcitation du système nerveux se rattachant au lymphatisme, à la chlorose, à l'éréthisme génital, peuvent guérir sous l'influence d'un traitement ayant pour base l'hydrothérapie, les analeptiques, les antispasmodiques et une hygiène bien réglée.

2° Que le courant électrique, appliqué sur une des extrémités inférieures, peut, en déterminant une violente révulsion, s'opposer à l'occlusion spasmodique de la glotte et interrompre le cours des convulsions incoërcibles qui pourraient exposer certains épileptiques à un danger de mort.

ABCÈS DU PÉRINÉE

provenant de cause traumatique; déviation des voies séminales; trouble notable des fonctions génitales.

Y a-t-il aptitude au mariage, soit au point de vue moral, soit au point de vue légal? Responsabilité médicale.

Par M. le docteur DEMEAUX, de Puy-l'Evêque.

L'observation que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à l'appréciation de mes confrères n'a pas pour objet d'introduire dans la science un fait nouveau; il s'agit d'une déviation des voies séminales provenant d'une cause traumatique, et qui entraîne presque inévitablement la stérilité. Des cas de ce genre, provenant, il est vrai, d'autres causes, ont été déjà signalés; Lallemand en rapporte un certain nombre dans son ouvrage sur les pertes séminales; moi-même j'en ai observé un autre exemple, il y a quelques années, chez un jeune homme de trente ans, qui mourut phthisique, et dont la maladie avait été provoquée par des excès de tout genre et des maladies vénériennes.

Ce n'est pas précisément au point de vue pathologique que je cherche à appeler l'attention sur ce fait, quoique sous ce rapport il ne soit pas dépourvu d'intérêt; mais on verra par l'exposé des circonstances qui s'y rattachent et des questions importantes qu'il soulève, que j'ai dû réclamer les lumières non-seulement des hommes spéciaux les plus éminents en chirurgie et en médecine légale, mais encore celles des académies et du corps médical tout entier.

Le 21 juin 1860, le nommé L..., alors âgé de vingt-trois ans, d'une excellente constitution, fit une chute d'une hauteur de trois mètres environ sur un tas de bois provenant d'une vieille charpente qu'on était occupé à démolir. Il résulta de cette chute un grand nombre de contusions sur différentes parties du corps; mais une seule présenta quelque gravité, et fut la cause des accidents que je vais signaler: cette dernière siégeait au périnée.

La chute eut lieu vers deux heures, peu de temps après le repas. Le blessé perdit connaissance; il ne recouvra ses sens qu'après une demi-heure environ, et lorsqu'il eut vomi tout ce qu'il avait pris à son repas; alors seulement il put se rendre compte de ce qu'il éprouvait.

Le bas-ventre était le siége d'une douleur vague qu'il ne pouvait préciser, mais qui le fatiguait considérablement. Ayant remarqué sur sa chemise des taches de sang, il reconnut que ce dernier provenait du canal; quelque temps après il eut besoin d'uriner, et il constata aussi que ses urines étaient teintes de sang. Dès lors il voulut cacher son état aux personnes, la plupart étrangères à sa famille, qui l'entouraient; il résolut de se rendre chez moi le lendemain, s'il le pouvait, ou de me mander auprès de lui.

La nuit fut assez bonne; mais le 22, à son réveil, il trouva les bourses et la peau de la verge infiltrées de sang et d'une couleur violacée. Se sentant d'ailleurs assez bien, et voulant éviter de mettre ses voisins dans la confidence de sa maladie, il monta en voiture et se rendit chez moi, malgré une distance de 20 kilomètres.

Lorsque j'examinai le malade, je constatai ce que je viens de mentionner, et de plus je m'assurai qu'il existait au périnée, à gauche du raphé, à un centimètre environ de l'anus, une plaie contuse, irrégulière, de 12 à 15 millimètres d'étendue transversale, qui dépassait dans quelques points l'épaisseur du derme. De plus, le périnée était distendu; c'était incontestablement le siége d'un foyer sanguin, d'où l'ecchymose s'était propagée dans les parties voisines. Ce jeune homme, habituellement d'une fraîcheur remarquable, était pâle; son facies exprimait la souffrance. Je le blâmai de s'être ainsi déplacé; je l'engageai à rentrer chez lui en toute hâte et à garder le lit. Je conseillai l'usage des bains de siége, de lavements simples, de topiques émollients et résolutifs, le repos absolu et un régime sévère.

Le 30 juin, je fus informé que ce jeune homme souffrait beaucoup; je fus prié de le visiter le lendemain.

Le 1er juillet, je visitai le malade, et je constatai une inflammation intense occupant tout le périnée et se prolongeant jusque sur le scrotum; je prescrivis une application de sangsues et des cataplasmes émollients.

Je revis le malade le lendemain; l'inflammation ne s'était pas étendue.

Le 4 juillet, j'incisai largement le foyer, d'où il s'échappa une grande quantité de pus sanieux, fétide. Depuis le jour de l'accident, même pendant la durée de l'inflammation, l'émission des urines s'était faite constamment sans trop de difficulté, et il n'avait pas été observé la moindre trace de sang.

Après l'ouverture de l'abcès, je ne vis plus le malade chez lui. On me donna plusieurs fois de ses nouvelles; j'appris que la détersion s'opérait rapidement, et le 16 juillet le malade put se rendre chez moi, où je constatai que la guérison serait prochaine.

Jusqu'à ce moment, ce fait m'avait inspiré un médiocre intérêt. C'était un cas chirurgical qui aurait pu être grave et qui s'était terminé d'une manière très-heureuse, et voilà tout.

Je n'avais pas revu ce jeune homme depuis plusieurs mois, lorsque dans le courant de l'hiver dernier il accompagna à ma consultation un de ses amis qui venait réclamer mes soins. Je dus lui demander des nouvelles de son état; il me répondit qu'il était parfaitement guéri. Cependant, il me révéla une circonstance qui l'avait frappé, mais dont il ne paraissait pas préoccupé, et qui fut même pour lui l'occasion de quelques mots de plaisanterie. Quelques semaines auparavant, il avait éprouvé, la nuit, la *sensation d'une évacuation séminale*, et, à son grand étonnement, il ne trouva pas de trace de sperme à l'extérieur. Quelques jours après, dans des rapports sexuels, le même phénomène s'était produit. Ce récit m'était fait avec une telle indifférence, que je crus devoir m'abstenir de toute réflexion, considérant toutefois ce fait comme bien plus grave que L... ne semblait le supposer.

Le 13 octobre 1861, L... s'est présenté de nouveau à ma consultation. Le phénomène signalé plus haut s'est reproduit constamment depuis la dernière entrevue; soit que les évacuations séminales eussent été provoquées par des rêves, ou par des excitations manuelles, ou par des rapports sexuels, aucune trace de sperme n'est apparue au dehors; c'est à peine si, après la détente des organes, il y avait au méat un léger suintement visqueux. Les glandes séminales, la verge, ne présentaient rien d'anormal; il m'a été affirmé que l'accomplissement de l'acte vénérien n'avait rien d'insolite, à part la dernière phase. Dans ces conditions, je dus supposer que l'excrétion de la semence avait lieu dans la vessie. Ma supposition s'est trouvée confirmée par l'examen de l'urine évacuée peu de temps après une excrétion de semence, et dans laquelle j'ai retrouvé le sperme de la manière la plus manifeste à l'aide du microscope.

Voulant rechercher si je trouverais la cause de ce dérangement de fonctions dans des lésions organiques, j'ai examiné avec soin la région *uréthro-ano-périnéale*.

Du côté du périnée, la cicatrice résultant de l'abcès présente une certaine dépression. En introduisant le doigt dans le rectum, on trouve le périnée *amoindri*; la pulpe du doigt arrive immédiatement sous la symphyse; cette région paraît dépourvue de tissu cellulaire, et en ramenant le doigt en avant, on constate qu'il n'est séparé de la peau que par une épaisseur de 5 ou 6 millimètres; en arrière, on sent la prostate, dont le bord supérieur paraît renversé en bas, et qui paraît plus rapprochée de l'anus que dans l'état normal; en portant une sonde dans l'urèthre, celle-ci pénètre sans rencontrer aucun obstacle, et lorsqu'elle pénètre dans la vessie, la prostate semble relevée et ramenée à sa position normale.

Mes investigations ne m'ont fait découvrir aucune lésion organique qui pût m'expliquer le phénomène que j'ai signalé. Je me suis demandé si l'érection n'apportait pas dans cette région des modifications qui pouvaient mettre obstacle à l'excrétion normale et régulière de la semence.

Ce jeune homme, que j'avais connu gai et rieur, était dans ce moment triste et mélancolique. Un projet de mariage qui devait se réaliser prochainement a éveillé en lui des sentiments qui jusqu'alors ne l'avaient pas impressionné. Fils unique d'une famille qui a de l'aisance, son mariage doublerait sa fortune; fortement épris de la personne qu'il doit épouser, ayant d'ailleurs de l'intelligence, une certaine instruction, une grande délicatesse, il a pu comprendre et apprécier toute la portée de la position que lui crée cette anomalie de fonction. Il réclame avec instance un traitement, bien décidé à faire tous les sacrifices d'argent, de temps et de souffrance, que son état pourra exiger. Il comprend qu'il ne doit pas se marier dans les conditions présentes, et l'idée de son incurabilité l'affecte tellement, que je n'ai pas osé la lui faire pressentir, redoutant les conséquences de son découragement.

M. L... me témoigne une grande confiance; je me propose bien de tenter une médication (la cautérisation), mais sur l'efficacité de laquelle je ne compte pas; quant aux conseils qui doivent engager l'avenir de ce jeune homme, je m'imposerai la plus grande réserve, jusqu'au moment où d'autres plus éclairés et plus compétents que moi aient bien voulu me donner leur avis, et alléger ainsi ma responsabilité.

Dans ces conditions, je me suis posé les questions suivantes :

1° Peut-on opposer un traitement chirurgical à l'état que je viens de mentionner?

2° L'excrétion séminale peut-elle être considérée comme une fonction interne qu'on ne puisse apprécier que par induction, ou comme une fonction externe qu'on puisse apprécier par les sens?

3° Dans l'état ci-dessus mentionné, y a-t-il aptitude au mariage, au point de vue moral?

4° Y a-t-il aptitude au mariage au point de vue légal?

5° Le médecin, dans cette circonstance, est-il autorisé à conseiller le mariage ou à le repousser?

PITYRIASIS DE LA TÊTE.

Par M. le Dr HARDY.

Le pityriasis est une maladie rebelle, désagréable surtout pour les femmes, et qui devient chez elles la source de véritables chagrins quand elle altère sensiblement la beauté de leur chevelure.

Dans le *pityriasis capitis*, M. Hardy commence par faire couper les cheveux. Le médecin de Saint-Louis prescrit ensuite des lotions émollientes ou des onctions huileuses pour remédier à la sécheresse de la peau. Un peu plus tard, il modifie la sécrétion cutanée par de simples lotions avec l'eau de savon, qu'il préfère aux dissolutions de sous-carbonate de soude ou de potasse. Mais ce qui lui réussit surtout, c'est l'emploi des bains sulfureux et des pommades sulfureuses. Celle de ces pommades dont il s'est le mieux trouvé est la suivante :

Axonge.	30 grammes.
Fleur de soufre.	1 —

A côté des préparations sulfureuses, M. Hardy place les préparations d'acide nitrique, dont la plus douce est celle-ci :

Axonge.	30 grammes.
Acide nitrique.	1 —

Etendue matin et soir sur les parties malades, cette pommade fait disparaître les squammes.

A ces moyens locaux viennent se joindre les sulfureux donnés à l'intérieur, puis le régime, ce grand remède des affections dartreuses, et surtout une alimentation peu excitante de laquelle sont bannis les mets épicés. (*Journ. de méd. pratiq.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 février 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la guerre adresse la 25e livraison de la carte de France.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° La suite d'un mémoire de M. le docteur Andrieux (de Brioude) *sur la névralgie chronique*. (Commissaires : MM. Beau, Trousseau, Gibert.)

2° Des rapports d'épidémies par MM. Lenoir (de Précy-sous-Thil) et Meschinet (de Niort).

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département de l'Aube. (Commission des épidémies.)

4° Un rapport sur l'origine du cowpox, par une commission composée de MM. Prince, Laforgue, Amen, Battut, Cayrel et Lafosse, de Toulouse. (Commission de médecine, à laquelle est adjoint M. Bouley.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La description d'un appareil pour les fractures du membre inférieur, par M. Filipowiz, médecin à Bais. (Commissaires, MM. Malgaigne, Gosselin et Huguier.)

2° Une lettre de M. J. de Ciébra, qui propose l'essai d'un liquide désinfectant pour les salles des hôpitaux.

3° Une lettre de M. Poullien, qui informe l'Académie qu'il a à réclamer aussi vis-à-vis de M. Grandcollot la priorité de l'invention d'une ceinture à pelotes.

« Je fis le premier, dit-il, cette ceinture sur les données de J.-H. Amussat. Je la présentai en 1854 à la Société de chirurgie, où elle fut le sujet d'un rapport de M. le docteur Monod, dans la séance du 11 octobre.

» L'année suivante, avec la permission d'Amussat, je la soumis (sans demander de rapport) à l'Académie impériale de médecine (séance du 8 mai 1855). »

4° Un pli cacheté renfermant la description d'un moyen de déterminer scientifiquement la taille que l'enfant devra avoir lorsqu'il sera homme fait, par M. Moura-Bourouillou. (Le dépôt est accepté.)

5° La description et le modèle d'une pince-aiguille à cataracte fabriquée par M. Mathieu sur les indications de M. le docteur Lanne.

Cet instrument, destiné à l'extraction des cataractes capsulaires et des fausses membranes de l'œil, est une pince entre-croisée dont les mors sont formés de deux petits fers de lance, qui, appliqués l'un contre l'autre, constituent l'extrémité d'une aiguille à cataracte.

Les petits fers de lance se prolongent sous la forme d'une tige cylindrique très-fine, d'une longueur de 2 centimètres à 2 centimètres et demi ; au delà de ce point, la pince entre-croisée reprend sa forme ordinaire.

Sur une des faces d'application se trouvent deux pointes fixées l'une sur un des fers de lance et l'autre sur son prolongement, tout près de l'entre-croisement des mors de la pince.

Quand l'instrument est fermé, les deux pointes pénètrent dans deux trous pratiqués le premier sur l'autre fer de lance, et le deuxième sur le prolongement de ce dernier.

Ce mécanisme sert à assurer l'exactitude du rapprochement des deux moitiés de l'instrument.

Lorsqu'on veut faire pénétrer la pince-aiguille dans l'œil, les deux fers de lance étant assujettis l'un à l'autre par l'élasticité de l'instrument, celui-ci est poussé comme une aiguille à cataracte ordinaire, et peut en remplir tout le manuel opératoire ; mais si l'on veut ensuite s'en servir comme pince à extraction de fausses membranes ou de cataractes capsulaires, on presse les deux branches de la pince-aiguille, les deux mors en fer de lance s'écartent, on saisit alors la fausse membrane ou la cataracte capsulaire, puis on abandonne l'instrument à lui-même, les deux mors se rapprochent, et l'on fait sans effort l'extraction de la fausse membrane ou de la cataracte capsulaire, par le mécanisme si simple qui vient d'être indiqué.

— M. GIBERT présente un instrument inventé par M. Baunscheidt, de Bonn, désigné sous le nom de révulseur, et destiné à produire sur la peau une éruption vésiculeuse dans les affections douloureuses et rhumatiques.

Ce mode spécial de révulsion résume dans ses effets combinés et rapides l'érythème du sinapisme, l'irritation et les papules de l'urtication, la stimulation directe des papilles nerveuses par l'acupuncture, et la vésico-pustulation des substances irritantes, telles que la cantharide, l'ammoniaque, l'huile de croton, l'émétique, etc.

Description de l'appareil. — L'instrument inventé par M. Baunscheidt, mécanicien de Bonn, se compose :

1° D'un étui cylindrique ou tube d'ébène renflé à la partie inférieure, ayant à peu près la forme d'un stéthoscope moins la plaque auriculaire.

2° D'un ressort à boudin caché dans cet étui, dans lequel il joue facilement, du volume d'une sonde œsophagienne de 15 centimètres de longueur, fixé supérieurement à une petite tige de même grosseur, qui se termine par une olive. Cette olive sert de poignée pour mettre en jeu le ressort ; elle est maintenue et arrêtée à l'orifice supérieur du tube par un bourrelet circulaire de caoutchouc.

3° D'un disque de plomb, au centre duquel s'attache le ressort spiroïde, ayant un centimètre de hauteur, le diamètre d'une pièce de dix francs, et faisant l'office, par son poids, d'une espèce de mouton.

Sur la face libre de ce disque sont implantées solidement quarante aiguilles parallèles, également espacées, d'une longueur de 2 centimètres. Cette petite armature est logée dans l'évasement circulaire inférieur du tube d'ébène, ou chambre d'action fermée par un couvercle qui se visse et protége les aiguilles.

Manuel opératoire. — Pour mettre en jeu cet instrument, il suffit de dévisser le couvercle, de placer l'ouverture circulaire de la chambre d'action sur la partie que l'on veut frapper ; le tube étant maintenu légèrement avec la main gauche, on saisit l'olive supérieure entre l'indicateur et le pouce, on tend ainsi à son gré le ressort selon la force que l'on veut employer, puis on abandonne immédiatement. Les aiguilles lancées par cet effort, poussées par le poids du disque de plomb hors du tube, entrent plus ou moins profondément dans le tissu de la peau. On renouvelle en quelques secondes cette petite décharge aussi souvent que l'on veut, toujours avec la faculté de modifier les efforts d'impulsion suivant la sensibilité et la résistance variable des parties qu'on intéresse.

On produit ainsi avec 10 coups 400 piqûres ; avec 100 coups, 4,000.

Cette légère scarification effectuée, on enduit avec un pinceau les piqûres d'une huile dont la base est le *sinapis nigra* et le *piper nigrum*. A l'instant les piqûres rougissent, se couvrent de petites ampoules (érythème vésiculeux) ; quelques heures après des vésicules apparaissent pleines de sérosité, et se comportent les jours suivants comme celles de l'herpès. Notons de plus ce point curieux, que souvent une éruption secondaire se manifeste dans les points non piqués, et alors que l'éruption primitive est en pleine dessiccation.

Malgré le nombre et la variété des moyens usités dans la médication révulsive, l'emploi de ces agents énergiques est loin d'être sans danger et sans graves inconvénients.

Citons pour preuves la néphrite et la cystite cantharidiennes, la gangrène, la diphthérie consécutives aux vésicatoires chez les enfants ; la suppuration excessive ; ajoutons la douleur intolérable du sinapisme, du cautère actuel, du marteau de Mayor, les cicatrices indélébiles de l'émétique, des exutoires prolongés, leur action sur la nutrition des membres qui en sont le siége.

Sans parler de la répugnance, de l'effroi que la plupart de ces moyens inspirent dans la pratique civile, nous pouvons noter dans les cas pressants, la lenteur d'action, l'insuffisance par l'impossibilité de répéter d'une façon trop rapprochée et très-étendue leur application, la douleur et la difficulté des pansements, surtout chez les femmes et les enfants.

Pénétré de ces difficultés, nous prions l'Académie d'examiner les avantages comparatifs que présente le nouveau mode de révulsion soumis à sa haute appréciation et qui peuvent se résumer ainsi :

1° Instantanéité d'action ;

2° Absence presque complète de douleur ;

3° Limitation constante, au gré de l'opérateur, de l'excitation et de la révulsion ;

4° Absence de plaies, d'escharres ; en un mot, intégrité de la peau ;

5° Facilité d'application à tout âge, en tous temps et sur tous les points du tégument cutané, selon les indications de la maladie et les besoins du moment ;

6° *Effets immédiats produits :* Fluxion, rubéfaction circonscrite de la peau, excitation des nerfs et des vaisseaux cutanés, phlogose superficielle, et consécutivement apparition d'une éruption vésico-pustuleuse confluente d'une durée d'un septénaire, suivie de desquamation sans cicatrices.

Tels sont les effets et les agents de la méthode révulsive nouvelle employée avec les plus grands succès dans une foule de cas médicaux ou chirurgicaux depuis plusieurs années en Allemagne, et que nous nous efforçons de vulgariser en France.

— M. VELPEAU présente de la part de M. Morel-Lavallée une observation de fistule vésico-vaginale, traitée d'après le procédé de M. Marion-Sims.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

La parole est à M. Larrey.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. LARREY donne lecture de la suite de son travail sur l'hygiène des hôpitaux militaires. Cette deuxième partie est relative au service médico-chirurgical pendant les guerres de Crimée et d'Italie.

L'auteur n'ayant point déposé son manuscrit au secrétariat, nous sommes dans l'impossibilité d'en donner ici une analyse.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport de la section d'anatomie et physiologie sur les candidats à la place vacante dans cette section.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 13 février, M. Magne, professeur à l'Ecole d'Alfort, a été nommé directeur de cet établissement, en remplacement de M. Delafond, décédé.

— Par arrêté du 15 février, M. Guignard, suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est délégué dans la chaire d'accouchement de ladite Ecole, en remplacement de M. Négrier, décédé.

— Des concours s'ouvriront le 1er avril prochain dans les écoles de médecine navale ; ils auront pour objet :

A Brest : 6 places de chirurgien de 1re classe ; 11 places de chirurgien de 2e classe, dont une pour le Sénégal ; 8 places de chirurgien de 3e classe, dont une pour Saint-Pierre de Terre-Neuve et une pour le Sénégal. Une place de pharmacien professeur, et une place dans chacun des trois grades inférieurs de la pharmacie.

A Toulon : 5 places de chirurgien de 1re classe, dont une pour le Sénégal ; 6 places de chirurgien de 2e classe, dont deux pour le Sénégal ; 6 places de chirurgien de 3e classe, dont une pour la Martinique.

A Rochefort : 2 places de chirurgien de 2e classe, une pour la Guyane et une pour le Sénégal ; 3 places de chirurgien de 3e classe, dont une pour la Guyane. Une place de pharmacien de 2e classe et une place de pharmacien de 3e classe.

— Dans le but de donner à ses travaux une impulsion plus féconde et plus en rapport avec les intérêts scientifiques du département, la Société de médecine de Rouen vient de fonder un journal trimestriel sous le titre d'*Union médicale de la Seine-Inférieure*.

Un comité de publication composé de M. le docteur Bulard, président de la Société, de MM. les docteurs Bouteiller, Duménil, Laurent et Morel, a été chargé de la rédaction de cette feuille périodique.

Nous ne saurions trop encourager et soutenir le zèle de cette savante Compagnie, qui a son centre d'action dans une ville de 100,000 âmes, dans la capitale d'une ancienne province, qui, en raison même du développement de son industrie, des conditions faites à ses habitants par leurs occupations agricoles, manufacturières, maritimes, par la nature du climat et les diverses influences du sol, offrent des sujets d'études si nombreux, et qui intéressent également la médecine proprement dite, la thérapeutique et l'hygiène.

— Le journal italien l'*Imparziale*, à propos du grand nombre de médecins de mérite qui aspirent à remplacer le professeur Riberi, demande, dans les termes les plus pressants, que la chaire que son décès laisse vacante soit mise au concours.

Du danger des mariages consanguins sous le rapport sanitaire, par M. le docteur Francis DEVAY. 2e édition, refondue et augmentée. Un volume in-18 de 260 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1862, chez Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Éclampsie saturnine.

Dans la *Revue* du 8 courant nous avons entretenu nos lecteurs d'une femme éclamptique qui fut amenée à l'Hôtel-Dieu dans un état de perte complète de connaissance, et qui y a accouché quelques jours après, sans en avoir conscience, après quatorze attaques convulsives; nous avons exposé à cette occasion quelques-uns des principaux caractères qui permettent de distinguer l'éclampsie symptomatique d'avec l'épilepsie. On se rappelle à quels signes M. Trousseau a diagnostiqué sans hésitation l'éclampsie. La guérison, sous l'influence de hautes doses de chloroforme, est venue confirmer cette manière de voir. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce traitement et ses effets dans ce cas particulier. Nous ne rappelons ce fait, en ce moment, que pour le rapprocher, au point de vue du diagnostic, d'un autre cas d'éclampsie symptomatique qui présente d'ailleurs de l'intérêt à d'autres égards.

Un homme, se disant garçon coiffeur, entre à l'Hôtel-Dieu pour des accidents qui paraissent tout d'abord se rapporter à l'intoxication saturnine; il a eu des coliques avec constipation opiniâtre; il a le teint pâle, profondément anémique, et l'aspect de la physionomie des sujets atteints de cette intoxication.

Dans la première nuit qu'il passe à l'hôpital, il a six attaques de nerfs successives. Il a une septième attaque le lendemain matin, pendant la visite même. Aux caractères de cette attaque, qui a lieu sans bruit, sans éclat, et qui se dissipe rapidement, il est aisé de reconnaître qu'il n'y avait point de simulation, et qu'il s'agissait bien réellement d'accès convulsifs. Mais de quelle nature étaient ces convulsions? Avait-on affaire à de l'épilepsie ou à une éclampsie saturnine?

Il fallait, avant de résoudre cette question, éclaircir un premier point. La profession de cet homme semblait tout d'abord exclure l'idée d'un empoisonnement saturnin. La difficulté de tirer de lui quelques réponses précises, obligea à recourir à une sorte d'enquête sur sa situation. Son livret portait, en effet, qu'il avait été garçon coiffeur, et que peu de temps avant son entrée à l'hôpital, il avait été employé chez un coiffeur de la Cité. On apprit chez son ancien patron que cet homme se livrait avec une sorte de fureur à la boisson de l'absinthe. On a su, en outre, qu'il lui arrivait souvent, en rasant les pratiques, de les couper; aussi ne restait-il pas longtemps dans les mêmes maisons. Las de ces changements incessants et à bout de ressources, il alla se jeter dans ces ateliers de fabrique de céruse qui sont le triste refuge des gens sans profession. Entré à la fabrique de Clichy le 24 août dernier, il en est sorti dix-neuf jours après avec la colique de plomb, et il s'est fait admettre à l'hôpital de la Charité. Pendant son séjour dans cet hôpital, on a déjà remarqué qu'il présentait quelque chose de singulier et d'étrange dans la physionomie et dans le caractère.

Sorti le 4 janvier de la Charité, il est retourné à la fabrique, où il est resté jusqu'au 5 février, époque où, se sentant de nouveau malade, il est venu réclamer son admission à l'Hôtel-Dieu.

Aidé de ces renseignements, il n'était plus douteux que l'on avait affaire à des accidents saturnins. Il restait cependant encore un point obscur à éclaircir : l'affection saturnine et l'épilepsie ne s'excluent pas. Or, ne pouvait-on avoir affaire à une affection saturnine survenue chez un épileptique? La connaissance très-insuffisante des antécédents pouvait laisser des doutes à cet égard.

On a vu dans la relation du cas d'éclampsie puerpérale rappelé ci-dessus, qu'un doute semblable était surgi dans l'esprit de M. Trousseau, sur la question de savoir s'il s'agissait d'une épilepsie ou de l'éclampsie puerpérale proprement dite. La constatation de la présence de l'albumine dans les urines a suffi pour résoudre la question. M. Trousseau a eu un moment la pensée de recourir au même mode d'exploration, dans ce dernier cas, pour lever la difficulté; il a fait examiner les urines de ce malade, elles n'ont donné aux réactifs aucune trace d'albumine. Fallait-il en conclure que ce malade était épileptique? Non. Ici les conditions n'étaient plus les mêmes. Si l'albuminurie est un phénomène constant dans l'éclampsie puerpérale, au point de pouvoir être acceptée comme un caractère de cette affection, il n'en est plus ainsi pour le cas actuel.

M. Tanquerel des Planches a constaté, en effet, qu'on ne trouvait jamais d'albumine dans les urines des sujets atteints d'éclampsie saturnine. On ne pouvait donc rien conclure ici de cette absence. Mais une circonstance plus grave est venue démontrer que c'était bien à l'éclampsie saturnine que l'on avait affaire, c'est la gravité même des accidents, coïncidant d'ailleurs avec les autres symptômes d'intoxication, gravité telle qu'après six jours de convulsions le malade est mort.

Il est digne de remarque que cet homme ait succombé à une intoxication saturnine contractée après sept semaines seulement de séjour dans une fabrique de céruse. C'est un de ces exemples de l'extrême susceptibilité de quelques organismes à l'action de certains poisons. Ainsi, voilà un homme qui a pu supporter très-longtemps impunément l'abus le plus excessif de l'absinthe, et qui ne peut supporter pendant quelques semaines l'intoxication du plomb, sans contracter des accidents terribles et promptement mortels.

Cette susceptibilité si remarquable à l'action du plomb et la gravité extrême qu'a acquise en si peu de temps cette intoxication, seraient-elles la conséquence d'une sorte de prédisposition morbide du système nerveux constituée par l'excès des boissons d'absinthe, bien que cet excès ne se soit pas traduit lui-même directement par les symptômes propres à l'absinthisme? Cela peut paraître assez probable. L'expérience apprend, en effet, que les individus qui se sont livrés aux excès alcooliques sont en général beaucoup plus susceptibles que les autres à l'action du plomb, et que l'intoxication saturnine affecte plus particulièrement chez eux le caractère de ces graves névroses qui tuent avec une si grande rapidité.

Nous avons dit que la femme éclamptique qui nous a servi de terme de comparaison avec ce sujet avait été traitée par la chloroformisation prolongée. On l'a tenue pendant quatorze ou quinze heures de suite dans le sommeil chloroformique; elle a dû sans doute sa guérison à cette médication énergique. Il est digne de remarque, pour le dire en passant, que cette chloroformisation prolongée n'a pas fait périr l'enfant que cette femme portait dans son sein, et qu'il a également résisté à l'influence des convulsions de sa mère. On a essayé aussi le chloroforme sous une autre forme chez ce malade. On lui a fait prendre cet agent à l'intérieur, enveloppé dans des capsules : dix capsules contenant de dix à douze gouttes de chloroforme chacune. Cette médication n'a pas eu d'influence sensible sur la marche des accidents, qui s'est si rapidement précipitée, ainsi qu'on vient de le voir, vers une issue funeste.

Une dernière question se rattache à ce fait; on comprend que ce ne peut plus être qu'une question d'anatomie pathologique. Ces formidables accidents nerveux qui entraînent si rapidement la mort se traduisent-ils à l'autopsie par une lésion spéciale des centres cérébro-spinaux? Plusieurs pathologistes déclarent avoir trouvé dans des cas de ce genre du plomb dans le cerveau et dans la moelle. M. Barth a eu l'occasion de faire analyser le cerveau d'un malade qui avait succombé à une encéphalopathie saturnine, et il a constaté l'existence du plomb dans cet organe. La même constatation a été faite récemment par M. Piorry chez un malade de son service mort de la même affection. Il a dû être procédé, sur la demande de M. Trousseau, à l'examen microscopique et à l'analyse chimique du cerveau et de la moelle de cet homme. Nous en ferons connaître les résultats dans la prochaine *Revue*.

Fistule recto-vaginale. — Hernie crurale étranglée.

L'épidémie d'érysipèles qui a sévi avec tant d'intensité à l'hôpital des Cliniques, a longtemps obligé M. Nélaton à restreindre le nombre de ses opérations; aujourd'hui que cette grave complication des plaies semble avoir à peu près disparu dans cet hôpital, nous aurons de plus fréquentes occasions d'offrir à nos lecteurs d'intéressantes communications sur la chirurgie opératoire.

Lundi dernier, M. Nélaton a opéré une fistule recto-vaginale par le procédé de M. Sime. Tout s'est passé régulièrement. Dans le but d'éviter la distension du rectum par l'accumulation des gaz, on avait introduit une sonde dans cet intestin, afin de leur livrer un libre passage. Mais, comme cela arrive généralement, la sonde fut mal supportée, et la femme s'en plaignit avec tant de persistance qu'on fut obligé de la lui enlever. Nous reviendrons sur cette opération, dont nous indiquerons plus tard les résultats.

— Deux jours après, une femme atteinte de hernie crurale étranglée s'est présentée à l'hôpital des Cliniques. Ce cas a fourni à M. Nélaton le sujet de quelques considérations cliniques sur les symptômes de cette affection et sur le diagnostic différentiel de la hernie crurale et de la hernie inguinale.

Tous les auteurs, dit M. Nélaton, donnent le vomissement stercoral comme un signe pathognomonique de l'étranglement intestinal; et pourtant, si un chirurgien attendait l'apparition

---

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire météorologique et médicale de Dunkerque (Nord), de 1850 à 1860, par M. le docteur ZANDYCK (1).

Écrire l'histoire *météorologique* et *médicale* de quelqu'un des points du globe, c'est s'engager à refaire, sous une autre forme et avec les éléments de la science moderne, le *Traité de l'air, des eaux et des lieux*.

Il y a moins de témérité qu'on ne le pense à reprendre en sous-œuvre le *Traité* d'Hippocrate Ce travail de synthèse nous est arrivé à travers les âges surchargé de détails indignes de l'oracle de Cos, et tout à fait en opposition avec la profondeur habituelle de ses vues; toujours surfait par ceux qui le lisent, il l'est bien davantage encore par ceux qui en parlent sans l'avoir lu.

Ce qu'il y a à craindre dans la fièvre de météorologie qui nous reprend, ce sont les défaillances de la science moderne.

Voyons comment M. le docteur Zandyck s'est acquitté d'une tâche qui n'est certes pas au-dessus de ses forces.

(1) Un vol. in-8°, chez J. B. Baillière et fils. Prix : 4 fr.

I. Notre auteur commence par asseoir sa ville, assez bien bâtie et convenablement percée, au bord de la mer, sur un terrain sablonneux très-perméable, mesurant 4 mètres 50 centimètres d'épaisseur; au-dessous de cette première couche, une stratification *glaiseuse* s'étale de manière à compromettre, suivant nous, la perméabilité du sol tant recherchée. Si nous nous trompons en ce point, c'est que la partie géologique de l'œuvre laisse à désirer.

Dunkerque, abreuvé de mauvaises eaux, meurt de soif à la moindre sécheresse; et cependant tous les vents qui s'y donnent rendez-vous pour la lutte y laissent régner, pendant les trois quarts de l'année, le vent d'ouest, vent humide et pluvieux s'il en fut.

Orages, brouillard, neige, grêle, sont dans ce coin du Nord ce qu'on les voit dans la zone moyenne de la France. Disons à notre savant confrère que le pluviomètre de Pixii, dont il se sert pour apprécier la quantité de pluie tombée, ne suffit pas; cet instrument devrait toujours être contrôlé par le pluvioscope Hervé-Mangon.

Le psychromètre d'August, préféré avec raison par M. le docteur Zandyck à l'hygromètre à cheveu de Saussure, donne des *minima* de 37,07 et des *maxima* de 69,07, en moyenne annuelle; le thermomètre fournit une moyenne de + 9°,58; la moyenne des *maxima* étant de + 21°, celle des *minima* de — 3°,1; quant au baromètre, s'élevant rarement au-dessus de 775mm,3, il descend plus rarement au-dessous de 747mm,3.

Dans les huit pages consacrées à l'invention de M. Schœnbein, notre auteur s'étonne de n'avoir pas obtenu de ses observations ozonoscopiques les résultats signalés ailleurs : le secret de la différence, — s'il peut y avoir quelque chose de certain dans ce nouveau mode de recherches météorologiques, ne se trouverait-il point par hasard dans les hauteurs perpendiculaires au sol, où les bandes de papier à expériences sont fixées?

Passons sur les chapitres consacrés aux *lieux* et aux *temps d'observation*, aux *phénomènes météorologiques divers*, pour nous occuper de l'application de la météorologie et de la topographie à la médecine.

II. Dunkerque a-t-il une constitution médicale particulière? A notre savant confrère qui en doute, nous serions tenté d'opposer ses propres observations de fièvres intermittentes légères au printemps, fort tenaces en automne. Est-ce qu'il n'y a pas dans cette apparition de fièvres périodiques un caractère d'endémicité dont le sous-sol *glaiseux* que nous avons signalé plus haut, secondé par des fossés, des canaux vaseux, doit être comptable? Suivant nous, il n'existe point de fièvres intermittentes endémiques, encore moins épidémiques, sans émanations paludéennes continues; et partout où on les observe, on est exposé, durant ou après les grandes chaleurs, à rencontrer des *typhus paludéens*. N'est-ce pas à cette variété de typhus que M. le docteur Zandyck a eu affaire, lorsqu'il parle de fièvres typhoïdes « *à redoublements intermittents* » et justiciables du sulfate de quinine?

Pour notre auteur, la fièvre typhoïde, ce fléau des casernes et de l'âge adulte, est une affection *bien connue*, une maladie *saisonnière, contagieuse*, presque indemne de l'influence de l'air, des eaux et des lieux, et dont la thérapeutique est ondoyante comme l'éclectisme; pour le professeur Jenner (de Londres), pour notre regrettable ami Forget et de savants médecins de l'armée d'Orient, il y a de plus,

de ce phénomène pour débrider la hernie, il attendrait en vain, car il ne se présente jamais. Le mot stercoral est tout à fait impropre, jamais les vomissements ne présentent ce caractère; les matières stercorales ne se forment en effet que dans le gros intestin, et la valvule iléo-cœcale est pour elles une infranchissable barrière. Les matières vomies dans les cas d'étranglement sont d'abord alimentaires; plus tard, elles sont verdâtres, porracées, et enfin le malade rejette les substances contenues dans l'intestin grêle. Or ces substances n'ont pas encore revêtu en ce point du canal intestinal les caractères des matières stercorales proprement dites; elles s'acheminent vers cet état; mais ce ne sont encore que des matières fécaloïdes.

Le diagnostic différentiel entre les hernies inguinales et crurales n'est pas toujours aisé à établir; bien que le cas en question appartînt à la seconde variété, il n'en présentait pourtant pas les caractères. Au lieu d'être globuleuse comme les hernies crurales le sont généralement, elle était allongée comme les hernies inguinales; comme celles-ci, elle était située presque au niveau du ligament de Poupart, et, pour compléter l'analogie, elle affectait comme elles une situation oblique et tendait à s'engager dans la grande lèvre.

C'est à propos de cette difficulté de diagnostic que M. Nélaton a rappelé un signe différentiel signalé autrefois par M. Nivet, interne de l'Hôtel-Dieu, et qui permet de distinguer l'une de l'autre ces deux variétés de hernie. On tire une ligne de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine des pubis; si la hernie est inguinale, la ligne passe sur elle; si elle est crurale, elle se trouve au-dessous de la ligne.

Quand l'opération a été faite chez cette malade, la péritonite s'était déjà développée. Se rappelant les bons résultats obtenus par l'application des larges vésicatoires au-dessus des séreuses enflammées, M. Nélaton a fait recouvrir tout le ventre de l'opérée d'un vaste emplâtre épispastique. A diverses reprises, ce mode de traitement lui a donné de beaux succès; il a malheureusement échoué dans ce cas-ci.

Le lendemain, la région de la hernie était tout aussi développée que si l'intestin s'y fût encore trouvé; la réduction s'était pourtant maintenue, mais cette tuméfaction tenait à une exhalation de sérosité dans le sac herniaire. M. Nélaton donna immédiatement issue à ce liquide, car il le regarde comme essentiellement délétère, soit que sa rétention amène les accidents les plus redoutables, soit qu'il s'infiltre dans les tissus et provoque l'apparition d'un phlegmon diffus, ou bien qu'il pénètre dans l'abdomen et amène le développement d'une péritonite. L'opérée a succombé le quatrième jour de l'opération.

Rétroversion utérine survenue dans l'état de grossesse.

Un cas aussi rare qu'intéressant s'est présenté dans le service de M. Pajot, à la clinique d'accouchement.

Une femme bien constituée, ayant eu un enfant il y a neuf ans, a vu ses règles se supprimer depuis quatre mois. Elle se présente à l'hôpital se plaignant d'une rétention urinaire qui durait depuis quelques jours. On la sonde; l'énorme tumeur formée par la distension de la vessie ayant disparu, on put sentir l'utérus au-dessous de la symphyse pubienne. La malade se disant enceinte de trois ou quatre mois, on l'examina; on eut quelque peine à trouver le col utérin, qui s'était porté contre la symphyse pubienne; ses lèvres étaient légèrement ramollies, et son orifice un peu plus dilaté qu'il n'aurait dû l'être chez une femme qui était accouchée il y a neuf ans.

Par le toucher rectal, on sentait l'utérus dans la cavité sacrée, et le corps de cet organe avait subi, comme son col, de notables modifications: outre son accroissement de volume, il présentait encore un ramollissement manifeste. Sur les mamelles, on voyait autour du mamelon une aréole très-prononcée; elle devait être de nouvelle formation, car elle n'aurait pas conservé des caractères si tranchés si elle se fût rattachée à la dernière grossesse. L'auscultation fit constater enfin le souffle abdominal.

De l'ensemble des caractères que nous venons de rapporter, M. Pajot conclut à une rétroversion utérine survenue dans l'état de grossesse. Sans affirmer le gravidisme d'une manière absolue, il le considérait pourtant comme probable.

En présence de cet accident, dont les conséquences seraient des plus graves si l'on n'y remédiait immédiatement, M. Pajot se décida à tenter la réduction de l'organe déplacé. La femme fut couchée sur le dos comme pour subir l'opération de la taille; on la chloroforma afin d'anéantir tout effort volontaire, et l'on introduisit dans le rectum un instrument dont s'était servi autrefois M. Evrat avec le plus grand succès; il consiste en une tige de bois garnie à l'une de ses extrémités d'un tampon bien rembourré, afin qu'il ne blesse pas les parties sur lesquelles il appuie avec une certaine force. Un doigt introduit dans le vagin accrocha le col de l'utérus, le cylindre de bois poussant le corps de l'organe dans le sens de l'axe du bassin; le doigt de l'opérateur entraînant le col en bas et en arrière, la manœuvre ne tarda pas à être couronnée de succès, et M. Pajot annonça bientôt à son auditoire que la matrice avait repris sa situation normale. Afin de l'y maintenir, la femme restera quelque temps couchée sur le ventre, on entretiendra la liberté des selles, la vessie sera fréquemment vidée, et l'on attendra ainsi le moment où l'utérus, ayant franchi le détroit supérieur, ne pourra plus se renverser.

Nous avons annoncé dans notre précédente *Revue* qu'une jeune femme atteinte de rétention menstruelle par oblitération du vagin se trouvait en ce moment dans le service de M. Maisonneuve, et serait prochainement opérée. Cette occlusion vaginale était la conséquence d'un accouchement laborieux. Chaque époque menstruelle était accompagnée de vives douleurs; le sang ne trouvait pas d'issue pour s'écouler au dehors, et l'utérus allait chaque mois se distendant davantage. Le vagin se terminait en cul-de-sac derrière lequel le doigt percevait la sensation d'une tumeur fluctuante. Un trocart conduit sur l'index perfora la membrane cicatricielle qui obturait le vagin; le lithotome de Dupuytren fut aussitôt introduit dans cette ouverture, et on le retira en faisant une double incision qui livra au sang un large passage; il s'en écoula près d'un litre. D'abondantes injections d'eau tiède lavèrent toutes ces parties, et l'introduction d'une grosse sonde maintint les parois vaginales écartées l'une de l'autre.

— Dans sa séance opératoire de lundi dernier, M. Chassaignac a fait, sur une femme de cinquante ans environ, l'ablation de la moitié droite du maxillaire inférieur, pour une tumeur de nature maligne qui s'était développée depuis quelques mois dans cet os, et avait acquis en un court espace de temps un assez grand développement.

— Mardi dernier M. Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, a fait une désarticulation coxo-fémorale chez une jeune fille de quinze ans. Une tumeur blanche avait nécessité cette grave opération. Six jours après, nous avons pu voir la jeune malade; elle était aussi bien qu'on pouvait l'espérer après une telle mutilation.

Nous avons trouvé dans le même service une jeune fille de trois ans, présentant une tumeur considérable du sinus maxillaire droit. M. Marjolin la croit de nature maligne, et déjà l'os du côté opposé commence à présenter la même affection.

— Une des variétés les plus rares de la cataracte a été opérée récemment par M. le Dr Sichel. Une femme de vingt-sept ans s'est présentée à son dispensaire pour y subir l'extraction d'un cristallin pierreux; luxé depuis quelque temps déjà, il faisait en partie procidence dans la chambre antérieure. Comme il arrive presque toujours dans ces cas, la cataracte était très-ancienne, elle remontait à vingt années et elle se compliquait d'amaurose complète, avec un léger degré d'atrophie du globe oculaire.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Ollier.

Application de l'ostéoplastie périostique et de l'ostéoplastie osseuse à la restauration du nez.

Louis P..., garçon boulanger, âgé de vingt ans, né à Chambéry, entré à l'Hôtel-Dieu le 6 octobre 1860. Ce jeune homme n'a jamais été bien portant dès sa première enfance; il a eu des ulcérations sur la face et dans l'intérieur du nez; il est très-dur d'oreille, et cet affaiblissement de l'ouïe du côté droit remonte à l'âge de trois ou quatre ans.

Depuis cinq ou six ans l'ouïe diminue de plus en plus des deux côtés; le nez s'enfonce, et la difformité de la figure augmente toujours. On voit sur la joue gauche une vaste cicatrice de lupus, et le pourtour des narines est le siége de fréquentes éruptions pustuleuses. Il n'a jamais eu de chancre ni d'autres affections vénériennes: son père a eu la syphilis constitutionnelle avant son mariage.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la figure a un aspect repoussant; la saillie nasale est remplacée par une dépression au fond de laquelle on voit les vestiges cutanés et cartilagineux du nez; les narines sont rétrécies; la respiration est gênée considérablement. Il s'exhale des narines une odeur fétide, il en suinte parfois une sanie purulente; les dents supérieures sont presque toutes altérées. L'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur est très-gonflée, et les gencives sont percées de plusieurs trajets fistuleux.

Ces lésions des parties molles et du squelette de la face indiquaient une affection scrofuleuse profondément enracinée; mais le développement des accidents dès la première enfance et l'existence de la syphilis chez le père me firent croire à une syphilis congénitale. Je lui prescrivis en conséquence un traitement par l'iodure de potassium, l'iodure de fer, les amers et l'huile de foie de morue.

Après avoir suivi ce traitement pendant sept mois, il revint à Lyon le 27 mai. L'état des os et de la face s'était amélioré au point de vue de leur nutrition; les fistules gingivales étaient fermées; il n'y avait plus de portion osseuse en suppuration; l'état général était bon. Mais les os de la face avaient suivi leur mouvement de retrait, et le nez disparaissait de plus en plus, aspiré en quelque sorte dans les fosses nasales. Il était urgent d'opposer une barrière à cette rétraction. Je fis cependant suivre encore au malade un traitement général pendant près de deux mois. On s'occupa en même temps de dilater les narines et de relever les parties molles qui n'étaient pas invariablement fixées par le tissu inodulaire. La racine de gentiane et l'éponge préparée furent employées à cet effet; mais on n'obtint un effet sensible que sur les narines, que l'on ramena presque à leurs dimensions normales.

Voici l'état exact des parties quand nous décidâmes l'opération (3 juillet).

La pointe du nez se trouve à 12 millimètres en arrière d'une ligne tirée entre la bosse frontale moyenne et le bord libre de la lèvre supérieure. Les narines, au lieu de regarder en bas et de se trouver sur un plan horizontal, sont verticales, regardent en avant et un peu en haut.

La surface du nez est sillonnée par des plis profonds, irréguliers, solidement fixés aux parties sous-jacentes par des brides inodulaires. On reconnaît la trace des anciennes ulcérations qui ont sillonné la peau. Récemment encore il s'y produisait de temps en temps des éruptions pustuleuses. Ces brides cicatricielles se rétractent de jour en jour, et rapetissent le nez de plus en plus. Les os propres, au lieu d'être dirigés en bas et en avant, sont dirigés en bas et en arrière, attirés comme les parties molles vers les fosses nasales. Cette direction rend compte de la dépression que nous avons signalée, et que la saillie des yeux fait ressortir encore davantage, en donnant à la physionomie un aspect étrange. Vu de face, le nez présente les ouvertures des narines séparées par la sous-cloison qui persiste encore, mais qui est réduite à une languette de peau. Le regard ne peut pas pénétrer plus avant dans les fosses nasales, le rebord des narines étant appliqué contre le pourtour osseux de ces cavités; on voit cependant que la cloison est détruite.

L'état général est bon; le traitement par l'iodure de potassium et les ferrugineux paraît avoir enrayé la cause qui entretenait les lésions osseuses. Nous pratiquons l'opération le 17 juillet, avec l'assistance de M. Delore, chirurgien en chef désigné de la Charité.

De la ligne médiane du front, à 4 centimètres au-dessus des sourcils, nous faisons partir deux incisions, une de chaque côté, dirigées en bas et en dehors jusqu'au niveau de l'attache des ailes du nez. Ces deux incisions, passant à 6 millimètres de l'angle interne des yeux, sont alors dirigées un peu en dehors, descendent jusqu'au niveau des ailes du nez, et se prolongent en bas parallèlement à ces ailes, dont elles sont éloignées de 6 à 8 millimètres. Nous avons ainsi un lambeau en V à sommet supérieur, ayant 12 centimètres de hauteur et 7 (1) de base. Dans la portion frontale du V, nous avons soin d'inciser toutes les parties molles jusqu'à l'os, et nous détachons ensuite notre lambeau dans toute son étendue.

Au front, nous disséquons jusqu'à l'os, c'est-à-dire que nous laissons le périoste adhérent à la face profonde du lambeau. Cette dissection est assez facile, le périoste se trouvant moins adhérent qu'à l'état normal. Arrivé au niveau des os propres du nez, nous procédons autrement, et nous avons soin de leur laisser leur périoste, ainsi qu'aux apophyses montantes des maxillaires supérieurs. La dissection devient alors difficile, à cause des fortes adhérences fibreuses qui fixent la peau du nez aux saillies et aux dépressions osseuses sous-jacentes. C'est au niveau des sillons profonds que ces brides sont le plus difficiles à détacher.

En certains points la peau est elle-même transformée en tissu inodulaire. Nous pouvons cependant, en procédant avec précaution, la détacher dans tout le pourtour des fosses nasales, sans interrompre sa continuité.

Cette dissection achevée, nous avons un vaste lambeau cutané tenant à la peau du reste de la face par trois points: les ailes du nez en dehors, la sous-cloison au centre. On peut alors explorer avec plus de facilité les fosses nasales, et on reconnaît que ces fosses sont presque oblitérées par le retrait et l'épaississement de leurs parois. Il n'y a plus de cloison; on ne distingue plus de cornets: au milieu est une légère saillie donnant au toucher une sensation de crépitation papyracée; nous la perforons et nous tombons dans une cavité close du volume d'une petite noix, pleine de mucus. Au fond des fosses nasales existe, pour le passage de l'air, un canal unique, de la dimension de 7 ou 8 millimètres.

Ces changements sont dus à la disparition du vomer, des cornets, au rapprochement consécutif des maxillaires, ou plutôt à l'épaississe-

(1) Il n'y a pas en réalité 7 centimètres entre les points extrêmes des deux branches du V; cette mesure indique le trajet d'une ligne suivant les sinuosités de la base du nez.

---

au point de vue pratique, une importante distinction à établir entre l'*entérite folliculeuse* et les différentes variétés de typhus avec lesquelles on la confond; pour nous-même, qui avons fait connaître le typhus paludéen, *la fièvre entéro-mésentérique* n'est autre chose que la combinaison (*connubium*), si bien indiquée par Stoll, de la variole avec les *synoques*, combinaison appelée de tous ses vœux par Pinel et trop largement réalisée depuis l'introduction de la vaccine: *Adhuc sub judice lis est*. D'où vient cet autre fléau des casernes, la petite-vérole, qui persiste à se montrer à Dunkerque comme partout ailleurs?

Et l'hirondelle, d'où vient-elle?

Rien de particulier à noter relativement aux autres maladies éruptives, aux angines et aux affections du tube digestif de toute nature. Si nous nous arrêtons un instant au choléra, qui se rit de toutes les prévisions hygiéniques, c'est pour faire remarquer que notre ignorance à son endroit continue à croître en raison directe de la multiplicité de ses apparitions, et pour engager les hommes laborieux, comme M. le docteur Zandyck, à diriger leurs recherches étiologiques dans le curieux sillon de chimie astrologique récemment ouvert par MM. Bunsen et Kirchhoff.

A l'article *Maladies endémiques et stationnaires*, nous remarquons que M. le docteur Zandyck, qui ne voulait pas du nom, accepte la chose après explication.

Plus loin, dans un chapitre plein d'intérêt sur les nombreuses épidémies de rougeole, de fièvres puerpérales, de grippe, de coqueluche, etc., qui ont régné à Dunkerque, nous nous sommes vainement évertué à chercher une relation quelconque entre ces maladies populaires et les données météorologiques, — y compris l'ozonoscopie, — si soigneusement recueillies par notre savant confrère. Sans aucun doute, la genèse des maux qui accablent notre faible humanité est un secret que Dieu s'est réservé à tout jamais.

Si

Chaque âge a ses plaisirs, son esprit et ses mœurs,

il a aussi ses maladies propres. A Dunkerque, les enfants à la mamelle sont sujets au *porrigo larvalis;* quoi d'étonnant alors qu'on les retrouve plus tard émaciés par le carreau, dévorés par les scrofules ou déformés par le rachitis? Ce qui nous surprend, nous, c'est qu'il n'y ait ni *goîtreux* ni *crétins* dans cette population exposée à l'influence paludéenne, logée dans des caves humides, sombres et profondes, mal nourrie et toujours abreuvée d'eaux bourbeuses. Peut-être, si notre auteur cherchait bien.....

Le dernier article, intitulé *Mortalité*, est une case à peu près vide, ornée d'une étiquette d'attente.

Disons, pour conclure, que la météorologie est la plus ingrate science du monde, et que si l'Académie impériale de médecine était de notre avis, quand elle a honoré le livre de M. le docteur Zandyck d'une médaille d'argent, elle n'a jamais mieux placé ses récompenses.

Dr E. A. Ancelon.

ment de ces os et de la muqueuse qui les recouvre. Quant au pourtour des fosses nasales, nous le voyons dans un état tel que nous craignons un instant de ne pas pouvoir trouver de support osseux suffisant. La direction des os propres du nez en bas et en arrière ne nous permet pas de songer à détacher par un trait de scie le rebord osseux, pour l'abaisser ensuite en totalité en avant et en bas.

L'os propre du côté gauche était presque tout à fait détruit, il ne nous restait que l'os propre du côté droit, épaissi et soudé avec l'apophyse montante du même côté. Nous dûmes alors nous contenter d'un support unilatéral, et voici comment nous l'avons obtenu :

Nous détachons avec un petit ciseau un lambeau osseux de 35 millimètres de long, comprenant tout l'os propre du nez à droite et une portion de l'apophyse montante. Cette section, qu'on serait très-incertain d'obtenir à l'état normal, a été facilitée par la soudure de ces deux os et par leur friabilité, suite de l'ostéite dont ils avaient été autrefois le siége. Nous eûmes ainsi un lambeau osseux tenant au reste du squelette par son périoste en dehors et par le périoste doublé de la muqueuse en dedans; ces deux ponts périostiques lui servaient de soutien et devaient assurer sa nutrition. Nous l'infléchîmes en bas, de manière que sa base restant fixée par les ponts périostiques, sa pointe fût dirigée en avant et un peu en dedans jusqu'à la ligne médiane. Mais dans le temps suivant de l'opération, nous lui trouvâmes d'autres supports.

Le lambeau triangulaire cutané ayant été pris dans de grandes proportions, nous permit d'étoffer le nouveau nez et de lui donner un volume plus qu'ordinaire; mais avant de le fixer nous achevâmes de disséquer quelques adhérences qui tenaient le lambeau plissé sur lui-même, et nous réunîmes la plaie frontale en mobilisant latéralement ses bords, de manière à pouvoir les faire glisser l'une vers l'autre et à les maintenir par cinq points de suture métallique.

Nous nous occupâmes alors d'assurer la forme du nez : pour cela, nous repliâmes d'abord le lambeau sur lui-même, dans le sens vertical, de manière à refaire la saillie du dos du nez et à mettre en contact réciproque les deux moitiés verticales du lambeau périostique. Ceci nous paraissait très-important au point de vue de la forme d'abord, et ensuite au point de vue de l'ossification du lambeau périostique, qui risquait d'être empêchée par l'exposition à l'air et la suppuration de sa face profonde.

Pour fixer le pli, nous le traversâmes un peu au-dessus de sa partie moyenne par une épingle que nous arrêtâmes au moyen de deux petits morceaux de diachylon faisant l'office de chevilles. Quant au lambeau osseux, nous le dirigeâmes de manière que sa pointe fût reçue dans l'extrémité inférieure de ce sillon vertical. Sa surface externe se trouva alors en rapport avec la face profonde du lambeau cutané.

Pour l'empêcher de remonter, nous passâmes un fil de fer très-fin autour d'une petite dentelure qui était près de sa pointe. Le fil fut passé à travers la narine correspondante. Alors il ne restait qu'à fixer la pointe et le pourtour du lambeau cutané. La pointe fut fixée au niveau de la ligne des sourcils, dans l'angle rentrant formé par le rapprochement des lèvres de la plaie frontale, c'est-à-dire à 4 centimètres plus bas que le point d'où elle avait été détachée.

Pour la réunion des parties latérales, nous fûmes obligé de disséquer la peau des joues, afin de lui permettre de glisser et d'arriver sans tiraillement jusqu'au contact des bords du nez. Puis, comme nous avions à craindre que les tissus en se retirant ne vinssent à tirailler le nez et à l'aplatir, nous passâmes une grosse épingle de 11 centimètres à travers les joues, à 20 millimètres en dehors de la ligne de réunion, comme on le fait pour le bec-de-lièvre compliqué, lorsque le rapprochement est difficile. Cette épingle passait sous le lambeau nasal sans le traverser. Nous plaçâmes à chaque extrémité un morceau de liége. Son action fut très-satisfaisante, car, en rapprochant les joues, elle fit cesser tout tiraillement du lambeau nasal. Cela fait, nous appliquâmes quinze points de suture métallique au pourtour du nez, et nous eûmes alors la satisfaction d'avoir devant les yeux une figure complétement métamorphosée.

Les narines étaient devenues horizontales, la pointe du nez faisait une saillie de 2 centimètres sur la lèvre supérieure, et cette excavation hideuse de la région était remplacée par un nez saillant et volumineux, un peu épaté vu de face à sa partie moyenne, mais bien accusé de profil.

Nous plaçâmes alors dans chaque narine un tube fait avec du fil de fer étamé, roulé en spirale, et nous appliquâmes un premier pansement, que nous fîmes arroser d'eau froide de temps en temps.

Le jour et le lendemain de l'opération se passèrent bien; le malade souffrait un peu au niveau du nez, mais il disait que depuis longtemps il n'avait pas eu la tête aussi libre. Il éprouvait depuis deux ou trois ans une sensation de lourdeur et souvent de pénibles douleurs dans cette région.

Le 19, premier pansement; bon aspect du lambeau, un peu tuméfié sur ses bords, mais de la même température que les parties voisines. La circulation ne s'y fait pas encore librement, mais rien ne nous fait craindre la gangrène. Pouls à 84.

Le lendemain et les jours suivants, les paupières s'œdématient successivement, à gauche d'abord, à droite ensuite. Le gonflement est porté assez loin pour empêcher complétement la vision. État général excellent; pas de céphalalgie.

Le 22, je retire la grosse épingle qui rapproche les joues; la nutrition du lambeau n'inspire aucune crainte.

Le 24, le gonflement des paupières a complétement disparu. Bon aspect des bords de la plaie, qui paraît réunie en grande partie. Coloration tout à fait normale. Il s'écoule un peu de pus par les narines; pas de douleurs; pas de menaces de perforation au niveau de la pointe du lambeau osseux.

Le 26, je commence à enlever quelques points de suture. La plaie frontale est complétement réunie; le bord gauche du lambeau nasal est mieux réuni que celui du côté droit. Il y a un peu de rougeur et de tuméfaction au niveau de l'angle interne des yeux.

Le 29, deux petits abcès se sont formés au niveau de cette tuméfaction. Celui de droite se vide dans la plaie externe, celui de gauche dans les fosses nasales.

A partir de ce moment, plus de douleurs, pas le moindre accident dans la cicatrisation. Un jour nous eûmes crainte de l'érysipèle, mais après un pansement au sulfate de fer toute rougeur disparut.

Il n'est sorti aucun fragment osseux par les fosses nasales. On maintient toujours les narines béantes par les spirales en fil de fer. Le nez ne s'affaisse pas. Vers la quatrième semaine, il perdit un peu de sa saillie; le support osseux s'inclina légèrement à gauche; mais à partir de ce moment il ne se dévia plus. En pressant avec le doigt, on le sentait solidement fixé.

Le malade sortit de notre service le 10 septembre, mais il resta en ville jusqu'au 1er octobre; il venait se faire observer tous les jours à l'Hôtel-Dieu.

A la date du 28 septembre (jour où le moule a été pris), il présentait l'état suivant :

Tout est cicatrisé à l'extérieur et à l'intérieur, autant qu'on peut en juger à travers les narines. Le lambeau osseux s'est greffé en entier. Le gonflement qui avait longtemps persisté au niveau de l'angle interne des deux yeux, a disparu ; il ne reste qu'un peu de rougeur et un peu de sensibilité à droite à la pression. On sent le lambeau osseux à travers la peau. Il s'est, comme nous l'avons déjà dit, un peu affaissé depuis l'opération, c'est-à-dire que sa pointe, au lieu de regarder directement en avant, s'est un peu infléchie à droite; mais elle est actuellement solidement fixée. Le nez fait une saillie de 14 millimètres sur son point d'attache à la lèvre supérieure; il est régulier, en faisant toutefois un peu plus de saillie à droite, au niveau de la base du lambeau. La circulation s'y fait bien; la peau a partout conservé sa sensibilité. Le lambeau osseux lui forme un soutien solide; quant à la partie du lambeau cutané qui était doublée du périoste frontal, elle durcit de jour en jour, et bien qu'on ne puisse pas certifier encore qu'il y ait une lame osseuse continue, on n'explique cette résistance que par la présence d'un tissu en voie de s'ossifier.

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ
et des naissances de Paris.

M. le docteur Caron nous transmet, à l'occasion d'un simple renseignement statistique que nous avons publié dans le numéro du 8 février dernier, les réflexions suivantes, que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs :

« En admettant que le nombre total des personnes étrangères qui sont venues mourir à Paris pendant l'année 1860 soit approximativement égal à celui des Parisiens qui ont pu aller mourir sur les différents points du globe, nous ne croyons pas que l'on puisse être autorisé à conclure rigoureusement de ce relevé statistique que l'excédant des naissances sur les décès soit de 9,795 individus, — car personne n'a oublié les observations récemment publiées à ce sujet, qui ont démontré que dans la première année de la vie il disparaissait environ 30 pour 100 des enfants nouvellement nés, ce qui élèverait pour la période en question le chiffre total des décès de 41,261 à plus de 56,000, en y comprenant les 15,000 décès relatifs aux 51,056 naissances de cette même année, chiffre qui réduit singulièrement l'excédant dont vous parlez dans votre statistique; en résumant d'ailleurs ainsi la question, — j'ai l'intime conviction de n'être pas très-éloigné de la vérité, car, comme on a déjà tant de fois essayé de le prouver, c'est bien plus par les émigrations incessantes des provinces sur la capitale que se maintient et s'augmente le chiffre total de la population parisienne, que par le fait des naissances effectives de la localité.

» Inutile de rappeler que ces 15,000 décès ont pu s'effectuer soit à Paris, soit dans les provinces où ces pauvres enfants ont été envoyés en nourrice, ce qui au demeurant imprime une tout autre signification à ce tableau statistique. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 février 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Chirurgie réparatrice. — Rhinoplastie ; uranoplastie ; fistule vésico-vaginale ; staphylorrhaphie. — M. VERNEUIL. La Société a reçu dans ces derniers temps une série de communications intéressantes relatives à la chirurgie réparatrice. Deux points surtout méritent une attention spéciale :

1° La conservation du périoste à la face profonde des lambeaux autoplastiques, pour assurer leur solidité et rendre permanente la configuration des organes restaurés ; en d'autres termes, l'ostéoplastique introduite récemment dans la pratique par les belles recherches de M. Ollier (de Lyon) sur les greffes osseuses.

2° L'emploi des sutures métalliques, qui tend à se généraliser de plus en plus, et qui, en dépit d'objections peu sérieuses, réalise par la réunion immédiate un progrès marqué.

A la première idée se rapporte une belle observation de *rhinoplastie avec lambeaux périostiques et osseux*, communiquée déjà à l'Académie des sciences par M. Ollier, mais que ce chirurgien nous a adressée avec tous ses détails ; puis un mémoire très-intéressant d'un de nos associés étrangers les plus justement célèbres, le docteur B. Langenbeck (de Berlin). Ce travail traite de *l'uranoplastie avec conservation du périoste de la voûte palatine*; il comble une lacune de la médecine opératoire, car on y trouve plusieurs observations dans lesquelles on a pu fermer heureusement le vaste hiatus du plafond buccal, tel qu'on l'observe dans la *gueule-de-loup*.

Au second point se rattache une brochure de M. Letenneur (de Nantes), travailleur infatigable et qui honore singulièrement notre chirurgie de province. Il s'agit d'une staphylorrhaphie pratiquée avec succès à l'aide des sutures métalliques, ce qui fournit à l'auteur l'occasion de préconiser fortement, d'après son expérience, ce mode de réunion. Enfin, c'est de la province également que nous parvient une observation inédite de fistule vésico-vaginale opérée et guérie par l'un des procédés américains, dans lesquels les fils d'argent jouent, comme on le sait, un rôle si favorable et si bien prouvé.

Vous m'avez chargé de vous rendre compte de toutes ces richesses ; mais une seule séance n'y suffirait pas : je vais donc commencer par la rhinoplastie, et j'exposerai avec quelque étendue divers procédés nouveaux, dont un est resté inédit.

Je compte trois procédés distincts :

1° La rhinoplastie fronto-nasale par glissement, avec ostéoplastie. — M. Ollier.

2° La rhinoplastie à deux lambeaux latéraux géno-maxillaires, avec ostéoplastie. — M. Nélaton.

3° La rhinoplastie à trois lambeaux, l'un frontal, les deux autres latéraux géno-nasaux, par la méthode dite à double plan ou à lambeaux superposés, sans ostéoplastie. — MM. Ollier et Verneuil.

Il est permis de croire qu'en modifiant, en combinant et en perfectionnant ces trois procédés, on parviendra à faire revivre la rhinoplastie totale, aujourd'hui presque complétement abandonnée, par suite des résultats défectueux donnés par les procédés anciens.

Je commence par rapporter l'observation de M. Ollier, sans changer un mot à la rédaction de l'auteur : c'est vous proposer implicitement d'insérer textuellement dans nos Bulletins ce fait important. (Voir plus haut).

Le procédé que M. Ollier a employé consistait essentiellement à faire glisser de bas en haut un triangle cutané emprunté au front et au dos du nez enfoncé. Le périoste et la portion osseuse mobilisée formaient la doublure solide ou solidifiable de ce lambeau à sommet supérieur, à base inférieure, compris entre deux incisions divergentes : c'était une sorte de procédé de Wharton Jones appliqué au nez; mais cette manière de faire serait inexécutable si le lobule était complétement détruit. Dans un cas de ce genre, sur lequel je ne puis fournir d'autres détails que ceux d'une communication orale, M. Nélaton a pris deux lambeaux latéraux sur la région interne des joues, par conséquent de chaque côté de la brèche terminale du nez. Ces lambeaux trapézoïdes, à pédicule supérieur, à base inférieure sinueuse, pour reproduire le contour inférieur des ailes du nez et du lobule, comprennent toute l'épaisseur des parties molles avec le périoste inclusivement. On les réunit sur la ligne médiane par leurs bords internes, et en leur faisant faire un angle saillant en avant pour rétablir l'arête du dos du nez. Leur migration, qui n'exige qu'un simple déplacement sur leur grand axe, laisse sur les côtés du nez nouveau deux surfaces formées par les os maxillaires supérieurs partiellement dénudés de leur périoste. La lamelle osseuse ainsi dépouillée peut devenir le siége d'une exfoliation superficielle, mais, dans tous les cas, la cicatrice secondaire qui doit s'y former nécessairement n'a aucune action mécanique sur les lambeaux devenus médians; elle ne peut les entraîner en dehors, et leur faire reprendre leur position première. Si le périoste qui double les deux pièces cutanées peut se solidifier, les deux faces latérales du nez prendront de la consistance, et, gardant d'une manière permanente l'inclinaison réciproque qu'on leur a donnée, rétabliront d'une manière heureuse la forme du promontoire nasal.

Nous avons de notre côté cherché à perfectionner la rhinoplastie à l'aide d'un procédé très-simple, qui, combiné avec les précédents, avancera peut-être la réalisation de la rhinoplastie totale. Nous voulons parler d'une application de la méthode autoplastique dite *à double plan ou à lambeaux superposés*.

Nous dirons brièvement dans quel cas nous avons opéré de la sorte : un malade s'était autrefois tiré un coup de pistolet dans la bouche; la balle, montant verticalement, avait défoncé la voûte palatine derrière les incisives, puis labouré et détruit les parties antérieures de la cloison nasale, presque tout le dos du nez, les os propres, les apophyses montantes en grande partie, l'épine du frontal et la paroi antérieure des sinus frontaux. La large gouttière ouverte en avant, que le projectile avait ainsi tracée, respectait le lobule et les ailes, mais elle remplaçait toute l'arête nasale, et se prolongeait à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la glabelle. La guérison avait eu lieu; la perforation palatine s'était lentement fermée, et la grande tranchée verticale s'était elle-même rétrécie et cicatrisée, en laissant toutefois un trou béant qui donnait accès dans la cavité nasale gauche. Il y a quatre ans, un chirurgien très-habile, M. Pitha (de Prague), avait bouché ce trou à l'aide d'un lambeau pris sur la ligne médiane du front.

Lorsque le malade vint réclamer mes soins, il n'y avait plus de plaie depuis bien longtemps ; mais la difformité était encore si choquante que ce malheureux portait toujours une plaque métallique sur le milieu du visage, pour masquer la profonde dépression qui occupait l'emplacement de son nez. Le lobule et les ailes n'étaient pas moins difformes ; ils étaient considérablement aplatis et étalés, et faisaient à peine une saillie d'un centimètre au-dessus du plan de la lèvre supérieure. Depuis la limite supérieure du lobule jusqu'au tiers moyen du front, existait une gouttière large et profonde, dans laquelle on pouvait aisément cacher la première phalange du pouce. Un angle rentrant occupait la ligne médiane, et deux plans convergents en dedans et en arrière formaient les côtés de l'excavation; les yeux paraissaient très-écartés l'un de l'autre, et, à l'angle interne de chacun d'eux, se montrait une sorte d'épicanthus; enfin, les globes oculaires formaient, de chaque côté de la tranchée, une saillie extrêmement difforme.

Plus de vestiges des os nasaux, ni de l'épine nasale, ni du rebord antérieur du frontal, ni de la partie antérieure de l'ethmoïde. Les apophyses montantes existaient encore à l'état de minces colonnes, mais elles étaient fortement écartées.

Il y avait évidemment deux indications principales à remplir : rapprocher de la ligne médiane les parties latérales trop distantes, reconstituer un dos du nez saillant. Pour cela, il fallait utiliser les deux surfaces latérales cutanées qui constituaient les deux côtés de la tranchée et leur donner une direction précisément inverse de celle que leur avait imprimée la rétraction de l'inodule profonde ; il fallait leur faire former un angle saillant au lieu d'un angle rentrant ; mais il était clair qu'après avoir incisé sur la ligne médiane et décollé deux lambeaux latéraux, il resterait en dessous d'eux une excavation très-profonde, qui ne pouvait rester béante ni se cicatriser de toute pièce. Quand bien même, après la réunion sur la ligne médiane, on eût rétabli momentanément l'arête nasale, la cicatrisation secondaire et la rétraction inodulaire s'exerçant à la face profonde des lambeaux et sur les parois de l'excavation, auraient retiré en dedans la saillie nasale nouvellement formée, et au bout d'un certain temps tout serait revenu à l'état antérieur.

Il fallait à tout prix combler d'une manière permanente le fond de la gouttière; dans ce but, après avoir formé avec les parois de celle-ci deux lambeaux en forme de volets, je pris au front un troisième lambeau assez long que je renversai simplement de haut en bas, sans torsion, mais par flexion du pédicule, de sorte que la surface cutanée regardait vers la profondeur et la surface saignante en avant ; je

réappliquai alors mes deux lambeaux latéraux par-dessus la pièce frontale et les suturai sur la ligne médiane.

Les deux plans de lambeaux se touchaient dès lors par leurs faces sanglantes respectives, et je pouvais compter sur leur adhésion, qui eut lieu en effet. Je fis, pour restaurer le lobule et les ailes du nez, une opération tout à fait distincte, dont je ne veux pas parler ici, et en résumé j'obtins tout le résultat que j'espérais : le rapprochement des commissures oculaires internes, le comblement de la tranchée médiane, aujourd'hui remplacée par un dos du nez qui fait de profil une saillie d'un centimètre au moins.

Une opération complémentaire sera nécessaire pour achever cette réparation, dont le malade se montre déjà très-heureux, et qui me satisfait moi-même assez complétement. L'observation n'est donc pas terminée ; mais tout ce que j'attendais du premier acte opératoire (qui date de quatre mois environ) est obtenu, sauf des imperfections inséparables du premier essai d'un procédé opératoire insolite.

Cette observation sera, ainsi que son complément ultérieur, publiée en temps opportun avec tous les détails nécessaires.

La rhinoplastie totale a été la première proposée, exécutée, vantée à l'excès, puis dépréciée complétement ; elle est actuellement rejetée par la plupart des chirurgiens. Les nouveaux procédés que je viens d'indiquer, et qui n'ont pas dit leur dernier mot, me semblent ouvrir pour cette si belle et si utile opération une véritable ère de renaissance.

DISCUSSION.

M. LEGOUEST. J'ai écouté la communication de M. Verneuil avec d'autant plus d'intérêt, que j'ai eu l'occasion de me trouver en présence de circonstances analogues à celles qui viennent d'être citées. Depuis que je suis au Val-de-Grâce, j'ai été appelé trois fois à remédier aux suites fâcheuses de lésions produites dans un suicide, et les résultats que j'ai obtenus sont tellement imparfaits, que j'ai renoncé à pratiquer des opérations pour des cas semblables. Les cas cités par M. Verneuil me paraissent des cas exceptionnels.

En fait de rhinoplastie, il faut aujourd'hui distinguer les pertes du nez totales et les pertes partielles. Pour ces dernières, l'opération est très-praticable et ses résultats sont encourageants ; mais pour les premières, je pense qu'il faut s'abstenir. Voyons si les deux cas cités dans la communication de M. Verneuil sont de nature à nous faire changer d'opinion.

Dans l'observation qui est propre à M. Verneuil, je vois qu'on a employé un double lambeau, et le résultat est réellement heureux ; aussi je m'empresse d'en féliciter M. Verneuil. Dans l'opération de M. Ollier, nous sommes loin d'avoir les mêmes résultats. Ainsi, le nez est ratatiné ; toutes les parties existent, à l'exception du squelette. Somme toute, ma première opinion persiste. Et, en effet, à la suite du coup de feu, le squelette du nez, comme les parties molles, est entièrement détruit. Il résulte de là un vaste hiatus qui ne peut pas être comblé, même en faisant intervenir le périoste. Quant à l'influence de cette membrane pour la reproduction de l'os, elle n'est pas probante, d'après le fait cité par M. Verneuil. En effet, que voyons-nous dans l'observation de M. Ollier? Ce chirurgien a déplacé l'os propre du nez qui restait et l'a mis dans le sens transversal pour servir de soutien aux parties molles qu'il allait ramener dans l'hiatus; puis il a disséqué un peu de périoste et l'a amené là avec ses lambeaux ; et l'on vient nous dire ensuite que c'est le périoste qui a constitué le squelette de ce nez. Non, cela n'est pas exact. Si l'on a constitué un squelette, c'est surtout aux dépens de l'os propre du nez et peu par le périoste.

Dans l'opération de M. Verneuil, le périoste n'a pas été détaché, et si le nez offre un peu de consistance, cela tient à la méthode des lambeaux superposés.

Je me résume et je dis : Dans l'état actuel de la science, la chose difficile dans la rhinoplastie totale, c'est la reproduction du squelette, et dans les cas cités par M. Verneuil, si le squelette a été reconstitué en partie, il ne l'a pas été par le périoste. Le rôle du périoste comme reproducteur du squelette dans ces circonstances ne m'est nullement démontré.

Les occasions de faire la rhinoplastie pour des pertes totales du nez sont assez fréquentes. Ainsi, j'ai parlé déjà de deux opérations que j'ai tentées pour ces cas, et dernièrement j'en avais un troisième. Mais je n'ai rien voulu faire, dans la crainte que mon opération n'eût d'autre résultat que de rendre mon opéré plus laid. La facilité que l'on a, avec les parties molles, pour refaire des nez assez solides, me fait encore douter de l'influence du périoste.

M. HUGUIER. Dans les observations de M. Nélaton, on voit que ce chirurgien avait pris son lambeau dans la fosse canine, en ayant soin de détacher le périoste de la région. Or, M. Verneuil, qui nous rappelait la pratique de M. Nélaton, ne nous a pas donné le résultat obtenu à la suite de cette dissection. Pour moi, dans ces modifications je ne vois qu'un avantage, celui d'avoir un lambeau plus épais. Quand on a taillé un lambeau comprenant le périoste, celui-ci s'indure, mais le squelette a-t-il été reproduit? Je ne le crois pas. C'est là le fond de la question à juger. Sans doute j'approuve cette manière de faire : on a toujours avantage à avoir des lambeaux épais ; mais quant au fond de la question, je suis de l'avis de M. Legouest.

M. VERNEUIL. Je vais répondre successivement aux diverses objections. M. Legouest n'a pas entendu sans doute un petit détail de l'observation de M. Ollier. Ce chirurgien a réellement fait une charpente osseuse avec le périoste pris dans le voisinage du nez. Il existe bien une pièce osseuse, l'os propre du nez, qui a été placée en travers ; mais, en outre, il existe aussi une ossification du périoste. A la région inférieure du nez refait par M. Ollier, nous trouvons le lambeau osseux, et puis à la région supérieure il y a le périoste ossifié. M. Legouest se demande ensuite si tous les procédés que je viens de communiquer à la Société répondent bien aux *desiderata*. Tout ce que je puis dire, c'est que j'ai usé du procédé de M. Nélaton, et que j'en ai été satisfait. Quant aux détails concernant les observations de M. Nélaton, j'avais cru pouvoir vous les donner ; mais des circonstances indépendantes de ma volonté m'empêchent de le faire.

On m'a dit que tous ces procédés employés et dont je vous ai parlé n'étaient pas parfaits. Je le reconnais volontiers avec vous, et c'est dans cette conviction que j'ai cru devoir ajouter quelques modifications aux procédés de M. Nélaton et de M. Ollier. La combinaison des deux perfectionnements dus à ces deux chirurgiens, à celui que j'ai apporté à mon tour, me fait croire que nous aurons quelque chose de meilleur.

En effet, je suppose que nous ayons à combler un vaste hiatus causé par une perte totale du nez : en taillant un lambeau supérieur et deux lambeaux sur les côtés, je me demande si nous n'aurions pas de plus beaux résultats. Je dois déclarer que jusqu'ici on n'a rien obtenu d'aussi beau que ce que je viens de montrer à la Société.

M. LEGOUEST. Je ferai remarquer à M. Verneuil, en ce qui concerne le fait dû à M. Ollier, que c'est précisément le point où il signale le périoste qui est le plus aplati. En effet, dans le nez en plâtre que l'on nous présente, il y a deux régions : l'inférieure, où se trouve l'os propre du nez transplanté, est la plus élevée ; la supérieure, au contraire, soutenue par ce périoste prétendu ossifié, est déprimée, affaissée d'une manière considérable. Quant au fait qui est dû à M. Verneuil, quoiqu'il n'y ait point intervention du périoste, il est plus beau que celui de M. Ollier, et j'en dois complimenter son auteur. Je crois, en effet, qu'en employant ses lambeaux superposés, M. Verneuil a trouvé un procédé meilleur que celui de M. Ollier.

M. VERNEUIL. Je dois ajouter que ce procédé, pour lequel M. Legouest veut bien me complimenter, est aussi de M. Ollier.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. MARJOLIN. J'ai l'honneur de présenter à la Société une cuisse que j'ai amputée pour un ostéosarcome du fémur très-volumineux, développé en moins de six semaines chez une jeune fille.

J'aurai soin de donner l'observation complète de ce fait intéressant.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La médecine française vient de faire une grande perte. M. Bretonneau, l'un des vétérans de notre profession, vient de mourir dans sa résidence de Passy. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les titres si connus du célèbre chef d'école, qui comptait avec orgueil parmi ses élèves deux de nos maîtres les plus éminents, MM. Velpeau et Trousseau. La place considérable que M. Bretonneau a occupée dans l'histoire médicale de notre époque ne permet pas que nous nous en tenions seulement à son égard à cette expression de nos regrets. Nous lui consacrerons prochainement une notice historique.

— A côté des pertes qui se multiplient depuis quelque temps d'une manière si cruelle dans le corps médical, nous avons trop souvent aussi à enregistrer de non moins regrettables infortunes que l'institution trop récente encore des associations médicales est malheureusement insuffisante à soulager. Un de nos estimables confrères, à qui le produit de sa clientèle avait suffi jusque-là pour vivre honorablement et élever sa famille, vient d'être victime d'une série d'événements malheureux qui l'ont réduit à la plus affreuse nécessité. Après avoir été frappé dans ses affections les plus chères par la perte successive de sa femme et de son fils unique, ancien élève en médecine, mort au champ d'honneur à Solferino, au moment où il allait recevoir l'épaulette, notre infortuné confrère a eu une grave maladie à la suite de laquelle il est resté perclus. Nous nous sommes adressé officieusement à l'un des membres du bureau de l'Association générale des médecins de France, qui nous a opposé avec regret les statuts de l'Association, lesquels ne permettent d'allouer des secours qu'à des médecins affiliés soit à la Société centrale, soit à l'une des Associations départementales agrégées. Or ce médecin habite un département où il n'y a point encore d'Association. Et lui demander de se faire inscrire comme membre de la Société centrale, ce serait lui enlever peut-être son dernier morceau de pain. Dans cette pénible situation, nous nous trouvons réduit à faire encore un nouvel appel à nos lecteurs, en faveur de ce confrère malheureux et digne à tous égards de leur bienveillant intérêt.

Une souscription est ouverte en conséquence, dès à présent, dans les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*.

— Nous avons annoncé que l'administration de l'Assistance publique avait loué à Bellevue, pour y placer des malades ayant à subir les plus graves opérations de la chirurgie, une maison dépendant de l'établissement hydrothérapique dont M. le docteur Bourguignon est actuellement propriétaire. Ce n'est pas tout à fait exact. La maison louée est située dans l'avenue et près du château de Meudon ; elle est à environ un kilomètre de l'établissement hydrothérapique. C'est à M. le professeur Laugier qu'est due l'initiative de la mesure prise par l'administration des hôpitaux.

— Le banquet de l'internat aura lieu le samedi 15 mars, à six heures, dans les salons des Frères-Provençaux (Palais-Royal). Le prix de la souscription est fixé à 16 fr.

MM. les anciens internes des hôpitaux sont priés d'adresser le montant de leur souscription à M. l'interne en médecine économe d'une des salles de garde des hôpitaux de Paris.

La liste des souscriptions sera close le 12 au soir.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. ADDE-MARGRAS, de Nancy, médecin à Paris. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 23. — MARDI 25 FÉVRIER 1862. (35e ANNÉE.) N° 23. — MARDI 25 FÉVRIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 FÉVRIER 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Tout le monde connaît les belles recherches de M. Flourens sur la détermination du point de l'axe cérébro-spinal, qu'il désigne sous le nom de nœud vital, c'est-à-dire de ce point de la moelle allongée dont la lésion entraîne immédiatement la mort par arrêt instantané de la respiration.

Les expériences de l'éminent académicien sur ce premier moteur du mécanisme respiratoire, comme il l'appelle encore, n'avaient porté jusqu'ici que sur les animaux à sang chaud; il était intéressant de faire la même détermination sur les animaux à sang froid, et particulièrement sur ceux d'entre eux qui sont pourvus d'un double appareil respiratoire, et de rechercher quel est chez ces derniers l'effet de la lésion de ce même point du système nerveux. C'est le résultat de cette étude qui fait l'objet de la nouvelle note que M. Flourens vient de communiquer à l'Académie.

On y verra que l'effet de la lésion du nœud vital est le même sur ces animaux que sur les animaux à sang chaud, en ce qui concerne l'abolition immédiate de la respiration pulmonaire ou branchiale, son analogue; mais qu'il en diffère par rapport à la vie de l'animal, en raison de l'importance moindre de la fonction abolie en partie, partie suppléée par la respiration cutanée restée intacte. On trouvera donc dans ces nouvelles expériences, et dans les différences mêmes de leurs résultats, la confirmation des expériences précédentes sur le rôle physiologique du nœud vital.

— L'Académie a entendu dans cette même séance l'exposé statistique des opérations de lithotritie que M. Civiale a faites pendant l'année 1861, tant dans sa pratique privée que dans son service spécial de l'hôpital Necker. On lira cet exposé plus bas. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. PAJOT.

(Suppléant de M. le professeur P. DUBOIS.)

Leçons sur les affections puerpérales.

(Recueillies par M. le Dr DENEFFE).

Des lochies. — Les auteurs classiques traitent assez légèrement la question des lochies; il a paru à la plupart des auteurs classiques que ce phénomène de la puerpéralité ne méritait guère l'attention de l'accoucheur, et en deux ou trois pages ils ont exposé et résolu des questions qui ne sont ni si simples ni si dénuées d'intérêt qu'on puisse trouver leur solution en si peu de mots.

Pendant les dix ou douze premières heures qui suivent la délivrance, les lochies sont constituées par du sang pur; ce n'est qu'au bout de ce temps qu'elles commencent à changer d'aspect: déjà le sang se mêle à un peu de sérosité. D'où vient ce sang? Il vient assurément de la plaie placentaire, car l'idée ne viendrait à personne de supposer que cet écoulement de sang provient d'une filtration à travers les vaisseaux utérins. Il s'échappe de la bouche des vaisseaux déchirés au moment où le délivre quitte le lieu de son implantation. Au bout de vingt-quatre heures, les lochies ont pris le caractère séro-sanguinolent, et elles le conservent jusqu'après la fièvre de lait, qui se déclare ordinairement entre le second et le troisième jour de l'accouchement. Il serait peut-être plus exact de dire que l'écoulement séro-sanguinolent persiste jusqu'après la réaction mammaire, car on sait que la fièvre de lait n'accompagne pas toujours ce phénomène.

La sérosité qui se mêle au sang provient de la même source que lui; quelques accoucheurs, prenant le change sur l'origine de ce liquide, ont cru qu'il était fourni par la muqueuse utérine; mais il n'y a rien de commun entre cette sérosité fluide comme de l'eau et le mucus utérin que vous avez tous vu épais et filant comme du blanc d'œuf. Cet écoulement séro-sanguinolent qui suit la délivrance ne présente rien de spécial à l'accouchement; ce grand acte de la génération a provoqué un traumatisme dans l'utérus, il y a déterminé une plaie.

Les phénomènes que nous voyons s'accomplir à la surface des plaies extérieures se reproduisent dans le sein de cet organe; à l'écoulement de sang qui suit immédiatement la production de la plaie et qui dure quelque temps, on voit succéder un écoulement séro-sanguinolent et enfin un suintement séreux. Voilà ce qui se passe dans les plaies qui sont à la surface du corps; pourquoi en serait-il autrement dans l'utérus?

Jusqu'à ces derniers temps, on s'est assez peu occupé de la composition de l'écoulement lochial; c'est du sang et de la sérosité, a-t-on dit, et toute étude à ce sujet s'est à peu près bornée à ces connaissances bien restreintes.

A propos de la discussion qui eut lieu dernièrement à l'Académie de médecine sur la fièvre puerpérale, j'entrepris de pousser un peu plus loin que mes devanciers les recherches qui avaient été faites sur la nature des lochies. Dans ce but, je recueillis sur des plaques de verre quelques gouttes de ce liquide empruntées à trente femmes prises au hasard, mais à des époques différentes de l'écoulement. Une première série de plaques était chargée de sang recueilli dans la dernière partie du travail; la seconde, du liquide qui s'écoulait par la vulve deux heures après l'accouchement; la troisième, de celui qu'on recueillit sept ou huit heures après la délivrance.

Je les adressai à M. Ch. Robin, sans lui faire connaître la source à laquelle j'avais puisé les éléments que je le priais de bien vouloir examiner.

Le savant micrographe me fit bientôt savoir que sur la première série de plaques il avait trouvé du mucus, des globules sanguins et quelques globules de pus.

Sur la seconde série, des éléments identiques et presque en même proportion; les globules sanguins et purulents étaient pourtant en nombre plus élevé.

Sur la troisième série, les globules purulents étaient plus nombreux encore.

Quelle conclusion peut-on tirer de ces résultats si inattendus? Peut-on dire que les lochies de toutes les femmes renferment du pus; que le sang même qui s'écoule pendant la dernière partie du travail contient aussi des globules purulents?

Du haut de la tribune académique M. Velpeau, s'inscrivant contre cette idée, a dit que les micrographes ne savaient pas distinguer avec certitude le globule purulent du globule muqueux.

Quelque respect que nous puissions avoir pour la parole du savant professeur, nous ne pouvons nous empêcher d'accepter comme vraie l'opinion émise par M. Robin sur la composition des liquides que nous lui avons adressés. Le savant histologiste, dont la parole fait justement autorité, a parfaitement reconnu dans les lochies la présence des globules muqueux et purulents; il a su les distinguer les unes des autres et apprécier leur quantité relative.

MM. Tarnier et Vulpian ont fait aussi des recherches à ce sujet; les résultats auxquels ils sont arrivés ne sont pas conformes aux miens, car ces messieurs n'ont point rencontré de pus dans les lochies qu'ils ont examinées.

Entre ces deux opinions contradictoires, où se trouve la vérité? Peut-être des deux côtés, car nos expériences n'ont sans doute pas été faites dans des conditions identiques.

A l'époque où j'ai recueilli les lochies, l'épidémie puerpérale sévissait dans nos salles; la présence du pus dans ce liquide et dans le sang lui-même tenait-elle aux conditions insalubres au milieu desquelles les femmes en travail et accouchées s'étaient trouvées?

La présence du pus n'était-elle qu'un fait accidentel? C'est possible; je ne puis rien affirmer encore, car je n'ai pu faire la contre-épreuve, tant sont rares et exceptionnels les moments où l'épidémie ne règne pas dans notre service. Mais si quelque jour, au milieu des conditions les plus salubres, le liquide lochial, placé sous le champ du microscope, laisse encore apercevoir le globule purulent, nous pourrons conclure alors qu'il fait partie intégrante de ce liquide à l'état normal, et cette découverte jettera un grand jour sur l'étiologie des affections puerpérales.

Mais les recherches auxquelles je me suis livré déjà ne doivent pas être perdues de vue; elles ont révélé la présence du pus là où elle n'avait jamais été soupçonnée auparavant. Tenons compte aussi des résultats auxquels sont parvenus MM. Tarnier et Vulpian, opérant peut-être dans des conditions plus salubres que moi. Rien du reste ne choque ma raison dans ces expériences contradictoires.

N'est-il pas bien probable, en effet, qu'au milieu d'un état sanitaire parfait, la plaie utérine se cicatrise rapidement par première intention et sans suppurer; tandis que dans des conditions moins favorables, au milieu d'une épidémie, la brèche faite à l'utérus par le décollement du placenta, subissant l'influence délétère de la constitution régnante, ne pouvant se cicatriser immédiatement, suppure pendant un temps plus ou moins long? Dans l'état actuel de la question, il nous est impossible encore de prendre des conclusions absolues, mais j'espère pouvoir bientôt donner une solution à cet intéressant problème.

Vers le cinquième ou sixième jour qui suit l'accouchement, les lochies se dépouillent de l'aspect sanglant qu'elles avaient conservé jusque-là; elles se transforment en une sorte de sérosité qui empèse le linge. Leur coloration, généralement blanchâtre, se modifie quelquefois et varie du jaune au vert; certains écrivains l'ont comparée à l'écoulement blennorrhagique. Pour être vrai dans certains cas, ce rapprochement n'est généralement pas exact, car les lochies conservent habituellement leur aspect séreux.

Les lochies sanglantes, séro-sanguinolentes et muqueuses, ont selon moi une source commune, la plaie utérine. Je ne pense pas que le reste de l'organe participe à la sécrétion de cet écoulement. Je vous ai montré toute l'évidence de cette opinion à propos des deux premières espèces de lochies; je la crois aussi rationnelle en ce qui concerne la troisième. Les transformations de l'écoulement sont l'expression des changements qui s'accomplissent dans la plaie utérine; les lochies se modifient à mesure que la surface traumatique se modifie elle-même.

Il arrive fréquemment, surtout dans les villes, que les lochies qui depuis huit ou dix jours présentaient le caractère muco-purulent, redeviennent tout à coup sanglantes. Quelle est la signification de ce phénomène, que les femmes ne manqueront pas de vous signaler avec quelque crainte? En présence de ce fait, soyez sans inquiétude; une imprudence de la femme, qui se sera levée trop tôt malgré vos recommandations, telle est l'explication du retour du sang dans les lochies.

Il est des cas, cependant, où la réapparition du sang est un symptôme plus grave, c'est quand elle se lie à une altération morbide qui se développe tout à coup dans l'appareil reproducteur. Mais alors autour de cet indice accusateur se groupe tout un cortége de phénomènes dont l'importance ne saurait longtemps vous échapper. Si le retour du sang dans l'écoulement lochial trouve sa source dans l'écart dont je vous parlais tout à l'heure, bornez-vous à prescrire le repos au lit, et au bout de quelques heures cet accident cessera.

La durée de l'écoulement lochial est variable comme la plupart des flux; il subit l'influence d'un grand nombre de causes: la constitution de la femme, la façon dont elle perd ordinairement à l'époque des règles, son régime, les conditions de climat, de saison, de localité, de température, au milieu desquelles elle se trouve, influent sur la durée des lochies.

Les femmes d'une constitution molle, flasque, lymphatique, sujettes aux leucorrhées, perdent plus longtemps que celles qui se trouvent dans des conditions opposées.

Sous l'influence des saisons sèches, des climats chauds, les lochies, comme les autres écoulements muqueux, se tarissent plus rapidement.

En règle générale, les lochies disparaissent vers le vingtième jour qui suit l'accouchement; un mois, six semaines au plus, telle est la limite extrême de cet écoulement. Les auteurs disent habituellement que les lochies persistent jusqu'au retour des couches; on entend par cette expression la première réapparition menstruelle.

Chez la plupart des femmes, en effet (j'entends des femmes qui ne nourrissent pas), les règles reparaissent au bout de six semaines; il y en a beaucoup cependant chez lesquelles la menstruation ne se rétablit qu'au bout de deux ou trois mois. Jusque-là ce retard ne doit pas vous préoccuper; mais si vers le quatrième mois la femme n'a pas revu ses règles, défiez-vous; car si elle n'est pas enceinte (j'ai vu des femmes le devenir avant le retour des couches), elle est malade.

Visitez alors soigneusement l'appareil génital interne et externe; interrogez l'état général; ne vous arrêtez que quand vous aurez trouvé le foyer de la maladie; car, soyez-en sûr, il existe quelque part.

Les ouvrages classiques propagent une erreur sur laquelle je veux encore attirer votre attention. Ils disent que les lochies deviennent parfois fétides sous l'influence de la putréfaction d'un caillot ou d'une portion du délivre restée dans l'utérus. Assurément le fait est vrai, je l'ai vu maintes fois se passer sous mes yeux. Mais gardez-vous de croire que la fétidité des lochies tienne toujours à cette même cause. Vous la verrez parfois survenir sans que rien soit contenu dans l'utérus, et malgré tous

les soins de propreté dont la femme peut être entourée. C'est surtout dans les moments d'épidémie que ce phénomène se présentera à vous; veillez alors, il en est temps; cette modification est l'avant-coureur du danger, elle vous annonce que la femme a subi déjà la fatale influence de la constitution médicale régnante.

HOPITAL NECKER. — M. Civiale.

Compte rendu des opérations de lithotritie pendant l'année 1861.

(Communiqué à l'Académie des sciences, séance du 17 février 1862.)

Le 28 janvier dernier, je présentais à l'Académie les résultats de mes opérations de lithotritie pendant l'année 1860.

Ces faits pratiques, réunis à ceux dont j'avais déjà publié les détails, prouvent une fois de plus que cette manière de traiter les personnes attaquées de la pierre, réussit parfaitement, lorsqu'on observe les véritables principes de l'art et qu'on se renferme dans les limites raisonnables de son application.

Ils paraissent aussi avoir exercé une heureuse influence sur l'esprit des praticiens, surtout en Angleterre. Plusieurs chirurgiens des plus renommés de ce pays, Crampton, J. B. Brodie et autres, ayant étudié l'art de broyer la pierre d'une manière sérieuse, furent bientôt en état de l'appliquer avec sûreté dans la pratique, et ils ont réussi comme tous ceux qui suivent les règles tracées pour cette opération.

Il s'en est trouvé beaucoup d'autres qui ont voulu aussi appliquer cet art nouveau, mais sans études préalables, et en se servant d'instruments imparfaits, de procédés défectueux (1); ils ont été trompés dans les espérances qu'ils avaient conçues, et ce résultat ne saurait surprendre. On comprend, en effet, qu'un opérateur, quelque habile qu'il soit d'ailleurs, qui n'a d'autre guide que des combinaisons théoriques et ce qu'il a observé en assistant à des opérations faites par d'autres chirurgiens, est très-exposé à se méprendre sur ce qu'il convient de faire. Ne suffit-il pas de rappeler que la principale manœuvre de la lithotritie s'effectuant dans un organe profondément situé, les difficultés qui en sont inséparables échappent à l'observateur le plus attentif?

Il n'est donc pas surprenant qu'en Angleterre aussi bien qu'ailleurs on n'ait pas obtenu de succès en procédant de cette manière, que les chirurgiens se soient découragés, et qu'ils soient revenus aux procédés de la taille, auxquels la routine les avait habitués.

Deux publications faites à Londres il y a peu de temps, me paraissent propres à appuyer ces remarques, surtout à faire ressortir la manière dont chacun procède à l'opération.

D'un côté, J. B. Brodie a communiqué à la Société médico-chirurgicale de Londres les détails de 115 opérations de lithotritie qu'il a pratiquées lui-même avec un grand succès.

D'autre part, un relevé des malades attaqués de la pierre et traités en Angleterre, dans l'espace d'un peu plus de trois ans, établit que sur 467 calculeux on n'en a opéré que 35 par la lithotritie et qu'on en a sauvé 22 seulement.

Le tableau de mes opérations en 1860, mis en regard de ces faits, a fixé très-sérieusement l'attention des chirurgiens anglais, dont plusieurs sont venus récemment à Paris chercher des instructions et des instruments pour la lithotritie.

C'est surtout par les faits cliniques que sont résolues les questions qui nous occupent; je demande donc à l'Académie la permission de mettre sous ses yeux les résultats nouveaux que j'ai obtenus pendant l'année qui vient de finir.

Dans le cours de cette année, j'ai traité 66 malades qui étaient affectés de la pierre, 52 pour la première fois, et chez les 14 autres le calcul s'était reproduit à la suite de traitements antérieurs.

49 sont de ma pratique particulière.

17, dont deux femmes, ont été traités à l'hôpital : c'est un de moins qu'en 1860; mais je n'ai pas compris dans cette liste deux hommes qu'on avait opérés par la lithotritie dans un autre hôpital et qui n'étaient pas guéris lorsqu'ils ont été admis dans mon service, où leur position a été améliorée.

61 de ces malades ont été opérés :

51 par la lithotritie; l'opération a réussi dans 49 cas.

10 ont été taillés, 4 sont morts, 6 ont guéri.

5 n'ont point été opérés parce que le calcul était trop gros et les organes avaient trop souffert : 2 de ces malades sont morts et 3 continuent de vivre.

Ainsi, tous ceux qui sont affectés de la pierre ne se présentent point dans des conditions également favorables au traitement.

31 des plus heureusement placés, chez lesquels une petite pierre formait à elle seule toute la maladie, ont obtenu une guérison prompte et facile. Pour les calculeux de cette classe, la lithotritie atteint une grande perfection. Au double point de vue du diagnostic et du traitement, elle peut être présentée aujourd'hui comme l'un des procédés les mieux réglés de la chirurgie; on est certain du succès si l'opération est faite en temps utile.

35 des nouveaux opérés n'ont pas eu cette prudence; ayant gardé la pierre trop longtemps, il s'est formé dans les organes des états morbides que tous les praticiens connaissent, et qui agissent à des degrés divers sur l'exécution et le résultat de l'opération. Ces cas forment plusieurs catégories.

La première comprend ceux, en grand nombre, dans lesquels la perversion de la sensibilité et les désordres fonctionnels des organes urinaires forment la complication principale. La lithotritie est généralement possible alors, facile même, lorsque la pierre est petite; mais les organes, déjà fatigués, épuisés, supportent difficilement la manœuvre, et le traitement exige des soins particuliers que j'ai fait connaître, et auxquels on doit rapporter finalement les résultats favorables qu'on obtient.

Dans la deuxième catégorie, on trouve une pierre dure et volumineuse dans un organe dont la capacité normale, souvent réduite, est déformée par des tumeurs nées de son col ou de sa face interne.

La première et la principale difficulté porte sur le diagnostic. Il ne s'agit pas ici de constater la lésion morbide, il faut en déterminer l'étendue et le développement avec d'autant plus de précision que chez ces malades un degré de plus ou un degré de moins, tant pour le volume de la pierre que pour la gravité de la complication, fait que la nouvelle méthode est encore possible ou qu'elle doit être écartée. Si elle est possible, l'application en est difficile, douloureuse. Quelques opérés sont soulagés, mais non entièrement guéris; ils conservent des troubles fonctionnels provenant de la lésion organique, ce qu'on observe, du reste, dans toutes les méthodes de traitement.

Lorsque la pierre est très-volumineuse et les lésions très-développées, l'espace manque pour exécuter dans la vessie les mouvements que la lithotritie exige; la manœuvre devient très-incertaine, et l'opérateur n'a d'autre guide que ses sensations tactiles.

La nouvelle méthode ne doit être appliquée dans ces circonstances qu'avec une grande réserve; voilà pourquoi j'ai soumis à la cystotomie à peu près le quart des calculeux qui ont réclamé mes soins. C'est, en effet, aujourd'hui la part qui est faite à chaque opération. Les trois quarts des malades peuvent être utilement opérés par la lithotritie.

14 des malades dont je viens de présenter le tableau avaient été attaqués de la pierre à des époques plus ou moins éloignées, et ils avaient été opérés soit par la taille, soit par la lithotritie.

En ce qui concerne la formation des nouveaux calculs et les applications de la lithotritie, ces faits offrent un grand intérêt. Je me propose de les réunir plus tard et d'en présenter le résumé à l'Académie.

10 malades ont été opérés par la taille, les uns par nécessité, tout autre moyen se trouvant contre-indiqué, et les autres par préférence (1).

On sait que les deux méthodes de traiter ceux qui souffrent de la pierre ont chacune ses exigences propres. Ainsi, des calculeux chez lesquels la lithotritie est difficile ou impossible deviennent des cas de choix pour la taille, les enfants, par exemple.

52 de mes opérés par la cystotomie avaient en même temps de grosses pierres et des tumeurs dans la vessie. Ces dernières sont plus gênantes pour la manœuvre de la lithotritie que pour la taille; le volume extraordinaire du calcul m'a obligé de recourir à l'ancienne opération chez deux de ces malades. L'un, âgé de soixante-dix ans, avait une pierre si grosse qu'il eût été impossible de l'extraire si je n'avais pas réussi à la briser avec des tenettes.

Chez le dernier opéré, j'aurais observé des difficultés semblables, sans l'emploi d'un casse-pierre spécial que j'ai fait construire pour ces éventualités.

L'année dernière, j'eus à signaler un de ces événements rares dans lesquels des tumeurs, des kystes formés dans la cavité abdominale, contractent avec les parois de la vessie des adhérences telles qu'il s'établit une communication entre la cavité de l'une et celle des autres. De là des corps de nature très-diverse trouvés dans la vessie, formant le noyau de calculs urinaires. J'eus donc à extraire de la vessie d'une femme une masse de cheveux, des osselets et des dents. Les détails de ce fait intéressant sont publiés dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* pour l'année 1860, p. 731 (2).

J'ai observé cette année à l'hôpital un cas moins rare, mais qui offre aussi de l'intérêt, surtout au point de vue de la lithotritie.

Une jeune femme, qui avait été traitée à l'Hôtel-Dieu, fut reçue à l'hôpital Necker présentant quelques signes rationnels de la pierre; celle-ci fut en effet constatée, et quelques jours après je commençai le traitement.

La première pierre saisie avec un lithoclaste spécial était peu volumineuse; j'en fis immédiatement l'extraction; il suffisait de la voir pour reconnaître que cette femme l'avait introduite par l'urèthre dans la cavité vésicale. Je ne tins pas compte de la supercherie, et j'ai retiré de la vessie de cette femme les cailloux que je mets sous les yeux de l'Académie.

L'extraction de plusieurs d'entre eux a été fort douloureuse, surtout parce qu'ils s'étaient mal placés entre les branches de l'instrument; mais tous ont été saisis avec une facilité et une promptitude qui étonnaient les assistants. On ne pouvait pas trouver un fait qui mît plus en évidence les ressources de l'art nouveau pour saisir les petits corps étrangers dans la vessie.

Les faits qui précèdent, réunis à ceux que j'ai recueillis en 1860, font un total de 120 calculeux : 115 hommes et 5 femmes.

88 ont été opérés par la lithotritie : 3 sont morts, 79 sont guéris, 6 conservent des troubles fonctionnels qui ne dépendent ni de la pierre ni de l'opération.

17 ont été opérés par la taille : 8 sont guéris, 2 conservent des fistules, 7 sont morts.

15 n'ont pas subi d'opération : 6 sont morts, 9 continuent de vivre.

(1) Cette observation de la part de M. Civiale est un véritable anachronisme, car depuis bien longtemps déjà, l'art de la lithotritie a fait de tels progrès, qu'il est arrivé à être tout à fait usuel; qu'à Paris on compte par douzaines des chirurgiens qui pratiquent la lithotritie avec le plus grand succès, et qu'il n'est pas en France de ville de quelque importance qui n'en compte plusieurs. (*Note de la Rédaction.*)

(1) Deux malades de l'hôpital ont été taillés dans une maison voisine, à cause d'une épidémie d'érysipèle qui existait alors dans nos salles.

(2) L'histoire de ces productions, de leur développement, des adhérences qu'elles contractent avec les organes voisins, est pleine d'anomalies dont on se rend difficilement compte. On ne comprend pas davantage la présence dans leurs cavités des corps étrangers qu'on y découvre, mais ces faits sont constatés par les autopsies.

Les dents irrégulières et en quelque sorte contournées que j'ai extraites ne ressemblent pas à celles qu'on aurait ramassées et introduites par l'urèthre. Il en est de même des cheveux qui semblent appartenir au fœtus, et des osselets tellement irréguliers aussi qu'on ne saurait dire à quelle série ils ont appartenu.

CÉPHALALGIE CHLORO-ANÉMIQUE CHRONIQUE.

Il n'est point de maladies nerveuses qui ne puissent compliquer la chloro-anémie, l'influencer ou être influencées par elle. Quelle est, en effet, l'affection chloro-anémique persistant pendant un certain temps qui ne donnera pas lieu à des phénomènes nerveux? La réciproque est à peu près également vraie.

Voulant exercer sur ce point la sagacité des pathologistes, l'Académie de médecine mit au concours de 1860 (prix Civrieux) la question suivante :

« Apprécier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse sous le double rapport du diagnostic et du traitement. »

Parmi les nombreux mémoires qui lui ont été adressés, elle en a distingué un auquel une importante récompense a été décernée, et l'heureux lauréat, M. le docteur Mordret (du Mans), vient de publier ses consciencieuses et savantes recherches (1). Le livre de M. Mordret est l'œuvre d'un praticien consommé, et les faits cliniques y occupent une large place.

Voici, par exemple, une observation de céphalalgie chloro-anémique chronique qui présente un assez vif intérêt :

Mme B..., âgée de quarante-deux ans, est, à notre connaissance chloro-anémique depuis plus de vingt ans. Cette malade, d'un tempérament très-lymphatique, d'une constitution fort délicate, a eu deux enfants; l'un est mort phthisique. Elle fut longtemps soignée elle-même comme atteinte de tubercules. Elle toussait, crachait beaucoup, et avait souvent de la fièvre. Elle était épuisée par des hémorrhagies anales qui la soulageaient toujours momentanément. La constipation était le plus souvent opiniâtre, quelquefois une diarrhée lui succédait pendant plusieurs jours : il y avait des douleurs vives d'entrailles et un dérangement complet des fonctions digestives (entéralgie et dyspepsie). A ces symptômes s'ajoutaient des maux de tête presque perpétuels et un peu de surdité.

Tel était à peu près l'état de cette dame, lorsque son plus jeune fils, âgé de dix-sept ans, tomba malade. Pendant deux ans que nous lui donnâmes des soins, sa mère recouvra une incroyable énergie; après la mort de ce jeune homme, elle eut quelques crises nerveuses, et retomba dans un grand affaissement.

A partir de ce moment, sa santé devint plus chancelante; la chloro-anémie augmenta, ainsi que tout le cortége de symptômes qu'elle traîne à sa suite. Mais les deux phénomènes les plus saillants sont la surdité, qui a augmenté notablement, et la douleur de tête, qui est aussi devenue beaucoup plus vive et plus permanente. Cette dame éprouve profondément dans le crâne des battements, des élancements qu'elle compare à ceux d'un abcès qui va s'ouvrir; et dans les rémittences de ces phénomènes très-douloureux, il existe dans toute la tête un sentiment de distension extrêmement pénible. Il y a des bourdonnements d'oreilles très-forts et quelques vertiges.

Mme B... nous dit souvent qu'elle souffre tellement qu'elle a perdu la tête, que sa mémoire et son intelligence s'en vont. L'estomac et les intestins sont en très-mauvais état, et lorsqu'elle souffre davantage de ce côté, elle souffre moins de la tête. Depuis plus d'un an, elle n'est presque plus réglée; seulement de temps à autre elle éprouve des hémorrhagies hémorrhoïdales supplémentaires, qui sont précédées de grandes coliques, et qui pendant plusieurs jours la jettent dans un état de faiblesse extrême, mais qui chaque fois qu'elles ont lieu, améliorent sensiblement l'état de la tête. Il y a un an environ, elle a eu un fort rhume de cerveau, et depuis ce temps elle a toujours conservé un mauvais goût à l'arrière-bouche et la sensation d'une odeur extrêmement désagréable; elle n'est pas enchifrenée, mais elle se mouche beaucoup. Toutes ces circonstances réunies font croire à Mme B... qu'elle a un abcès dans le cerveau ou quelque chose d'analogue, et cet état dure depuis bientôt cinq ans, et présente chaque année des exacerbations irrégulières.

Convaincu que tous ces accidents sont des effets de surexcitation nerveuse, et qu'ils sont liés à une chloro-anémie qui date de plus de vingt ans, nous nous sommes avant tout préoccupé de l'état de la nutrition générale, qui est fort délabrée; mais tous les moyens employés jusqu'ici : toniques, amers, ferrugineux, analeptiques, ne nous ont donné que des résultats insuffisants et temporaires, et tout ce que nous pouvons obtenir, c'est de faire vivre cette malade et de soulager momentanément ses souffrances lorsqu'elles deviennent trop vives. Les préparations narcotiques, dont nous varions assez souvent le mode d'administration, nous sont fort utiles pour cela. Le traitement de cette malade est assez difficile à diriger, à cause de la faiblesse extrême de tous les organes. Si l'on insiste trop sur les toniques ou sur les ferrugineux, il survient des maux d'estomac, des coliques, de la diarrhée, et il faut cesser; si l'on prescrit un régime

(1) *Traité pratique des affections nerveuses et chloro-anémiques.* Un vol. in-8° de 500 pages. Paris, septembre 1861. Chez Adrien Delahaye. Prix, 7 fr.

deux et peu fortifiant, les forces s'épuisent, il survient une faiblesse extrême, des tiraillements d'estomac, des défaillances, une petite toux sèche et quinteuse, et les douleurs de tête se montrent plus intolérables que jamais. C'est ainsi qu'à chaque instant nous nous heurtons à deux extrêmes si rapprochés l'un de l'autre, qu'entre les deux il n'y a presque pas de milieu.

Dans cette observation, ajoute M. le docteur Mordret, nous avons voulu surtout mettre en relief la céphalalgie, et nous dirons qu'en la jugeant de nature essentiellement nerveuse et indépendante de toute lésion organique, notre diagnostic s'est établi bien plutôt sur les circonstances générales que présente l'état de la malade, que sur les caractères spéciaux qu'offre sa douleur de tête considérée en elle-même. Ceux-ci sont tels, en effet, que nous devrions plutôt croire à un ramollissement ou à quelque production tuberculeuse; toutefois notre diagnostic s'est aussi appuyé sur l'absence de toute paralysie, sauf celle du nerf acoustique, de toute contracture, de toute modification de la sensibilité générale, sur l'absence de la fièvre, sur la persistance de l'intelligence, etc. Mais ces phénomènes ou quelques-uns d'entre eux eussent-ils existé, que nous ne saurions dire jusqu'à quel point ils eussent modifié notre jugement, car ils peuvent aussi, dans les affections chloro-anémiques invétérées, se présenter indépendamment de toute altération matérielle des centres nerveux.

DES POLYPES DU RECTUM CHEZ LES ENFANTS.

Par M. le Dr Kronenberg, chirurgien en chef de l'hôpital des Enfants, à Moscou.

Nous croyons être agréable à nos lecteurs en donnant un résumé de cet important mémoire.

Dans la première observation citée par le docteur Kronenberg, le polype se présentait chez un garçon de trois ans, sous la forme d'une excroissance charnue, rougeâtre, faisant partiellement saillie au dehors de la marge de l'anus. L'enfant, qui avait depuis longtemps souffert d'évacuations sanguines par le bas, n'a été vu qu'une fois par l'auteur et ne fut soumis à aucun traitement.

Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de neuf ans, dont le polype, ressemblant à une tumeur fongueuse, de forme irrégulière, large de 1 centimètre, et se présentant parfois à l'extérieur, était implanté par un pédicule mince sur la muqueuse rectale, à 1 centimètre et demi au-dessus du sphincter. Ce malade, de même que le premier, ne s'étant plus représenté, ne fut soumis à aucun traitement.

Le troisième cas a trait à un garçon âgé de dix ans, d'une constitution délicate et fort affaiblie par des pertes de sang peu abondantes, mais fréquentes et existant depuis longtemps. Le malade accusa la présence d'un corps étranger dans le rectum; souvent ses évacuations étaient sanguinolentes et glaireuses. Dans les efforts qu'il fit pour aller à la selle, une partie de polype se présentait à l'extérieur, sous la forme d'une tumeur ovale pédiculée, saignant au toucher, de la couleur d'une cerise dépouillée de son épiderme, et implanté à la profondeur de 1 centimètre au-dessus de l'orifice du rectum. L'auteur ayant passé une ligature autour du polype, celui-ci tomba dès le lendemain. L'état anémique de l'enfant céda aux martiaux.

Le quatrième cas a été observé sur un garçon d'une constitution robuste, âgé de quatre ans. Des taches de sang fréquemment constatées sur la chemise du petit malade firent croire aux parents que leur enfant était atteint d'hémorrhoïdes. L'auteur insinua que ce pouvait bien être un polype, et, en effet, le toucher rectal vint confirmer ses présomptions.

La tumeur, de forme oblongue, large d'un demi-centimètre, avait son siége à 2 centimètres environ au-dessus de l'orifice rectal, où elle était implantée au moyen d'un pédicule étroit. L'opération fut différée, et au bout de deux semaines la tumeur tomba d'elle-même.

Des diverses observations de polypes du rectum publiées jusqu'à ce jour, l'auteur croit pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° *Age et sexe.* — Rare chez les adultes, cette maladie l'est beaucoup moins chez les enfants. Chez ces derniers, on l'observe surtout, d'après Forget, de trois à quinze ans; d'après Stoltz, de un à douze ans. Le plus jeune des malades de Stoltz avait quatre ans, celui de l'auteur comptait trois ans. Les enfants du sexe masculin y sont plus sujets que ceux du sexe féminin, dans la proportion, suivant les statistiques de Forget, de 1 à 3. Les quatre malades observés par l'auteur étaient des garçons.

2° *Causes prédisposantes.* — Elles sont très-imparfaitement connues. Des auteurs reconnaissent comme telles : la diarrhée prolongée, le tempérament scrofuleux (Meissner), toutes les causes qui augmentent la vitalité de la muqueuse rectale, la constipation, la diarrhée, particulièrement les vers intestinaux, la tension et la constriction, par le ténesme de la muqueuse à la région de l'anus (Stoltz), les ascarides (Dotzauer).

Ce sont là de pures hypothèses, qui n'expliquent point la fréquence des polypes du rectum chez les enfants. En réalité, l'étiologie de ces tumeurs est complétement inconnue.

3° *Siége.* — Les polypes ont leur siége à 1 1/2 ou 2 centimètres au-dessus de l'orifice du rectum. Stoltz place leur siége entre les deux muscles qui environnent l'extrémité inférieure du rectum, c'est-à-dire entre les sphincters externe et interne.

4° *Symptômes.* — Ténesme, sensation de pesanteur dans le rectum, sillon produit au passage des fèces évacuées par la pression de la tumeur, pertes de mucosités et de sang (depuis longtemps M. le professeur Nélaton a déjà fait remarquer que lorsqu'il existe une hémorrhagie anale chez les enfants, il y a une très-forte présomption de l'existence d'un polype du rectum), état dyspepsique et anémique. Tous ces symptômes sont de peu de valeur, attendu qu'on les observe dans une foule d'autres affections, et n'aident par conséquent que peu au diagnostic. Seules les pertes de sang sont constantes. Le diagnostic se fait : 1° par l'inspection de l'anus pendant ou après l'acte de la défécation. L'examen au *speculum ani* serait ici fort pénible et superflu. 2° Par le toucher rectal. Ces deux moyens de diagnostic sont indiqués toutes les fois qu'il se fait un écoulement de sang par l'anus.

5° *Pronostic.* — Le pronostic se tire de l'état de débilité plus ou moins prononcé qui résulte de la perte plus ou moins abondante ou prolongée de sang. Il n'a rien de fâcheux quand on sait choisir le moment opportun d'intervenir.

6° *Traitement.* — Une considération très-importante en ce qui concerne le traitement des polypes du rectum, c'est que, par les seuls efforts de la nature, la tumeur se rapproche de plus en plus de l'anus et que son pédicule s'amincit, s'allonge; pour cette raison, l'opération doit être différée aussi longtemps que possible, d'autant plus que la cure spontanée n'est pas rare, le polype finissant par être expulsé à la suite de la rupture de son pédicule. Il arrive même souvent, d'après Guersant, que cette expulsion a lieu chez les enfants que l'on ne soupçonnait point d'être atteints de ce genre de tumeurs. Aussi longtemps donc que l'hémorrhagie n'est pas trop fréquente, que le ténesme est modéré, et que l'enfant est gai et valide, le chirurgien ne doit pas intervenir activement, alors même que le polype est appréciable à la vue et au toucher (1).

L'opération est indiquée :

1° Quand l'anémie est évidente, ou que le malade dépérit ou présente des troubles persistants du côté des voies digestives;

2° Quand le ténesme dure depuis longtemps et gêne notablement;

3° Quand la tumeur a acquis un volume considérable et se présente continuellement à l'orifice rectal ou franchit la marge de l'anus, et surtout quand elle est de nature fongueuse.

(*Abeille médicale.*)

(1) Il est bon de rappeler que l'anémie arrive rapidement chez les enfants dès que l'écoulement sanguin est tant soit peu abondant; aussi, dans ces cas, il ne faut pas différer une opération qui par elle-même offre peu de danger. (*Note de la Rédaction.*)

DIPHTHÉRIE. — GAIAC.

M. West Walker considère le gaïac comme le remède par excellence dans la diphthérie, et voici sur quel raisonnement il motive cette conclusion assez singulière.

La diphthérie, dit-il, comprend trois états : le mal de gorge, l'exsudation couenneuse et la prostration générale. Or, le gaïac remédie au premier de ces trois éléments morbides. Il faut donc l'administrer, mais sans négliger les autres remèdes que nécessitent l'exsudation et l'exhaustion du système, comme disent les Anglais.

Quoi qu'il en soit, voici sous quelle forme l'auteur prescrit son spécifique :

Chlorate de potasse.	5 grammes.
Teinture de quina.	16 —
Teinture de gaïac composé. . . .	16 à 24
Miel.	q. s.
Eau.	240 —

Donnez de ce mélange, trois ou quatre fois par jour, une quantité qui, selon l'âge du malade, varie d'une cuillerée à café à deux cuillerées à bouche. (*British med. journ.*)

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE,

Par Wright.

L'auteur conseille la formule suivante :

Vin d'antimoine.	20 gouttes.
Teinture d'aconit.	4 —
Tartrate de potasse et de fer. . . .	40 centigr.
Eau distillée.	30 gram.

Pour un adulte.

On administre cette dose trois fois par jour et deux fois durant la nuit. Du reste, on modifiera la formule selon les indications particulières de chaque cas. Si la toux continue, on augmente la proportion d'antimoine; si les symptômes laryngiens prédominent, on donnera plus d'aconit. Enfin, si l'on a affaire à un enfant pâle et émacié, ce sera le fer dont on devra accroître la dose. (*The Lancet.*)

DES AFFECTIONS NÉVRALGIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT.

Par M. le docteur Alf. Rousseau.

Quelle est la véritable nature des névralgies? quelles sont leurs causes? Deux questions auxquelles il semble au premier abord que rien ne soit plus facile que de répondre, et sur lesquelles, sur la première surtout, ceux qui s'occupent plus de la science que de l'art sont loin d'être d'accord. ... *Medici certant et adhuc sub judice lis est.*

Les uns pensent que la *névralgie* est une *névrite*. Béclard et son élève Descot soutinrent et développèrent avec talent cette proposition, qui cependant ne peut résister, au moins d'une manière absolue, à un certain nombre d'arguments tirés de sa marche, de sa symptomatologie, de son mode de traitement, etc.

Des travaux les plus modernes, et en particulier de ceux du regrettable Valleix, que l'on n'a pas encore dépassés, il résulte que la meilleure définition que l'on puisse aujourd'hui donner de la névralgie est celle-ci : « *Une douleur* plus ou moins vive qui suit le trajet d'un nerf, d'un ou de plusieurs filets nerveux, et qui est disséminée par points circonscrits, desquels partent à intervalles variables, mais presque toujours les mêmes, quand il s'agit des mêmes nerfs chez des sujets différents, des élancements ou des souffrances contusives qu'en général la pression exaspère. »

Si l'on n'est pas encore bien édifié sur la nature, on l'est davantage sur les causes qui produisent les névralgies et sur les conditions dans lesquelles elles se développent, au moins le plus souvent.

Les causes occasionnelles, ce sont le plus ordinairement les refroidissements brusques, l'exposition dans un courant d'air, la suppression d'une transpiration générale ou partielle; ces causes, on peut souvent les éviter; mais les plus puissantes, les plus communes, ce sont les causes prédisposantes, liées dans l'immense majorité des cas à un état constitutionnel, à une trop grande irritabilité nerveuse, quels qu'en soient l'origine, le point de départ. Or on sait que les constitutions les plus nerveuses sont celles des personnes qui sont habituellement dans un état de chlorose plus ou moins prononcé, d'anémie, d'hydrémie, comme on dit maintenant, déterminée par des privations physiques et matérielles, ou par des influences morales, des impressions violentes, etc.

Et pourtant, si, au point de vue de l'étiologie, on croit être dans le vrai, et tout fait présumer qu'en effet on approche beaucoup de la réalité, il est une circonstance qui de nouveau bouleverse toutes les théories et met à néant toutes les croyances, c'est le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques qu'on cherche à leur opposer, et aussi la quantité des remèdes que l'on préconise contre elles.

Anti-phlogistiques, anti-périodiques, anti-spasmodiques, toniques, narcotiques, que de fois n'avons-nous pas, pauvres praticiens, passé successivement en revue tout l'arsenal de la matière médicale sans obtenir aucun résultat, et n'est-ce pas de notre impuissance qu'est née cette qualification si souvent données aux névralgies : *désespoir des malades et du médecin?*

Que si l'on me demande où je veux en venir, je m'expliquerai sur-le-champ.

Il y a trois mois, je donnais des soins à une jeune dame de vingt-six ans, enceinte de quatre mois et demi, et qui depuis six semaines souffrait d'une manière atroce d'une névralgie frontale bornée au côté gauche et se propageant en arrière jusque vers la bosse pariétale. Les douleurs étaient tellement vives que j'avais dû, après avoir essayé avec prudence tous les calmants imaginables, en venir à cette extrémité de faire couper les cheveux. Cette mesure, si grave pour une jeune femme, ne produisit absolument aucun soulagement, et je me désolais de mon impuissance, lorsque le hasard me fit trouver en consultation près d'un enfant atteint de coqueluche, avec mon excellent confrère Th. Meunier, auquel, préoccupé, je ne pus m'empêcher de parler du cas qui me tourmentait.

D'après son conseil, et presque en désespoir de cause, je mis en usage les pilules dites anti-névralgiques de Cronier, et c'est parce que j'ai véritablement été émerveillé de leur efficacité que j'ai pris aujourd'hui la plume.

En moins de huit heures, ma malade était assez calme pour sommeiller un peu; le lendemain de la première administration, j'en fis reprendre deux, et les douleurs disparurent complétement.

Depuis cette époque, j'ai eu occasion d'employer le même remède dans un cas de sciatique moins grave mais peut-être un peu plus ancien, et j'ai réussi complétement.

Et j'ai fait cet article pour rendre hommage à la vérité : *Fais ce que dois, advienne que pourra.*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 février 1862. — Présidence de M. Duhamel.

M. le ministre d'état transmet une ampliation du décret impérial qui confirme la nomination de M. Blanchard à la place vacante dans la section d'anatomie et de zoologie, par suite du décès de M. Geoffroy-Saint-Hilaire.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. Blanchard prend place parmi ses confrères.

Nœud vital. — M. Flourens lit une note sur la détermination du nœud vital ou point premier moteur du mécanisme respiratoire dans les vertébrés à sang froid.

A force de tâtonnements, d'essais, d'expériences constamment suivies, je suis parvenu, dit M. Flourens, à marquer, dans les vertébrés à sang chaud, le point précis où doit être coupée transversalement la moelle allongée pour l'extinction subite de tous les mouvements respiratoires.

C'est ce point précis qu'il s'agit maintenant de marquer dans les vertébrés à sang froid.

Dans les animaux à sang chaud, si je coupe transversalement la moelle allongée, en faisant passer la section juste au centre du *V de sub-*

stance grise, tous les mouvements respiratoires de l'animal sont abolis sur-le-champ et simultanément.

De plus, l'animal meurt immédiatement, parce qu'immédiatement il cesse de respirer : il perd, en même temps et soudainement, la respiration et la vie.

Les choses ne se passent pas tout à fait ainsi dans les vertébrés à sang froid.

Je commence par les *batraciens*.

Tout le monde sait, par les expériences de Spallanzani, de Le Gallois, surtout de William Edwards, que les batraciens ont deux respirations, une respiration pulmonaire et une respiration cutanée, qu'ils respirent par les poumons et par la peau.

Je puis donc couper transversalement sur un batracien, sur une grenouille, la moelle allongée au point premier moteur du mécanisme respiratoire, au point vital, sans que l'animal meure. L'animal, qui ne respire plus par son mécanisme respiratoire, par ses narines, par sa gorge, par ses poumons, respire par sa respiration cutanée, par sa peau, c'est-à-dire par l'action de l'eau aérée sur sa peau, et il vit.

Il vit; mais, et ceci est le point fondamental de l'expérience, est toute l'expérience, quelque temps qu'il survive, le jeu du mécanisme respiratoire, aboli dès l'instant même de la section, ne reparaît plus.

Les signes extérieurs du mécanisme respiratoire, dans la grenouille, sont le mouvement des narines, celui de la gorge et celui de l'abdomen.

L'inspiration ne se fait que par les mouvements de la gorge; le thorax est immobile, les côtes manquent. De plus, cette inspiration se fait en deux temps : dans un premier temps, la gorge se dilate et reçoit l'air par les narines; dans un second temps, les narines se ferment par leurs muscles propres, et la gorge, en se contractant, pousse l'air dans les poumons.

L'expiration se fait par la contraction des muscles de l'abdomen.

Si l'on examine une grenouille qui respire, on voit alternativement ses narines s'ouvrir et se fermer, sa gorge se dilater et se contracter, ses flancs se gonfler et se resserrer.

Or, que dans ce moment-là, où tout se meut, tout s'agite, tout est en jeu, la moelle allongée soit coupée transversalement au point que e nomme le *point vital*, et sur-le-champ tous les mouvements des narines, de la gorge, des flancs, seront abolis.

Bien plus, aucun d'eux ne reparaîtra plus. C'est une chose admirable de voir des grenouilles, à moelle allongée coupée transversalement au *point vital*, survivre pendant plusieurs mois, sans que jamais aucun mouvement respiratoire reparaisse. J'ai en ce moment deux grenouilles à moelle allongée coupée transversalement au *point vital*, l'une depuis le 23 décembre, l'autre depuis le 18 janvier, et depuis l'instant même de la section aucun mouvement respiratoire n'a reparu.

Quel est donc le lieu précis où réside le *nœud vital* dans les vertébrés à sang froid? Ou plutôt, quelle est la marque extérieure de ce point précis? Dans les vertébrés à sang chaud, c'est le *V de substance grise*; dans la grenouille, c'est l'espèce de pont que forme, sur le plancher du quatrième ventricule, le cervelet, d'ailleurs très-petit, de ces animaux.

Si, sur une grenouille, on coupe transversalement la moelle allongée, en faisant passer la section juste derrière le cervelet, on abolit immédiatement, et sans retour, tous les mouvements respiratoires.

La même chose a lieu dans les *salamandres*. Les salamandres ont une respiration cutanée, comme les grenouilles, et, de plus, un mécanisme respiratoire tout à fait semblable : un thorax immobile, une respiration qui ne se fait que par les mouvements de la gorge.

Si, sur une salamandre, la moelle allongée est coupée transversalement, en faisant passer la section juste derrière le cervelet, tout mouvement respiratoire des narines, de la gorge, des flancs, est aussitôt aboli et ne reparaît plus, quelque temps que l'animal survive à l'expérience.

Je passe aux *poissons*.

Les poissons ont aussi un *nœud vital*, c'est-à-dire un point de la moelle allongée où la section transversale de cette moelle abolit sur-le-champ tous les mouvements respiratoires.

Le mécanisme respiratoire des poissons se compose, comme chacun sait, du mouvement des mâchoires, de celui des opercules, de celui des rayons branchiostéges, de celui des arcs branchiaux, et enfin de celui des branchies, but final de tous les autres.

Si, sur un poisson, sur une carpe par exemple, la moelle allongée est coupée transversalement, en faisant passer la section juste derrière le cervelet, tous ces mouvements, si nombreux et si compliqués, tout le jeu de ce mécanisme des mâchoires, des opercules, des rayons branchiostéges, des arcs branchiaux, des branchies, tout cela est aboli sur-le-champ et ne reparaît plus.

Mais l'animal ne survit pas, comme la grenouille et la salamandre, parce que le poisson n'a pas de seconde respiration, de respiration cutanée; il n'a qu'une respiration, la respiration branchiale; son mécanisme respiratoire s'éteint immédiatement, et lui-même meurt quelque temps après, un temps plus ou moins long selon les espèces.

C'est une chose merveilleuse et d'un ordre suprême que la grande spécialité d'action qui gouverne le système nerveux.

Il y a dans l'encéphale un organe qui sert à l'intelligence, et qui seul y sert : ce sont les *lobes* ou *hémisphères cérébraux;* un organe qui sert à la coordination des mouvements de locomotion, et qui seul y sert : c'est le *cervelet;* un point de la moelle allongée qui préside au mouvement respiratoire, et qui seul y préside : c'est le *nœud vital;* chaque nerf des sens a son rôle propre : celui-ci la vue, celui-là l'audition, cet autre l'odorat, ce quatrième le goût, etc.; chaque région de la moelle épinière, chaque racine des nerfs a sa fonction distincte : celle-ci la sensibilité, celle-là la motricité; enfin, il n'est pas jusqu'aux quatre mouvements principaux de l'homme : le mouvement de droite à gauche et celui de gauche à droite, celui d'avant en arrière et celui d'arrière en avant, dont chacun ne réponde à la direction d'un *canal semi-circulaire :* le mouvement de droite à gauche et celui de gauche à droite aux deux canaux horizontaux, l'un droit et l'autre gauche; le mouvement d'avant en arrière au canal antéro-postérieur; le mouvement d'arrière en avant au canal postéro-antérieur : dernier et grand phénomène qui n'est point encore expliqué, qui m'occupe depuis trente ans, et que je n'abandonnerai point, j'espère, sans l'avoir pénétré.

Lithotritie. — M. CIVIALE expose le compte rendu des opérations de lithotritie qu'il a pratiquées pendant l'année 1861 (voir plus haut).

MM. ESCALLIER et FRANCESCHINI présentent un mémoire intitulé *Propriétés thérapeutiques de l'huile dite des Alpes.* (Commissaires, MM. Andral, Bernard.)

— L'Académie renvoie à l'examen de la commission du legs Bréant deux lettres écrites en allemand : l'une adressée d'Amorbach (Bavière) par MM. Haas et Tonella, et relative à un remède contre les dartres, dont ils offrent de faire connaître la composition et le mode d'administration; l'autre, envoyée d'Augsbourg par M. Leonb. Zimmermann, concernant un remède contre le choléra-morbus, qu'il serait disposé à faire connaître sous certaines conditions.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les ouvrages envoyés à l'Académie une publication de M. Robinet sur les eaux de Paris.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 17 mars 1862, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, à Paris, pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices de Paris.

MM. les docteurs en médecine qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 1er mars 1862, de une heure à trois heures de relevée.

M. le docteur Paul Maunoir, frappé, pendant son séjour à Londres, des avantages que lui a paru avoir sous le point de vue hygiénique un petit bâtiment annexé à Guy's Hospital, et destiné à la clinique, nous communique à ce sujet un projet d'expérience comparative que nous soumettons à notre tour à qui de droit.

Voici ce que nous écrit notre confrère :

J'ai été frappé il y a quelque temps, à Guy's Hospital, par la vue d'un petit bâtiment complétement isolé dans le jardin. Ce sont des salles qui ont été construites spécialement pour les besoins de la clinique médicale; on n'y établit que les malades assez intéressants pour faire l'objet de leçons.

Ces salles forment quatre rayons d'une demi-étoile, dont le centre est occupé par la chambre du médecin. Là on trouve des appareils de chimie, des microscopes, quelques livres; en un mot, les objets les plus usuels dans une clinique. Les salles elles-mêmes sont de plain-pied, sans étage; elles reçoivent le jour des deux côtés par de grandes fenêtres, et ont des caves sous toute leur longueur. Chacune renferme seize lits. La disposition intérieure est la même que dans les autres salles de l'hôpital.

A Paris, Beaujon, Saint-Louis et d'autres hôpitaux encore, possèdent autour d'eux des terrains assez vastes pour qu'on puisse y trouver la place d'une semblable construction.

On la ferait sur le modèle des salles anglaises; on y établirait des cheminées, des lits sans rideaux (on a la ressource des petits paravents comme en Angleterre), une ventilation aussi parfaite que possible; on tenterait, enfin, de faire un établissement anglais de tous points, y compris les pansements et l'alimentation, pour autant qu'on le pourrait.

Un semblable essai est-il inopportun et entraîne-t-il à des dépenses excessives et sans utilité? J'en laisse juges ceux qui savent combien peu on regarde souvent à engloutir des sommes considérables dans les grandeurs architecturales.

Au moment de reconstruire la Charité et l'Hôtel-Dieu, un peu d'expérience comparative n'est pas à dédaigner.

Ce petit projet ne demande qu'un bon-parrain pour être trouvé acceptable.

M. le docteur Causit, médecin à Castillon (Gironde), vient de mourir à l'âge de 61 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Geoève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements snnt reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons de olinique médicale de R. J. Graves, précédées d'une introductinn de M. le professeur Trousseau, nuvrage traduit et annoté par M. le docteur Jaccoud, interne des hôpitaux de Paris (médaille d'or); t. II et dernier. Prix, 10 fr., *franco*. Paris, 1862. Chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecnle de médecine, 23.

Physiologie et pathologie fonotionnelle de la vision binoculaire; suivies d'un aperçu sur l'appropriatinn de tous les instruments d'optique à la vision avec les deux yeux : l'ophthalmnscopie et la stérénscnpie, par M. Girauo-Teulon, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Un volume in-8° de 714 pages, avec 114 figures intercalées dans le texte. Prix : 9 fr. Chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impérisle de médecine, à Paris, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typngraphie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 24. — JEUDI 27 FÉVRIER 1862. (35e ANNEE.) N° 24. — JEUDI 27 FÉVRIER 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 FÉVRIER 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et physiologie. M. Béclard, porté le premier sur la liste, a été nommé à une grande majorité. Cette nomination sera accueillie avec une faveur unanime. M. Sappey, qui était porté en seconde ligne, a réuni un assez grand nombre de suffrages pour assurer d'avance son élection pour la deuxième place vacante dans la même section.

Avant l'élection, M. le docteur Joulin a donné lecture d'une note sur un nouvel instrument de son invention, destiné à terminer l'accouchement dans les cas de rétrécissement du bassin où le forceps, aidé de la main seule, est impuissant, et qu'il désigne, en raison de cette destination, sous le nom d'*aide-forceps*. On trouvera dans le compte rendu la description de cet instrument, qui nous paraît appelé à rendre des services, en suppléant avec avantage, dans quelques circonstances, le céphalotribe.

L'Académie a repris ensuite la discussion si souvent interrompue sur l'hygiène des hôpitaux. M. Gosselin, qui s'était fait inscrire depuis plusieurs séances pour résumer une discussion qu'on pouvait croire un instant terminée, s'est trouvé, en prenant la parole hier dans son ordre d'inscription, en présence d'une discussion plus vivement ranimée que jamais ; de telle sorte que son résumé ne porte en réalité que sur une première phase seulement du débat.

Quatre membres sont encore inscrits pour prendre la parole : MM. Trébuchet, Davenne, Briquet et Michel Lévy. Il n'est pas présumable que cette nouvelle intervention n'introduise pas quelques éléments nouveaux dans la discussion, et pour peu qu'il en résulte quelque sujet de contradiction qui entraîne de nouvelles répliques, on voit que nous ne sommes pas encore au bout, et que les termes du résumé présenté hier par M. Gosselin, pourraient bien n'être pas le dernier mot de la question. Aussi ne voyons-nous aucun inconvénient à ajourner les quelques réflexions qu'aurait pu nous susciter ce résumé.

L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport de la commission des associés nationaux. Il s'agit de nommer dans la prochaine séance un associé national en remplacement de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire. Le candidat présenté en première ligne, si nous sommes bien informé, serait M. Montagne, membre de la section de botanique de l'Académie des sciences. L'Académie sanctionnera sans aucun doute le choix de la commission. — Dr Brochin.

HOPITAL MILre DU VAL-DE-GRACE. — M. L. COLIN.

Valeur séméiotique et pronostique du frottement dans la pleurésie. — Traitement de cette affection par l'émétique à haute dose.

J'ai eu si souvent occasion, depuis deux ans, d'observer le bruit de frottement pleurétique, qu'il m'a semblé intéressant d'établir par des chiffres, sur une série quelconque de malades, son degré de fréquence relativement aux autres signes physiques des épanchements de la plèvre.

On sait que la séméiologie de ces affections, généralement si faciles à reconnaître, ne repose cependant sur aucun caractère univoque, pathognomonique, tel que le râle crépitant pour la pneumonie, le bruit de flot pour l'hydro-pneumo-thorax. Les deux signes les plus réels, les plus constants, le plus anciennement reconnus de ces épanchements, sont encore aujourd'hui la matité et en même temps la diminution du bruit respiratoire, signes négatifs pour ainsi dire, l'un du son pulmonal, l'autre du murmure vésiculaire, et dont la coïncidence à partir d'une des bases suffit, presque sans restriction, pour formuler le diagnostic. En vain a-t-on voulu élever à la hauteur de ces deux phénomènes :

1° Le bruit de souffle pleurétique, qui manque si fréquemment ;

2° L'égophonie qui n'appartient qu'à certains épanchements, et dont la condition de production semble même ne pas résider dans le fait du liquide intra-pleural (voir le mémoire récent de M. Landouzy sur l'égophonie) ;

3° L'absence de vibrations thoraciques, difficiles à constater dans les épanchements légers, sans valeur chez les individus aphones.

Je ne prétends pas vouloir faire du bruit de frottement un signe beaucoup plus important, et j'avoue même de suite son infériorité à ce point de vue, qu'il n'est pas, sauf de bien rares exceptions, un signe de début ; ce que je tiens à établir, c'est sa fréquence, beaucoup plus grande qu'on ne l'admet généralement, beaucoup plus grande surtout qu'on ne pourrait le supposer d'après l'opinion si autorisée de M. Trousseau, qui, en quatre ans, ne l'aurait observé qu'une seule fois ; c'est sa valeur sinon comme signe initial, du moins comme signe d'évolution et d'heureux pronostic de la pleurésie ; aucun autre signe du déclin de l'affection n'a certainement une plus grande importance ; et, en dernier lieu, s'il n'est pas signe pathognomonique, puisqu'il manque souvent, il l'est en ce sens restreint que lorsqu'il existe, il signifie toujours et exclusivement pleurésie.

Du 1er octobre 1861 au 1er février 1862, j'ai reçu dans mon service 23 sujets atteints de pleurésie aiguë ou subaiguë ; chez aucun l'affection n'avait plus de cinq semaines de date.

De ce cadre sont exclues toutes les pleurésies tuberculeuses ou présumées telles (1) qui se sont offertes dans mes salles durant la même période, en sorte que l'observation quotidienne de ces 23 malades se trouvait autant que possible dégagée de tout appareil symptomatique étranger à l'affection de la plèvre.

Or 13 d'entre eux m'ont offert d'une manière bien nette, à ses divers degrés, le bruit de frottement pleural. Voici leur histoire aussi concise que possible :

OBS. I. — T..., fusilier au 60me de ligne, âgé de vingt-cinq ans, entré le 9 octobre, salle 27, n° 34 ; d'une constitution remarquablement forte, cet homme éprouve depuis quinze jours une douleur sourde du côté gauche ; dyspnée très-grande depuis l'avant-veille ; épanchement gauche complet, matité jusqu'à la clavicule ; ni souffle ni égophonie ; cœur à droite du sternum.

Traitement. — Deux applications de ventouses, et pendant cinq jours potions stibiées à 2 décigrammes ; le sixième jour (16 octobre), apparition d'un frottement doux sous la clavicule ; ce bruit devient de plus en plus rude, perceptible à la main, et est très-sensible au malade ; il diminua sous l'influence des vésicatoires.

Le 30, on entendait le murmure vésiculaire jusqu'à la base. Sortie de l'hôpital le 15 novembre.

OBS. II. — G..., caporal au 33e de ligne, âgé de trente ans, d'une forte constitution, entré le 18 septembre, salle 27, n° 37. Depuis trois semaines, point de côté droit, avec dyspnée croissante ; matité complète en arrière, remontant en avant jusqu'à la deuxième côte ; au-dessus, son tympanique creux ; ni souffle ni égophonie. — Tartre stibié pendant huit jours.

Le 27, neuf jours après l'entrée, bruit de frottement sous-claviculaire, devenant un type de râclement et se généralisant à toute la partie latérale ; diminution par les vésicatoires. Sortie le 25 octobre.

OBS. III. — M..., fusilier au 78e de ligne, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution forte, entré le 20 septembre, salle 27, n° 47. Point de côté à gauche depuis huit jours ; épanchement complet refoulant le cœur à droite ; pouls dépressible, sans cyanose. — Une saignée ; tartre stibié pendant cinq jours.

Le 1er octobre, frottement sous-claviculaire humide, pouvant faire croire à des craquements ; ce bruit devient sec et rude en se généralisant ; respiration jusqu'à la base le 15. Sortie le 19.

OBS. IV. — P..., garde de Paris, âgé de trente-cinq ans, est sorti il y a huit jours de l'hôpital du Val-de-Grâce, où il était entré pour une pleurésie gauche. Aujourd'hui, 25 octobre, il rentre, se plaignant de craquements qu'il éprouve dans tout le côté gauche et qui l'empêchent de dormir. La main appliquée en ce point y perçoit des saccades très-dures, qui à l'oreille sont presque insupportables par la sensation de râclement intense qu'elles produisent. — Des douches, quelques vésicatoires, n'amènent qu'une légère diminution de ce bruit, et le malade est envoyé en convalescence.

OBS. V. — B..., fusilier au 78e de ligne, âgé de vingt-cinq ans, entré le 18 octobre, salle 27, n° 11. Depuis quinze jours point de côté à droite, dypsnée ; matité en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate ; en avant, respiration et sonorité normales ; égophonie, mais pas de souffle.

Dès le lendemain, frottement latéral qui persiste pendant un mois et devient très-intense ; il diminue un peu par les vésicatoires, et le malade sort le 27 novembre.

OBS. VI. — G..., garde de Paris, âgé de trente-deux ans, entré le 9 octobre, salle 27, n° 22 : dyspnée depuis quelques jours, sans point de côté ; à droite, épanchement moyen, remontant en avant jusqu'à la troisième côte ; en arrière, souffle et égophonie. — Traitement par le tartre stibié.

Le 20 octobre, râle muqueux au sommet gauche, devenant sec et prenant les caractères de frôlement ; disparition de ce frôlement le 1er novembre ; sortie le 10.

OBS. VII. — C..., fusilier au 78e de ligne, enrhumé depuis quinze jours, éprouve le 2 novembre un violent point de côté à droite ; frisson initial ; réaction fébrile marquée ; entré à l'hôpital le 4 novembre, salle 27, n° 49 : épanchement moyen droit, avec égophonie sans souffle. Tartre stibié pendant huit jours.

Le 15, frottement à deux ou trois saccades très-nettes dans toute la partie antérieure.

Les jours suivants, ces saccades deviennent plus rudes, et le malade s'en inquiète beaucoup.

Le 20, la respiration est revenue jusqu'à la base.

Sortie le 9 décembre.

OBS. VIII. — M..., fusilier au 78e de ligne, vingt-sept ans, entré le 11 décembre, salle 27, n° 49. Epanchement droit moyen ; tartre stibié. Dès le second jour, frottement sous-claviculaire très-sensible au malade, et qui les jours suivants se généralise en devenant très-rude.

OBS. IX. — A..., fusilier au 39e de ligne, entré le 28 novembre, salle 27, n° 29. Depuis dix jours cet homme est convalescent d'une pleurésie droite, laissant comme traces un frôlement nettement saccadé dans toute la région antéro-latérale.

OBS. X. — B....., fusilier au 37e de ligne, entré le 25 décembre, salle 27, n° 29. Constitution faible, tempérament nerveux ; légère cyanose de la face ; il affirme n'être malade que depuis quinze jours, époque à laquelle il a ressenti un violent point de côté à droite et une grande dyspnée qui s'est encore augmentée chaque jour. L'examen physique donne des résultats remarquables : matité complète en arrière (côté droit), avec souffle et égophonie au niveau de l'épine de l'omoplate ; en avant, matité absolue jusque sous la clavicule, sauf dans le deuxième espace intercostal, où l'on obtient un son tympanique creux très-remarquable. A ce même niveau, respiration caverneuse entremêlée. Les jours suivants, de véritables bulles de gargouillement.

Des symptômes aussi graves sur un sujet d'aussi chétive apparence, pouvaient facilement faire conclure à la présence d'une caverne ; et cependant il était bien établi que cet individu n'avait jamais eu d'hémoptysie, que son expectoration se bornait à quelques crachats muqueux ; enfin, malgré son air débile, qu'il n'était malade que depuis quinze jours. On inscrivit au diagnostic : *pleurésie aiguë*. Le tartre stibié fut administré.

Le 1er janvier, la respiration caverneuse était descendue au timbre de souffle doux, et le 7, apparaissait au sommet un bruit de frottement à saccades très-nettes, qui devint chaque jour plus intense et complétement dégagé de tout bruit anormal intra-pulmonaire.

Le 24 janvier, respiration jusqu'à la base, très-pure aux deux sommets.

Sortie le 25.

OBS. XI. — P..., fusilier au 89e de ligne, entré le 11 janvier, salle 27, n° 31 : épanchement pleurétique droit complet, datant de onze jours ; tartre stibié ; frottement doux le 14 janvier ; le 20, saccades rudes très-sensibles au malade et à la main. Le 25, respiration jusqu'à la base.

OBS. XII. — B..., garde de Paris, constitution athlétique ; entré le 20 janvier, salle 27, n° 47 ; sorti depuis huit jours de mon service, où il avait été traité d'une pleurésie droite par le tartre stibié, il rentre cette fois incommodé par la sensation de craquements qu'il éprouve dans tout le côté droit ; frottement extrêmement rude dans toute la région postérieure de ce côté. Légère amélioration par les douches ; la respiration est très-nette jusqu'aux bases.

OBS. XIII. — S..., fusilier au 37e de ligne, entré le 12 janvier, salle 26, n° 38 ; épanchement droit remontant en arrière à l'épine de l'omoplate, en avant à la quatrième côte ; souffle et égophonie ; tartre stibié ; abaissement notable de la ligne de matité ; mais le 20 réaction fébrile intense, dyspnée excessive ; la matité remonte jusqu'à la clavicule. — Deux saignées, puis tartre stibié.

Le 26, apparition du frottement de retour, d'abord doux et sous-claviculaire, aujourd'hui rude et généralisé à tout le côté droit.

RÉFLEXIONS. — Sur ces 23 malades, dont 13 présentèrent ainsi les diverses formes de frottement, je n'observai que huit fois l'égophonie (dont quatre fois chez les précédents) et cinq fois le souffle (trois fois chez ces derniers) ; il est vrai que les malades des observations IV, IX et XII entraient à une époque

(1) « Il existe entre la tuberculisation et la maladie qui nous occupe une telle connexité, que ce chiffre de vingt-trois pleurésies simples en aussi peu de temps pourrait sembler étrange ; je tiens à établir que je ne nie en rien l'imminence de la tuberculisation, que j'admets même par induction l'existence de granulations chez la grande majorité de ces vingt-trois malades. Mais, jusqu'à l'explosion de la pleurésie, aucun d'eux n'avait présenté ni toux particulière, ni hémoptysie, ni amaigrissement, ni aucun autre signe de phthisie commençante. Chez la plupart cette pleurésie tenait à un refroidissement, et l'évolution franche de la maladie achevait de nous enlever, au moins comme préoccupation immédiate dans notre thérapeutique, toute crainte de diathèse tuberculeuse actuellement en action. »

trop avancée de leur affection pour qu'il y eût grande chance de rencontrer chez eux aucun de ces derniers bruits.

La fréquence de ce symptôme tient-elle à la grande activité de mon service durant ces quatre mois, au grand nombre de pleurésies qu'on observe dans l'armée? Ces deux raisons devraient également rendre plus commune l'apparition du souffle pleurétique et de l'égophonie. Mais j'admets de plein gré qu'en général ces deux signes se manifestent plus souvent, beaucoup plus souvent que le frottement; que si ce dernier s'est montré coup sur coup chez tant de nos pleurétiques, c'est par une veine de singulière coïncidence en un si court espace de temps. Ce qui n'en reste pas moins, c'est, d'une part, la haute valeur d'heureux pronostic qu'il a eue chez tous ceux qui l'ont offert, et d'autre part, comme tous avaient été soumis à la médication stibié, la conclusion bien légitime des avantages de ce traitement, avantages déjà signalés dans un autre travail (*Mémoire sur la valeur de la respiration saccadée*), et surtout évidents dans nos cas d'épanchement complet, qui eussent pu soulever chez bien des praticiens la pensée d'une thoracentèse immédiate.

Comme autres conclusions ressortant des faits précédents, je noterai :

1° L'intensité à laquelle s'est manifesté ce bruit dans les observations I, II, III, V, VII, VIII, X, XII, et en particulier dans l'observation IV; dans tous, il est arrivé à sa limite presque maximum, prouvant qu'on a bien à tort prétendu que cette forme extrême du bruit de frottement était en rapport avec l'ancienneté de l'affection, et en particulier avec une inflammation aiguë entée sur une pleurésie chronique.

2° Dans les épanchements abondants, il débute généralement par le sommet, ainsi qu'il ressort des observations I, II, III, VI, VII, VIII, XIII; ce fait est d'autant plus nécessaire à connaître que chez quelques-uns de ces malades j'ai vu prendre le bruit de frottement pour des craquements secs, et diagnostiquer une phthisie confirmée chez des individus malades depuis quinze jours, sortant convalescents quinze jours plus tard, et qui du reste n'offraient aucun signe rationnel de diathèse tuberculeuse. Les observations III et VI sont surtout remarquables sous ce rapport.

Dans l'observation X, l'apparition du bruit de frottement a eu une importance diagnostique d'un autre genre; chez ce malade, qui a offert un de ces singuliers exemples de gargouillement avec respiration caverneuse dans une pleurésie aiguë, et dont l'apparence chétive pouvait seconder l'erreur produite par ces deux symptômes, le frottement de retour a été le premier signe physique contraire à l'hypothèse d'une tuberculisation avancée.

3° L'observation XIII indique la supériorité du frottement sur les résultats de la percussion comme valeur pronostique; en effet, le niveau du liquide s'était notablement abaissé une première fois, lorsqu'en quelques heures l'épanchement redevint complet; mais peu de jours après l'apparition du frottement sous-claviculaire signalait d'une manière certaine le déclin définitif de la pleurésie.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. GIRAUD-TEULON.

Exposition de la théorie de l'ophthalmoscopie binoculaire.

M. le professeur Nélaton ayant désiré faire connaître à ses élèves la théorie et les avantages de l'ophthalmoscopie binoculaire, a prié M. Giraud-Teulon, l'auteur de ce complément utile de la remarquable découverte d'Helmoltz, de prendre lui-même la parole devant le nombreux auditoire qui se pressait dans l'amphithéâtre de l'hôpital des Cliniques. Si nous ne pouvons reproduire tout entière l'intéressante conférence de M. Giraud-Teulon, nous tenons cependant à signaler en peu de mots le principe sur lequel est fondée la construction de son ophthalmoscope.

Les rayons lumineux émergents de l'œil observé viennent former une image nette et renversée du fond de l'œil entre la lentille bi-convexe et l'observateur, à quelques lignes en deçà du foyer principal de celle-ci. Cette image est formée par les sommets des cônes lumineux correspondant à chacun des points de la rétine impressionnée par la lumière envoyée dans l'œil. Mais à partir de leurs sommets, ces cônes lumineux ne s'interrompent pas; les rayons qui les constituent poursuivent leur route, en divergeant cette fois, et se dirigent vers l'œil de l'observateur. La divergence de ces rayons va sans cesse en augmentant, à mesure qu'ils s'éloignent de l'œil observé; mais pour qu'ils puissent rencontrer à la fois les deux cornées séparées l'une de l'autre par un intervalle de deux pouces à deux pouces et demi, il faudrait que l'observateur se plaçât à une distance si considérable de l'image, que la perception en deviendrait diffuse. Cette difficulté, qui semblait condamner l'ophthalmoscope à rester à jamais monoculaire, a été surmontée par une simple modification instrumentale basée sur le phénomène connu en physique sous le nom de réflexion totale de la lumière. On sait qu'un rayon lumineux qui a pénétré dans un milieu plus réfringent que l'air ne peut toujours en sortir pour repasser dans l'air, et qu'il y a pour son incidence un angle limité au delà duquel se produit une réflexion totale; ainsi un rayon lumineux pénétrant dans un prisme de crown dont l'angle limite est de 41°,48′, ne sortira pas par la deuxième face qu'il rencontrera, mais se réfléchira sur elle et sortira par une autre face dont l'inclinaison sera moindre.

Se fondant sur cette propriété des prismes, M. Giraud-Teulon a placé derrière le miroir de l'ophthalmoscope une boîte renfermant une paire de rhomboèdres équilatéraux en crown. Chaque rhomboèdre peut être considéré comme un double prisme. Ces parallélipipèdes sont mis en contact par le sommet de leur petit angle; les faces sont disposées sur le plan tangent au miroir concave. L'image aérienne du fond de l'œil envoie ses rayons à travers le trou de l'ophthalmoscope vers le système prismatique; ils y pénètrent normalement, c'est-à-dire sans déviation; mais rencontrant les deux faces internes des prismes sous un angle de 45°, ils y subissent une réflexion totale qui les rejette vers les faces externes qu'ils rencontrent sous le même angle, puisqu'elles sont parallèles aux premières. Une seconde fois ils subissent la réflexion totale, renvoyés vers les faces postérieures des prismes, qu'ils franchissent encore normalement, et se dirigent vers l'œil de l'observateur.

L'image aérienne unique a donc par cet artifice été transformée en deux images virtuelles qui vont produire tous les effets des images stéréoscopiques. Des lentilles appropriées à la vue de l'observateur et mobiles sur une coulisse horizontale qui permet leur décentration, donnent le moyen de fusionner les images à la distance voulue, comme on le pratique dans la stéoroscope.

a, b, c. Trois points, non dans le même plan vertical, pris arbitrairement au fond de l'œil O.

L. Lentille biconvexe objective, employée en ophthalmoscopie.

A, B, C. Image réelle et renversée des trois points *a, b, c,* située quelque peu en deçà du foyer principal de la lentille L.

R R′. Miroir concave de l'ophthalmoscope.

M P K N, M P′ N′. Les deux rhomboèdres à 45° en M, centre de l'ophthalmoscope.

A′B′C′. Première image fournie par la première réflexion totale sur la face M N du rhomboèdre de droite.

a′, b′, c′. Deuxième image fournie par la deuxième face P K du même rhomboèdre.

α, β, γ. Deuxième image de gauche.

l l′. Prismes à sommets internes, ou lentilles convexes décentrées placées devant les yeux ω, ώ, agissant comme les lentilles prismatiques du stéréoscope, pour fusionner les deux images *a′ b′ c′, α, β, γ,* en une seule dans le plan médian vertical.

Présenter une image ayant une superficie notablement supérieure à celle fournie par la vision monoculaire, s'offrant à l'œil de l'observateur avec ses trois dimensions, et lui permettant d'apprécier la position relative de ses différents plans, c'est-à-dire les qualités de relief des images, tels sont les progrès réalisés par l'ophthalmoscope binoculaire, et qui doivent amener des points de vue tout nouveaux dans l'étude physiologique et pathologique des membranes profondes de l'œil. La distinction nette de leurs distances relatives, des différents plans des ramifications vasculaires de la rétine et de la choroïde, l'épaisseur relative de la première de ces membranes, la position des exsudats et des corps flottants, toutes ces considérations et d'autres du même ordre, ne sauraient être choses indifférentes en ophthalmoscopie.

ÉTUDE SUR L'ACTION DU PERCHLORURE DE FER dans les ophthalmies.

Par M. le docteur PASTURET, à Alban (Tarn).

Lorsque j'étais interne dans les hôpitaux de Marseille, j'ai vu entrer dans le service de M. Roberty, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille âgée de dix-huit ans environ, née dans la Corse, d'une constitution scrofuleuse, d'un tempérament lymphatique, atteinte depuis six mois d'une ophthalmie du côté droit, de nature scrofuleuse. Les yeux étaient chassieux, les cils rares, la cornée de l'œil droit couverte d'une ulcération étendue, mais superficielle. La conjonctive était rouge, injectée; cependant cette rougeur n'était pas aussi vive que dans les ophthalmies catarrhales ou inflammatoires de date récente. L'œil était humecté par un liquide mucoso-séreux de couleur grisâtre, moins consistant que le pus.

M. le professeur Roberty, après avoir essayé les traitements ordinaires, prescrit l'instillation dans l'œil malade d'une solution de perchlorure de fer à 30 degrés, doublée de son volume d'eau. Elle détermine une douleur très-vive, qui persiste pendant plus d'un quart d'heure. Une fois calmée, il ne reste qu'une injection plus vive et plus rouge des capillaires de l'œil, qui disparaît à son tour durant la journée. L'amélioration fut sensible deux jours après. La photophobie disparut, la rougeur de la conjonctive alla en diminuant, l'ulcération de la cornée se rétrécit de jour en jour, et il se forma une cicatrice transparente. Le collyre avait été renouvelé tous les deux jours.

La guérison était complète le douzième jour après sa première application.

Une guérison obtenue si rapidement me frappa. Je fis des recherches dans les auteurs sur l'action du perchlorure de fer, et j'ai dû me convaincre qu'il avait été employé la première fois par M. Roberty en cette circonstance.

Un an après, ayant eu à traiter une infinité d'affections oculaires, je me suis rappelé l'observation que j'avais faite à l'Hôtel-Dieu de Marseille, et j'ai employé le perchlorure de fer dans le traitement d'un grand nombre d'ophthalmies; ce qui m'a mis en mesure de reconnaître les cas où il est efficace, et de distinguer ceux où il ne produit aucun effet salutaire.

Je ne l'ai jamais prescrit dans la première période des inflammations oculaires. Il m'a semblé que son action astringente et irritante ne pouvait qu'être nuisible dans les ophthalmies de nature inflammatoire, où il existe un éréthisme sanguin très-marqué et une irritabilité considérable des fibres de l'œil; je l'ai rarement employé, et je l'ai reconnu peu efficace, à moins qu'il n'y eût suppuration abondante.

Bien que parvenue à sa seconde période, cette maladie se trouve mieux des émollients et des calmants.

Les ophthalmies catarrhales arrivées à leur dernière période, lorsque celle-ci tarde à parvenir à sa fin, sont heureusement modifiées par une solution de perchlorure de fer à 30° étendue de quatre fois son volume d'eau.

Dans les ophthalmies inflammatoires, lorsqu'il existe une suppuration abondante et lente à diminuer, je doute que nous ayons un agent plus efficace que le perchlorure de fer pour diminuer la photophobie, tarir la sécrétion du pus, et hâter le travail de réparation. Ces effets s'obtiennent d'autant plus rapidement que le sujet est plus affaibli, et que l'irritation a été plus calmée par l'emploi d'autres moyens.

Ophthalmie traumatique.

M. X..., de Saint-Sernin (Aveyron), à la suite d'une explosion de mine, eut la face brûlée et les yeux gravement atteints. Il a été traité pendant trois mois avec beaucoup d'art et d'intelligence par un de mes confrères. Cependant le malade n'a pas pu ouvrir encore les yeux à la lumière. La photophobie empêche d'explorer la cornée et le globe oculaire. Il y a une suppuration abondante et un chémosis prononcé. Un collyre au perchlorure de fer préparé comme je l'avais vu à Marseille, et une application de quatre sangsues derrière les oreilles, amenèrent dans quatre jours une amélioration notable; la douleur et la photophobie étaient sensiblement diminuées, et la suppuration moins abondante. Il devint alors possible de constater les lésions dont les deux cornées étaient atteintes. D'un côté il existait une hernie de l'iris, qui formait une tumeur volumineuse, boursouflée, et la pupille avait disparu. De l'autre côté, une ulcération large et assez profonde recouvrait toute la cornée; à peine une partie de son pourtour était-elle conservée et permettait-elle au malade de distinguer le jour de la nuit.

Le collyre fut employé tous les cinq jours; on y joignit un séton et quelques pilules purgatives. L'amélioration fit des progrès, et le malade fut guéri de son ophthalmie dans un mois et demi. Toutefois la vue ne put se rétablir; elle est entièrement perdue du côté où il existait une hernie de l'iris.

L'ulcère se rétrécit sensiblement de l'autre côté. Le centre de la cornée est occupé par une taie assez étendue pour arrêter la plus grande partie des rayons lumineux. Le malade peut cependant se conduire.

— Le 12 janvier 1861 j'ai été appelé auprès d'une enfant âgée de quatre mois, atteinte depuis six jours d'une ophthalmie purulente des deux yeux.

Les paupières sont gonflées et se prennent par leurs bords. La conjonctive, rouge, grisâtre, boursouflée, est couverte de matières purulentes. Il y a des taches superficielles sur les deux cornées. La photophobie est très-marquée. Enhardi par le succès que j'avais obtenus avec les collyres au perchlorure de fer, convaincu par l'expérience que j'en avais faite qu'ils n'ont d'autre inconvénient que celui de causer une vive douleur, j'ai cru devoir m'en servir pour arrêter dans sa marche une maladie si grave et si menaçante. Je prescris en outre une pommade avec de l'onguent napolitain belladoné. La solution de perchlorure de fer à 30° fut étendue de quatre fois son volume d'eau. L'amélioration se manifesta dès le lendemain; elle fit des progrès assez rapides.

Le cinquième jour, on appliqua une mouche de Milan à la nuque. Le collyre est suspendu le huitième jour, c'est-à-dire après sa troisième application. La rougeur conjonctivale pâlit d'un jour à l'autre, les ulcérations de la cornée se cicatrisent sans laisser de taies, et l'enfant recouvre l'usage complet de la vue.

Le 4 février, trentième jour de la maladie et vingt-sixième du traitement, la guérison était complète.

C'est surtout dans les ophthalmies scrofuleuses que j'ai constaté les heureux effets des collyres au perchlorure de fer. On sait combien il est difficile d'obtenir une guérison radicale de cette espèce de maladies. On sait qu'il faut insister en même temps sur les moyens généraux et sur les topiques. J'ai suivi cette méthode, et je me suis assuré que je n'aurais pas obtenu les mêmes résultats avec un autre collyre, tout en prescrivant les mêmes agents médicaux. Mes expériences reposent sur une multitude de faits, et je pourrais relater une foule d'observations. Je me bornerai à rapporter l'une des plus frappantes :

Mme T..., d'Orient, près Saint-Sernin (Aveyron), est âgée de vingt-huit ans environ, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution assez faible. Elle offre la plupart des symptômes de la scrofule. Dans le courant du mois de mars 1861, elle contracte une ophthalmie qui fait des progrès rapides. Dans huit jours, la photophobie devient intense, et la malade est obligée de rester dans l'obscurité pour éviter les douleurs oculaires que le jour détermine. Elle est traitée avec beaucoup de soin et d'intelligence par le premier médecin qu'elle consulte. Cependant l'amélioration est loin de s'annoncer.

Soumise à mon observation le 2 mai 1861, elle m'offre les symptômes qui suivent :

Photophobie qui empêche d'explorer le globe oculaire et la cornée; douleur vive dans l'orbite; liquide mucoso-séreux qui s'écoule à travers la fente palpébrale; cils rares et chassieux, paupières tuméfiées; conjonctive boursouflée, injectée, d'une teinte rouge grisâtre. On aperçoit des taches et des ulcérations sur la cornée. L'œil gauche, qu'on peut assez bien explorer, la photophobie y étant moins marquée, est moins rouge et moins enflammé. Cependant son état n'est pas meilleur, car la pupille se contracte à peine et reste dans un terme moyen de dilatation. Les collyres nitratés et la pommade mercurielle bella-

donée sont suspendus et remplacés par un collyre au perchlorure de fer et par la pommade suivante :

Acétate de plomb cristallisé. . . .	3	grammes.
Minium.	1	—
Beurre frais.	60	—
Strychnine..	1	centigr.

On y ajoute un séton à la nuque, et un régime peu abondant et très-doux.

La malade faisait usage de l'huile de foie de morue, elle la continue.

Le troisième jour de ce traitement l'amélioration est manifeste; la photophobie diminuée permet d'explorer le globe oculaire droit. A la partie supérieure de la cornée, on observe une ulcération profonde conique. La muqueuse palpébrale et oculaire présente une teinte plus rouge. Le liquide qui s'en écoule est moins abondant, et la tuméfaction des paupières a disparu en grande partie. La malade y voit davantage. On renouvelle l'application du collyre tous les trois jours. L'amélioration fait des progrès.

Le neuvième jour de ce traitement, il n'y avait presque pas de photophobie; la malade pouvait regarder à la lumière du soleil. L'injection de la conjonctive et de la sclératique avait subi en étendue et en intensité une notable diminution. L'ulcère de la cornée se rétrécit et devient moins profond.

Le douzième jour, on suspend l'usage du collyre au perchlorure de fer, et l'on continue le reste du traitement institué.

La guérison est complète le trentième jour. La pupille du côté gauche a repris sa contractilité; la plaie de la cornée s'est transformée en une petite cicatrice qui ne gêne pas la vue, étant placée au-dessus de la pupille.

Il me serait aisé de rapporter plus de vingt observations où le traitement précédent, plus ou moins modifié quant aux accessoires, m'a réussi. Je ne l'ai vu échouer complétement que dans une circonstance, et je n'ai pu m'expliquer ce résultat négatif. Je préfère laisser aux praticiens le soin de vérifier mes assertions par leurs propres expériences.

Mais comment agit le perchlorure de fer? Est-ce comme astringent, est-ce comme substitutif, à la manière du nitrate d'argent, du sulfate de cuivre et d'autres irritants? Est-ce en tonifiant les tissus et en leur communiquant une manière d'être spéciale? Nous pensons qu'il possède à la fois cette triple action. Et d'abord il stimule les tissus et les irrite. Cet effet se traduit par l'injection plus grande des capillaires, par la tuméfaction des membranes, par la douleur et la sensibilité plus notable qui suivent presque immédiatement l'application des collyres au perchlorure de fer, et enfin par la sécrétion plus abondante des glandes lacrymales et conjonctivales. Le premier résultat de l'application des collyres au perchlorure de fer est donc le même que celui des collyres au nitrate d'argent assez concentré. Il existe cependant une différence; après ceux-ci, la muqueuse blanchit, car sa partie la plus superficielle a été cautérisée; il se forme une eschare ténue et mince, et une augmentation des dimensions des ulcères de la cornée et de la conjonctive. On n'observe pas de semblables phénomènes à la suite de l'application des collyres au perchlorure de fer; rien ne dénote une cautérisation, une mortification d'une partie des tissus, à moins que l'acide chlorhydrique qu'il renferme ne s'y trouve en excès.

L'effet styptique déterminé par le perchlorure de fer est des plus intenses; c'est à ce titre qu'il est un excellent hémostatique. Il resserre les tissus, communique de l'activité à leurs propriétés contractiles, et les tire ainsi de l'état apathique où elles semblent tombées dans les maladies scrofuleuses. Il semble difficile de concilier l'effet astringent du perchlorure de fer avec l'injection des capillaires, qu'il augmente, si l'on ne tient compte de la douleur et de la sensibilité excessive qui suit son application et qui attire une fluxion sanguine sur les membranes de l'œil. Au reste, cet organe ne rougit pas subitement. Il ne le fait que quelque temps après, lorsque l'effet astringent tend à se modérer.

L'antagonisme qui existe entre l'effet styptique du perchlorure de fer et son action irritante, qui a pour objet de déterminer la congestion des capillaires, explique comment cette substance produit peu de résultats curateurs dans les maladies inflammatoires où l'appareil de la circulation est dans un état d'éréthisme considérable, et la sensibilité exagérée. L'effet astringent n'est que momentané, et cède sa place à une réaction violente; lorsqu'il sera au contraire peu sensible et irritable, l'astriction ne sera pas aussi intense, mais plus durable, et la réaction à peine sensible; la sensibilité ranimée tendra à prendre un état normal, et la contractilité subira une modification semblable.

L'effet spécial déterminé par le perchlorure de fer résulte des observations relatées et de beaucoup d'autres que nous avons faites. En effet, nous avons vu plusieurs ophthalmies rebelles à un traitement qui ne différait du nôtre que par l'usage des collyres au nitrate d'argent, au sulfate de zinc, au tannin, céder rapidement après deux ou trois applications du collyre au perchlorure de fer. J'ai reconnu que le perchlorure de fer solide dissous dans de l'eau distillée ne produisait pas d'aussi bons effets que la solution à 30°. Celle-ci renferme une certaine quantité d'acide chlorhydrique. Or on sait que cet acide jouit de propriétés spéciales sur les muqueuses, et qu'il est un des agents pharmaceutiques les plus efficaces dans le traitement des maladies de la bouche et du pharynx, surtout lorsqu'il existe une sécrétion anormale des muqueuses ou bien des pseudo-membranes. Je pense que l'action de l'acide chlorhydrique sur la conjonctive et la cornée, et mon expérience me l'a démontré, ne doit pas être méconnue, et qu'elle y joue un rôle important.

Doit-on s'étonner des effets curateurs du perchlorure de fer dans les cas indiqués, lorsque nous le voyons amener avec rapidité la guérison des maladies cutanées qui offrent sensiblement les mêmes caractères?

D'après l'expérience de M. Devergie (1), les applications topiques du perchlorure de fer guérissent très-rapidement les affections de la peau avec ulcérations, le *rupia*, l'*ecthyma cachecticum*; les ulcérations syphilitiques (pour celles-ci, M. Devergie ne cherche à les cicatriser rapidement que lorsqu'elles ont par elles-mêmes quelque gravité); les ulcérations scrofuleuses, à moins que ces affections ne soient pas à l'état aigu. Le perchlorure de fer rend également de grands services dans les maladies sécrétantes de la peau. C'est surtout dans les formes lymphatiques que le perchlorure de fer décèle sa puissance, et notamment dans les formes rebelles et chroniques. On sait que les maladies des muqueuses et des séreuses se ressemblent beaucoup, car la structure des unes a la plus grande analogie avec celle des autres; leurs fonctions sécrétantes et excrétantes ont de tels rapports d'affinité, que l'un de ces organes remplace l'autre lorsque les fonctions de celui-ci ont subi quelque trouble. Personne n'ignore que les maladies scrofuleuses se trouvent bien du même traitement, en quelque région qu'elles se manifestent. Il en est de même des affections qui ont pour caractères la faiblesse et l'apathie des organes; des toniques et des excitants, employés avec méthode et avec un choix convenable, parviennent à les conduire à bonne fin.

DIAPHRAGMALGIE RHUMATISMALE,

Par M. le Dr Eug. Postel,
Secrétaire de la Société de médecine de Caen (Calvados).

Juliette L..., âgée de dix-neuf ans, dentellière, blonde, tempérament un peu lymphatique, d'une assez bonne constitution, réglée depuis l'âge de quatorze ans, sans irrégularités ni malaises aux époques menstruelles, n'ayant jamais été malade, se présente à mon dispensaire de la section de la Maladrerie, le 2 janvier 1862. Elle se plaignait de douleurs obtuses et vagues dans les lombes et dans la région dorso-thoracique. Elle était courbaturée et ressentait de la gêne dans ses mouvements. Point de fièvre; bouche amère et pâteuse, langue blanche et saburrale; pesanteur gastrique. — Tartre stibié, 0,10 cent.; tisane de camomille; frictions avec l'huile de jusquiame.

Les 3 et 4 janvier, la malade continue à éprouver des douleurs de plus en plus vives, exacerbantes, intermittentes, soulagées seulement par la douce sensation d'une flanelle très-chaude appliquée à la région préabdominale.

Je la vois au lit le 5 janvier. L'embarras gastrique est notablement amélioré.

Les douleurs que la malade accuse se propagent vers la région ombilicale : nettement confinées dans les limites du muscle, elles suivent d'arrière en avant les insertions du diaphragme, et s'augmentent par les mouvements du tronc, offrant des alternatives d'exacerbations et de calme. Elles ont presque cessé dans la région lombaire et thoracique.

L'absence de symptômes phlegmasiques, de gonflement, de caloricité anormale dans la région épigastrique, me font porter un pronostic bénin. Rien d'ailleurs de particulier à la percussion et à l'auscultation, si ce n'est un peu de brièveté et de rapidité dans le rhythme de la respiration. Pouls petit, sans fréquence. Pas de soif, de chaleur. Légère dyspnée. De temps à autre, mouvement spasmodique et convulsif de la glotte, n'allant pas jusqu'au hoquet. En outre, il existe sur presque toute la surface du corps, au-devant de la poitrine, aux cuisses, aux avant-bras spécialement, des taches ecchymotiques d'un rouge clair, lisses, sans desquamation, et ayant une analogie frappante avec l'affection cutanée désignée sous le nom de roséole. — Seconde potion stibiée à 0,10 cent.; frictions sur l'épigastre avec la pommade d'Autenrieth, trois fois dans la journée; infusion de pensée sauvage.

Le 6, toute la nuit il y a eu une diaphorèse abondante et salutaire. Au matin, sueur très-modérée; pouls d'une extrême petitesse, sans plus de fréquence, La malade est allée trois fois à la garde-robe. La pommade a produit une éruption artificielle assez abondante qui tranche sur les taches de la roséole. Les douleurs sont bien moins vives et reviennent encore par accès. — Encore 2 frictions stibiées; régime léger.

Le 7, amendement successif et marqué; la malade ne souffre plus guère. L'éruption stibiée est très-confluente; l'appétit semble tout à fait revenu.

Le lendemain, nuit excellente; la malade prétend être guérie. Je la trouve levée. Le mieux-être a continué et a persisté depuis lors.

Cette simple observation m'a paru digne d'intérêt seulement en raison de la rareté de la maladie. « Il n'est point surprenant, a dit Joseph Frank (*Traité de pathologie médicale*, édit. de l'Encyclop., t. IV, pag. 384), que le rhumatisme, qui affecte en général les organes musculaires et tendineux, attaque aussi le diaphragme. » Néanmoins, la localisation du rhumatisme sur le muscle interviscéral a été rarement observée. Il est assez difficile d'en tracer la symptomatologie parmi les lésions qui peuvent affecter le diaphragme : on comprend toutefois que ce muscle ne doive pas être à l'abri des atteintes du rhumatisme, puisqu'il est accepté que le tissu musculo-aponévrotique est surtout le siége des affections rhumatismales.

Chomel et Requin (*Cliniq. méd.*, t. II; *Rhumat. et goutte*, p. 377), à propos de cette maladie, ont spécialement appelé l'attention des praticiens sur l'irradiation des douleurs dans l'épaisseur des parois antérieures de l'abdomen.

Dans une remarquable observation récemment publiée par M. le docteur Adelphe Espagne (*Montpellier médical*, déc. 1861), ce symptôme a été constaté. J'ai encore présentes à la mémoire les réflexions que, dans un cas semblable, nous adressa, en 1857, à l'hôpital Cochin, notre bien-aimé maître M. Beau, observateur éminent, clinicien consommé.

Dans le fait que je rapporte, j'ai observé la même chose, puisque ma malade, après avoir ressenti dans les lombes et la région dorso-thoracique de violentes souffrances, vit enfin ses douleurs se localiser sur le diaphragme, avec irradiation dans les parois abdominales antérieures.

L'étiologie peut s'expliquer par les variations atmosphériques qui sont de saison, et l'on peut à la rigueur se rendre compte de la localisation de l'affection en réfléchissant à la position habituelle et fatigante des dentellières courbées sur leur métier.

Nous voyons encore une preuve de la sûreté de notre diagnostic dans l'absence des signes plessimétriques et stéthoscopiques, qui n'indiquaient aucune affection congestive des viscères thoraciques.

Il ne pouvait être davantage question ici ou de névrite ou de névralgie dorso-intercostale, car je n'ai pu constater les trois points sternal, moyen et dorsal que nous ont enseignés Valleix et M. Beau.

Quant à l'état dyspeptique, son influence ne pouvait pas avoir directement agi sur la diaphragmalgie.

Les efforts avortés de hoquet ont, à notre sens, une importance et une valeur séméiologique réelle, puisqu'ils se retrouvent dans les observations de MM. Chomel et Requin, Espagne et la mienne. L'on sait que J. Frank a tracé les symptômes du *hoquet rhumatismal.*

J'ai pensé au rire sardonique, ce signe que l'on a mentionné et constaté quelquefois dans les maladies du diaphragme, signe que le cadavre lui-même laisse voir : il ne m'a pas été donné de l'observer.

Pour ce qui est enfin de l'éruption que j'ai signalée, je ne voudrais point arguer avec M. Bazin de cette manifestation à l'existence de la diathèse rhumatismale (*Leçons sur les affections cutan. de nat. arthritique;* Paris, 1860), puisque les éruptions cutanées se présentent aussi dans la dothinentérie et la pneumonie : je me borne seulement à mentionner cette coïncidence de roséole précisément appelée par Bateman *rhumatique* (voyez l'observ. XIX de l'ouvrage de M. Rayer), et qui est peut-être cette éruption décrite et appelée *péliose rhumatique* par M. Schoenlein (*Allg. und spezielle Path.*, 1837, t. II, p. 48), dermatoses sur la nature rhumatismale desquelles M. Legroux a notamment appelé dans ces derniers temps l'attention des praticiens (*Gaz. des Hôpit.*, 1860, nos 6 et 21).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 février 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Ladevèze sur le service médical des eaux minérales de Saint-Galmier pendant l'année 1860. (Commission des eaux minérales.)

2° Des rapports d'épidémies par MM. les docteurs Bernard (de Prangey), Lemaire (de Cosne), Mialet (de Gourdon), Prévôt (d'Hazebrouck), Monot (de Moux) et Barréra (de Prades).

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements du Finistère, du Jura, de l'Allier, de la Moselle, de la Drôme et de l'Ariége. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. La Corbière, de Larozelle et Imbert-Gourbeyre, qui sollicitent le titre de correspondants. (Commission des correspondances.)

2° Une observation d'angine de poitrine suivie d'ictère grave, par M. le docteur Labalbary. (Commissaire, M. Desportes.)

3° Une lettre de M. Arthur Chevallier, qui signale un perfectionnement introduit par lui dans la construction de l'ophthalmoscope. (Commissaire, M. Gavarret.)

4° M. Charrière soumet à l'examen de l'Académie le modèle et la description de plusieurs instruments pour l'opération de l'ovariotomie.

5° M. le docteur Bouchut prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté. Le dépôt est accepté.

— M. Larrey offre en hommage le *Compte rendu des séances de la Société de chirurgie.*

— M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'ell vient de faire dans la personne de M. Bretonneau, membre associé de l'Académie.

LECTURE.

Aide-forceps. — M. le Dr Joulin lit la note suivante, et présente à l'Académie sous le nom d'*aide-forceps*, un instrument destiné à terminer l'accouchement dans les cas de rétrécissement du bassin, où le forceps, aidé de la main seule, est impuissant.

L'instrument se compose de :

1° Une canule en acier A, de 34 centimètres de longueur, ayant comme axe une tige taraudée en pas de vis, munie d'un taquet-écrou mobile B, qui monte ou descend lorsqu'on tourne la poignée C de la tige;

2° Un point d'appui F, pièce métallique rembourrée sur les points qui doivent se trouver en contact avec la femme. Le bord inférieur I est mousse et forme une poulie de réflexion, sur laquelle glissera le lacs, de manière que les tractions se fassent dans les axes des détroits sans froisser la vulve et le vagin;

3° Un lacs G, cordé dont la résistance, déterminée au dynamomètre, ne doit pas dépasser 75 à 80 degrés.

Le forceps, quel que soit son modèle, étant appliqué selon les règles ordinaires sur la tête du fœtus, on passe le lacs dans les deux

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 247.

fenêtres de ses cuillers. Le point d'appui articulé en E, on le place en rapport avec les ischions, sur le sillon fémoro-fessier de la malade, les cuisses étant fléchies sur l'abdomen ; alors on attache les deux extrémités du lacs au taquet-écrou B de la canule, et la vis mise en mouvement opère une traction progressive et continue sur le lacs, qui entraîne lentement au dehors le forceps et la tête du fœtus.

Le lacs agit d'une double manière ; non-seulement il entraîne le forceps, mais en passant par les fenêtres il rapproche les cuillers avec une puissance qui augmente en raison de la résistance.

Les expériences nombreuses que j'ai pratiquées depuis plus d'une année avec l'*aide-forceps* à l'École pratique, ont mis en lumière des faits nouveaux, lesquels seront le sujet d'un mémoire que j'aurai prochainement l'honneur de communiquer à l'Académie.

Je me bornerai pour l'instant à signaler ce résultat intéressant, que j'ai pu faire franchir à des fœtus à terme, ayant les diamètres céphaliques normaux, des bassins viciés ne présentant dans leur diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur, au lieu de 11 centimètres, qu'un passage de 5, 6 et 7 centimètres. Ce dernier, le seul qui permette d'espérer des enfants vivants, a pu être franchi au moyen d'une force *minimum* de 52 kilogr. et *maximum* de 77 kilogr. J'étais encore loin, comme on le voit, d'atteindre la limite de la force moyenne de l'homme, évaluée à 130 kilogr. par M. Delaunay dans son *Traité de mécanique*. J'ajouterai que par les procédés actuels on a recours au céphalotribe lorsque les rétrécissements laissent un passage de 8 centimètres.

Il suffit d'articuler le bec d'écraseur H avec la canule, pour avoir un écraseur linéaire qui fonctionnera avec la chaîne de M. Chassaignac ou avec la corde métallique de M. Maisonneuve.

L'instrument a été construit par MM. Robert et Colin, sur mes plans et indications.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et physiologie.

La liste de candidature arrêtée par l'Académie porte :

En 1re ligne. . . . . M. Béclard.
En 2e — . . . . M. Sappey.
En 3e — . . . . M. Béraud.
En 4e — . . . . M. Verneuil.

Le nombre des votants est de 76 ; majorité, 39.

Au premier tour de scrutin :

M. Béclard a obtenu. . . . . . . 55 voix.
M. Sappey. . . . . 19 —
MM. Béraud et Verneuil, chacun. . . . 1 —

M. Béclard ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— L'Académie reprend la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

La parole est à M. Gosselin.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. GOSSELIN commence par examiner quelles sont les principales maladies auxquelles succombent ordinairement les opérés. Ce sont, dit-il, l'infection purulente, l'infection putride et l'érysipèle. L'infection purulente n'a été bien étudiée que vers la fin du dernier siècle et le commencement du siècle actuel. La question dont on s'est plus particulièrement occupé est celle qui est relative au mécanisme ou mode de production de l'infection purulente ; on n'avait que très-peu songé jusqu'à présent à remonter aux causes, aux conditions hygiéniques de ce phénomène morbide. Il en a été de même pour l'infection putride, pour l'érysipèle ; c'est toujours au point de vue anatomo-pathologique qu'on a plus particulièrement étudié ces affections bien plus qu'au point de vue étiologique. Depuis que dans le rapport qui a été le point de départ de cette discussion, j'ai exprimé la pensée que ces complications graves des opérations chirurgicales pourraient bien avoir pour cause l'encombrement des malades et la viciation de l'air qui en est la conséquence, cette idée me paraît avoir fait beaucoup de progrès. Il est à remarquer, en effet, que depuis qu'elle a été exprimée elle n'a pas rencontré un seul contradicteur. Tous les membres de cette Académie qui ont pris la parole ont reconnu que c'était là le vrai point de vue pratique de la question, et que c'était dans cette voie qu'il fallait chercher ce qu'il y avait à faire pour obvier à ces graves accidents. On a entendu surtout avec un vif intérêt la communication de M. Renault, qui a mis si bien en évidence par un exemple frappant l'influence de l'encombrement et de l'insuffisance d'aération sur l'état sanitaire des animaux. On a entendu aussi, avec non moins d'intérêt, ce qu'a dit M. Larrey relativement à l'influence de la dissémination des malades sur la cessation des accidents morbides produits par l'encombrement. Enfin nous trouvons des documents précieux pour l'étude de cette importante question dans les divers travaux que l'Académie a renvoyés à la commission depuis le commencement de cette discussion, notamment dans la thèse de M. Topinard, le plus important travail qui ait été fait dans ces dernières années sur ce sujet, et le dernier mémoire de M. Lefort sur l'hygiène comparée des hôpitaux de Londres et de Paris.

Dans ce dernier travail, M. Lefort nous a fait voir qu'il y avait dans quelques-unes des dispositions des hôpitaux de Londres des raisons suffisantes pour expliquer la différence de mortalité constatée par la statistique entre les hôpitaux de cette ville et ceux de Paris.

Je demanderai la permission de communiquer à cette occasion à l'Académie quelques documents inédits que je tiens de l'un de mes collègues des hôpitaux. (M. Gosselin donne lecture de quelques passages d'une lettre de M. R. Marjolin, qui expose les résultats des observations qu'il a faites sur cette question dans un récent voyage en Angleterre et en Allemagne.)

Je signalerai enfin à l'attention de l'Académie les recherches intéressantes que M. Chalvet vient de publier dans la *Gazette des hôpitaux* sur les causes principales de l'insalubrité des hôpitaux de Paris et sur les divers moyens qu'il propose pour y remédier, en particulier sur la question du renouvellement et du repos alternatif des salles.

D'un autre côté, M. Davenne, se fondant principalement sur les faits cités dans la thèse de M. Topinard, s'est demandé si les chirurgiens eux-mêmes n'auraient pas à introduire quelques modifications avantageuses, quelques améliorations dans leur mode de traitement et leur système de pansement. Je tiens, pour ma part, à combattre cette opinion, que la manière dont nous faisons nos pansements pourrait expliquer la production des complications en question.

Je ferai remarquer d'abord, pour répondre à M. Davenne, que nous avons essayé depuis vingt-cinq ou trente ans tous les modes de pansement, et que s'il est résulté de ces essais successifs qu'aucun des modes nouvellement proposés n'ait prévalu, c'est qu'en réalité il n'en est pas un seul dont l'expérience ait suffisamment démontré à nos yeux les avantages. Si aujourd'hui nous avons à peu près généralement renoncé à la réunion immédiate, c'est parce qu'elle n'a pas réussi chez nous comme ailleurs. Nous avons essayé de panser nos opérés avec de simples linges mouillés ; nous avons essayé de placer les moignons des amputés dans l'appareil à incubation de M. Guillot ; nous avons essayé le système d'immersion de M. Langenbeck, etc., aucun de ces essais ne nous a donné les résultats qu'on en avait espérés, et nous avons dû y renoncer. Je ne puis donc accepter tout ce qu'ont dit à ce sujet MM. Topinard et Lefort, et d'après eux M. Davenne.

Il est encore une autre raison qui me fait repousser les reproches que l'on a paru vouloir faire à nos moyens habituels de pansement ; c'est que les opérations qui ne nécessitent aucun pansement sont suivies des mêmes accidents que les autres.

M. Husson, dans la lettre qu'il a adressée à l'Académie, a insinué que certains hôpitaux de Paris étaient dans une situation plus avantageuse que ceux de Londres. M. Bonnafont a exprimé la même opinion. Cela est vrai, mais sous un certain point de vue. Sans doute, si l'on considère l'extérieur et les dépendances de l'hôpital, la propreté générale, la bonne disposition de toutes les parties, cela est vrai ; mais cette supériorité n'est qu'apparente, car si l'on considère ce qu'il y a d'essentiel dans un hôpital, si l'on pénètre dans les salles, on trouvera partout une trop grande accumulation de malades, toujours la même viciation de l'air et la même insuffisance des moyens d'aération.

D'après ce que je savais avant cette discussion, et d'après ce que j'ai appris depuis qu'elle est engagée, je me crois donc en droit de dire que l'excès de mortalité qui frappe sur les opérés de nos hôpitaux est dû principalement aux mauvaises conditions de l'atmosphère des salles, et que c'est là qu'il y a lieu de chercher à introduire d'utiles améliorations.

Quelles conclusions pratiques nous reste-t-il à tirer de cette discussion ? Je ne voudrais pas qu'on fît de tout ce qui a été dit à cette tribune le sujet d'un reproche à l'administration. L'administration n'a pas de reproches à se faire, car les médecins eux-mêmes l'ont laissée jusqu'à présent dans l'ignorance des causes réelles de l'insalubrité des établissements hospitaliers. Mais s'il n'y a pas matière à critique pour le passé, il y a du moins lieu d'exprimer des vœux pour l'avenir. Pour moi, je voudrais qu'on disséminât un peu plus les malades dans les salles, qu'on en renouvelât plus souvent l'air, soit en multipliant les ouvertures, soit en ouvrant plus souvent qu'on ne le fait celles qui existent ; je voudrais qu'on supprimât les rideaux qui sont un réceptacle de matières putrides, et dont les inconvénients ne sont pas suffisamment compensés par les avantages qu'ils peuvent offrir ; je voudrais qu'on s'occupât sérieusement des lieux d'aisances, qui réclament de grandes améliorations ; que l'on examinât la question du renouvellement partiel et du repos temporaire et alternatif des salles.

En ce qui concerne les nouveaux établissements à construire, je voudrais qu'on admît en principe la construction d'hôpitaux plus petits et de salles plus petites ; je voudrais enfin que l'on réservât dans chaque établissement un local convenablement situé et éloigné des autres salles pour les sujets qui ont à subir de graves opérations.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 5 février, M. Poggiale, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées, est nommé membre de la commission officielle chargée de la révision du Codex.

— M. le docteur E. Cazenave, médecin aux Eaux-Bonnes, a été nommé membre correspondant de la Société de médecine de Strasbourg.

— La Société médicale des Ve et XIIIe arrondissements a, dans sa dernière séance, procédé au renouvellement de son bureau de la manière suivante :

MM. Martin-Magron, président ; Mounier et Rougon, vice-présidents ; Malet, secrétaire général ; Gauneau, secrétaire annuel ; Allaire, archiviste ; Buirat, trésorier.

Les séances ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois, à la mairie du Panthéon, à huit heures du soir.

— M. le docteur Triquet commencera un cours particulier sur les maladies de l'oreille, le lundi 3 mars, à onze heures, à son dispensaire, impasse Larrey, 4.

Visite des malades à dix heures et demie.

Les élèves seront exercés au diagnostic.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 25. — SAMEDI 1er MARS 1862. (35e ANNÉE.) N° 25. — SAMEDI 1er MARS 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Scarlatinoïde puerpérale.

Tout le monde sait que les femmes récemment accouchées sont sujettes à des éruptions aussi nombreuses que variées, qui ont été tantôt confondues avec les maladies plus ou moins semblables qui sévissent indistinctement dans les diverses conditions de la vie, tantôt diversement groupées entre elles d'après des analogies de forme plus ou moins légitimes. Il en est une, entre autres, celle que l'on a désignée longtemps sous le nom de miliaire des femmes en couches, à cause de son analogie avec la fièvre miliaire commune, qui, après avoir subi toutes les fluctuations doctrinales auxquelles celle-ci a été soumise, après avoir été alternativement confondue avec elle, puis séparée d'elle, a fini par être à peu près complétement méconnue des auteurs contemporains. M. le docteur Gueniot, qui a fait un long séjour à la Maternité comme interne, dans le service de M. Delpech, a eu l'occasion de recueillir dans ce service plusieurs observations qui lui ont permis de faire une étude particulière de cette affection qu'il s'est efforcé de réhabiliter, s'il nous est permis de nous servir de cette expression, et de replacer au rang qui lui appartient dans le cadre nosologique. Voici en quels termes il s'exprime à ce sujet dans l'excellente thèse qu'il vient de soutenir récemment sur cette question devant la Faculté de Paris (1) :

« Le but que je me propose dans ce travail est d'établir par des faits cliniques que cette proscription n'est point légitime, et qu'il existe réellement, chez les nouvelles accouchées, une maladie autrefois presque toujours regardée comme une fièvre pétéchiale, maladie presque constamment, il est vrai, accompagnée d'une éruption miliaire, mais ayant des rapports symptomatiques, si nombreux avec la scarlatine, que malgré le danger qui résulte de l'emploi d'un nouveau nom, j'ai cru pouvoir l'appeler *scarlatinoïde puerpérale*. »

Nous ne pourrons pas suivre ici l'auteur dans l'exposé historique très-intéressant qu'il fait de la question ; mais nous emprunterons à son travail la description générale de l'affection qu'il désigne sous ce nom, description basée sur neuf observations, dont cinq ont été recueillies par lui-même, deux par M. le docteur Pihan-Dufeillay, et deux sont dues à M. Delpech.

M. Gueniot distingue la scarlatinoïde puerpérale sous deux états différents : l'état primitif, indépendant ou idiopathique; l'état secondaire, subordonné ou symptomatique. Dans la première forme, l'exanthème miliaire ou scarlatiniforme existe seul, sans maladie étrangère ou concomitante. Dans la seconde, au contraire, l'éruption se développe pendant le cours d'une autre maladie, ordinairement grave, qu'on peut considérer dès lors comme jouant un rôle plus ou moins actif dans sa manifestation.

La forme primitive de la scarlatinoïde puerpérale ne se manifeste le plus ordinairement, si ce n'est même d'une manière constante, qu'après l'accouchement.

Vers le troisième, quatrième ou cinquième jour des couches, c'est-à-dire lorsque la sécrétion laiteuse est déjà bien établie, on voit les femmes qui jusque-là se trouvaient dans les conditions les plus normales, être prises d'un frisson d'ordinaire peu intense, ou simplement d'une sensation de froid prolongé, bientôt suivie d'une réaction modérée.

La peau alors se congestionne et se couvre d'une sueur légère; elle devient plus sensible; parfois même elle est le siége d'une véritable hyperesthésie, et plus souvent d'une démangeaison assez vive. En même temps le pouls se développe et s'élève à 100, 110 et 120 pulsations par minute; la face se congestionne; il existe du malaise, un peu de céphalalgie, de l'insomnie ou des rêves nocturnes. Dans quelques cas survient une épistaxis légère, qui se reproduit une ou deux fois. D'autre part, la soif augmente et l'appétit diminue; il se produit un peu de diarrhée ou bien au contraire de la constipation; enfin, les urines se colorent faiblement, à la manière des urines fébriles. Quant à la sécrétion laiteuse, elle est peu modifiée, elle augmente plutôt qu'elle ne diminue; il en est de même de l'écoulement lochial.

Après une durée variable de ces phénomènes, ne dépassant pas en général plusieurs heures, on voit apparaître en divers points du corps, principalement sur la poitrine et sur les avant-bras, une rougeur pointillée, d'aspect scarlatineux, s'effaçant sous la pression, pour reparaître aussitôt. Cet exanthème offre aussi quelquefois une coloration uniforme, d'un rouge tendre, sans tuméfaction de la peau, et ressemblant aux plaques diffuses et framboisées de la scarlatine. Cette éruption ne présente ordinairement à son début ni papules, ni vésicules, ni saillies d'aucune sorte.

Pendant deux, trois et même quatre jours, elle continue à se développer, croissant en intensité et en étendue, gagnant de proche en proche les parties restées saines jusque-là; elle s'étend particulièrement à la région lombaire, aux cuisses, aux épaules, au cou, etc.

Pendant ce temps qui correspond aux deux, quatre, cinq premiers jours de la maladie, les symptômes précédemment indiqués persistent à un degré, il est vrai, généralement moins prononcé que lors de l'apparition de l'exanthème. Mais un phénomène important de cette période consiste dans l'apparition fréquente d'une angine gutturale légère, ordinairement limitée au voile du palais, à ses piliers et à la luette.

A cette même époque les malades ressentent quelquefois des douleurs dans la région hypogastrique. Alors aussi l'éruption cutanée entre dans une nouvelle phase, annoncée par des picotements douloureux, bientôt suivis du développement, en nombre très-variable, de vésicules très-petites qui viennent proéminer à la surface de la peau. Ces vésicules, contenant d'abord un liquide transparent, ne tardent pas à se transformer en pustules. Ces vésicules et ces pustules se font remarquer particulièrement sur les points affectés d'exanthème scarlatiniforme, quelquefois cependant sur ses limites.

A partir de cette époque, la maladie suit une marche différente, selon qu'elle doit avoir une terminaison heureuse, ou, ce qui est très-exceptionnel, selon qu'elle doit avoir une issue funeste.

Dans le premier cas, les symptômes généraux qui existaient diminuent rapidement et s'éteignent presque aussitôt, et la malade n'offre plus que l'éruption cutanée. Il survient quelquefois à ce moment une éruption de sudamina. La sécrétion laiteuse et les lochies reprennent leur abondance et leurs caractères accoutumés. L'angine s'éteint; enfin, les pustules miliaires elles-mêmes disparaissent peu à peu.

Si la maladie, au lieu de s'amender après l'éruption des pustules miliaires, persiste au contraire avec les mêmes symptômes, ceux-ci ne tardent pas à s'aggraver : la fièvre augmente, il survient de l'anhélation, du délire, de l'agitation, parfois du coma, des convulsions; des sudamina et des hydroa paraissent en divers points; puis enfin la mort survient. M. Gueniot n'a observé cette terminaison fatale qu'une seule fois.

Tels sont les principaux symptômes, la marche et le mode de terminaison de la scarlatinoïde simple ou primitive. Dans la seconde forme, la scarlatinoïde secondaire, les symptômes ne diffèrent pas notablement de ceux qui viennent d'être décrits. L'éruption et l'angine s'y montrent avec les mêmes caractères, ainsi que la plupart des phénomènes généraux. Ceux-ci toutefois sont ordinairement plus accusés, plus intenses, et semblent être souvent, sinon toujours, plutôt sous la dépendance de la maladie principale que subordonnés à l'exanthème miliaire ou scarlatiniforme.

Dans l'une des observations rapportées par M. Gueniot, on peut voir un exemple frappant des faits de cet ordre. Il s'agit d'une péritonite avec scarlatinoïde. Or la fièvre, les frissons répétés, l'abattement, la prostration, les vomissements, l'odeur fétide particulière exhalée par la malade, étaient incontestablement des symptômes dépendants de l'inflammation péritonéale. L'éruption suivit d'ailleurs la marche ordinaire, sa durée fut d'environ douze jours, et par conséquent ne dépassa pas les limites ordinaires de la forme essentielle. La malade succomba à la péritonite et à l'infection purulente, alors que les phénomènes de la scarlatinoïde avaient disparu depuis plusieurs jours.

Voici quelques-unes des remarques que M. Gueniot a faites au point de vue étiologique. L'un des faits les plus curieux sous ce rapport, est l'espèce de prédilection de la scarlatinoïde pour l'état de couches, en opposition avec l'immunité presque complète, sinon absolue, dont jouit l'état de grossesse à l'égard de cette affection. La scarlatinoïde s'est manifestée, dans tous les cas observés, sans que des sueurs forcées, ou même une transpiration notable, une élévation trop grande de la température, un régime mal entendu, etc., puissent être invoqués comme causes efficientes.

La scarlatinoïde puerpérale est en général une maladie bénigne. Malgré l'étendue et l'intensité de la rougeur cutanée, malgré le nombre et la confluence parfois considérables des pustules miliaires, elle ne s'accompagne d'ordinaire ni de symptômes graves ni de complications dangereuses.

On a vu que sur les neuf observations qui servent de base à ce travail, il y avait eu un cas de mort, mais la scarlatinoïde a été évidemment étrangère à cette issue funeste. Il importe donc de ne pas confondre cette affection avec certaines maladies voisines, qui, comme la scarlatine et la suette miliaire, offrent au contraire un pronostic grave, et se terminent souvent par la mort chez les femmes en couche.

Voici, d'après un tableau symptomatique comparatif, quels sont les principaux signes qui permettent de différencier la scarlatinoïde d'avec la scarlatine puerpérale, avec laquelle elle a le plus d'analogie.

En ce qui concerne les phénomènes généraux d'invasion, souvent très-intenses dans la scarlatine, ils sont ordinairement très-légers dans la scarlatinoïde. L'éruption, qui dans la scarlatine affecte particulièrement les régions où la peau est fine et délicate, et qui est fréquente au visage, ainsi qu'aux mains et aux pieds, affecte indifféremment, dans la scarlatinoïde, les régions recouvertes d'une peau fine ou épaisse, et n'a presque jamais lieu au visage ni aux extrémités. Ces parties, à peu près constamment tuméfiées dans le premier cas, ne le sont jamais dans le second. Chaleur de la peau, souvent très-grande, et parfois excessive dans la scarlatine, modérée dans la scarlatinoïde. De même du pouls, très-fréquent dans l'une, à peine accéléré dans l'autre. L'angine scarlatineuse est souvent accompagnée d'une tuméfaction assez considérable des amygdales et du voile du palais, ainsi que d'une exsudation blanche, caséiforme, ainsi que de la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. Celle qui accompagne la scarlatinoïde a lieu sans tuméfaction notable des amygdales ni des ganglions, sans exsudation caséiforme. La rougeur caractéristique de la langue des scarlatineux manque ici. Enfin, on observe beaucoup moins fréquemment dans la scarlatinoïde la desquamation de l'épiderme, et jamais l'anasarque, si commune dans la période de décroissance de la scarlatine.

Le seul traitement que réclame l'affection qui nous occupe consiste dans l'expectation, et se réduit à l'usage des moyens purement hygiéniques, sans qu'il soit nécessaire de chercher par aucun moyen actif ni à exciter ni à entraver le développement de l'éruption. Dans les cas exceptionnellement graves, c'est dans les complications qu'il faut chercher les indications thérapeutiques.

Cas de mort brusque par embolie.

M. Briquet rapportait récemment à la Société de médecine de la Seine le fait suivant, l'un des derniers qu'il lui ait été donné de recueillir dans son service de la Charité.

Une jeune femme de vingt-sept ans était affectée depuis plusieurs années de varices dans toute la hauteur de la veine saphène gauche, depuis le pied jusqu'au pli de l'aine. Ces varices, qui étalent considérables, avaient déjà été deux fois le siége de phlébites fort intenses qu'on était chaque fois parvenu à calmer.

Au commencement du mois de novembre dernier, cette femme, qui par la nature de ses occupations était obligée de se tenir constamment debout, a été prise pour la troisième fois d'une inflammation de toute l'étendue de la saphène. Entrée à l'hôpital de la Charité, voici ce que l'on constata chez elle :

Toute l'étendue de la veine et de ses principales divisions était occupée par du sang complétement coagulé formant de gros cordons durs; la portion de peau recouvrant cette veine était rouge et épaissie.

A l'aide de la position, de topiques émollients et de soins appropriés, la phlegmasie allait en diminuant; la fièvre était tombée; la saphène n'était plus que médiocrement douloureuse au toucher; tout allait mieux, en un mot, et la malade comptait se lever sous peu de jours, lorsque le 8 décembre, après avoir passé une excellente nuit, elle fut prise brusquement d'un sentiment de malaise indéfinissable qui lui fit jeter un cri d'alarme. Les personnes accourues auprès d'elle la trouvèrent d'une pâleur extrême, la face profondément altérée. Elle accusait une vive douleur dans la poitrine; les membres supérieurs étaient violemment agités; il y avait une grande anhélation. La malade, en proie à une vive anxiété, s'écriait qu'elle allait étouffer. Le pouls était filiforme, les battements du cœur très-tumultueux, mais sans bruit anormal. Malgré tous les soins apportés

(1) *De certaines éruptions dites miliaires et scarlatiniformes des femmes en couches, et de la scarlatinoïde puerpérale.* Thèse soutenue le 10 janvier 1862.

pour combattre cet état d'angoisse et de syncope, la malade succomba au bout de vingt minutes.

A l'autopsie, on trouva la veine saphène externe, ainsi que ses divisions principales, occupées par un caillot dur, consistant, noirâtre, plus ou moins adhérent aux parois rouges de la veine épaissie. Ce caillot s'arrête brusquement au pli de l'aine, à l'endroit où la veine saphène profonde vient déboucher dans le tronc qui va devenir la veine iliaque gauche. Cette saphène profonde est libre, ainsi que toutes ses divisions; le sang qui y est contenu est complétement fluide. Il était évident qu'elles avaient servi de passage au sang veineux du membre inférieur pour établir une circulation supplémentaire.

La veine iliaque est libre et parfaitement normale, le caillot s'étant arrêté au niveau du ligament de Poupart. La veine-cave est parfaitement libre jusqu'à son entrée dans le cœur. Le cœur lui-même, un peu mou, friable, n'offre d'ailleurs rien de notable, si ce n'est que l'oreillette et le ventricule droits contiennent une certaine quantité de sang parfaitement liquide, qui s'écoule lors de l'incision du cœur pour laisser voir l'état parfaitement normal de ces cavités. Le ventricule gauche est vide et contracté. Tout jusque-là, en un mot, est parfaitement normal.

Mais en incisant l'artère pulmonaire, on la trouve remplie par un caillot qui, replié sur lui-même, était appliqué contre l'origine des deux divisions de l'artère, et occupait tout l'espace compris entre les valvules sigmoïdes et la bifurcation de l'artère. Ce caillot était parfaitement libre dans le tuyau artériel, auquel il n'adhérait aucunement. Les parois de l'artère pulmonaire, ainsi que tout l'endocarde, étaient d'une blancheur et d'un poli parfaits. Le caillot lui-même, long de 15 centimètres, était parfaitement cylindrique, et le diamètre de ce cylindre était loin de représenter celui de l'artère; il avait à peine un peu plus de 1 centimètre. Il était aisé de voir qu'il ne s'était pas fait de la même manière que les concrétions qui se produisent quelquefois dans l'artère pulmonaire. Son apparence se rapportait mieux à la veine iliaque, dont il avait le calibre. Il était rougeâtre, très-consistant, complétement dur, et composé à l'intérieur de fibrine coagulée.

Les poumons étaient pâles et presque exsangues. Il n'y avait pas d'autre altération appréciable dans les organes. Les veines profondes de la cuisse et de la jambe avaient un volume normal; leur calibre était régulier, sans aucun renflement, et leur volume était à peu près égal à celui des veines profondes du membre inférieur droit, où il n'y avait pas de varices. Ces veines profondes étaient remplies de sang liquide.

Il n'était pas douteux, ainsi que l'a fait remarquer M. Briquet à ses collègues en leur rapportant ce fait, que sous l'influence du cours ascendant du sang veineux dans la veine iliaque, il n'y ait eu dans cette veine un caillot mobile qui la remplissait sans adhérer à ses parois; que sous une action quelconque ce caillot s'est séparé de celui qui occupait la crurale; que la malade étant horizontalement placée dans son lit, ce caillot n'ait cheminé vers le cœur, qu'il n'ait été de l'oreillette droite dans le ventricule droit, et de là dans l'artère pulmonaire, où, appliqué contre la bifurcation artérielle, il a arrêté en même temps la respiration et la circulation, et causé la mort brusque par asphyxie et par syncope.

Voilà un nouveau fait à ajouter à ceux que nous avons déjà publiés à l'appui de la théorie des embolies, qui, après avoir rencontré une assez vive opposition, a fini par être généralement admise. (*Voir* notamment l'observation de M. Dumontpallier, numéro du 26 février 1859, et celle de MM. Charcot et Benjamin Ball.) Cette intéressante question de physiologie pathologique vient de faire le sujet d'une très-remarquable thèse que M. Benjamin Ball vient de soutenir devant la Faculté de Paris. Nous n'avons pas voulu laisser échapper cette occasion de la signaler. Nous consacrerons l'un des articles de la prochaine *Revue* à l'analyse de ce travail, où la question a été étudiée dans ses plus intimes détails.

Tænia. — Guérison par l'administration à l'intérieur d'extrait éthéré de fougère mâle, après avoir échoué par les purgatifs, le kousso et l'écorce de grenadier.

Il n'est pas rare de voir des cas de tænia céder avec une grande facilité à tel ou tel ténifuge, après avoir obstinément résisté à l'action de tous les autres médicaments qui sont à juste titre réputés jouir des mêmes propriétés thérapeutiques. De là la nécessité de tâtonner souvent et de passer successivement d'un ténifuge à l'autre jusqu'à ce qu'on ait mis la main sur le bon. Cette différence des résultats des divers ténifuges ne pourrait-elle pas s'expliquer par une sorte d'action élective de chacun d'eux sur les diverses variétés du tænia? Et ne serait-il pas possible, par une étude comparative de leur mode d'action, d'arriver à éviter la nécessité de ces tâtonnements toujours fâcheux? D'après les observations de M. le professeur Bouchardat, on serait déjà en possession de quelques données utiles pour guider dans le choix de ces médicaments. Ce professeur enseigne, en effet, que l'écorce de grenadier réussit surtout contre le tænia armé, tandis que la fougère mâle, qui échoue le plus souvent dans ce cas, a une efficacité incontestable pour chasser le tænia non armé, le botryocéphale à anneaux courts.

Voici une observation recueillie dans le service de M. le professeur Piorry, par M. Mansière, élève externe de ce service, qui vient à l'appui de l'exactitude de cette donnée :

Une fille de vingt-quatre ans, domestique, entrée à l'hôpital de la Charité le 6 janvier, raconte qu'étant enfant elle a été sujette aux affections vermineuses.

A quinze ans, elle éprouva dans le ventre et dans l'estomac une sensation de pincements violents qui lui causaient parfois des défaillances et qui se renouvelaient à des intervalles irréguliers. Depuis lors, elle n'a cessé de ressentir ces douleurs, qui acquéraient plus d'intensité chaque année à l'époque du mois de janvier. Elles duraient ainsi environ quinze jours, puis n'apparaissaient que quelquefois par mois. L'appétit d'ailleurs était très-vif, et l'ingestion des aliments faisait disparaître ou diminuer tout au moins les douleurs.

A dix-huit ans, ces mêmes douleurs augmentèrent d'intensité. La malade ressentait à l'estomac comme des picotements d'aiguille, des élancements autour de l'ombilic, des démangeaisons à l'anus, et elle éprouvait de plus de fréquents vomissements précédés de renvois acides.

A vingt et un ans, nouvelle aggravation des douleurs précédentes; la malade éprouvait la sensation d'un corps qui lui remontait à l'estomac par de lentes ondulations. L'appétit, très-vif jusque-là, devint nul. Un peu plus tard, elle fut atteinte, surtout le soir, de quintes de toux sèche, amenant chaque fois l'expulsion par la bouche de parties rubanées et blanchâtres qu'elle comparait à des *râclures de boyaux*. Après les repas, elle avait souvent des vomissements et rendait avec ses aliments de ces parcelles rubanées. Elle remarqua que ses selles en contenaient aussi. Enfin, plusieurs fois, dit-elle, il lui arriva d'en trouver dans son lit le matin à son réveil.

La santé générale de cette malade s'était affaiblie; forte, grasse et fraîche jusqu'à dix-neuf ans, malgré les douleurs qu'elle avait éprouvées de temps à autre, elle était devenue jaune, son embonpoint avait beaucoup diminué; elle éprouvait des essoufflements en montant les escaliers.

Il y a trois ans, en janvier 1859, elle fut prise de quintes de toux, et à leur suite, de violentes douleurs de tête avec étourdissements, perte de connaissance, et enfin convulsions. Un médecin ayant été appelé, la malade vomit en sa présence un fragment analogue aux précédents, et qu'il reconnut appartenir à un tænia.

Le 18, le médecin fit prendre à la malade une potion de kousso, qu'elle ne put garder. Le lendemain, elle en prit une seconde, qu'elle supporta, et à la suite de beaucoup de coliques elle rendit par les selles un fragment de 2 mètres environ de longueur.

Pendant quatre mois, la malade ne souffrit plus; mais au bout de ce temps les douleurs reparurent tout aussi vives que par le passé.

C'est dans cet état que la malade entre à l'hôpital le 6 janvier. Le jour même de son entrée, elle rend par la bouche des parcelles de vers qui confirment ce qu'elle vient d'apprendre concernant la nature de son affection. Les premiers fragments qu'elle rend sont beaucoup plus longs que larges et séparés les uns des autres.

Le 8, la malade a rendu de nouveaux articles, cette fois unis les uns aux autres, plus larges que les précédents (administration de 60 grammes d'huile de ricin). Les selles sont conservées et examinées avec soin : on y trouve quelques articles séparés les uns des autres, mais la tête reste dans l'intestin.

Le 11, la malade prend 60 grammes de décoction de racine de grenadier, mais sans résultat.

On laisse reposer la malade jusqu'au 21 : elle prend alors 20 grammes de kousso. Ce médicament ne peut être supporté. Elle continue à rendre par la bouche des articles du ver.

Le 24, à la suite de vives douleurs, la malade est prise de convulsions avec perte complète de connaissance. L'attaque dure un quart d'heure; quinze jours avant son entrée, elle avait déjà éprouvé pareil phénomène.

Le jour suivant, la malade est dans un abattement complet; elle a craché un peu de sang et quelques articles de tænia à la suite d'efforts de toux.

Le 27, on lui administre 20 grammes de kousso, qui cette fois est bien supporté, mais qui reste sans effet.

Le 4 février, elle prend 50 centigrammes de calomel; aucun effet.

Enfin, le 16, on lui prescrit, à prendre d'heure en heure, à partir de midi jusqu'à quatre heures, deux pilules d'extrait éthéré de fougère mâle contenant chacune 0,25 centigrammes d'extrait. Elles sont parfaitement supportées et sans douleurs.

Le 17, à cinq heures du matin, la malade rend dans ses selles un fragment de ver de 2 décimètres et demi environ de longueur, dont une extrémité très-effilée se termine par un petit renflement.

M. le docteur Ball ayant examiné cette extrémité au microscope, s'est assuré que c'était la tête; de plus, par l'examen de cette tête, on a vu que le ver était un tænia énorme.

Dans notre dernière *Revue*, nous avons rapporté l'opération qui a été pratiquée par M. Maisonneuve sur une femme atteinte de rétention menstruelle par occlusion vaginale. Tout faisait espérer que cette opération n'aurait que d'heureuses conséquences; il n'en a point été ainsi, et quelques jours après la jeune femme succombait, emportée par une péritonite dont la marche a été des plus rapides. L'autopsie a jeté quelque lumière sur la cause probable de cette catastrophe. Les trompes de Fallope étaient volumineuses, et leurs cavités, largement dilatées, renfermaient une certaine quantité de sang poisseux semblable à celui qui s'était écoulé par le vagin le jour de l'opération. On a trouvé du pus autour des ovaires et du sang poisseux dans l'un d'eux. L'utérus était revenu sur lui-même, et sa cavité était bien nettoyée. Il y avait aussi du pus dans le petit bassin. M. Maisonneuve suppose que les injections d'eau tiède qui ont été pratiquées dans l'utérus de cette femme seront parvenues jusque dans les trompes et auront refoulé dans le péritoine le sang poisseux qui était accumulé dans la cavité de ces appendices utérins. Au contact de ce sang en voie de décomposition, la séreuse s'est enflammée violemment, et de là les tristes conséquences d'une opération qui semblait devoir être si bénigne.

— Il est entré ces jours derniers dans le service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille de seize ans, affectée d'incontinence nocturne d'urine. On sait avec quel succès M. Trousseau applique au traitement de cette affection, ordinairement si rebelle, la médication belladonée instituée par son regretté maître Bretonneau. La malade va être soumise à cette médication; nous en suivrons l'effet, et nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats obtenus. Nous reviendrons également à cette occasion sur quelques-unes des considérations pleines d'intérêt que ce professeur a émises relativement aux circonstances curieuses d'hérédité qui se rattachent à l'histoire de cette névrose.

— A propos de la question qui a été soulevée plusieurs fois dans cette *Revue*, savoir, s'il y a avantage ou non à vacciner les enfants nouveau-nés dans les hôpitaux dès les premiers jours de leur naissance, et qui a été de nouveau soulevée à l'occasion du rapport de M. Depaul, M. le docteur Le Barillier, médecin de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, nous transmet le document suivant :

« J'ai observé, nous écrit-il, du 1er janvier 1856 au 31 décembre 1860, 2,225 enfants admis à la crèche des Enfants assistés; sur ce nombre, la moitié au moins n'ont été vaccinés que dans les vingt jours qui ont suivi la naissance, et souvent après; 4 seulement ont eu une éruption de variole, à laquelle 3 ont succombé.

» D'un autre côté, sur 2,085 enfants vaccinés dans le premier mois de leur admission, 18 ont eu des érysipèles dont la vaccine a été le point de départ (10 décès), et 5 ont présenté des ulcérations gangréneuses sur les boutons vaccinaux (auxquelles 3 ont succombé). Je ne parle pas des accidents moindres, et qui ont cependant nécessité une intervention médicale.

» Cependant jamais on n'a fait plus de trois piqûres à chaque bras, et souvent deux seulement, plusieurs fois une seule. »

DE L'EMPLOI DE L'ACIDE ARSÉNIEUX
dans les congestions apoplectiques.

Par M. LAMARE-PICQUOT, médecin en chef de l'hôpital de Honfleur.

Le traitement dit *rationnel* de la congestion apoplectique, appliqué généralement de nos jours, a l'inconvénient, d'après l'auteur, d'être dirigé contre les symptômes plutôt que contre la cause de la maladie. Antérieurement à la production des symptômes actifs de la congestion apoplectique, dit-il, il se passe une série de circonstances et de phénomènes qui la préparent et la déterminent. Cette cause première lui a paru se manifester toujours en même temps que l'on s'aperçoit d'un embarras à la tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, etc. Dans ces circonstances, si le mal est assez prononcé pour que l'on ait recours à la saignée, il a observé que chez tous les sujets l'élément cruorique du sang (les globules) dépasse de beaucoup celui du sérum.

La saignée devient alors un moyen de soulagement momentané, mais elle ne remédie nullement d'une manière durable à la prédominance du cruor sur le sérum. Le médicament par excellence pour opérer cette modification utile est la solution d'acide arsénieux. Ce médicament, doué d'une action hyposthénisante remarquable, rétablit en peu de temps l'équilibre entre le cruor et le sérum.

Lorsque l'économie ne présente que de légers symptômes généraux de congestion cérébrale, l'acide arsénieux à la dose de quelques milligrammes pris en solution dans la boisson des repas, suffit pour les arrêter. Un mois suffit habituellement pour obtenir quelques résultats; mais, pour arriver à l'état normal, il est nécessaire de continuer l'usage du médicament plus longtemps.

Dans les cas plus graves, on peut sans crainte aucune augmenter la dose de l'acide arsénieux. « Je l'ai, dit l'auteur, portée sur moi-même jusqu'à 15 milligrammes par jour et pendant plusieurs mois. C'est un fait remarquable que, plus l'excitation cérébrale est manifeste et puissante, mieux l'organisme tolère la médication. »

Depuis quelques années, M. Lamare-Picquot emploie de préférence à l'acide arsénieux l'arséniate de soude. Il n'a recours à la saignée que dans les cas très-graves.

Il est nécessaire d'ajouter qu'une catégorie importante de faits se trouve exclue de cette médication : ce sont les congestions apoplectiques des sujets très-avancés en âge et très-débiles, parce que M. Lamare-Picquot pense que chez eux les organes parenchymateux pourraient, sous l'influence des pertes de sang et d'un agent très-hyposthénisant, passer à un état d'hyperémie, et que cette nouvelle gêne pourrait terminer la vie par une congestion séreuse. (*Bulletin de thérapeutique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 février 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Communications à l'occasion du procès-verbal.

M. MARJOLIN. Je veux entretenir la Société des suites de la dés-

articulation que j'ai pratiquée pour un ostéosarcome de la cuisse.

Depuis le jour de l'opération, cette jeune fille a maigri considérablement, et elle paraît minée par une diarrhée rebelle à tous nos moyens.

L'état local est assez satisfaisant ; le lambeau postérieur a contracté quelques adhérences, et la suppuration de la plaie est de bonne nature.

M. GUERSANT. Je veux rappeler à la Société que j'ai eu moi-même l'occasion, il y a dix ans, de pratiquer une désarticulation de la cuisse pour une affection analogue chez un enfant.

Cette tumeur s'était développée sans douleur dans l'espace de cinq ans. Au trentième jour, la plaie s'était fermée ; la guérison était complète, lorsqu'une variole se déclara et emporta le malade. Le moignon et la pièce relatifs à cette désarticulation sont déposés au musée Dupuytren.

M. HOUEL. Je veux seulement rappeler la date de l'opération de rhinoplastie avec autoplastie périostique par M. Nélaton. Or cette opération a été faite en 1859, et je ne sais pas si M. Ollier a pratiqué la sienne avant cette époque.

M. VERNEUIL. Je n'avais que des renseignements incomplets sur les opérations de M. Nélaton, ce qui explique l'erreur dans laquelle je suis tombé.

On a dit ensuite que, des deux faits que je présente, c'est précisément celui qui n'a pas de périoste qui est le plus beau. Cela est vrai ; mais il faut avant tout connaître le point de départ. Or si le résultat est plus beau dans le cas dans lequel le périoste n'a pas été employé, c'est que la difformité à corriger était beaucoup moindre. Tout ce que je puis dire, c'est que M. Nélaton attache une certaine importance à l'intervention du périoste.

Je vais donner quelques renseignements sur l'opéré de M. Ollier.

M. Ollier l'a revu dans ces derniers temps, vers le milieu du mois de décembre ; un fragment osseux gros comme un demi-grain de blé, qui est sorti par les narines sans provoquer de symptômes inflammatoires, ni à l'intérieur ni à l'extérieur. C'est probablement la petite dentelure du lambeau osseux, qui avait été saisie avec le fil métallique.

La partie périostique du lambeau s'est solidifiée de plus en plus, et le retrait concentrique des fosses nasales, qu'on pouvait redouter, ne s'est pas effectué.

Les choses sont au 15 février ce qu'elles étaient au mois de septembre, quand le moule en plâtre a été pris, c'est-à-dire que la saillie du nez est restée la même, que le lambeau osseux a gardé sa place, et que l'ossification du lambeau périostique s'est maintenue.

La narine gauche s'est un peu rétrécie, et le sillon transversal qui est au milieu du nez est en outre un peu plus marqué. M. Ollier se propose de retoucher légèrement la narine gauche.

LECTURE.

M. DOLBEAU lit une note sur *un nouveau signe de la fracture du crâne*. (Commissaires, MM. Chassaignac, Richet, Trélat.)

— A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Rapport sur l'ouvrage de M. le docteur Ed. Langlebert et sur la thèse de M. Viennois, par M. CULLERIER.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous rendre compte de deux ouvrages qui vous ont été envoyés pour être soumis à votre appréciation. L'un est un mémoire de M. le docteur Edmond Langlebert, intitulé : *Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis*. L'autre est une thèse de M. Viennois, ayant pour titre : *Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs produits par la contagion de la syphilis secondaire.*

Pour un homme qui pendant de longues années a soutenu la doctrine huntérienne de la non-contagiosité des lésions secondaires de la syphilis, rendre compte de deux ouvrages qui l'un et l'autre affirment le pouvoir contagieux de ces lésions, pouvait paraître une tâche difficile à remplir. Cependant je n'ai pas hésité à m'en charger, d'abord parce qu'il ne doit jamais y avoir de honte à revenir d'une erreur consciencieuse, et ensuite parce que la question se présente sous une face nouvelle, qui me permet de rendre publiquement hommage à la vérité sans trop déroger, peut-être, aux principes que j'avais professés touchant la pathogénie de la syphilis.

Je ne vous rappellerai pas, Messieurs, les nombreux débats qu'a soulevés de notre temps la contagiosité de la syphilis secondaire. Niée par les uns, affirmée par les autres, avec une ardeur et une conviction égales des deux côtés, des faits cliniques, et mieux que ces faits, leur interprétation satisfaisante, des expériences hardies et renouvelées malheureusement en assez grand nombre, ont mis fin à tant de discussions en donnant raison à ceux qui défendaient le dogme de la contagion.

Maintenant que la question est jugée et que sont éteintes les passions qui s'agitaient autour d'elle, on se demande, non sans quelque étonnement, comment elle a pu donner lieu pendant si longtemps à de telles controverses. Sans doute l'observation clinique, en ce qui touche la syphilis, est souvent entourée de grandes difficultés ; mais quelque nombreuses que puissent être ces difficultés, elles ne suffisent pas pour expliquer une aussi complète divergence d'opinions. La raison en est ailleurs. Elle est, suivant moi, dans le peu de précision apporté par les contagionistes à l'étude et au développement de la question, dans l'obscurité qu'ils n'ont pas su dissiper touchant le principal élément du problème à résoudre.

Tous, en effet, se bornaient à dire : Les symptômes secondaires de la syphilis sont contagieux ; voici des observations, voici des expériences, regardez et croyez. C'était beaucoup, sans doute, mais cela ne suffisait pas pour entraîner la conviction. Il fallait encore s'expliquer sur les caractères et sur la nature de la lésion transmise, dire sous quelle forme première se manifeste la contagion secondaire, par quel accident débute la syphilis ainsi communiquée. C'était là, vous le comprenez, Messieurs, le point capital de la question, et cependant aucun auteur ne semblait s'en préoccuper, aucun n'avait dégagé le mystère de cette contagion.

Privés de cet élément nécessaire, observations et expériences des contagionistes, si bien faites qu'on les supposât, prêtaient le flanc aux interprétations de leurs adversaires, qui, loin d'en être ébranlés, s'en faisaient une arme pour la défense de leur opinion.

La doctrine de ces derniers, qui était aussi la mienne, reposait sur ce principe que la syphilis a constamment le chancre pour point de départ. Le chancre, disait-on, est à la vérole constitutionnelle ce que la morsure du chien enragé est à l'hydrophobie, car jamais nous n'avons vu la syphilis débuter d'emblée par ses formes constitutionnelles, l'héréditaire excepté, bien entendu.

Les expériences d'inoculation faites par Hunter, en petit nombre il est vrai, mais reprises et poursuivies sur une large échelle par M. Ricord à une époque où les caractères des deux variétés de l'ulcère primitif étaient moins connus, nous avaient fait admettre une différence absolue de propriétés entre la matière sécrétée par le chancre et celle des lésions secondaires, la première s'inoculant le plus souvent avec succès sur le malade lui-même, la seconde demeurant presque invariablement stérile.

De cette différence, que la lancette traduisait ainsi en un fait matériel évident pour tous, nous avions tiré comme conclusion cet autre principe, que le chancre seul reproduit le chancre.

La conséquence de ces deux principes nous conduisait forcément à nier la transmission par contagion directe de la syphilis constitutionnelle.

Le chancre, disions-nous, est le point de départ obligé de la syphilis ; or le chancre seul produit le chancre : donc les accidents secondaires ne sont pas contagieux.

Ainsi appuyée sur l'expérimentation et sur une logique qui avait bien quelque rigueur, notre conviction nous paraissait, devait nous paraître inébranlable. Pour y faire entrer le doute, il eût fallu nous dire et surtout nous prouver par des faits que l'une des prémisses de notre raisonnement était fausse. Or c'est ce que ne faisait aucun de nos adversaires. Tous se bornaient, comme je l'ai dit plus haut, à attaquer simplement notre conclusion, en alléguant des observations et des expériences de transmission dont le point de départ, c'est-à-dire l'accident initial, n'était pas indiqué ou du moins n'était signalé que d'une manière vague et insaisissable.

Cependant, s'il était absolument vrai que la syphilis débutât toujours par le chancre, était-il également certain que le chancre seul produisît le chancre ? Les expériences sur lesquelles M. Ricord avait établi ce dernier principe n'avaient été pratiquées que sur les malades eux-mêmes ; répétons-le bien haut à sa louange, car si notre collègue a fait fausse route au point de vue scientifique et si d'autres l'ont suivi dans cette voie, jamais pour appuyer sa doctrine il ne s'est cru en droit de disposer de la santé d'autrui et d'expérimenter sur des sujets bien portants. Or le pus des lésions secondaires inoculé à un individu sain ne pouvait-il pas lui aussi engendrer le chancre ? S'il en était ainsi, la contagiosité de la syphilis constitutionnelle était démontrée, et le problème si longtemps débattu recevait enfin sa solution la plus acceptable, et, disons-le, la plus conforme à la loi de développement des maladies virulentes, qui toutes commencent invariablement par leurs symptômes initiaux ou prodromiques, quelle que soit la période plus ou moins avancée de la maladie qui en a transmis le germe.

En effet, si les lésions secondaires de la syphilis sont contagieuses, c'est évidemment parce qu'elles recèlent le virus vénérien ; or ce virus, quelle que soit la source où on l'a puisé, est un, et toujours, quant à sa nature, identique avec lui-même. Donc il doit, transporté sur un individu sain, reproduire la série complète des accidents propres à la syphilis, c'est-à-dire la maladie tout entière, en commençant par le chancre, qui en est la première manifestation.

C'est en 1856 qu'un de nos jeunes confrères, M. le docteur Edmond Langlebert, saisit le premier le fait de la transmission de la vérole secondaire par le chancre. Une seule observation clinique le lui avait révélé ; mais telle était sa confiance en cette observation suivie pas à pas, qu'il n'hésita point à l'ériger en une loi pathogénique qu'il formula de la manière suivante : La syphilis constitutionnelle a constamment pour point de départ un chancre induré, lors même qu'elle a été communiquée par le produit d'un accident secondaire (*Extrait des procès-verbaux imprimés de la Société médicale du Panthéon*, séance du 13 février 1856).

Deux ans plus tard, en 1858, M. Langlebert publia dans le *Moniteur des hôpitaux* un mémoire sur le même sujet, où sont exposées avec détail les premières observations qui aient paru dans la science pour montrer le chancre comme première conséquence de la contagion d'accidents secondaires.

Depuis ce temps, les observations de ce genre se sont multipliées. Le nouvel ouvrage de M. Langlebert, dont j'ai l'honneur de vous rendre compte, en contient six autres où l'on voit le chancre induré avec sa pléiade ganglionnaire caractéristique prendre naissance à la suite de rapports entre sujets sains et sujets affectés de syphilis constitutionnelle.

Messieurs, à notre époque d'observation et de libre examen, il est rare qu'une idée nouvelle, lorsqu'elle porte en soi le germe de la vérité, tarde longtemps à se faire jour et à conquérir des adhérents. Aussi celle de M. Langlebert, malgré sa date récente, a-t-elle été l'objet de travaux déjà nombreux, qui ont puissamment contribué à la populariser.

Parmi ces travaux, je citerai en première ligne, et volontiers je dis hors ligne, le mémoire de M. le docteur Rollet (de Lyon), publié en 1859 dans les *Archives générales de médecine*, mémoire très-remarquable à plus d'un titre, très-bien fait, où les observations sont présentées avec un esprit critique très-judicieux, et dans lequel rien n'a été épargné pour entraîner la conviction.

Mais, à propos de ce mémoire, je dois signaler un fait qui malheureusement n'est pas sans précédents dans l'histoire des sciences médicales, c'est que M. Rollet paraît vouloir aujourd'hui revendiquer pour lui-même le mérite de la découverte, et qu'il a trouvé quelques amis et des élèves qui lui ont fait écho. M. Rollet, placé à la tête d'un hôpital, et par conséquent sur un plus vaste théâtre que ne l'est M. Langlebert, a pu à son gré étendre la question et envisager la nouvelle doctrine au point de vue clinique et expérimental, il l'a scrutée avec tant de persévérance et avec tant d'ardeur, qu'il a fini par la faire sienne et par croire qu'il en est réellement le père. C'est ainsi que dans le mémoire dont je parle, M. Langlebert est cité comme il méritait de l'être, et que dans la reproduction toute récente de ce mémoire, qui aujourd'hui fait partie d'un ouvrage plus considérable, on a le regret de constater que le nom de M. Langlebert n'est même plus prononcé. Cependant, il suffit de comparer les dates pour reconnaître immédiatement que la priorité lui revient entière, que le premier il a formulé la loi suivant laquelle se transmettait la syphilis secondaire, et le premier aussi en a donné la démonstration clinique.

Après le mémoire de M. Rollet, ont paru successivement sur le même sujet : un travail publié en juin 1859 dans l'*Art médical*, mais vous me dispenserez, et pour cause, de ne vous en pas dire davantage ;

Une thèse de M. Guyenot, de Lyon (août 1859), où ce jeune médecin, après avoir soumis à une savante discussion les expériences d'inoculation de syphilis constitutionnelle faites sur l'homme sain par Wallace, par Waller, par Vidal, par Rinecker, et en dernier lieu par M. Gibert, a prouvé que dans toutes ces expériences le résultat de l'inoculation a constamment présenté tous les caractères propres au chancre induré ;

La thèse de M. Alfred Fournier, l'habile interprète de M. Ricord (février 1860), où la nouvelle doctrine de la contagion syphilitique secondaire est largement exposée, avec de nombreux faits à l'appui ; thèse à laquelle il ne manque pour être parfaite en tous points qu'un peu de justice et plus d'égards pour les travaux qui l'ont précédée ;

Un mémoire fort remarquable de M. le docteur Galligo (de Florence) sur divers points de syphiliographie, publié en août 1860 dans la *Gazette hebdomadaire*, où se trouve la relation d'une expérience faite sur lui-même par notre courageux confrère, et dans laquelle on voit un chancre se développer dix-sept jours après une inoculation de pus pris sur des plaques muqueuses.

Enfin, la thèse de M. Alexandre Viennois (30 août 1860), dont j'avais aussi pour mission de vous rendre compte.

M. Viennois est un élève des hôpitaux de Lyon ; c'est vous dire que sa thèse est en grande partie un commentaire élogieux du mémoire de M. Rollet. Certes, il est beau de voir un disciple reconnaissant acquitter dans ses premiers écrits la dette de gratitude qu'il a contractée envers son maître ; mais ce sentiment doit être contenu dans de justes limites, aussi bien pour la dignité de celui qui l'exprime que dans l'intérêt de celui qui en est l'objet.

Privé de l'expérience que donne seule une longue pratique, M. Viennois ne pouvait, on le comprend, ajouter que peu de chose au sujet qu'il a traité. Toutefois, on trouvera dans sa thèse un résumé utile à consulter de la plupart des observations et des expériences relatives à la transmission de la syphilis.

Je vous demanderai, Messieurs, la permission de ne vous point parler de la prétendue contagiosité du sang des syphilitiques, que l'auteur admet, selon moi, bien légèrement, même après l'observation expérimentale si connue de Waller. Encore plus vous prierai-je de me dispenser de vous entretenir de sa théorie de la contagion vaccino-syphilitique par l'inoculation accidentelle du sang pris dans la pustule vaccinale. Ce sont là des questions brûlantes d'intérêt, sans aucun doute, mais qui, dans l'état actuel de la science, exigent de nouvelles et nombreuses recherches pour pouvoir mûrement et utilement arriver à la discussion.

Ces questions, en effet, sont hérissées de difficultés, et je n'en veux pour preuve que cette histoire récente des quarante-six enfants de Rivalta, auxquels la syphilis aurait été communiquée par la vaccination. Comment pourrions-nous discuter ces faits, lorsque les médecins qui en ont été les témoins oculaires ne peuvent pas s'entendre pour les juger, et les interprètent chacun à sa façon ?

Si quelques membres de cette Société ont observé des cas semblables, je les adjure de nous les faire connaître. Ma propre expérience me fait ici entièrement défaut, et je déclare que pendant les douze années que j'ai passées à l'hôpital de Lourcine, j'ai fait un grand nombre de vaccinations de bras à bras d'enfants en puissance de syphilis congénitale à des enfants sains, sans avoir jamais eu à déplorer le moindre accident chez ces derniers, et je dois ajouter, sans avoir jamais pris la moindre précaution dans cette petite opération.

Messieurs, les divers ouvrages dont je viens de vous présenter l'analyse me paraissent avoir enfin établi par l'observation et par l'expérimentation, le fait si longtemps controversé de la contagion des lésions secondaires de la syphilis.

Est-il vrai cependant que la défaite des non-contagionistes ait été aussi complète qu'on a bien voulu le dire ? Je ne le pense pas. Et ne croyez pas, Messieurs, qu'en parlant ainsi je cherche un subterfuge pour défendre encore la doctrine absolue de Hunter ; ce serait un procédé indigne de moi vis-à-vis de la Société devant laquelle j'ai l'honneur de parler ; mais la syphilis, disions-nous, débute toujours par un chancre ; jamais elle ne se montre d'emblée sous ses formes constitutionnelles. Or, ces deux propositions, dont l'une n'est que le corollaire de l'autre, restent intactes en adoptant la nouvelle théorie de la contagion constitutionnelle.

Sans doute nous avions vu, comme tout le monde, des faits où cette contagion pourrait nous paraître probable ; mais comme toujours la maladie transmise commençait par un chancre, nous supposions, et pour être conséquent avec nous-mêmes, nous devions supposer qu'un accident semblable actuellement disparu ou transformé en avait été l'origine.

Entre autres faits, je me rappelle celui d'une nourrice entrée dans mon service à l'hôpital de Lourcine, me disant que son nourrisson l'avait infectée. J'examinai cette femme, et je trouvai un chancre du mamelon, chancre induré type, avec la pléiade ganglionnaire indolente dans l'aisselle ; d'où je conclus avec M. Ricord, auquel j'avais fait voir la malade, que ce ne devait point être son nourrisson, affecté seulement de syphilis secondaire, qui lui avait communiqué le chancre, mais plutôt son mari ou quelque autre individu ayant eu le même accident.

Maintenant qu'il paraît prouvé que des lésions secondaires peuvent aussi engendrer le chancre, tous ces faits qui nous embarrassaient alors trouvent dans la nouvelle doctrine leur explication naturelle. Aussi, tout récemment, dans un rapport administratif où j'avais à donner mon opinion sur une contagion de nourrisson à nourrice dans les mêmes circonstances que celles que je viens de vous signaler, c'est-à-dire plaques muqueuses à la bouche de l'enfant et chancre induré du mamelon avec pléiade axillaire indolente chez la nourrice, je n'ai pas élevé l'ombre d'un doute sur la transmission directe.

Je pourrais à ces deux observations en ajouter encore un bon nombre d'autres qui me sont propres, soit d'enfants à nourrices, soit d'adultes entre eux, où j'ai pu prendre la contagion sur le fait, et que je reconnais avoir mal interprétées à une certaine époque ; elles prouveraient une fois de plus que le chancre est toujours l'exorde obligé de la vérole et le seul accident résultant tout d'abord de l'inoculation ; tandis que les lésions secondaires ne peuvent se transmet-

tre qu'en repassant par la forme primitive, et cette forme, qu'on l'appelle chancre induré ou papule, se conduit exactement de la même façon que le chancre résultant du chancre, puisque comme dans celui-ci il y a un premier temps d'incubation entre l'inoculation et l'apparition du symptôme, puis une nouvelle incubation entre ce symptôme et l'apparition de la manifestation constitutionnelle.

Messieurs, il est certain que cette manière d'envisager la contagion secondaire est on ne peut plus séduisante. Pour mon compte, je l'accepte d'autant plus volontiers qu'elle explique bien des faits restés douteux dans l'esprit des non-contagionistes, et qu'elle se rapproche de mes opinions d'autrefois; mais est-elle exclusivement vraie, c'est-à-dire est-elle applicable à tous les cas? Vous savez que beaucoup d'auteurs pensent que toutes les formes de la syphilis constitutionnelle se transmettent dans leur essence, et que si quelques-uns se sont ralliés au nouveau dogme, il en est d'autres, même parmi ceux qui n'ont pas reculé devant l'expérimentation sur l'homme sain, qui persistent dans leur opinion. Vous savez aussi que dans cette enceinte même quelques-uns de nos collègues professent que la plaque muqueuse, par exemple, engendre la plaque muqueuse; aussi je me garderai bien d'être absolu. J'ai vu en syphilis tant de ruines, j'ai vu s'écrouler tant de systèmes si bien conçus et si brillamment soutenus, que je puis bien me demander si celui dont je viens de vous ntreteni r n'aura pas le même sort, quoiqu'il se présente, il faut le reconnaître, sous un aspect satisfaisant; mais l'avenir nous dira s'il est inattaquable. Pour cela, il a besoin de la consécration du temps. C'est une voie nouvelle ouverte à l'observation; il faut la suivre.

Quoi qu'il en soit, les travailleurs méritent toujours bien de la science; aussi faut-il applaudir à leurs efforts, faut-il rendre à chacun la justice qui lui est due: c'est pourquoi il me paraît impossible de ne pas attribuer incontestablement à M. le docteur Langlebert le mérite de l'idée première, et à M. le docteur Rollet ou à ses élèves, parmi lesquels M. Viennois est un des plus distingués, la vulgarisation de l'idée, et une abondance d'observations cliniques et de faits d'expérimentation qui ont puissamment contribué à l'élever à la hauteur d'une vérité.

Je propose à la Société de déposer très-honorablement dans ses archives le travail de M. Langlebert, ainsi que la thèse de M. Viennois, et d'adresser des remercîments à ces deux messieurs.

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'appel que nous leur avons fait samedi dernier en faveur d'un de nos confrères que la maladie vient de réduire au plus absolu dénûment, et qui ne se trouve pas dans les conditions voulues pour être secouru par l'Association générale. Nous inscrivons aujourd'hui les noms des premiers souscripteurs qui ont bien voulu répondre à cet appel, espérant qu'ils trouveront de nombreux imitateurs.

MM.	Beaugrand, sous-bibliothécaire de la Faculté de Paris.	5 fr.
	Higgins, à Paris.	10
	Maurel, à Montmartre.	5
	Av., à O. (Rhône).	10
	Avrard, à la Rochelle.	10
	La *Gazette des Hôpitaux*.	50

INSTRUMENTS POUR L'OPÉRATION DE L'OVARIOTOMIE.

M. J. Charrière a soumis à l'Académie de médecine, dans sa dernière séance, la note suivante :

M. Nélaton nous ayant chargé de fabriquer les premiers instruments d'après l'idée de ceux employés en Angleterre pour l'ovariotomie, ce chirurgien nous a fait ajouter un tuyau de caoutchouc au trocart qui était courbe.

Immédiatement après l'opération pratiquée à Saint-Germain, MM. Nélaton et Demarquay nous ont indiqué : 1° de faire le trocart plus long, plus gros et droit, muni d'un robinet et d'un point d'arrêt à la base de la canule; 2° d'ajouter une denture aux mors de la pince destinée à maintenir le pédicule, ainsi que le moyen de régler à volonté l'étendue de la prise des mors; 3° de multiplier la denture des pinces pour saisir le kyste.

Les trocarts que nous avons fabriqués le lendemain de l'opération sont l'un à collet, à la base de la canule, fig. 1; l'autre est muni de deux ailerons, figure 2; ces derniers se développent en retirant la tige. Depuis nous avons mobilisé la plaque d'après l'avis de M. Maisonneuve. Le robinet AAA est à coulisse, tel que notre modèle de trocart à empyème, qui est d'une grande légèreté; au besoin une grosse serre-fine ou pince à point d'arrêt, appliquée sur le tuyau, pourrait peut-être suffire.

Nous avons proposé à M. Nélaton plusieurs genres de constricteurs ci-après :

Fig. 3. Constricteur avec une corde ou une chaîne très-épaisse pressant par l'action d'un treuil ou de la vis. — Fig. 4. Pince à pression parallèle et continue, disposée pour limiter l'étendue. On serre les deux vis latérales sur leur ressort en spirale avec la clef B. — Fig. 5. Pince à pression parallèle; l'étendue des mors est produite au moyen du curseur, qui l'arrête à tous les degrés; la pression continue s'opère par l'élasticité des branches, sur lesquelles l'écrou C agit progressivement.

Dans une précédente note nous avons figuré une pince avec des mors à coulisse et à pression continue comme la précédente.

Une pince à pression parallèle et continue; l'étendue des mors se modifie à la volonté du chirurgien; la pression se fait par la vis latérale, comme celle fig. 5. Comme on le voit, l'instrument n'a que cette seule vis.

Nous avons également appliqué à la pince du premier modèle un demi-cercle mobile qui détermine l'étendue des mors de la pince et produit la pression graduée, avec une vis placée à la partie postérieure; le quart de cercle est à crémaillère.

Notre ancienne pince à artères, à pression continue, légèrement modifiée, suffirait peut-être.

M. Boinet nous a donné les indications pour faire une pince à doubles branches et à une vis à chaque bout.

Fig. 6. Pince à dents multiples et à point d'arrêt; vue des anneaux pour saisir le kyste E.

E. Les deux mors vus dans une deuxième position.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 19 février, M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'institution impériale des Sourds-Muets de Paris (depuis 1848), spécialement chargé du traitement de la surdi-mutité, est chargé du service médical de cet établissement, en remplacement de M. le docteur Ménière, décédé.

— La Société de pharmacie de la Vienne a décidé qu'à propos du congrès pharmaceutique de 1862, dont la réunion aura lieu le 16 août prochain, à Poitiers, il serait décerné deux médailles aux deux mémoires les plus méritants sur une question quelconque se rattachant à la pharmacie ou aux sciences accessoires de son ressort. Ces mémoires seront jugés par une commission du congrès.

En conséquence, les personnes qui voudront prendre part à ce concours devront adresser leurs travaux avant le 1er juillet prochain au secrétaire général, M. Abel Poirier, pharmacien à Loudun. Ils devront être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Blanc, né à Marseille (Bouches-du-Rhône); *Essai sur l'infection purulente, son mécanisme, son traitement.*

Capelle, né à Béthune (Pas-de-Calais); *De l'angine de poitrine; ses symptômes, ses causes, sa nature et son siége.*

Després, né à Paris; *Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule.*

Jacquart, né à Tourcoing (Nord); *De la coqueluche; essai de traitement de cette affection par le chloroforme à l'intérieur.*

Daugreilh, né à Canna (Landes); *La pellagre.*

Giffard, né à la Barre-en-Ouche (Eure); *Du siége anatomique de la parotidite; quelques considérations sur cette inflammation.*

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Traité pratique des affections nerveuses et chloro-anémiques, considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles, par M. le docteur Mordret, lauréat de l'Académie de médecine de Paris, etc.; ouvrage qui a obtenu au dernier concours de l'Académie de médecine un prix de 900 francs. Un volume in-8° de 500 pages. Prix : 6 fr., *franco* par la poste. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Geos ou Histoire de la terre, de sa création, de son développement et de son organisation par l'action des causes actuelles. Géologie philosophique, par M. le docteur R. F. Mérat. Deux volumes in-8°. Paris, 1861 chez Garnier frères, libraires-éditeurs, 6, rue des Saints-Pères.

De l'ataxie musculaire, par M. Teissier, professeur à l'École de médecine de Lyon. Paris, 1862. Un volume in-8°. Prix, *franco* par la poste, 1 fr. 50 c. Chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par M. Ch. Deval, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique ophthalmologique. Un très-fort volume grand in-8° de 1,056 pages, contenant : 1° 44 figures intercalées dans le texte; 2° 6 planches destinées à l'appareil instrumental; 3° 6 planches coloriées représentant les principales altérations constatables à l'ophthalmoscope; 4° l'épreuve de la vue ou échelle typographique d'E. Jaeger. Prix : 15 fr.; *franco* 16 fr. Chez Albeissard et Bérard, éditeurs, rue Guénégaud, 8, à Paris; même maison à Marseille, rue Pavillon, 25.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 26. — MARDI 4 MARS 1862. (35e ANNÉE.) N° 26. — MARDI 4 MARS 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 MARS 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il n'a été fait dans cette séance aucune lecture ni aucune communication que nous ayons à mentionner ici. On trouvera dans le compte rendu l'indication seulement de quelques travaux destinés aux concours pour les prix.

Nous cédons la place à notre collaborateur M. Chalvet, pour la question de l'hygiène des hôpitaux. — Dr Brochin.

A PROPOS DE LA DISCUSSION

SUR L'HYGIÈNE DES HOPITAUX (1).

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Gosselin a fait ressortir toute l'importance des émanations de nature organique dans la formation de l'atmosphère nosocomiale. Il a déclaré avec raison que ce point d'hygiène n'a pas jusqu'à ce jour suffisamment fixé l'attention des médecins, bien qu'il ait été à diverses époques l'objet de travaux nombreux.

Avant de reprendre l'énumération des négligences qui concourent à rendre nos hôpitaux insalubres, je crois devoir profiter de l'occasion pour indiquer en peu de mots les tentatives que l'on a faites pour éclairer l'étiologie des maladies miasmatiques.

Je ne remonterai pas à Hippocrate, qui ne paraît pas cependant avoir ignoré l'influence de l'air vicié sur les malades, ni aux Hébreux, qui, durant leur séjour dans le désert, avaient reçu du législateur l'ordre de ne laisser à l'air libre aucune substance putrescible. J'arrive de suite aux observateurs qui ont réellement constaté que l'air vicié semble devoir ses propriétés malfaisantes à la suspension dans ce fluide de particules organiques et de diverses espèces de gaz.

Dans son *Traité de médecine légale,* M. Devergie rapporte (chapitre *sur la putréfaction*) que Moscati eut le premier l'idée de chercher les causes qui rendent l'air insalubre au voisinage de certains marais. La vapeur d'eau condensée dans ce milieu générateur des fièvres paludéennes ne tarda pas à se corrompre, preuve qu'elle tenait en suspension des corpuscules putrescibles.

En 1776, l'Académie de chirurgie mit au concours la question suivante : « Comment l'air, par ses diverses qualités, peut influer dans les maladies chirurgicales, etc. »

Deux lauréats, Camper et Lombard, traitèrent la question dans le sens de la discussion actuelle. Lombard, dont j'ai déjà cité dans un précédent article un passage à propos du transport des matières purulentes, disait ailleurs : « L'air chauffé pendant la nuit met en mouvement les particules les plus subtiles des *odeurs*, les dilate, les féconde, et les rend *susceptibles du plus grand mal*. (*Mémoire pour les prix*, t. V, p. 1009.)

L'année suivante (1777), Lavoisier analysa l'air d'une salle d'hôpital et de deux salles de théâtre. Mais il fit cette analyse en chimiste pur ; il constata surtout une augmentation d'acide carbonique, et attribua le premier le malaise que l'on éprouve dans les grandes réunions à un excès de ce gaz et non à la chaleur.

En 1792, Séguin dosa aussi l'acide carbonique dans une salle d'hôpital ; il trouva pareillement une augmentation d'acide carbonique, mais il n'y ajouta aucune importance.

En 1804, Humboldt et Gay-Lussac firent l'analyse de l'air confiné d'une salle de spectacle, mais ils ne furent frappés que de la diminution de l'oxygène. Jusqu'alors, n'ayant eu recours qu'aux analyses eudiométriques, les résultats devaient être pour ainsi dire négatifs au point de vue de la composition réelle de l'air insalubre.

En 1812, Rigaud de l'Isle répéta les expériences de Moscati, et constata les mêmes faits.

M. Boussingault, en 1819 d'abord, puis en 1829, constata également que l'acide sulfurique, placé à proximité d'une mare où il avait fait rouir du chanvre, noircissait d'autant plus promptement que l'air était plus infect.

D'après les inspirations de M. Dumas, M. Leblanc entreprit en 1841 une série de recherches sur l'air confiné (*Ann. de chim. et de phys.*, t. IV, 3e série, p. 223). M. Leblanc s'occupa surtout du dosage de l'acide carbonique, de l'oxygène et de l'azote. Il pense même que le dosage de la matière organique n'est pas possible dans l'air médiocrement insalubre. A ce propos, il rappelle l'opinion de M. Péclet et de M. Dumas, qui admettent sans démonstration directe, par l'odeur seule, la présence de matières animales dans l'air vicié par une nombreuse assemblée.

A la même époque, M. Dumas avait déjà appelé dans ses cours l'attention des élèves sur l'analogie de l'action des ferments avec celle des virus divers sur l'organisme. Cette idée avait trouvé déjà des développements pleins d'intérêt dans les travaux de Liebig, dont l'ensemble des doctrines fut publié plus tard dans ses *Lettres sur la chimie*.

Le savant qui nous paraît avoir pour ainsi dire opéré la renaissance de l'opinion que nous avons sur la nature des miasmes, est M. Ch. Robin.

Dans un article bibliographique publié en 1856 (*Gazette des Hôpitaux*, p. 362), à propos du *Traité d'hygiène navale* de M. Fonssagrives, M. Robin reprochait à l'auteur de n'avoir pas suffisamment insisté sur le chapitre qui traite de l'encombrement, de l'infection, etc., sur ces actions contaminantes, prétendues mystérieuses pour ceux qui n'en connaissent pas les lois... »

Plus loin il ajoute : « C'est par les substances organiques animales ou végétales altérées, en suspension dans l'air, que sont déterminées certaines affections épidémiques, telles que le typhus, la dyssenterie, les affections paludéennes et autres, dites maladies générales, les infections putrides, etc.

Depuis plusieurs années, M. le professeur Bouchardat insiste beaucoup dans ses leçons sur l'influence des miasmes dans les maladies épidémiques et pestilentielles.

M. Trousseau, dans son *Traité de clinique*, admet les idées de M. Robin à l'article *Contagion*. Enfin je citerai encore les articles nombreux que M. Chevallier publie depuis longtemps sur le même sujet dans son *Journal de chimie médicale*.

Tel était l'état de la question quand M. Réveil commença ses recherches sur l'air des salles. L'analyse des poussières n'avait encore fixé l'attention de personne. A l'époque où le *Cosmos* publia (1861) que M. Hielt venait de voir avec l'aéroscope de M. Pouchet, modifié par le professeur Purkynge, les prétendues cellules de pus, M. Réveil avait déjà fixé les cellules épithéliales et les corpuscules organiques sur les toiles de son appareil. Depuis cette époque, quelques travaux ont paru à l'étranger; mais je ne sache pas que l'on ait cherché avant nous à doser isolément les poussières d'origine animale.

Je reviens à mon sujet. J'examinerai aujourd'hui comme causes d'insalubrité l'emmagasinement des linges et des appareils de pansements.

La charpie, les diverses fournitures qui servent aux pansements, sont conservées dans les salles ou près des salles pendant un temps beaucoup trop long. Ces substances, on le sait, condensent plus ou moins les émanations gazeuses qui servent de véhicule aux corpuscules organiques de diverses origines.

Par une fâcheuse coïncidence, c'est en général à côté des lieux d'aisances que se trouve le magasin de charpie. J'ai vu le même sac contenant la quantité de charpie nécessaire pour plus d'un mois, séjourner dans les *lieux mêmes*. C'est encore là que j'ai vu déposer les substances fétides que l'on voulait éloigner des salles, les bassins remplis de liquides morbides ou de matières fécales. Il n'est évidemment pas sans danger de laisser la charpie, de provenances si diverses déjà, s'imprégner ainsi d'émanations miasmatiques, surtout quand elle est destinée à être directement appliquée sur les plaies.

Nous signalerons également, comme une source d'infection, l'usage de conserver dans les salles, durant des matinées entières, les appareils de pansement souillés par d'abondantes suppurations. Ces liquides pathologiques, qui ont déjà subi un commencement de décomposition, ne tardent pas à y répandre cette odeur particulière qui impressionne si désagréablement les étrangers quand ils visitent les services à l'heure des pansements.

Pour obvier à cet inconvénient, il suffirait, comme le conseillait Lombard, et comme le pratiquent les *felczers* de Varsovie, comme cela se fait généralement en ville, de transporter immédiatement hors des salles les pièces d'appareil, de brûler les parties qui ne doivent plus servir, et de plonger le reste dans l'eau chlorurée. Nous en dirons autant des alèzes, des coussins et autres objets de literie, imprégnés de matières en voie de putréfaction.

Avant d'être placés dans les greniers, les coussins sont quelquefois entassés pendant plusieurs jours dans de petits cabinets situés en général sur les carrés où s'ouvrent les salles, quand par inadvertance ils ne séjournent pas un temps variable dans le bas des armoires ou dans les cabinets où l'on conserve la charpie.

J'ai assisté récemment au chargement pour la buanderie de ces coussins descendus dans la cour de l'hôpital. Eh bien, même en plein air, par une température voisine de zéro, on se serait cru dans l'atmosphère d'un cabinet de dissection. Qu'on juge

(1) Voir les numéros des 11 et 20 février dernier.

HABITUDES ET MŒURS DES ÉPILEPTIQUES.

Le caractère propre à chaque individu est une résultante morale de son organisation. La relation la plus directe existe, en effet, entre les dispositions du corps et celles de l'esprit. La santé laisse librement s'épanouir les facultés de l'âme; la maladie les contriste et les dénature. L'excitabilité morose est l'inévitable suite des affections chroniques, mais l'état moral a des signes symptomatologiques qui traduisent presque à coup sûr la nature habituelle de la souffrance. Nul ne confondra, par exemple, la misanthropie de l'homme qui porte une lésion des voies urinaires ou l'irascibilité bourrue du goutteux, avec la triste préoccupation du gastralgique ou l'inconstante mobilité du phthisique. Il y a là des nuances *sui generis*.

L'épilepsie, de son côté, modifie à ce point les tendances antérieures et les qualités intellectuelles et affectives des malades, qu'elle finit par les ramener à une expression générale, et qu'elle leur imprime un cachet commun et des plus reconnaissables.

La récente discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie de médecine sur cette redoutable névrose a subitement avorté, mais non sans avoir permis à MM. Trousseau, Tardieu, Baillarger et Devergie, de développer quelques considérations médico-légales d'un grand intérêt. Une chose nous a frappé cependant, c'est que ces savants auteurs se sont placés de suite sur le terrain de la criminalité, et qu'ils ont analysé ces manifestations soudaines et terribles qui distinguent le paroxysme épileptique élevé à sa plus haute puissance, et qui conduisent aux actes les plus imprévus, sans avoir d'abord signalé les étranges anomalies de caractère qui s'observent chaque jour chez les malades, et qui leur constituent réellement des mœurs à part. Envisageant la question sous ce dernier point de vue, nous négligerons les faits appartenant à l'ordre judiciaire, et nous dessinerons seulement le portrait des épileptiques. Nous ne voulons tirer ici qu'une épreuve de photographie morale.

En dehors de toute crise convulsive, les épileptiques sont égoïstes, méfiants, ombrageux, irritables et emportés. Il suffit quelquefois d'un regard ou d'un geste pour leur causer l'impression la plus fâcheuse et enflammer leur colère. Soupçonneux, querelleurs, difficiles à vivre et n'aimant personne, ils se plaignent à tort, se disputent, sèment la discorde et se font haïr. Leurs mouvements impétueux n'excluent ni la pusillanimité ni la poltronnerie : la vue d'un surveillant et la crainte d'une punition ont bientôt rétabli d'ordinaire le silence et le bon ordre. Abandonnant alors les motifs plus ou moins fondés de leur haineuse altercation, ils s'éloignent en décrivant quelque pantomime.

Dans le caractère des épileptiques, tout est contradiction. Rien ne saurait égaler la fréquence, la rapidité et l'excessive mobilité des contrastes. Ces mêmes hommes dont l'humeur acariâtre, méchante et rebelle, avait tout à l'heure fixé votre attention, les voici maintenant prévenants, soumis, polis, flatteurs, obséquieux et rampants; ils vous entourent, vous prennent les mains, se mettent entièrement à votre discrétion et vous font mille protestations. Ils profitent du tendre abandon avec lequel ils affectent de se livrer à vous, pour approcher leur figure très-près, prendre un air mystérieux, vous parler à l'oreille et vous confier quelque important secret. L'entretien intime aboutit à une dénonciation calomnieuse contre un infirmier, ou à la sollicitation pateline d'un peu de vin ou de tabac. Dans ce cas, il faut être bon, juste et ferme, admonester avec bienveillance, ne promettre qu'à bon escient et ne jamais rudoyer.

La versatilité des manifestations psychiques dans l'épilepsie est telle que le matin, à la visite, un malade affable, gai, démonstratif, enthousiaste, se sera applaudi de ses actions, aura vanté les ressources de son esprit et les qualités de son cœur, aura fait le loquace et exubérant éloge de sa femme, de ses enfants et de ses amis, et se sera à ce point illusionné sur son état, qu'il aura complaisamment énuméré une foule de projets grandioses, auxquels il donnera suite aussitôt après sa rentrée dans la société; quelques heures après, si vous avez occasion de le revoir, ce même homme est tristement accroupi dans un coin; il pleure et est plongé dans le plus réel désespoir. Approchez-vous de lui, témoignez-lui de l'intérêt, et, après avoir jeté sur vous un regard dans lequel se lisent la douleur et la honte, il vous parle des terribles conséquences de sa maladie, de l'éloignement forcé dans lequel il est sans doute condamné à vivre jusqu'à sa mort, du désir immense qu'il aurait de guérir, et de l'amertume dont son existence est abreuvée ! *Torpent, abjecti animo, mœsti, hominum aspectum et consuetudinem vitantes*, a dit Arétée.

Entre ces états si différents, si diamétralement opposés, on constate souvent une sorte de situation mixte : les malades sont calmes, mo-

par là des émanations qui doivent s'échapper du local où sont conservés tant de foyers divers de décomposition !

Le blanchissage de ces linges est fait avec le plus grand soin, je n'en doute pas. Cependant, comment se fait-il que les compresses qui ont servi à faire des cataplasmes conservent quelquefois, en sortant de la buanderie, des débris nombreux de farine de lin et même l'odeur du cataplasme?

Qui nous dit que les éléments d'infection sont moins subtils que les parcelles de farine de lin ?

Cette farine ne peut-elle pas, dans quelques circonstances, abriter le miasme qui viendra modifier défavorablement un foyer de suppuration?

Nous ferons les mêmes observations au sujet des appareils de fracture (attelles, coussinets, etc.), qui servent pour ainsi dire indéfiniment sans être purifiés. Ces pièces, imprégnées d'émanations organiques (sueurs, vapeurs, corpuscules, et quelquefois de liquides pathologiques), sont le plus souvent placées dans un cabinet destiné aux appareils de ce genre. On ne les lave que dans le cas où elles ont été salies sur une grande étendue. Il m'est arrivé souvent de trouver dans ces cabinets des attelles et des coussins couverts de moisissures, exhalant une odeur fétide qui indiquait assez leur état d'impureté.

Ce sont là, à mon avis, autant de circonstances qui concourent aux insuccès constatés par la statistique. En pareille matière, on devrait toujours agir comme s'il était démontré qu'il suffit d'absorber, même par les voies respiratoires, quelques-uns de ces corpuscules fétides pour qu'il survienne dans certaines circonstances quelques-unes de ces complications graves si communes dans nos hôpitaux. Et n'est-ce pas ainsi que se propagent les fièvres éruptives à la période de desquamation? Ne sait-on pas avec quelle facilité le germe du mal peut-être transmis? M. Trousseau en a rapporté dans sa clinique des exemples fort remarquables. Le seul contact d'un jouet ayant appartenu à un convalescent de fièvre scarlatine peut, après plus d'un mois, contenir encore l'imperceptible élément de la contamination. Ainsi que l'a formulé M. Ch. Robin dans l'article déjà cité, pour que ces actions se produisent, la quantité n'est rien, la qualité suffit comme pour la fermentation.

CHALVET,
interne des hôpitaux.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. SÉDILLOT.

Kyste hémorrhagique thyroïdien.

(Observation recueillie par M. le docteur COCHU, médecin surveillant à l'École du service de santé.)

L... (Élise), âgée de treize ans, entre à l'hôpital civil le 22 novembre 1861.

D'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, cette fille, qui n'est pas encore réglée, présente à la région cervicale antérieure une tumeur d'une forme globuleuse, qui s'étend de l'os hyoïde à la face supérieure du sternum.

La circonférence est facilement limitée, et le diamètre transversal mesure 10 centimètres. Cette tumeur est adhérente au larynx, dont elle accompagne tous les mouvements d'élévation et d'abaissement. La peau qui la recouvre est souple, sans altération de couleur ni de texture.

Les organes sous-jacents ne présentent aucun phénomène de compression.

La respiration est libre; la circulation n'est pas entravée. Les troubles fonctionnels appréciables consistent dans la gêne des mouvements de la tête, dans la tendance à l'essoufflement à la suite d'exercices violents ou prolongés.

Cette tumeur s'est développée sans causes connues, il y a sept ans, et a suivi depuis cette époque une marche lente; mais progressive, malgré les médications iodiques les plus variées.

La mère de la malade porte à la même région des tumeurs thyroïdiennes petites, mobiles, dures et stationnaires.

La famille habite Arlesheim, canton de Bâle (Suisse).

La forme, le siége et le mode de développement de cette affection, la font rattacher aux maladies qu'on désignait autrefois sous le nom commun de goître.

La palpation fournit les caractères suivants :

1° Le toucher n'est pas douloureux;

2° La tumeur est formée de parois d'épaisseur variable, et renferme un liquide. On sent en bas et de chaque côté, surtout à gauche, des indurations partielles.

La fluctuation n'est pas franche, et la consistance de la tumeur fait supposer que la matière du kyste a une certaine densité.

M. Sédillot distingue les tumeurs thyroïdiennes kystiques en deux grandes classes :

1° Celles dont l'enveloppe séreuse, celluleuse, fibreuse, etc., se trouve distincte en dehors du tissu thyroïdien;

2° Celles dont les parois sont en partie formées par une épaisseur plus ou moins grande du corps thyroïde, étendu en membrane.

Ce sont les dernières qui sont les plus graves, et peuvent exposer à des hémorrhagies dangereuses.

L'affection qui nous occupe doit être rangée dans la deuxième classe; la constitution des parois le démontre, et la tumeur est manifestement intra-thyroïdienne.

En présence d'une affection de ce genre, quel procédé curatif fallait-il choisir?

La région du cou est remarquable par l'extrême laxité du tissu cellulaire. Le grand nombre de couches aponévrotiques et musculaires entre lesquelles des inflammations diffuses peuvent se propager; la communication du tissu cellulaire avec les médiastins, et les mouvements continuels résultant de la respiration, de la déglutition, de l'extrême mobilité de la tête : flexion, extension, renversement, rotation, inclinaisons latérales, augmentent le danger des opérations pratiquées dans cette région.

L'inflammation du corps thyroïde amène souvent en outre la suffocation, et peut entraîner, ce qui est encore à étudier, des intoxications générales dont la cause n'est pas encore connue.

Dans la première division des tumeurs kystiques, tous les traitements ordinaires réussissent; mais il n'en est pas de même dans les kystes intra-thyroïdiens.

L'extirpation est trop dangereuse, car il faudrait enlever une grande portion du corps thyroïde, et le séparer par conséquent des parties environnantes; produire de vastes surfaces traumatiques; s'exposer à d'effrayantes hémorrhagies, à des inflammations étendues, et aucun chirurgien prudent n'affrontera de pareilles complications sans nécessité absolue.

Le séton est insuffisant et occasionne des suppurations diffuses, des intoxications putrides, par séjour et résorption des liquides altérés. Ce moyen ne met pas à l'abri de l'hémorrhagie, et on est bientôt obligé de fendre la tumeur largement pour parer aux accidents.

La ponction simple échoue. La ponction avec injection iodée expose aux hémorrhagies, à l'inflammation, à la distension énorme du kyste, à la suppuration et à l'intoxication putrides, et peut causer la mort, comme on en connaît plusieurs exemples.

La ponction avec introduction et maintien d'une canule dans la plaie est moins dangereuse. On fait des injections modificatrices, caustiques, etc., dans la tumeur, mais la cure est longue et reste souvent inefficace. La large ouverture du kyste ne met pas à l'abri de tout danger, mais expose cependant à moins d'accidents. Cette ouverture peut être faite par les caustiques ou par le bistouri. Par le caustique, on peut entamer toute l'épaisseur des parties molles ou commencer par couper la peau, l'aponévrose superficielle et profonde, séparer les muscles sterno-hyoïdiens et thyroïdiens, puis appliquer sur la surface thyroïdienne mise à nu la pâte de Canquoin et fendre ensuite l'eschare pour pénétrer dans la tumeur. Ces procédés sont longs, douloureux, et l'incision simple, immédiate, semble préférable.

Ces considérations exposées par M. Sédillot firent suffisamment connaître la gravité de l'opération qu'il allait entreprendre, et le professeur n'en dissimula pas les dangers primitifs et consécutifs.

La malade, amenée le 27 novembre à l'amphithéâtre des cliniques, fut chloroformée jusqu'à la résolution musculaire, comme tous les autres opérés de la Clinique dont les opérations exigent un temps assez long.

La peau fut incisée sur la ligne médiane à l'aide d'un bistouri droit, dans l'étendue de 8 à 10 centimètres, puis les aponévroses superficielle et profonde, les muscles sterno-hyoïdiens et thyroïdiens furent écartés, et on aperçut la surface rougeâtre et parsemée d'énormes veines distendues du corps thyroïde, formant une membrane de plusieurs millimètres d'épaisseur, distendue par le liquide renfermé dans la tumeur.

L'incision de cette portion du corps thyroïde évita les plus grosses veines, mais le sang coula néanmoins en grande abondance, mêlé à un liquide brunâtre, épais et filant renfermé dans le kyste. La surface intérieure de la cavité était rougeâtre, tomenteuse, comme hérissée de replis, assez semblables aux valvules des intestins, et laissant transsuder en forte quantité le sang artériel. On ne pouvait appliquer de ligatures en l'absence d'orifices vasculaires détruits, et l'on se borna à tamponner le kyste à l'aide de boulettes de charpie imbibées d'eau Pagliari.

La jeune opérée, reportée dans son lit, fut prise peu de temps après de nausées, puis d'efforts de vomissement, et les pièces de pansement s'imbibèrent de sang. La compression digitale fut exercée avec succès sur les bords découverts de la plaie, mais ne pouvait être cessée sans que l'hémorrhagie fut arrêtée.

Le 28, à la visite du matin, on constate une tuméfaction très-considérable du cou; la respiration et la déglutition sont difficiles, la peau est chaude, le pouls, très-petit, bat 120 fois par minute. — Eau fraîche, vin de Malaga.

Toute la surface de la plaie a été convertie en une eschare noirâtre et sèche par l'application du perchlorure, et, comme la suffocation est imminente, M. Sédillot se décide dans la journée à enlever une grande partie de la charpie introduite dans ce kyste.

La malade est très-fatiguée, elle vomit continuellement et a par instants de véritables angoisses suffocantes. M. Sédillot enlève les dernières portions de charpie qui avaient servi au tamponnement.

Le 29, la nuit a encore été agitée; le gonflement a diminué, la dyspnée est moins forte, mais le pouls est misérable, à peine perceptible, la peau sèche; le facies est grippé, les dents et les lèvres sont fuligineuses; il y a eu du trouble dans les idées et du délire. Les vomissements ont cessé.

Vers le soir on donne un peu de malaga; le pouls est sensible, mais on ne peut encore déterminer le nombre des pulsations. — Applications émollientes sur la tumeur.

Le 30, un peu moins d'agitation, retour de l'intelligence. La malade accuse de vives douleurs, surtout dans les mouvements de déglutition. Le gonflement du cou n'a pas augmenté; mais la respiration est très-difficile (60 inspirations par minute). Le pouls se relève légèrement; les dents sont encore fuligineuses.

Le 1er décembre, sommeil moins agité, moins de prostration. La malade demande à prendre un peu de café.

Les eschares produites par le perchlorure de fer commencent à se détacher par parcelles, et laissent suinter de la sérosité purulente. A droite, au fond de la plaie, on voit une surface rosée qui fait saillie. Cette surface est constituée par une portion du corps thyroïde.

Le 2, le pouls, moins faible que les jours précédents, est à 112 pulsations; la respiration est anxieuse (60 inspirations à la minute); la malade est dans un état d'affaiblissement marqué; la peau est sèche; il semble que l'amaigrissement ait fait des progrès rapides depuis vingt-quatre heures. La face est grippée, le facies typhoïde, les dents fuligineuses et sèches; l'appétit est conservé. La malade demande du pain, qu'on lui accorde; café au lait, eau fraîche.

Le 3, prostration moins grande; état typhoïde persistant, stupeur moins prononcée; quarante-huit inspirations par minute; 118 pulsations; les eschares se détachent peu à peu. L'appétit est conservé; constipation. — Lait, bouillon, lavement.

Le 4, la malade est un peu moins abattue, la physionomie s'éveille; respiration moins fréquente (quarante-huit); ventre libre, non douloureux; langue moins sèche, dents moins fuligineuses. La plaie commence à se déterger, la suppuration s'établit, le corps thyroïde fait saillie au fond de la plaie.

Le 5, amélioration marquée, inspirations moins fréquentes; pouls à 108; langue humide, appétit assez vif. Plaie complétement nettoyée. — Pansement au styrax; alimentation à la volonté de la malade.

A partir de cette époque, l'amélioration se continue; l'état local se ressent de l'état général. On cautérise chaque jour les lobes thyroïdiens qui font saillie à travers l'ouverture de la poche kystique, et on prescrit l'iodure de potassium à la dose progressive de 1 à 5 décigrammes par jour.

A la fin du mois de décembre, la plaie est réduite à la dimension d'une pièce de 50 centimes.

La malade sort le 11 janvier 1862 sans avoir éprouvé de nouveaux accidents. La tumeur a presque complétement disparu, la cicatrisation est complète; la circonférence du cou n'offre pas de difformité notable.

Voici quelques-unes des réflexions exposées à la clinique par M. le professeur Sédillot à l'occasion de cette observation :

Une hémorrhagie considérable s'est déclarée; le tamponnement au perchlorure de fer en a triomphé. Dès lors la surface de la plaie a été convertie en une eschare sèche, noire, épaisse, dure, qui ne s'est détachée par parcelles que six et huit jours après.

Pendant ce temps, la jeune opérée fut en danger de mort par une double cause :

---

destes, réservés et pleins de bon vouloir; leur voix est douce, leurs paroles sont empreintes de bienveillance et de bonté. Ils ont, d'après M. Delasiauve, « comme le vague instinct de leur impuissance, le sentiment de leur infirmité. Timides, circonspects, ils sollicitent en quelque sorte la pitié par leur douceur, et, par les petits services qu'ils peuvent rendre, la protection et la sympathie » (1). Des sentiments de ferveur religieuse se font jour et s'élèvent jusqu'à l'exaltation; mais la plupart du temps des habitudes solitaires invétérées s'inscrivent en faux contre des croyances et des pratiques toutes de circonstance et qui partent d'un cerveau aussi fragile que le cristal. Quelques jours, quelques semaines peuvent se passer ainsi, mais le retour des crises convulsives efface bientôt jusqu'au souvenir de ces instants d'amélioration mentale relative, et rappelle le cercle fantasque des idées confuses et des allures bizarres.

Ainsi que l'a rappelé M. Jules Falret dans l'excellent travail qu'il vient de publier (2), on emploie quelquefois des épileptiques en qualité d'infirmiers. C'est, à notre avis et au sien sans doute, le plus mauvais choix que l'on puisse faire. Aujourd'hui laborieux, dociles, conciliants, exacts, honnêtes, propres et dévoués, vous les trouvez le lendemain paresseux, arrogants, taquins, négligents, voleurs, sales et violents. L'imprévu a trop de prise sur eux pour qu'on puisse leur confier avec quelque sécurité la moindre occupation dans l'intérieur d'un hôpital d'aliénés. Nous avons connu un épileptique, chargé de balayer une salle à autopsies, qui fut trouvé en flagrant délit de profanation de cadavres ! Une surveillante de buanderie fut tout à coup frappée de l'*ictus epilepticus*, tomba dans l'eau et y trouva la mort. Un autre de ces malades, occupé aux travaux horticoles, faillit tuer à coups de bêche un de ses compagnons d'infortune. Que de cas analogues ne pourrions-nous pas citer !

Dans un asile, les épileptiques fréquentent peu les aliénés. Ils ont plutôt une sorte d'attraction pour ceux qui partagent leur malheur. Bien qu'ils se disputent, se froissent à propos de rien ou se battent entre eux, ils se prêtent assez volontiers une mutuelle assistance en cas d'ébats convulsifs. Ils se font même juges du degré d'intensité de l'attaque qu'a éprouvée leur camarade, et le lendemain ils en rendent fidèlement compte au médecin.

La lésion des sentiments affectifs est en général très-marquée chez les épileptiques; ils ont ce qu'on appelle vulgairement le *cœur sec*. M. Hausalter a rapporté dans sa thèse inaugurale l'observation d'un malade dont les tendances religieuses étaient des plus manifestes, et qui lança un jour presque sans motifs un violent coup de pied dans les parties génitales d'un de ses compagnons. Cet acte de brutalité ayant consécutivement amené la mort, on mit le malade en présence du cadavre de sa victime, dans l'espoir que ce spectacle l'impressionnerait vivement et lui ferait tempérer ultérieurement sa violence; mais il fut impossible de surprendre chez lui la plus légère trace d'émotion et de lui arracher une parole de repentir. Le trouble et l'égarement que les plus grands coupables décèlent en pareille circonstance sont un hommage à la conscience humaine; ils accusent celui qui les a ressentis, loin d'atténuer son crime. Mais lorsqu'une névrose écrasante a rompu le fil conducteur de l'intelligence, enchaîné la volonté et voilé les sentiments affectifs, la société n'a point à punir cet être, comparable à une machine, qui a frappé et tué : elle doit seulement déplorer une aussi immense infortune et faire en sorte de parer désormais à la possibilité d'une dangereuse récidive.

Quelques auteurs ont signalé la rareté des suicides dans les sections d'épileptiques. M. Brierre de Boismont n'en a jamais constaté, et M. Morel, dans son *Traité des maladies mentales*, n'en a rapporté que deux exemples. Mais M. Delasiauve, contrairement à ces deux auteurs recommandables, a soutenu une thèse opposée. S'appuyant sur l'autorité de Calmeil, Maisonneuve, Bouchet et Cazauvieilh, et sur sa longue expérience personnelle, il a rapporté des observations établissant péremptoirement que le trouble de l'esprit, la fausseté des conceptions, l'inappréciation de l'acte et l'obsession par des tourments vagues et imaginaires qui succèdent si souvent aux accès convulsifs, ont maintes fois grossi le nombre des déserteurs de la vie. Nous sommes complétement de cette dernière opinion, et le cas si curieux que M. le docteur Semelaigne a publié dans le *Journal de médecine mentale* (1861) n'est point fait pour modifier notre manière de voir.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

(1) *Traité de l'épilepsie*, p. 148.

(2) *De l'état mental des épileptiques*. In *Archives générales de médecine*, 1861.

1° L'asphyxie due au gonflement thyroïdien et à la pression des boulettes de charpie placées dans le kyste ;

2° Un état typhoïde avec prostration, subdélirium, petitesse et fréquence du pouls, accélération respiratoire.

Le premier état, que plusieurs personnes attribuaient à des spasmes nerveux, était caractérisé par la pâleur de la face, des sueurs froides, une agitation violente, le renversement de la tête en arrière avec secousses de tout le tronc et orthopnée ; des inspirations très-courtes, répétées, convulsives, la disparition du pouls, tous signes d'une suffocation imminente. Aussi parut-il indispensable au chirurgien de débarrasser le kyste de toute la charpie qui y était contenue, et qui s'était moulée en mèches ou cordons durs, noirâtres, compactes, sous l'influence de l'imprégnation du sel de fer. On combattit ensuite l'engorgement inflammatoire du corps thyroïdien par des fomentations émollientes et quelques lavements dérivatifs. L'état typhoïde dura plus longtemps, et ne disparut que graduellement. On ne pouvait l'attribuer à aucune infection purulente ou putride, car on n'avait pas remarqué d'angéioleucites ni de phlébites ; pas de traces d'érysipèle ; aucune suppuration fétide, pas de frissons, et l'on dut se demander si l'inflammation du corps thyroïde n'avait pas été pour quelque chose dans cet état général si alarmant. La jeune malade but toujours avec plaisir de l'eau, du lait et du bouillon lacté.

Dès le moment où la langue s'humecta, la convalescence marcha franchement et sans le moindre accident.

Pendant la cicatrisation de la plaie, les engorgements thyroïdiens qui faisaient saillie dans l'intérieur du kyste se renversèrent en dehors ; mais le décroissement en était chaque jour plus manifeste et fut accéléré par l'emploi de l'iodure de potassium.

Ce fait a paru d'autant plus curieux que tous les accidents dont nous fûmes témoin avaient été prévus et annoncés, et que le chirurgien les avait affrontés en connaissance de cause, et dans la conviction que le procédé auquel il avait eu recours était encore le plus efficace et le moins dangereux. Il était important de signaler aux jeunes praticiens les dangers de la cure des tumeurs de cette nature, afin que dans le cas où ils en tenteraient la guérison, ils en connussent les difficultés et les périls.

Les observations de cette nature ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'une doctrine unique réunisse tous les chirurgiens sur le meilleur mode de traitement à adopter, et l'on pourra consulter avec fruit le Mémoire de M. Seutin sur les kystes hémorrhagiques du cou, et ceux dont on trouve des exemples dans la collection de ce journal.

DU BUBON D'EMBLÉE.

Par M. le docteur A. Legrand.

Note lue à la Société de médecine pratique dans sa séance du 5 décembre 1861.

Au milieu de cette étrange confusion où sont tombées dans ces derniers temps toutes les théories sur la syphilis, je me suis demandé (à propos d'un fait que je viens d'observer dans ma pratique et que je ne tarderai point à rapporter), je me suis demandé, dis-je, *si l'on croyait encore au bubon d'emblée.*

Ce n'est pas que mes vieilles opinions aient jamais varié à ce sujet ; mais chaque opinion personnelle n'a qu'une valeur relative, et pour qu'elle ait cours dans la science, il faut qu'un faisceau de faits d'une interprétation facile lui assure un assentiment presque général et lui donne une valeur à peu près absolue. Or malheureusement (il faut le reconnaître de suite) les engorgements qui surviennent chez l'adulte dans la région inguinale, sans qu'ils s'accompagnent ou d'une blennorrhagie ou d'un chancre, ne sont pas d'une interprétation facile, et même de ceux-ci n'admet-on pas toujours la nature virulente.

Je sais bien qu'on a à sa disposition une espèce de pierre de touche, c'est l'*inoculation*, l'inoculation, que pour mon compte j'ai toujours repoussée comme immorale et inhumaine ! Mais indépendamment que les contradictions d'un illustre syphiliographe, qui tantôt l'admet comme le *criterium* par excellence de la virulence de toute espèce de bubon, et tantôt au contraire la repousse, regrettables contradictions qui permettent de douter de sa valeur absolue comme moyen de diagnostic ; indépendamment encore que depuis l'éclatante discussion qui a eu lieu dans le sein de l'Académie de médecine, où elle a été frappée d'une juste réprobation, elle est tombée dans un grand discrédit ; indépendamment, dis-je, de ces diverses circonstances, on comprend que cette méthode soit inapplicable dans la pratique en ville. Il faut donc accepter, dans une question de ce genre, d'une solution en définitive si difficile, sinon comme une preuve irréfragable, du moins comme une grande probabilité, le témoignage des auteurs les plus considérables.

Eh bien, tous à peu près s'accordent pour admettre l'existence du bubon d'emblée. M. Ricord le définit ainsi : « Les bubons d'emblée sont ceux qui n'ont pour antécédents que des rapports sexuels sans aucune trace d'accidents primitifs. » (*Annotations au traité de Hunter ;* Paris, 1845.)

L'auteur annoté n'est pas moins explicite quand il dit que « le pus absorbé est porté dans la circulation commune par les vaisseaux absorbants ; il y fait naître souvent l'inflammation spécifique, qui a pour conséquence la formation de bubons, *véritables abcès vénériens*, exactement semblables aux chancres dans leur nature et dans leurs effets, et qui n'en diffèrent que par la grandeur. » (Hunter, *loc. cit.*, p. 481).

Quant à cette absorption du pus virulent, elle est contestée par M. Ricord : « Mais cette supposition, dit-il, est tout à fait gratuite, et ne repose sur aucun fait incontestable ! » (*Loc. cit.*, p. 489).

Je ne sais plus alors comment expliquer le bubon d'emblée, qui, selon ce même auteur, *est toujours fort rare* (*loc. cit.*, p. 147), et en cela je partage absolument son opinion, malgré la facilité des auteurs plus anciens à l'admettre. Astruc (*De morb. vener.*, Paris, 1736, cap. v, p. 213) les appelle *essentiels*, et les différencie de ceux qui surviennent après l'apparition d'une blennorrhagie ou d'un chancre ; il nomme ceux-ci *symptomatiques ;* ces derniers, que M. Ricord appelle *sympathiques*, seraient toujours, selon ce même auteur, superficiels.

Quant à M. Lagneau (*Traité pratique des maladies syphilitiques*, VIe édit., p. 205), il est de l'école d'Astruc, quoiqu'il ne s'appuie pas seulement sur le témoignage de cet auteur, mais en même temps aussi sur ceux de Fallope (*De morbo gallico*, cap. XC) ; de Swediaur (*Traité complet de la maladie vénér.*, t. Ier, p. 287), qui cite l'histoire de trois soldats, tous trois affectés d'un bubon (sans autre symptôme) à la suite de rapports avec une même femme. M. Lagneau, après avoir encore invoqué le témoignage de Bertrandi (*Opere anatom.*, t. VII, p. 43 : *Del bubone venereo*), affirme avoir lui-même observé plusieurs bubons d'emblée à l'hospice des vénériens, auquel il a été si longtemps attaché ; et il cite en dernière analyse M. le docteur Mordret, médecin de l'hôpital du Mans, qui soulève en même temps la question fort importante et aussi fort controversée de la période d'incubation, qu'il admet comme pouvant être de trois mois (*Mém. sur l'exist. du virus syphil.*, in *Recueil périod. de la Soc. de méd. de Paris,* août 1827), mais plus fréquemment de huit à dix jours ; période que donne aussi M. Lagneau comme étant la plus ordinaire, et pouvant cependant s'étendre exceptionnellement jusqu'à un mois.

M. Baumès (de Lyon), qui est parvenu à inoculer le pus de trois bubons d'emblée (*Précis théor. et prat. sur les malad. vén.*, Lyon, 1840), ainsi que M. Gibert, qui a eu recours à la même méthode avec le même succès (*Manuel des mal. de la peau*, 2e édit., p. 451), n'hésitent point un instant à admettre l'existence du bubon d'emblée. Mais de tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, M. de Castelnau (*De la nature du bubon d'emblée*) me paraît être celui qui a réussi le mieux à l'élucider. Cet auteur n'hésite point à dire : 1° que l'inoculation (dont il se montre, du reste, assez peu partisan) s'est prononcée en faveur de l'opinion qu'il soutient, c'est-à-dire de l'existence du bubon d'emblée, qu'il nomme *bubon primitif*, en opposition avec ceux qui se montrent après un chancre, et qu'il nomme *consécutifs ;* 2° et que tous les bubons d'emblée qui se développent à la suite d'un coït impur sont syphilitiques (*Ann. des mal. de la peau*, t. II, p. 38, 65 et 97) (1).

Je crois que ces courtes considérations seront suffisantes pour établir la valeur du fait suivant, qui me paraît les corroborer et pouvoir être invoqué en faveur de l'existence du bubon essentiel, primitif ou d'emblée.

Un jeune homme de la société, âgé de vingt-sept à vingt-huit ans, fortement constitué, quoique d'un tempérament lymphatique, jouissant habituellement d'une très-belle santé, ce dont il use et abuse même peut-être, me fit appeler (le 15 juillet 1861) parce qu'il lui était survenu, me dit-il, le lendemain de quelques excès vénériens (2), un engorgement dans l'aine gauche.

Après un examen attentif du pénis, ne trouvant aucune trace d'ulcération ni aucune marque d'écoulement, je me contentai de prescrire un grand bain.

Le lendemain, l'engorgement avait pris un grand accroissement ; il occupait tout le pli de l'aine, était profond, douloureux au toucher, fortement adhérent, rendait la marche fort pénible, et s'accompagnait de rougeurs à la peau avec un mouvement fébrile marqué (80 à 84 pulsations).

Après quelques objections que je fis au malade sur la cause présumée de cet engorgement, que sa profondeur, son étendue, son immobilité, me faisaient considérer comme un *bubon syphilitique contracté d'emblée,* il m'avoua que huit ou dix jours avant son prétendu excès, il avait eu des rapports avec une femme dont la santé lui était fort suspecte. Sur cet aveu, je prescrivis des frictions faites matin et soir avec l'onguent mercuriel belladoné, une potion de 150 grammes. — Eau simple ; eau de tilleul ; sirop de pavots blancs ; āā 50 grammes et 2 grammes d'iodure de potassium : à prendre par cuillerées à bouche, trois fois par jour.

Le 17, je doublai la douse de l'iodure de potassium, et le 22 je l'élevai à 5 grammes pour la même proportion de véhicule ; mais je fus obligé de renoncer aux frictions avec l'onguent mercuriel, qui avait fait développer un eczéma fort douloureux, et je le remplaçai par l'iodure de potassium, en même temps que pour calmer la vive sensibilité dont toute la région inguinale était devenue le siége, j'augmentai la dose de l'extrait de belladone. C'est dans le même but que je prescrivis un régime sévère, et conseillai des cataplasmes émollients et calmants appliqués chaque soir *loco dolenti*, et, tous les deux jours, un grand bain d'une heure et demie à deux heures de durée.

Dès le 18, j'avais associé les pilules de proto-iodure de mercure

(1) Le même recueil renferme (année 1846, t. II, page 143) une observation d'un grand intérêt au point de vue de la virulence du bubon d'emblée. C'est l'histoire d'un jeune homme de vingt-trois ans, qui vit survenir au visage, trois mois environ après le développement de deux bubons d'emblée, une *acné syphilitique*, compliquée plus tard de douleurs ostéocopes et d'une périostose syphilitique. Les pilules avec le proto-iodure de mercure procurèrent la guérison de la syphilide et de la périostose, *mais furent sans action sur les bubons !*

(2) Les auteurs qui nient le bubon d'emblée ont aussi invoqué cette cause. M. de Castelnau leur répond (*loc. sit.*) par des faits curieux d'excès vénériens, *mais qui ayant eu lieu entre gens parfaitement sains*, n'ont été suivis d'aucun engorgement dans les glandes de l'aine !

(5 centigrammes par pilule d'extrait de fumeterre) à la potion avec l'iodure de potassium. Ces pilules étaient prises matin et soir (en même temps que la cuillerée de potion), d'abord une, puis deux et cinq par jour (deux le matin et trois le soir), à dater du 1er août.

A cette dernière date, il se produisit un phénomène non point absolument inattendu, mais que j'avais espéré éviter. La tumeur, qui n'avait jamais offert de fluctuation apparente, s'abcéda à la sortie d'un bain et fournit une suppuration séreuse peu abondante et qui venait évidemment d'une assez grande profondeur. Dès ce moment la fièvre se calma, et je portai dans la pommade la dose de l'iodure de potassium à 5 grammes sur 45 grammes de pommade de concombres, qui est l'excipient que j'emploie le plus ordinairement, sans ajouter cette fois d'extrait de belledone, devenu inutile, vu la diminution de la sensibilité. Quant au sel iodique à l'intérieur, il avait fallu le suspendre depuis quelques jours, car l'estomac, qui ne l'avait jamais bien supporté, n'en voulait absolument plus.

Le 8 août, la fièvre avait entièrement cessé, mais le bubon restait presque toujours aussi volumineux, quoique moins sensible au palper et gênant bien moins la marche : il fournissait toujours par une ouverture fistuleuse cette même suppuration séreuse. C'est alors que, tenant compte du tempérament du malade, je le mis à l'usage du *stannate d'or*, en lui donnant pour excipient l'extrait de feuilles de noyer (stannate d'or, 0,01 ; extrait, 0,10 : pour une pilule), et je lui en fis prendre immédiatement trois par jour, puis cinq à dater du 15. Le nombre des pilules ne fut plus augmenté, mais bien les proportions de leurs ingrédients. Ainsi, le 22 août, le sel d'or (car le stannate est un sel, selon Berzélius) fut porté à 2 grammes et l'extrait à 10 grammes pour cent pilules, prises de la même façon que celle indiquée précédemment.

Le 4 septembre, l'engorgement était notablement diminué ; il avait absolument cessé d'être douloureux, il ne gênait plus la marche, à la grande satisfaction du malade, qui affectionne particulièrement l'exercice à pied. Mais enfin, quoique partagé en deux fragments peu considérables, il est vrai, il persistait, et je modifiai de nouveau le traitement en faisant prendre les cinq pilules en une seule fois le matin à jeun et en donnant de nouveau l'iodure de potassium, pris le soir en se couchant à la dose d'une forte cuillerée à bouche dans les proportions de 5 grammes, associé à 0,25 centigr. de codéine pour 100 grammes d'eau distillée de tilleul édulcorée avec 50 grammes de sirop de fleurs d'oranger. Seulement la potion n'était prise que pendant huit jours et reprise ensuite après un repos de huit jours.

Le 21 octobre, je crus pouvoir considérer M... comme guéri, car les faibles traces du bubon qui persistaient me semblèrent devoir se dissiper avec le temps : en effet, plus aucune sensibilité ; depuis longtemps plus aucune suppuration, et depuis longtemps aussi M... a repris toutes ses habitudes de vie, qui sont fort éloignées d'être celles d'un anachorète. Cependant il continuait son traitement avec une grande exactitude, quoique j'eusse cessé de le voir le 4 novembre ; car à cette dernière date il ne restait plus qu'un léger engorgement sous-cutané, absolument sans douleur même à la plus forte pression ; l'ulcération était fermée déjà depuis quelque temps par une cicatrice linéaire appréciable à peine à l'œil ou au toucher. M... terminait sa dernière boîte de pilules, en n'en prenant plus que trois chaque matin à jeun, et une dernière potion avec 5 grammes d'iodure de potassium pris le soir et qui aurait été épuisée s'il ne l'avait pas négligée pendant une partie de chasse qu'il venait de faire et qui avait duré plusieurs jours.

Telles étaient les excellentes conditions où se trouvait M..., qui a repris la vie *fort agitée* qu'il menait, quand le bubon, sans devenir autrement douloureux, s'est légèrement engorgé et a recommencé à suppurer assez abondamment, mais en fournissant cette fois un pus de meilleure nature. Je lui ai alors immédiatement prescrit le perchlorure d'or et de soude associé à la poudre d'iris (1), en frictions sur la langue, faites chaque soir en se couchant.

Le 23 novembre, M... se trouve de nouveau dans l'état le plus satisfaisant. Les traces de l'engorgement glandulaire, encore diminuées, tendent à disparaître. La santé générale est meilleure que jamais, et M... engraisse visiblement, quoiqu'il use largement, si même il n'en abuse, des conditions de santé si remarquables dans lesquelles il se trouve aujourd'hui après un traitement où les préparations d'or ont eu la plus grande part, car je lui fais encore continuer ses frictions sur la langue, en prescrivant 0 gr. 20 du mélange aurifère divisé en dix doses. Mais depuis cette dernière médication, qui procure des transpirations abondantes, malgré la saison, j'ai absolument fait cesser l'iodure de potassium, devenu inutile, et toujours pris avec répugnance par le malade.

Je crois le doute difficile sur la nature de cet engorgement, auquel sans doute le tempérament de M. ..... le disposait, sans qu'on en puisse conclure qu'il fût de nature lymphatique. L'âge du malade, la bonne santé dont il a toujours joui, même dans sa plus tendre enfance, le siége de la maladie, font repousser cette manière de voir, et ramènent nécessairement à la pensée d'une infection syphilitique. Le traitement, heureusement couronné par une guérison assez difficilement obtenue cependant, vient confirmer le diagnostic. En effet, il a d'abord été mercuriel, dans la période aiguë de la maladie, alors que les préparations aurifères eussent sans doute exagéré les accidents inflammatoires ; aussi n'ont-elles été données qu'après leur cessation. Mais dans cette dernière condition, elles ont agi aussi favorablement que possible. Quant à l'iodure de potassium, il n'a été administré dans les deux périodes de la maladie que dans ce double but : 1° d'agir comme médicament contro-stimulant ; 2° comme favorisant l'absorption, et par conséquent l'action résolutive du stannate d'or, qui de son côté contrebalançait l'influence atrophique du sel iodique.

Le 20 janvier 1862, M. X..., qui a cessé tout traitement depuis le 15 décembre, était rentré dans la plénitude d'une des plus brillantes santés qu'on puisse voir. Rien n'est venu jusqu'à présent (28 février 1862) démentir la guérison.

(1) Je rappellerai ici que ce mélange se fait dans les proportions de trois parties du sel aurifère et de neuf parties de la poudre parfaitement réduite à sa partie ligneuse ; de sorte que 20 centigrammes de ce mélange représentent 5 centigrammes de sel aurifère ; j'en ai immédiatement prescrit 15 centigrammes en dix doses.

TÉTANOS TRAUMATIQUE GUÉRI PAR LE CHLORURE DE BARYUM.

Par M. Bernardino GNECCHI (à Milan).

Un perruquier, âgé de trente-neuf ans, se coupa avec une faux à la paume de la main gauche, près de l'articulation radio-carpienne, au commencement de mars 1858; cette plaie guérit en six jours, et il n'en ressentit aucune suite jusqu'au matin du 30 mars, qu'en se levant du lit, il commença à ressentir de la difficulté à ouvrir la bouche, des contractions dans la main gauche et de l'impossibilité à l'étendre, puis des douleurs au flanc droit et à la cuisse du même côté. Ces phénomènes, pendant les premiers jours, disparaissaient quand le malade se mettait au lit, pour reprendre dès qu'il en sortait et s'exposait à l'air.

Le 10 avril, la maladie augmentant, il entra à l'hôpital Majeur de Milan. Le lendemain matin, il présenta une contraction spasmodique des masséters et une rigidité des muscles du cou; la main gauche se contractait dès que le bras sortait de dessous les couvertures, tandis que la douleur mentionnée au flanc et à la cuisse persistait; le pouls était à peine un peu fréquent. On prescrivit le chlorure de baryum à la dose de 16 grains dans une livre d'eau distillée, à prendre dans les vingt-quatre heures, dose qui fut continuée jusqu'au 21, jour depuis lequel les symptômes tétaniques ayant presque complétement cessé, la dose fut réduite à 8 grains par jour; à partir du 26, le médicament fut supprimé, et le 28 le malade quittait l'hôpital guéri.

Nous ajouterons à cette histoire que, d'après M. Ambroise Gherini, de Milan (*Annali univ. di med.*, août et septembre 1860, p. 437), qui tenta inutilement de ce traitement sur un blessé de la guerre d'Italie, M. Gnecchi aurait réussi plusieurs fois à guérir le tétanos traumatique avec ce sel de baryte, et M. Tassani, de Milan, dans un cas en 1860 chez un blessé.

(*Gaz. med. ital. lomb.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 février 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses correspondants pour la section de médecine et de chirurgie, M. Bretonneau, décédé le 18 février, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. Cette nouvelle est transmise par M. Mahiet de la Chesneraye, neveu du célèbre médecin.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission chargée de décerner le grand prix des sciences physiques (question concernant l'anatomie comparée du système nerveux des poissons).

MM. Valenciennes, Milne-Edwards, Flourens, Coste et Blanchard réunissent la majorité des suffrages.

— M. GRAF, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un système de fabrication des aiguilles « par un procédé qui écarte pour les ouvriers le double danger résultant de l'explosion des meules et de l'inspiration des poussières siliceuses et ferrugineuses, » adresse aujourd'hui un document destiné à constater les bons résultats obtenus par suite de l'introduction de ce procédé dans une manufacture d'Aix-la-Chapelle, qui a été bonorée du premier prix à l'exposition de Londres. (Renvoi à la commission du prix dit des arts insalubres.)

— M. CH. CHEVALIER présente un *ophthalmoscope* différant par plusieurs dispositions des instruments jusqu'ici connus sous ce nom. Quelques-unes de ces dispositions étaient, dit l'auteur, déjà indiquées dans une note déposée sous pli cacheté en septembre 1861, et dont la plus importante consiste dans la substitution de lentilles achromatiques aux verres simples.

L'appareil et la lettre qui l'accompagne sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, de Senarmont et Claude Bernard.

— L'Académie reçoit et renvoie à la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le prix du legs Bréant, deux lettres écrites en allemand, adressées, l'une par M. Rode, de Linden (duché d'Oldenbourg), et relative au *choléra-morbus*; l'autre de Hambourg, par M. A.-A.-W. Robert, et relative à un remède contre les *dartres*. « Ce remède, dit l'auteur, apporté de France par ma famille quand elle fut contrainte de quitter le pays par suite des mesures de rigueur prises contre les réformés, a depuis cette époque été fréquemment employée avec succès, et j'ai eu moi-même récemment, pour un cas des plus rebelles aux traitements ordinaires, l'occasion de constater sa grande efficacité. »

— M. WEDL, professeur à l'Université de Vienne, en annonçant l'envoi prochain d'un exemplaire de son livre sur l'histologie pathologique de l'œil, exprime le désir que cet ouvrage puisse, quoique n'étant pas écrit en français, être admis pour les prix de médecine et de chirurgie.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait remarquer à cette occasion combien il serait désirable que les auteurs qui adressent des ouvrages écrits en langue étrangère y joignissent une traduction, ou du moins un résumé en français, afin d'abréger un peu le travail de la commission, travail considérable, et qui s'accroît d'année en année.

— M. T. GIRARD adresse pour le même concours un mémoire intitulé : *Des frictions et du massage dans le traitement des entorses de l'homme.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Monneret a introduit à l'Ecole de Paris une innovation importante, en publiant le programme de son cours. Nous ne pouvons que féliciter ce professeur d'être entré dans cette voie; mais nous devons rappeler que depuis longtemps elle est ouverte à Strasbourg. Sous une forme plus simple et avec moins de développements peut-être, depuis quelques années plusieurs professeurs de notre école distribuent à leurs élèves le programme autographié de chaque leçon. C'est en 1845 que cette innovation a été introduite par M. Stœber dans l'enseignement de la pathologie générale; le professeur de médecine légale a adopté le même système en 1849. Ils ont été imités par plusieurs de leurs collègues, et les élèves ont ainsi entre les mains un programme détaillé qui leur permet de classer leurs notes, et qui donne une idée générale de l'ensemble de la science. (*Gazette méd. de Strasbourg.*)

— La Société des sciences médicales de Lyon a conféré à M. le docteur Diday le titre de membre honoraire.

— M. le docteur Munaret vient d'être nommé membre de l'Académie nationale de médecine et de chirurgie de Cadix et de la Société impériale de médecine d'Alger.

— En 1860, la Société impériale de médecine de Lyon avait mis au concours la question suivante :

« Dans les climats tempérés, les fièvres catarrhale, muqueuse, ty-» phoïde, forment-elles trois maladies distinctes ?

» En cas de réponse affirmative, comment les distinguer et les » traiter ? »

Le prix a été décerné à M. le docteur Ronzier-Joly (de Clermont-l'Hérault).

— La commission administrative des hospices civils de Toulouse donne avis qu'un concours pour une place de médecin et pour deux de chirurgiens adjoints aura lieu dans cette ville le 22 juillet prochain.

— En Portugal, une loi récente a créé trois chaires d'anatomie pathologique dans le royaume, une chaire d'histologie et de physiologie générale à Coïmbre, et une de médecine légale et d'hygiène à Lisbonne et à Oporto.

— Depuis le commencement de cette année la mort a décimé la classe des accoucheurs en Angleterre.

Le docteur Henry Davies est mort le 6 janvier; il avait été chirurgien militaire depuis 1803 jusqu'en 1818.

Le docteur Metcalfe Babington, mort le 25 du même mois d'une maladie de cœur dont il souffrait depuis vingt ans, était vice-président de la Société d'obstétrique et médecin de l'hôpital d'accouchement de la reine Charlotte.

Le docteur Charles Waller est mort le 30 janvier, dans sa 63e année, des suites de blessures reçues en faisant partir des pièces pyrotechniques. Il était depuis un grand nombre d'années professeur et accoucheur à Saint-Thomas-Hospital, et a attaché son nom à des recherches sur la transfusion du sang.

— Le docteur Bianchini, médecin à Casena, en relatant la mort de la comtesse Comelia, a remis en question la possibilité de la combustion spontanée du corps humain. Voici les faits : La comtesse Comelia, âgée de 62 ans, résidant à Casena (Romagne), s'était couchée en bonne santé; le lendemain matin on trouva son corps en cendres à un mètre environ de son lit. La tête, les bras, les jambes à partir du genou avaient seuls été épargnés par le feu. Les meubles et les draperies de la chambre étaient couverts d'une suie grisâtre, les vitres des croisées ternies par un fluide huileux et jaunâtre, et l'atmosphère imprégnée d'une odeur indescriptible et fort désagréable. Une veilleuse à l'huile était à terre et sur la table deux chandelles dont le suif était complétement fondu, mais dont les mèches n'étaient pas brûlées. Il n'est pas de juriste médical anglais qui voulût admettre la possibilité de combustion spontanée; mais il paraît que sur le continent il y a encore quelques praticiens qui ne sont pas loin de l'admettre.

On se souvient qu'à l'occasion de l'assassinat de la comtesse Goerlitz par son valet de chambre John Stanff, le médecin qui fut consulté d'abord déclara que c'était un cas de combustion spontanée. Il paraîtrait que la comtesse Comelia avait pour habitude de se frictionner avec de l'esprit-de-vin camphré. Il n'est pas impossible que cette circonstance n'ait été un élément important de l'enchaînement d'accidents qui ont causé sa mort. Le feu a pu communiquer le feu aux vêtements légers et inflammables dont cette malheureuse dame était couverte. (*Medical Times.*)

— Un asile pour les ivrognes a été ouvert à New-York. Près de 5,000 demandes d'admission ont été présentées. On peut juger, d'après ce chiffre, du nombre des victimes de ce funeste penchant dans cette ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Annuaire de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, publié par le conseil général de l'Association. Première année : 1858, 1859, 1860, 1861. In-18 de 468 pages. Prix : 2 fr. Chez J.-B. Baillière et fils.

Leçons sur les maladies de la peau : dartres, scrofulides, syphilides, professées à l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur HARDY, médecin dudit hôpital; recueillies et publiées par M. le docteur MOYSANT, revues et approuvées par le professeur. Deuxième édition, revue et augmentée. Un volume in-8°. Prix : 3 francs 50 centimes *franco*. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 MARS 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre associé libre. C'est M. Montagne, le savant botaniste, que la majorité des suffrages de l'Académie a appelé à succéder au regrettable M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. Quelques voix se sont portées sur M. Reynaud, dont le nom ne figurait pas sur la liste de candidature. C'est un avertissement donné à l'Académie sur la manière insuffisante dont la médecine navale est représentée au sein de la docte Compagnie. Espérons qu'elle en tiendra compte à l'occasion.

Après l'élection, l'Académie a repris la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. M. Trébuchet a occupé seul la tribune, et il l'a occupée pendant plus d'une heure, au milieu de l'attention la plus soutenue. Pendant sa longue et si active carrière administrative, M. Trébuchet a eu de nombreuses occasions de faire partie de commissions et de conseils chargés d'instructions ou d'enquêtes sur l'état hygiénique des hôpitaux ; il a eu de fréquents rapports avec des administrateurs ou des savants étrangers venus à Paris pour étudier nos établissements hospitaliers ; il a lu de nombreux documents sur les hôpitaux étrangers ; il a longtemps manié les statistiques mortuaires ; et de ces divers renseignements comme de ses observations personnelles, il était résulté pour lui cette conviction, que les hôpitaux de Paris présentaient dans leur ensemble les conditions les plus satisfaisantes au point de vue de l'hygiène et de la salubrité, et qu'ils n'avaient rien à envier sous ce rapport aux établissements des autres pays. Aussi a-t-il exprimé assez vivement la surprise que lui ont fait éprouver les critiques sévères et multipliées dont nos hôpitaux ont été l'objet depuis le commencement de cette discussion.

L'honorable académicien ne s'est pas borné à exprimer cet étonnement, il a voulu surtout le justifier. C'est principalement sur la question des grands et des petits hôpitaux, des grandes et des petites salles, qu'il a fait porter la partie principale de son argumentation. La statistique lui a fourni des éléments qui montrent combien ces sortes de questions sont obscures et difficiles à résoudre. Contrairement à tout ce qu'on aurait pu présumer *a priori*, le chiffre de la mortalité est relativement plus élevé dans les petits que dans les grands hôpitaux ; et cette différence en faveur des grands établissements n'est pas seulement sensible dans les chiffres généraux portant à la fois sur les services de médecine et de chirurgie, elle ressort également de la comparaison des seuls services de chirurgie de ces mêmes établissements.

Hâtons-nous de dire que M. Trébuchet a l'esprit trop juste et trop droit, et qu'il est trop familiarisé avec les difficultés de la statistique, pour ne s'être pas montré prudent dans les déductions qu'il en a tirées.

« La statistique, a-t-il dit avec une grande raison, ne présente que des indications premières, dans certaines questions du moins, comme celle qui nous occupe ; c'est uniquement un point de départ, un élément de recherches et d'observations utiles ; elle constitue rarement une preuve. » Aussi ne donne-t-il pas ces chiffres comme une réfutation victorieuse des faits allégués dans la discussion, mais comme un motif du moins de ne pas s'en tenir uniquement, dans des questions aussi sérieuses, à des impressions générales et à des aperçus purement théoriques.

Ajoutons enfin que M. Trébuchet ne s'est pas renfermé dans ce facile optimisme où se complaisent assez volontiers en général les représentants officiels ou officieux de l'administration, — et nous rappellerons ici que nous avons été heureux d'avoir à rendre la même justice à M. Davenne et à son honorable successeur M. Husson. Tout en proclamant le système et le mode d'organisation des établissements hospitaliers de Paris supérieur à ceux de la plupart des hôpitaux étrangers, il n'a pas prétendu qu'ils fussent parfaits de tous points, et qu'il n'y eût pas lieu à y introduire d'utiles améliorations. En réservant les questions d'ordre principal, qui ne lui paraissent pas avoir été assez étudiées encore pour pouvoir être résolues, il a formulé quelques *desiderata* relatifs à quelques-uns des points pratiques qui lui ont paru susceptibles de recevoir une solution immédiate.

Nous ne voudrions pas de meilleure preuve de l'utilité de cette discussion.

— M. Bouchut a lu au commencement de la séance un mémoire sur une nouvelle méthode de docimasie pulmonaire applicable à la recherche de l'infanticide. Nous publions dans le compte rendu de la séance les propositions qui résument ce travail. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Sacro-coxalgie.

(Leçon recueillie par M. le docteur DENEFFE.)

Une jeune fille atteinte de sacro-coxalgie est morte dans le service de M. Velpeau ; le professeur a fait à ce sujet une leçon dont nous reproduisons les points les plus importants.

La sacro-coxalgie est une affection à peine signalée dans les auteurs classiques, et, avant 1820, il n'en était nullement question. Je suis peut-être le premier qui ait attiré l'attention sur ce point, dans un travail sur la *phlegmatia alba dolens*, que je publiai en 1824 dans les *Archives de médecine*. Dzondi, auteur allemand, fit aussi quelques recherches dont l'analyse se trouve consignée dans le même recueil.

Si, il y a vingt ans environ, M. Faure, l'un de mes internes, soutint à mon instigation une thèse sur la sacro-coxalgie, voilà à quoi se borne, je crois, toute la bibliographie de cette affection, qui présente pourtant un si haut intérêt que je ne puis assez témoigner ma surprise en voyant tant de personnes à la recherche de nouveautés scientifiques, tandis que la question dont je vous entretiens reste dans l'oubli, comme si elle ne présentait plus un assez vaste champ d'études et d'investigations. Si les articulations sacro-coxales profondément situées sont peut-être moins que les autres exposées aux violences extérieures, elles sont plus que celles des membres soumises à la fatigue ; si pour celles-ci, en effet, il y a de fréquents instants de repos, on peut dire qu'ils sont bien rares pour les premières. A part les moments où l'homme est dans le décubitus horizontal, le sacrum supporte continuellement le poids du corps : enfoncé comme un coin entre les deux coxaux, tendant toujours à les écarter, il leur transmet sans cesse la pression qu'il éprouve lui-même. Ainsi, dans la marche, la course, le saut, la situation assise ou agenouillée, les articulations sacro-coxales sont soumises à des pressions et à des excitations perpétuelles.

Quand une affection morbide se développe dans une articulation mobile, la gêne du mouvement est l'indice accusateur qui éveille aussitôt l'attention du malade et du médecin ; mais la sacro-coxale étant immobile, les désordres doivent être déjà considérables avant même que l'homme de l'art en soit averti ; ils masquent alors par leur gravité l'affection dont ils ne sont que les symptômes. Cette raison, jointe à la rareté relative de l'inflammation de cette articulation, explique le peu d'attention que les chirurgiens ont accordé jusqu'à cette heure à cette maladie.

La sacro-coxalgie débute par une douleur sourde qui a son siége dans l'article : quand le malade se meut, il éprouve une sorte de chaleur pénible, une tension douloureuse dans les parties malades ; ces sensations cessent quand il se repose, et renaissent dès qu'il se remet en mouvement. Un peu plus tard les tissus articulaires commencent à s'altérer et la douleur devient d'autant plus vive que la lésion structurale s'étend davantage. Une couche épaisse de parties molles dérobe aux yeux de l'observateur les désordres qui s'accomplissent dans l'articulation, rien d'anormal ne se présente encore à l'extérieur ; mais si l'on exerce une pression au niveau du point malade, on y provoque une vive sensibilité. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent la tuméfaction de la symphyse sacro-coxale, et on peut, en la comprimant, y produire une grande douleur. Plus tard encore, la maladie se révèle par des symptômes bien caractéristiques : l'articulation suppure, et le pus fusant soit en avant, soit en arrière, vient s'accumuler à la partie postérieure du sacrum, ou dans le petit bassin, ou dans la fosse iliaque ; dans ce dernier cas il peut franchir le ligament ilio-lombaire et proéminer dans les lombes : on pourrait alors confondre cette collection avec un abcès provenant d'une carie vertébrale, mais les symptômes concomitants rendent l'erreur difficile.

Cette affection peut frapper tous les âges ; je l'ai rencontrée chez des jeunes gens et chez des vieillards, aussi bien dans la pratique de la ville que dans celle de l'hôpital, chez le riche comme chez le pauvre.

Soumise aux causes ordinaires des arthropathies, l'articulation sacro-coxale présente encore certaines conditions qui la prédisposent éminemment à ces affections. Non-seulement le surmenage peut y être plus fréquent que partout ailleurs, mais il est des états physiologiques où elle subit des modifications telles que l'inflammation peut y éclater sous l'influence de la moindre cause déterminante. Chez la femme enceinte, par exemple, toutes les articulations du bassin se relâchent et se ramollissent, se gorgent de liquides et deviennent mobiles ; c'est au terme de ces changements si remarquables que l'accouchement arrive et vient, par les tiraillements prolongés et douloureux qu'il détermine, jeter au sein de ces parties ainsi altérées les germes de l'irritation et de l'inflammation.

A qui n'est-il pas arrivé, pendant une promenade, de s'étendre sur un gazon dont l'épaisseur et la riche verdure le séduisaient. Fatale tentation ! C'est la symphyse sacro-coxale qui s'est trouvée en contact avec l'herbe humide, et elle aura peut-être puisé dans ce repos de quelques instants le germe d'une dangereuse affection.

Le pronostic de la sacro-coxalgie est grave. Si pourtant le traitement est institué dès le début, vous pouvez concevoir de grandes espérances de succès ; mais si le malade n'est confié à vos soins qu'à une époque déjà avancée, quand la carie et la nécrose se sont emparées des os, quand l'articulation est en suppuration, le malade court les plus grands risques, car nous avons peu d'action sur des parties aussi profondément situées.

Le traitement présentera avec celui des autres affections articulaires la plus grande analogie ; des sangsues et des ventouses scarifiées seront appliquées au niveau du point malade ; de peur que les intestins, gorgés de matières fécales, ne le compriment douloureusement, le ventre sera toujours libre, et l'on appliquera sur la symphyse une sorte de cataplasme interne, en injectant par le rectum de grands lavements émollients. Des résolutifs seront appliqués à l'extérieur, et le malade sera soumis à un bon régime et aux modificateurs généraux.

A une certaine époque de l'affection, des abcès se déclarent ; faut-il les ouvrir ou les respecter ? La question est délicate, et je vous avoue que les deux premiers cas que je rencontrai dans ma pratique m'ont vivement effrayé. Un jeune homme de vingt ans présentait un abcès volumineux derrière l'articulation sacro-coxale, je l'ouvris, et trois jours après le malade mourait ; l'autopsie nous montra que l'articulation était cariée et en suppuration. Quelque temps après, chez une vieille dame appartenant à la classe élevée de la société, un abcès se forma à la partie postérieure du bassin ; je me souvenais encore du cas précédent, et j'hésitai un instant avant de ponctionner cette collection purulente ; enfin je me décidai à l'ouvrir au moyen de la potasse caustique. Les accidents qui s'étaient développés chez le jeune homme se représentèrent ici, et la dame succomba bientôt ; on reconnut après le décès que l'articulation était cariée et en suppuration. Mais cette terminaison fatale est loin d'être constante ; maintes fois depuis lors j'ai vu ces abcès s'ouvrir spontanément, ou je les ai ouverts sans que les redoutables accidents que je viens de vous signaler se soient reproduits.

L'ouverture de ces abcès est pourtant une complication dangereuse, car l'air ne tarde pas à s'infiltrer dans le foyer ; il y vicie, il y décompose le pus qui y stagne continuellement, et de là les phénomènes d'intoxication générale auxquels les malades succombent. Pour éviter ces inconvénients, je vous engage à vider ces abcès non par des incisions, mais par des ponctions répétées, et à modifier la poche par des injections iodées. Si vous étiez forcés d'ouvrir l'abcès, faites-le au moyen de vastes caustiques, qui vous présenteront ce double avantage : d'ouvrir largement la poche, de permettre par là l'évacuation facile du pus, et de modifier par leur application les parois du foyer.

ACCOUCHEMENT LABORIEUX ;

présentation de l'épaule droite avec issue du bras ; version impossible ; embryotomie ; prompte guérison.

Par M. le docteur J. DELAPLAGNE, à la Souterraine.

Le 10 octobre dernier, je fus appelé à Colondasnes, par mon hono-

rable confrère et ami M. Plaize, médecin à Naillat, auprès d'une femme âgée de quarante-deux ans, primipare, en travail depuis près de vingt-quatre heures. Présentation de l'épaule droite avec issue du bras, depuis dix ou douze heures; position céphalo-iliaque droite.

Mon confrère m'apprit que les contractions énergiques et permanentes de l'utérus, depuis son arrivée, ne lui avaient pas permis d'introduire la main dans les organes pour faire la version.

Je trouvai en effet l'utérus violemment contracté; toutefois toute tentative pour ralentir les douleurs (saignée, bains, etc.) me paraissant contre-indiquée par l'état de faiblesse de la malade et le long espace de temps écoulé depuis la rupture des membranes, je voulus tenter immédiatement la version. Après avoir administré quelques gouttes de laudanum, je pus, non sans peine, faire pénétrer la main jusqu'au bassin de l'enfant, mais, quelle que fût mon insistance, il me fut absolument impossible d'aller plus avant.

La matrice irrégulièrement contractée se trouvait pour ainsi dire divisée en deux lobes par une bride transversale; le bras du fœtus était d'un noir violet, énormément tuméfié; la tête, ainsi que l'extrémité pelvienne, étaient très-élevées, l'épaule fortement engagée, et par suite le fœtus littéralement plié en deux. Pour compliquer la difficulté, le diamètre antéro-postérieur du bassin se trouvait diminué par une saillie très-prononcée en avant de l'angle sacro-vertébral.

Je me retirai pour conférer avec mon collègue sur la gravité de la situation et le parti à prendre.

Pour moi, la version était devenue impraticable : attendre l'évolution spontanée était se bercer d'une trop commode mais trop décevante illusion; restait le choix entre l'opération césarienne et l'embryotomie, question bien grave en pareille occurrence; car ici, malgré l'écoulement des eaux de l'amnios depuis plus de dix heures, malgré d'énergiques contractions, la perception des battements du cœur, avec leur rhythme normal si remarquable et une force peu commune, nous démontraient de la manière la plus évidente que l'enfant était encore plein de vie. Or, sans vouloir rappeler la question de l'avortement provoqué si vivement agitée à l'Académie en 1852 ; sans vouloir moins encore improuver le moins du monde les opinions de maîtres que je vénère, placés dans des circonstances exceptionnelles, je dois avouer qu'avec mes collègues de la province, Ligard, Lebleu, Villeneuve et autres, je ne saurais dans ces cas opter pour l'embryotomie; l'opération césarienne dans nos contrées présente assez de chances de succès pour que je considère comme un devoir pour nous de la tenter; je la proposai donc, mais elle fut énergiquement repoussée par la famille.

Ne pouvant néanmoins nous résoudre à demeurer spectateurs inactifs de l'agonie de cette pauvre femme, il nous fallut renouveler nos tentatives pour opérer la version; l'introduction de la main éprouvait un peu moins de difficulté; mais malgré notre insistance pendant plus de six heures, il nous fut impossible d'atteindre les pieds de l'extrémité pelvienne. Quant à la version céphalique, il n'y fallait évidemment pas songer. Enfin, après une demi-journée d'horribles labeurs et de douloureuse anxiété, l'issue du méconium et la cessation complète des battements du cœur du fœtus ne nous permettant plus de douter que nous agissions sur un cadavre, toute hésitation devait cesser; l'embryotomie fut décidée, et adoptée par la famille. Restait le choix du procédé; nous n'avions à notre disposition que de simples ciseaux de trousse, et la tête était bien élevée. D'un autre côté, le procédé du docteur Lee offrait bien peu de chances de succès, vu l'étroitesse et la rigidité des organes. Pourtant il fallait opter; je tentai d'abaisser le cou à l'aide des crochets mousses, et adoptant la méthode de Celse, je passai autour de lui le doigt indicateur recourbé en crochet, le pouce lui étant opposé; sur sa face palmaire je glissai les lames des ciseaux, et par de petites sections répétées, j'opérai dans un temps assez court, mais non sans de grandes difficultés, la décollation. Cela fait, quelques tractions sur le bras amenèrent rapidement le tronc d'un enfant du sexe masculin, très-fort et bien conformé.

Les contractions de l'utérus ayant fait descendre la tête, pour abréger le temps du travail déjà trop long et épargner à la mère de nouvelles fatigues, je hâtai son expulsion en opérant des tractions sur la mâchoire inférieure, d'abord à l'aide de l'indicateur introduit dans la bouche, puis au moyen d'un crochet mousse que je lui substituai; la délivrance eut lieu sans difficulté et presque naturellement.

La malade fut replacée dans son lit et soumise au régime des nouvelles accouchées; or, malgré la longueur du travail, malgré la répétition de nos tentatives pendant plus de six heures, les suites de cette laborieuse opération ont été des plus heureuses; peu de temps après mon confrère avait l'obligeance de m'apprendre que rien n'était venu retarder un rétablissement si chèrement acheté; mais je n'en conserve pas moins encore aujourd'hui le regret de n'avoir pu assurer le salut de la mère que par la mutilation de l'enfant, quoique déjà privé de vie.

Appelé pour la première fois à pratiquer cette opération vraiment digne des temps de barbarie, et qui, je ne crains pas de le dire, si elle était adoptée dans les cas analogues comme méthode générale et applicable avant la mort du fœtus, serait l'opprobre de l'obstétrique ; je n'essayerai pas de dissimuler la pénible impression que j'ai éprouvée à la vue de cette tête séparée de ce tronc, si bien conformés l'un et l'autre, et j'appelle de tous mes vœux le moment où des moyens plus doux pourront lui être substitués. En attendant, qu'il me soit permis de signaler ici une véritable lacune dans notre arsenal chirurgical. En effet, lorsque la tête est très-élevée, l'usage des ciseaux, même appropriés, devient des plus difficiles, quelquefois même impossible, et en tous cas n'est pas exempt de danger pour la mère. Le crochet de Ramsbatham père, dont la lame agit par pression plutôt que par un mouvement de scie, offre plus d'un inconvénient; et d'ailleurs l'un et l'autre de ces instruments sont bien difficilement applicables lorsqu'il faut agir sur le tronc; aussi est-ce avec une véritable satisfaction que tout récemment j'ai vu M. Mathieu présenter à l'Académie un embryotome fabriqué par lui, sur les indications de M. Jacquemier, et qui, si j'en ai bien compris le mécanisme, paraît réunir à peu près toutes les conditions de facilité et de sûreté d'exécution désirables.

GLAUCOME; OPÉRATION; AMÉLIORATION RAPIDE DE LA VUE.

Par M. le docteur A. FOUCART.

Le glaucome est une de ces affections complexes sur la nature desquelles les ophthalmologistes sont loin d'être d'accord. On en connaît les symptômes, la marche ordinaire, les dangers, la terminaison presque toujours funeste : la cécité; on sait que dans l'affection désignée sous ce nom, le fond de l'œil offre une couleur verdâtre sale, tirant plus ou moins sur le jaune ou sur le gris, et c'est cette particularité qui lui a valu son nom. Mais quant à déterminer d'une manière précise si le glaucome est une maladie du corps vitré, comme le croyaient quelques auteurs, de la rétine, suivant d'autres, du cristallin enfin, comme l'ont pensé d'autres encore, cela a été jusqu'à présent impossible, et M. Desmarres est assez du parti de ceux qui veulent que le glaucome ait son siége à la fois dans la choroïde, la rétine et le nerf optique; c'est cette raison que le glaucome est un peu partout, qui l'a porté à le ranger parmi les maladies générales du globe de l'œil.

L'ophthalmoscope lui-même a appris peu de chose sur sa nature. On savait, il y a douze ou quinze ans, que la vision se trouvait altérée par suite d'une compression lente ou aiguë des membranes internes. On constate mieux aujourd'hui, à l'aide du *spéculum de l'œil*, les effets directs de cette compression, mais voilà à peu près tout.

Mais, d'un autre côté, la thérapeutique de cette terrible maladie, presque nulle et impuissante il y a quelques années encore, a fait un progrès réel depuis 1857 ; on n'est pas encore certain de guérir constamment et définitivement le glaucome, mais M. de Græfe a prouvé que l'on pouvait en retarder la marche, améliorer même d'une manière très-notable la vision presque complétement perdue des sujets qui en sont atteints, et, n'eût-on obtenu que ce résultat, il est déjà assez considérable pour permettre de ne plus désespérer.

Voici l'observation d'une malade que nous avons vue à la clinique de M. Desmarres; nous en devons les détails à l'obligeance de M. le docteur Galenzowski, chef de clinique.

Mme C..., âgée de soixante-trois ans, journalière, demeurant rue de la Grande-Truanderie, 14, s'est présentée à la clinique de M. le docteur Desmarres, le 22 décembre 1861, pour demander une consultation relativement à ses yeux, qui la font, dit-elle, souffrir horriblement; elle a la vue complétement perdue depuis une quinzaine de jours.

La malade dit qu'elle a eu toujours une vue très-bonne et très-longue, mais que depuis plusieurs semaines elle remarquait que la vision de l'œil gauche n'était pas aussi bonne que par le passé; elle voyait bien encore pour travailler de cet œil, mais il se fatiguait très-vite. Quelquefois le soir, en regardant la flamme d'une bougie, elle voyait tout autour des cercles de différentes couleurs, comme des arcs-en-ciel, phénomène qui ne se rencontre que dans le glaucome. De l'œil droit, elle voyait bien.

Il y a quinze jours, une forte inflammation aiguë se déclara dans l'œil gauche d'abord, et le lendemain dans l'œil droit; la malade eut alors des vomissements à plusieurs reprises, et en même temps des maux de tête très-violents; les douleurs s'irradiaient principalement sur le front et les tempes. Au bout de deux jours, la vue était déjà complétement perdue, et les souffrances ne diminuaient point. Cependant elles se calmaient un peu le jour pour reparaître avec une plus grande violence le soir et la nuit. Sangsues, purgatifs, frictions narcotiques, tout fut employé sans succès, et voici dans quel état la malade s'est présentée à M. Desmarres :

Etat actuel. — Les yeux sont très-rouges, les conjonctives fortement injectées; l'œil gauche est le siége d'un chémosis sérieux; les deux globes oculaires sont très-durs au toucher; les cornées sont peu sensibles au contact des objets extérieurs; elles sont d'un aspect chagriné, à cause du soulèvement de l'épithélium. Les deux pupilles sont largement dilatées; à gauche, l'iris ne forme qu'un cercle très-étroit près l'insertion de la cornée à la sclérotique, et le bord pupillaire est inégal.

La pupille elle-même présente une coloration verdâtre, et à l'ophthalmoscope on constate un trouble général du corps vitré de l'œil gauche qui empêche de distinguer la rétine.

Dans l'œil droit, au contraire, on peut constater, malgré le trouble du corps vitré, l'existence d'une excavation de la pupille du nerf optique. La malade distingue le jour de l'œil droit; de l'œil gauche, elle n'a pas la moindre sensation de la lumière. Il était évident que l'on avait affaire à un glaucome double aigu, mais plus avancé à gauche, et que l'excision de l'iris était pour la malade la seule ressource. On lui conseilla donc de se soumettre à l'opération, et elle accepta la proposition.

Le 27 décembre, M. Alphonse Desmarres procède à cette opération, assisté de son père et de M. le docteur Galenzowski. L'opération est pratiquée régulièrement sur les deux yeux, l'iris largement excisé en bas et en dehors, et il s'écoule une grande quantité de sang, principalement à l'œil droit. Pansement ordinaire; les yeux sont collés avec du taffetas d'Angleterre.

Le 28, la malade a passé une bonne nuit, et les souffrances se sont presque complétement calmées. La réunion existe.

Le 30, la malade va bien; l'œil gauche est rouge et présente une légère infiltration de la cornée. — Atropine.

Le 8 janvier 1862, la malade compte les doigts de l'œil droit et peut marcher toute seule.

Le 17, de l'œil droit la malade peut lire le numéro 8 de Jæger, et l'œil gauche commence à compter les doigts.

— Nous avons dit que la thérapeutique du glaucome avait fait de réels progrès depuis quelques années. On savait déjà que l'on pouvait faire tomber la douleur et disparaître l'accès par des ponctions pratiquées de temps en temps au travers de la sclérotique, l'opération ayant pour résultat d'opérer une détente salutaire et une diminution de la compression suffisante pour que la vision pût s'exercer. Mais aussitôt la plaie cicatrisée, le malade se retrouvait sous la même influence qu'auparavant.

En 1857, M. de Græfe communiqua au congrès ophthalmologique de Bruxelles une méthode qui lui avait réussi un certain nombre de fois déjà; c'était l'excision de l'iris, qu'il recommandait comme le moyen le plus énergique pour diminuer la pression intra-oculaire. C'est un fait, disait-il, dont tout le monde peut se convaincre, qu'en excisant une portion de l'iris l'œil devient plus mou.

M. de Græfe avait opéré une quarantaine de fois avec succès; dans d'autres cas, il avait été moins heureux ; il semble, écrivait-il alors, qu'il y ait des limites hors desquelles le procédé reste sans aucune influence; c'est principalement lorsque le glaucome existe depuis six mois ou un an. L'opération est surtout efficace dans le glaucome aigu. Elle l'est moins dans le glaucome chronique, bien qu'elle constitue encore le meilleur mode de traitement.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre bien longuement sur l'opération et sur la manière de la pratiquer; nous dirons seulement que la plaie devra être, suivant M. de Græfe, aussi excentrique que possible, rapprochée du bord de la cornée de manière que la lame pénètre dans la chambre antérieure au point de réunion de la cornée avec la sclérotique, seul moyen d'enlever un fragment d'iris jusqu'à son insertion ciliaire. Il veut enfin que la portion de l'iris excisée soit très-volumineuse, et que l'écoulement de l'humeur aqueuse soit très-lent.

Dans le cas actuel, il est évident que l'excision a eu de merveilleux résultats, puisqu'une vue qui paraissait devoir être complétement perdue sous peu de jours, s'est sensiblement améliorée sous son influence, au point que la malade, incapable de compter les doigts de la main, est arrivée en moins de trois semaines à lire le nº 8 de Jæger. (*France méd.*)

NOTE SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE des eaux de La Malou du Centre;

Par M. le Dr PERRÉAL, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers.

La valeur thérapeutique des eaux minérales naturelles prises en boisson ne saurait plus maintenant être l'objet d'un doute pour les praticiens; ce fait a été surabondamment démontré. Malheureusement ces eaux doivent le plus souvent être prises sur place, car elles s'altèrent rapidement et perdent ainsi toutes leurs propriétés. Nous devons donc considérer comme une bonne fortune la découverte de sources dont l'eau joint à une valeur médicamenteuse réelle la faculté de pouvoir être transportée sans la moindre altération.

La source découverte il y a trois ans à peine à l'important établissement de La Malou du Centre, se trouve dans ce cas.

L'eau, parfaitement limpide, acidule, gazeuse, ferrugineuse et légèrement arsenicale, peut être mise en bouteilles et transportée sans le moindre inconvénient, ainsi qu'il résulte d'une expérience incontestable. Vingt bouteilles ont été remplies au griffon le 14 juin 1860; plusieurs ont été successivement analysées; jamais on n'a constaté la moindre altération, et aujourd'hui celles qui restent ont conservé la même valeur que le premier jour.

Les nombreuses observations recueillies tous les jours dans la pratique de la ville et des hôpitaux, démontrent les heureuses applications de l'eau de La Malou (source Bourges, dite du Capus, la seule qui soit transportable). Nous accueillons donc avec plaisir celles que vient de nous adresser M. le docteur Perréal, médecin en chef de l'hôpital de Béziers.

M. P..., de Béziers, âgé de trente-six ans, d'un tempérament sec et nerveux, fut atteint dans le commencement de l'été 1861 d'une gastro-entérite grave qui le retint près de deux mois au lit; cette maladie lui laissa une diarrhée qui pendant près de trois mois résista à tous les moyens employés en pareil cas. Les eaux de La Malou, prises chez lui, firent disparaître tous les accidents; la diarrhée cessa; l'appétit, qui était nul depuis longtemps, revint graduellement, et bientôt le rétablissement des forces indiqua le retour à la santé la plus parfaite.

— M. B... (d'Agde), aspirant de marine à Toulon, fut atteint en mer d'une fièvre intermittente des plus graves. Rentré en France, il fit, d'après mes conseils, usage de l'eau de La Malou ; le rétablissement ne se fit pas longtemps attendre. Depuis lors, dans un nouveau voyage qu'il vient de faire dans l'Inde, tout l'équipage a été atteint de la fièvre intermittente ; lui seul a été épargné.

Est-ce aux eaux de La Malou qu'il a dû ce privilége? Cette question pourrait paraître étrange, si on ne se rappelait que cette eau contient une très-faible proportion d'arsenic et une notable quantité de fer. Il ne serait pas surprenant que l'association de ces deux sels ait eu la plus heureuse influence dans la modification de l'organisme.

CARACTÈRES BOTANIQUES DU FUCUS VESICULOSUS.

Plusieurs de nos lecteurs nous ayant manifesté le désir de connaître les caractères botaniques du fucus vesiculosus, dont M. le docteur Duchesne-Duparc a exposé récemment les propriétés thérapeutiques, nous nous empressons d'y satisfaire, d'après les indications que M. Duchesne-Duparc a bien voulu nous transmettre.

Le fucus vesiculosus, qu'on trouve en abondance sur les côtes de l'Océan et de la Méditerranée, adhère aux rochers par un pédicule s'élargissant en une frange membraneuse, plusieurs fois

ramifiée, pourvue d'une nervure médiane très-proéminente et de vésicules aériennes sphériques ou ovales.

Sa hauteur est de 30 à 40 centimètres; sa largeur est extrêmement variable, elle peut ne pas dépasser celle d'un doigt ordinaire, comme atteindre celle de la paume de la main et même aller au delà; de couleur verdâtre à l'état frais, elle devient d'un noir foncé quand elle est complétement desséchée; elle exhale une odeur marine très-désagréable, surtout si on la laisse à l'humidité; sa saveur est nauséeuse et saumâtre.

Bien que toute la plante puisse être utilisée, il est bon d'être prévenu que les tiges et les ramuscules contiennent très-peu de principes actifs.

Pour la tisane, les proportions varient de 10 à 20 grammes de plante par litre d'eau.

L'extrait hydro-alcoolique paraît être la préparation qui exerce la plus favorable influence.

DE L'ADMISSION EN FRANCE DES MÉDECINS ÉTRANGERS.

La question de l'admission en France des médecins étrangers, qui se présente souvent devant la Faculté de médecine de Strasbourg, vient d'être l'objet d'un nouvel avis réclamé par M. le ministre de l'instruction publique.

Un étudiant suisse ayant suivi les cours de la Faculté de médecine de Strasbourg, se fait recevoir docteur à l'Université de Fribourg, dans le grand-duché de Bade, et demande à échanger ce titre contre le diplôme de docteur français.

Un praticien badois, sans grade universitaire, mais admis par la commission sanitaire de Carlsruhe à pratiquer la médecine, la chirurgie et les accouchements, demande le droit d'exercer comme officier de santé dans le département du Haut-Rhin.

La Faculté de Strasbourg, considérant que le titre de docteur, dans la plupart des Etats allemands, et entre autres dans le grand-duché de Bade, ne donne pas le droit de pratiquer, que ce titre est accordé à la suite d'études peu prolongées et d'une épreuve souvent insuffisante; que les gouvernements allemands jugent eux-mêmes qu'il en est ainsi, puisqu'ils subordonnent le droit de pratiquer aux *examens d'état* passés à la capitale, devant une commission sanitaire, est d'avis que le diplôme acquis dans une Université allemande ne peut en aucune façon être assimilé au diplôme français, qui ne s'accorde qu'à la fin des études, après des épreuves multipliées, et qui emporte le droit de pratiquer. La Faculté a donc pensé que pour obtenir ce diplôme, les étrangers doivent se soumettre aux mêmes épreuves que les nationaux, et soutenir comme eux les cinq examens et la thèse. Quant aux deux baccalauréats, la Faculté a admis qu'il faudrait tenir compte des épreuves littéraires et scientifiques soutenues par les candidats, avant d'être immatriculés dans les Universités allemandes, et qu'une dispense de ces deux grades pourrait être accordée. Les études faites dans une Faculté étrangère ont été considérées comme équivalentes au temps passé dans une Faculté française, et ont donné droit au même nombre d'inscriptions.

En ce qui concerne la collation du grade d'officier de santé, la Faculté a été d'avis encore qu'on doit exiger des étrangers les garanties demandées aux nationaux, et qu'on ne saurait s'en rapporter uniquement à des examens sérieux sans doute, mais dont il est difficile de connaître exactement la valeur. Le candidat a été dispensé des inscriptions et des examens de fin d'année, mais on a exigé qu'il soutînt les trois examens nécessaires pour obtenir le diplôme.

La question de réciprocité, quoiqu'elle ne fût pas du ressort de la Faculté, méritait aussi d'être prise en considération. En Allemagne, aucun docteur étranger n'est admis à pratiquer la médecine sans avoir soutenu les examens d'état, et cette condition ne suffit pas toujours, les nationaux jouissant pour toutes les professions d'un privilége exclusif.

Nous ne savons pas comment la question est résolue dans les deux autres facultés de médecine, mais nous croyons utile de faire connaître l'avis de la Faculté de Strasbourg, compétente par sa position pour tout ce qui concerne l'Allemagne. Il importe, nous le pensons, que les facultés ne s'écartent pas de l'esprit de la loi qui exige de tous les médecins les mêmes garanties de capacité. Au ministre seul appartient le droit de faire des exceptions pour les notabilités de la science, et il est évident que l'occasion d'user de ce droit ne se rencontre que rarement. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 mars 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Hillairet à propos de l'instrument de M. Baunscheidt, de Bonn, présenté dernièrement par M. Gibert. (Commissaire, M. Gibert).

2° Une notice sur les hôpitaux de Londres, par M. Chevallier fils. (Commissaire, M. Gosselin).

3° M. Nonat adresse la lettre suivante, relative à l'hygiène des hôpitaux :

« Depuis que la discussion sur l'hygiène des hôpitaux s'agite à la tribune académique, il n'est pas un orateur qui n'ait cru devoir faire appel non-seulement aux lumières de ses collègues de l'Académie, mais encore à l'expérience des médecins du dehors, dans le but de concourir à la solution de cette importante et difficile question.

» J'ai considéré comme un devoir de répondre à cet appel et de soumettre au jugement de la savante Compagnie certains faits qui me paraissaient de nature à élucider un problème enveloppé de tant d'obscurité. Ma note relative à l'emploi des fumigations chlorées pour la désinfection des salles d'hôpitaux, a été renvoyée à l'examen de M. Gosselin.

» Dans le résumé qu'il a fait de la discussion, mardi dernier, le savant rapporteur a signalé instamment et avec raison l'influence pernicieuse de l'encombrement et de la viciation de l'air sur les malades des hôpitaux et spécialement sur les opérés. Il a prononcé à plusieurs reprises le mot de miasmes, et il s'est longuement étendu sur les différents objets qui peuvent en être la source et leur servir de foyer; il a notamment indiqué les inconvénients que présentent les rideaux à ce point de vue, et il a énuméré quelques-unes des mesures propres à diminuer les fâcheux effets de ces miasmes. Mais on est surpris que dans une recherche si minutieuse des moyens capables d'assainir les salles et après avoir attaché une si grande importance aux plus simples détails de propreté, M. Gosselin ait omis de mentionner le procédé le plus sûr pour détruire l'élément miasmatique.

» Serait-ce parce que notre éminent confrère s'est figuré que ce que j'ai dit des fumigations chlorées s'applique exclusivement au choléra? Une lecture attentive de la note que j'ai communiquée à l'Académie lui aurait prouvé que ce moyen de désinfection satisfait à toutes les indications de l'assainissement des salles d'hôpitaux, et qu'après en avoir constaté les excellents effets, je le recommande d'une manière générale dans toutes les circonstances où l'air est infecté de miasmes.

» En terminant, et afin de prévenir une objection toute gratuite, je crois devoir répéter ce que j'ai dit dans ma note, à savoir que ce procédé n'exclut aucun des autres moyens d'assainissement dont l'expérience a consacré l'utilité, tels que l'aération, la ventilation, etc., mais qui encore une fois sont insuffisants, puisqu'ils disséminent et raréfient les miasmes sans les anéantir. »

LECTURE.

Docimasie pulmonaire. — M. BOUCHUT lit un mémoire sur une nouvelle méthode de docimasie pulmonaire applicable à la recherche de l'infanticide.

Après avoir indiqué l'importance du problème à résoudre lorsqu'il s'agit de déterminer que la respiration d'un enfant nouveau-né avait eu lieu au moment de sa mort, M. Bouchut fait connaître les différents procédés de docimasie pulmonaire employés par les médecins légistes. Il indique la docimasie *gravative* de Ploucquet, les docimasies *hydrostatiques* de Bernt et de Daniel, la *surnatation* de Galien, et il fait connaître, d'après de nombreuses expériences sur les animaux et sur des mort-nés, sa nouvelle méthode de docimasie pulmonaire optique.

Voici le résumé de son travail :

1° Les instruments d'optique, tels que le microscope et les loupes, peuvent servir à reconnaître qu'un poumon ou qu'un fragment de poumon a respiré.

2° L'inspection de la surface extérieure des poumons d'un enfant ou d'un animal nouveau-né avec une loupe permet de constater : 1° la présence de l'air dans les vésicules pulmonaires; 2° l'affaissement de ces vésicules par la maladie; 3° enfin leur imperméabilité congénitale si l'enfant n'a fait aucun effort d'inspiration.

3° Sous le microscope, avec un grossissement suffisant, l'étude d'une parcelle de poumon ayant respiré permet de constater des bulles d'air emprisonnées dans son tissu.

4° Le tissu des poumons qui n'ont pas respiré est compacte, mou, blanchâtre et rosé au milieu de la gestation, rouge-brun comme le tissu normal du foie ou comme du chocolat si l'enfant est à terme, et on voit à sa surface les intersections celluleuses qui circonscrivent les lobules.

5° Le poumon qui a complétement respiré est rose pâle, mou, crépitant, surnage, et renferme dans chaque lobule un amas de vésicules aériennes brillantes, arrondies, transparentes, invisibles à l'œil nu, mais appréciables au foyer d'une bonne loupe.

6° Le poumon qui n'a pas complétement respiré est rose, crépitant, mou, marbré de taches rouges et brunes, compactes, dures, allant au fond de l'eau, et dans ces taches brunes la loupe ne distingue aucune vésicule aérienne.

7° On voit des poumons ayant à peine respiré dont la plus grande partie est compacte, imperméable, mais dans lesquels se trouvent çà et là des lobules infiniment petits, larges de quelques millimètres, où existent des vésicules aériennes remplies d'air.

8° Des lobules de poumon qui a respiré peuvent être comprimés dans les doigts sans qu'on puisse chasser l'air constaté avec la loupe dans les vésicules aériennes.

9° Après une putréfaction de plusieurs jours dans l'air et dans l'eau, on reconnaît encore à la loupe les vésicules aériennes d'un poumon qui a respiré.

10° On peut avec le même instrument distinguer certains cas d'emphysème interlobulaire général produit par l'insufflation de l'emphysème interlobulaire partiel que produisent souvent les premiers efforts d'inspiration.

11° La méthode de docimasie pulmonaire que je viens de décrire peut être employée concurremment avec les méthodes *gravative* de Ploucquet, *hydrostatique* de Daniel et de Bernt, ou avec la *surnatation* de Galien, dans la recherche médico-légale de l'infanticide.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé.

La liste des candidats porte *ex æquo* MM. Montagne, Daremberg et François (ingénieur).

Le nombre des votants étant de 65, majorité 33 :

M. Montagne obtient au 1er tour. . . .	49	voix.
M. Daremberg.	6	—
M. Reynaud.	6	—
M. François.	4	—

M. Montagne ayant réuni la majorité des suffrages, est déclaré élu. Sa nomination sera soumise à la sanction de l'Empereur.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

La parole est à M. Trébuchet.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. TRÉBUCHET. L'Académie a voulu, en continuant cette discussion, qu'il ne manquât aucun élément à l'étude des grands principes qui dominent une bonne organisation hospitalière; elle a voulu sans doute aussi que les hôpitaux ne restassent pas sous le coup des vives critiques dont ils ont été l'objet. Je viens, dit l'orateur, m'associer à cette pensée de l'Académie, et lui communiquer le résultat de recherches qui touchent directement à la question qui nous occupe.

Voyons d'abord quelle a été jusqu'à ce jour l'opinion la plus générale sur les hôpitaux de Paris. (M. Trébuchet rapporte ici un passage d'une *Histoire générale de l'état des institutions publiques de charité en France*, publié en 1829 par M. Johnston, médecin anglais. M. Johnston démontrait par des considérations en tous points semblables à celles qui ont été exposées dans cette discussion par MM. Davenne et Bonnafont, qu'il était impossible d'établir une comparaison rationnelle entre les résultats obtenus dans les hôpitaux de Paris et dans ceux de la ville de Londres.

L'opinion de Johnston était partagé par un grand nombre de savants étrangers, qui rendaient aux hôpitaux de Paris une éclatante justice.

Depuis, et jusqu'à ce jour, les mêmes jugements ont été portés sur ces établissements.

Pour ma part, j'ai vu un grand nombre de ces savants étrangers, et tous sans exception sont restés émerveillés de l'excellente tenue de ces établissements, des soins donnés aux malades, et ont quitté la France avec un vif désir de voir adopter dans leur pays une organisation dont ils venaient de constater les heureux effets. Ces éloges confirmaient ce que j'avais recueilli par mes propres observations, ce qu'avaient constaté les commissions dont j'avais souvent fait partie, et qui, soit dans des temps d'épidémie, soit à d'autres époques, avaient été appelées à visiter les hôpitaux de Paris. J'étais donc fondé à considérer ces établissements comme présentant dans leur ensemble les conditions les plus satisfaisantes au point de vue de l'hygiène et de la salubrité, et comme n'ayant rien à envier sous ce rapport aux établissements des autres pays.

Vous devez comprendre mon étonnement en entendant des critiques sévères remplacer les éloges que me paraissait mériter notre organisation nosocomiale. J'ai cru un instant avoir vécu dans une longue erreur, en entendant les révélations de MM. Gosselin et Malgaigne.

Si les accusations portées contre les hôpitaux étaient fondées, ce serait, il faut le reconnaître, la condamnation la plus sévère et la plus méritée des actes de tous ceux qui depuis le commencement de ce siècle ont présidé à la destinée des hôpitaux de Paris; ce serait en outre la condamnation du personnel médical lui-même, qui aurait bien aussi à prendre sa part de responsabilité d'un état de choses aussi funeste. Heureusement qu'il n'en est pas ainsi. M. Davenne a défendu les hôpitaux contre les accusations dont ils étaient l'objet, et il les a combattues victorieusement une à une. Après lui, MM. Bouvier, Bonnafont et Velpeau, sont venus apporter de nouveaux arguments à la défense d'une cause qui touche à tant d'intérêts divers. Je ne pourrais rien ajouter à l'effet de leurs paroles. Mais si j'envisage l'ensemble de la discussion, je ne trouve, à la place de faits, que des opinions sur lesquelles on n'est même pas d'accord, je vois des chiffres contestables et contestés, rapportés de l'étranger, des comparaisons impossibles dans les conditions où on les a faites, et circonscrites d'ailleurs dans un cercle trop étroit pour qu'elles puissent motiver aucune conclusion sérieuse; je trouve enfin quelque chose de vague dans les généralités, d'insaisissable. On entre dans des détails de service qui ont bien leur importance relative, mais dont la plupart sont des détails d'économat, et qu'il suffirait de signaler à l'attention des directeurs.

Quant aux mesures d'un ordre plus élevé et sur lesquelles on a plus particulièrement insisté comme devant puissamment contribuer à l'assainissement des hôpitaux, il en est dont l'adoption demanderait au moins un examen approfondi, car leur efficacité est loin d'être admise en principe. Je citerai notamment la question des rideaux et celle du balayage des salles. En effet, on n'est pas d'accord sur les inconvénients des rideaux de lits des malades; c'est une question très-controversée. Quant au balayage, sur lequel on est revenu à plusieurs reprises et qu'on voudrait remplacer par des lavages, la question est plus douteuse encore. Je dirai même que les hygiénistes repoussent généralement les lavages, comme étant fort contraires à la salubrité des logements, et à plus forte raison à la salubrité des salles de malades.

Ces détails viennent ajouter de nouvelles preuves du peu de fondement de la plupart des critiques dont les hôpitaux de Paris ont été l'objet. J'ajouterai cependant un dernier argument, c'est que grâce aux nombreuses améliorations introduites chaque année dans tous les services, grâce au zèle et aux soins si éclairés du personnel médical, la mortalité des hôpitaux et hospices va constamment en diminuant, ainsi que la moyenne du séjour des malades. Ce résultat ne parle-t-il pas plus haut que tous les raisonnements?

On a parlé du danger des grandes salles pour les malades, de la mortalité des grands hôpitaux. On a critiqué les nouveaux moyens de chauffage et de ventilation appliqués dans plusieurs établissements hospitaliers. En présence de cette espèce de croisade, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vous exposer ce que j'ai recueilli sur la mortalité comparée des hôpitaux et hospices. Ce sera un élément utile de discussion ultérieure.

M. Malgaigne a dit : Si vous avez 10 malades dans une salle, vous y avez 10 foyers d'infection; 20 foyers si vous avez 20 malades, et ainsi de suite. Cela est incontestable si la salle disposée pour 10 malades en reçoit 20 ou plus; et alors ce n'est plus l'étendue de la salle qu'il faut critiquer, mais le trop grand nombre de lits qu'elle renferme, eu égard à son étendue. C'est ici une simple question d'encombrement. Mais si la capacité de la salle est proportionnée au nombre de malades qui y sont admis; si le cube d'air est tel que chaque malade a la quantité d'air reconnue nécessaire; si la salle a des moyens de ventilation et de chauffage calculés sur son étendue, si enfin elle offre dans ses dispositions générales toutes les conditions que l'hygiène réclame eu égard à sa capacité, cette salle sera-t-elle réellement plus insalubre qu'une petite salle? J'avoue que je suis loin d'en être convaincu.

Ne pourrait-on pas dire dans un ordre d'idées opposé, qu'en multipliant les petites salles on multiplie les surfaces sur lesquelles les matières organiques viennent se confiner? Ce qui tendrait à le prouver, c'est qu'on est généralement plus désagréablement impressionné par la mauvaise odeur en entrant dans une petite salle que dans une grande.

Mais voyons ce que disent les chiffres.

En consultant les comptes rendus administratifs de l'Assistance publique pour les cinq années (1856 à 1860), je trouve que les établissements les plus considérables ne sont pas ceux où la mortalité a été la plus élevée. On en jugera par le tableau suivant :

Services de médecine et de chirurgie réunis.

	Nombre de malades.	Décès.	Moyenne, 1 décès sur
Pitié.	50,540	6,061	8,33
Lariboisière. . .	48,875	5,730	8,52

Beaujon.	31,978	3,500	9,13
Necker.	34,392	3,599	9,55
Hôtel-Dieu. . . .	66,675	6,840	9,74
Saint - Antoine. .	30,770	3,019	10,49
Cochin.	9,921	963	10,30
Charité.	39,702	3,765	10,54

Ainsi Cochin, le plus petit des hôpitaux, ne diffère que par quelques fractions insignifiantes de la Charité, qui est 4 fois plus considérable, et ne présente avec l'Hôtel-Dieu qu'une différence de 1/2 pour 100 environ. Ce dernier établissement n'est guère que le cinquième dans l'ordre des décès, et enfin, la Charité, le quatrième établissement suivant son importance, se trouve le dernier de tous dans l'ordre de la mortalité.

Des résultats à peu près semblables sont fournis par les services de médecine; les moyennes ne présentent aucune différence assez sensible pour permettre de conclure pour ou contre les petits établissements; cependant, comme appréciation générale, la balance semblerait pencher encore en faveur des grands hôpitaux.

Mais le service qui présente les différences les plus sensibles est le service de chirurgie. Voyons donc quel est le chiffre de la mortalité relative de chacun des hôpitaux généraux pour la même période (plus l'hôpital Saint-Louis).

La moyenne des décès a été :

Pour l'hôpital Saint-Louis, de. . . .	16,12
— de la Pitié.	16,15
— Cochin.	16,49
— Beaujon.	16,61
— Saint-Antoine.	17,44
— Necker.	17,88
— Lariboisière.	18,28
— de l'Hôtel-Dieu.	21,83
— de la Charité.	29,96

Ainsi, voilà trois hôpitaux des plus considérables, dont la mortalité est de beaucoup inférieure pour les services de chirurgie à celle des autres maisons. Cochin n'est pas beaucoup mieux traité que Saint-Louis, la Pitié et Beaujon, qui ont reçu beaucoup plus du double des malades.

Mais ce n'est pas tout, il existe une maison qui présente toutes les conditions réclamées par l'hygiène, la nouvelle Maison de santé, dans laquelle la mortalité est hors de proportion avec celle des hôpitaux généraux.

Je ne crois donc pas qu'en considérant le peu de succès de certaines opérations chirurgicales dans les hôpitaux et en les comparant aux opérations de même nature faites à domicile, on soit en droit de déclarer que ces opérations réussissent moins bien dans les hôpitaux qu'à domicile et d'en accuser surtout l'insalubrité des hôpitaux. Avant de se prononcer sur un sujet aussi délicat et aussi complexe, il faudrait étudier les conditions dans lesquelles les opérations se font à domicile, l'état des malades, tenir compte de la différence qui existe sous une infinité de rapports entre les malades de la ville et ceux qui viennent se faire opérer à l'hôpital, etc. Mais avant de rechercher ce qui se passe en ville et à plus forte raison à l'étranger, ne devrait-on pas rechercher ce qui se passe dans les établissements même, approfondir la cause de ces anomalies que présentent entre eux les différents services des établissements hospitaliers?

J'ai cherché à établir par des chiffres de la plus rigoureuse exactitude que la question des grands et des petits établissements hospitaliers était loin encore de pouvoir être résolue. Cette question demande de profondes études; les causes de la mortalité doivent être recherchées ailleurs que dans l'étendue des salles ou dans la population plus ou moins considérable de l'établissement; il faudrait étudier les détails de chaque salle, son aménagement, son exposition, les différents modes de ventilation et de chauffage, etc. On ne peut donc résoudre ces questions par des généralités, par des appréciations purement théoriques.

Toutes les fois qu'on voudra établir une statistique sérieuse dégagée surtout de toute idée préconçue, de tout désir de faire prévaloir un système, il faudra entrer dans des détails variant à l'infini, sous peine de se jeter dans des erreurs sans nombre, toujours fâcheuses et quelquefois fatales. La statistique fournit, en effet, des armes pour toutes les causes; mais pour tout homme de bonne foi, pour ceux qui ne cherchent qu'à s'éclairer et à s'instruire, elle ne doit présenter que des indications premières, dans certaines questions du moins, comme celle qui nous occupe; c'est uniquement un point de départ, un élément de recherches et d'observations utiles; elle constitue rarement une preuve.

M. Trébuchet examine ensuite quelques-unes des questions soulevées par M. Devergie, relativement à l'aération, au chauffage des salles, et la proposition qu'il a faite de créer un conseil d'hygiène auprès de l'Assistance publique. Il critique cette dernière proposition, dont il démontre tout au moins l'inutilité; puis il termine en ces termes :

Il est impossible que cette discussion ne porte pas ses fruits; il ne peut sortir de ces débats que de hauts enseignements, soit au point de vue de la pratique médicale, soit au point de vue de l'hygiène des hôpitaux. Mais, provisoirement, je crois qu'il serait convenable et urgent d'étudier les questions pratiques qui peuvent recevoir une solution immédiate. Ainsi, je demanderais notamment qu'on examinât tout d'abord si le nombre de malades que renferme chaque salle est en rapport avec la capacité de la salle; si les lits sont suffisamment espacés; si les systèmes de chauffage et de ventilation répondent aux besoins des salles; je voudrais qu'on étudiât le régime alimentaire; ce qui touche à l'administration des bains; et enfin, comme question incidente, qu'on s'occupât sérieusement du logement des internes et de tout ce qui touche à leur bien-être.

Sans doute, je laisse de côté un grand nombre de questions d'un intérêt plus général; mais je désire qu'on fasse quelque chose, et voilà pourquoi je restreins mes propositions à celles qui ont un caractère plus pratique, et qui ont, du reste, une grande importance pour l'hygiène de nos établissements hospitaliers.

L'Académie accueille la lecture dont nous venons de présenter un résumé, par des marques générales d'approbation.

Après un échange de quelques explications entre M. Gosselin et M. Trébuchet, la séance est levée, et la suite de la discussion renvoyée à la prochaine séance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 12 février dernier, ont été nommés :

M. le docteur Rousset, président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Commercy (Meuse);

M. le docteur Gevrey, président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Haute-Saône;

M. le docteur Vingtrinier, président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Seine-Inférieure.

— Par arrêté du 19 février, M. Ladreit de la Charrière a été nommé médecin adjoint à l'institution impériale des sourds-muets.

— La Société universelle d'ophthalmologie, pour répondre à son titre, s'est engagée à changer chaque année son siége en l'établissant alternativement dans les principaux centres scientifiques d'Europe. Dix de ces centres ont été choisis, en sus de Paris, et des comités ont été établis dans chacune de ces villes pour correspondre entre eux et préparer chaque année les voies et moyens de réunion de la Société, ainsi que pour recevoir les adhésions dans le cercle naturel de leur influence.

Ces comités sont composés comme il suit :

Berlin : MM. A. de Graefe et R. Liebreich.

Bruxelles : MM. Warlomont et la rédaction des *Annales d'oculistique*.

Leipzig : MM. Coccius, Ruete, Winter.

Londres : MM. Bowman, Critcheff, Streatfield, White, Cooper.

Munich : MM. Nussbaum et Rothmund fils.

Paris (1) : MM. Desmarres, Giraud-Teulon, Sichel, Wecker.

Prague : MM. de Hasner et Pilz.

Turin : MM. Borelli, Sperino (Turin); Quadri (Naples); Guaglino (Milan).

Utrecht : M. Donders.

Vienne : MM. Arlt et Gulz.

Zurich : M. Horner.

Le comité de Paris convie le corps médical français à s'associer aux travaux de la nouvelle Société. Les adhésions seront reçues chez chaque membre du comité, pour être ensuite présentées en séance audit comité.

La réunion de la Société universelle d'ophthalmologie aura lieu du 30 septembre au 3 octobre prochain.

(1) Le comité de Paris a été chargé pour celle année de la centralisation administrative.

— La Société de médecine et de prévoyance du département de l'Yonne, composée de médecins, pharmaciens et vétérinaires, fondée en 1844, avait pendant quelque temps interrompu ses réunions; elles ont été reprises et suivies avec ardeur depuis plusieurs années. La séance du dernier jeudi de février a été surtout d'un grand intérêt, plusieurs des membres s'étant fait un mérite d'apporter le tribut de leurs observations, de leur pratique et de leur succès.

Par une utile et sage disposition, la Société divise ses travaux en deux temps : le premier, consacré à des discussions orales sur les faits observés pendant le trimestre; le second, à la lecture des mémoires, toujours sur l'exercice médical dans une localité du département. Elle a cru devoir circonscrire ses travaux dans ce rôle limité; mais elle a voulu qu'on livrât à la publicité tout ce qu'il y avait d'important, soit dans les procès-verbaux, soit dans les mémoires communiqués.

Son but est de réveiller l'émulation, de faire ressortir le mérite modeste, et de combattre ce déplorable égoïsme qui porte certains hommes à s'isoler pour ne s'occuper que de leurs intérêts matériels.

C'est dans cet esprit qu'un prix de 500 fr. a été proposé, au choix des concurrents qui exercent dans le département de l'Yonne, membres ou non de la Société. Le programme porte, mode tout nouveau, que plusieurs concurrents peuvent s'associer, parce que des notions de topographie sont exigées. La médecine vétérinaire est également admise pour les faits d'épizootie observés dans le département.

Le conseil a pensé qu'en assignant ces limites aux travaux, l'Association médicale contribuerait à aider l'administration dans la recherche et la destruction des causes d'*endémicité*, ainsi qu'à l'accomplissement des travaux de statistique dont le gouvernement se préoccupe.

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

Depuis la publication de la première liste de souscription, nous avons reçu de notre honorable et malheureux confrère une lettre par laquelle il nous charge de transmettre l'expression de sa gratitude à ceux de nos bienveillants lecteurs qui ont répondu à notre appel. Nous nous empressons de nous rendre à son désir. Nous avons reçu depuis le 1er de ce mois les sommes suivantes :

MM. Bourguignon.	20 fr.
Henri Roger.	10
Brierre de Boismont.	20
Le baron Larrey.	25
Total.	75 fr.
Total de la liste précédente. . . .	90
Total jusqu'à ce jour.	165 fr.

Des affections nerveuses syphilitiques, par M. le docteur D. Zambaco, ancien interne et chef de clinique de la Faculté de Paris. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine. Un volume in-8° de 596 pages. Prix : 7 fr. Chez J. B. Baillière et fils, libraires à Paris, 19, rue Hautefeuille.

Syphiliographes et syphilis. — MM. Langlebert, Cullerier et Rollet. — Brochure in-8°, par M. le docteur Joulin. Prix : 1 fr. Chez Masson, rue de l'Ancienne-Comédie.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 28. — SAMEDI 8 MARS 1862. (35e ANNÉE.) N° 28. — SAMEDI 8 MARS 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Érysipèles du pharynx.

Nous avons dans ces dernières années appelé plusieurs fois l'attention de nos lecteurs sur les érysipèles internes ou des muqueuses, dont on a pendant longtemps méconnu l'existence ou tout au moins négligé considérablement l'étude. Depuis les nombreux travaux qui ont été publiés sur ce sujet, notamment ceux de MM. Gubler, Goupil, Aubrée, Labbé, Calbo en France, et de M. Gull en Angleterre, personne ne conteste plus la relation pathologique intime qui existe entre certains exanthèmes pharyngiens, par exemple, et l'érysipèle de la face. Mais il reste encore des doutes dans l'esprit de plusieurs observateurs, sur la question de savoir si ces exanthèmes ont ou non des caractères spéciaux. Quelques-uns ont nié que l'érysipèle pharyngien eût des caractères qui pussent permettre de le différencier anatomiquement des autres inflammations spécifiques de la gorge. M. Cornil, interne distingué des hôpitaux de Paris, a saisi les occasions qui lui ont été offertes par les épidémies d'érysipèles, si fréquentes dans ces derniers temps, pour étudier et compléter sous ce dernier point de vue particulièrement l'histoire de l'érysipèle du pharynx. Dans un travail qui vient d'être publié tout récemment dans les *Archives générales de médecine*, il s'est proposé de démontrer que dans l'érysipèle pharyngien la muqueuse de cette région présente des signes qui permettent de faire cette distinction, et de prouver que l'érysipèle de l'arrière-bouche peut présenter, comme celui de la peau, soit une rougeur diffuse de couleur spéciale, soit des phlyctènes remplacées bientôt par une exsudation blanchâtre, soit une gangrène limitée. Les observations qu'il a recueillies dans les divers services auxquels il a été attaché lui ont montré des exemples de ces diverses formes d'érysipèles du pharynx.

Voici une relation sommaire de ces observations :

Le premier fait rapporté par M. Cornil, recueilli dans le service de M. Gibert à l'hôpital Saint-Louis, est relatif à une jeune fille de dix-huit ans, entrée à l'hôpital pour y être traitée d'un impétigo de la face se prolongeant dans la fosse nasale du côté gauche. Après deux jours de prodromes fébriles avec symptômes d'embarras gastrique et engorgement douloureux des glandes sous-maxillaires, le côté gauche de la face est envahi par une rougeur érysipélateuse ayant pour point de départ la narine gauche : le pharynx, le voile du palais et les piliers sont le siége d'une coloration rouge foncé uniforme. La malade y ressent une douleur cuisante.

Le cinquième jour (troisième de l'éruption érysipélateuse), la malade est trouvée dans un grand état de prostration ; elle avait déliré toute la nuit ; la langue et les dents étaient recouvertes d'un enduit noirâtre ; pouls très-fréquent, mou et ondulé ; elle se plaignait toujours du mal de gorge ; toute la face, y compris la lèvre supérieure, était tuméfiée et recouverte de croûtes brunes.

Les mêmes symptômes persistèrent jusqu'au neuvième jour. Le onzième, l'érysipèle de la face était en desquamation, la fièvre avait disparu, et la malade ne se plaignait que d'un peu de roideur et de douleur du cou. La douleur si vive de la gorge avait cessé, et l'on ne voyait à l'examen du pharynx qu'une injection assez prononcée des vaisseaux du voile du palais à la place de la rougeur diffuse.

Dans un deuxième fait, recueilli à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Pelletan, sur une jeune fille du même âge, on remarque des symptômes généraux qui se rapprochent beaucoup de ceux de l'observation précédente. On voit également la forme gastrique ordinaire du début de la maladie se changer au bout de quelques jours en forme adynamique et ataxique. Quant à l'exanthème, il commence au pourtour des narines, qui étaient le siége de croûtes suite d'un coryza que la malade avait depuis une dizaine de jours, pour envahir successivement les deux joues et le front ; puis il gagne le voile du palais, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx. Il a présenté, comme chez la première malade, le type de l'érysipèle avec production de phlyctènes.

Un troisième fait, recueilli dans le même service que ce dernier, montre, avec le même état général, un ordre de succession inverse dans l'éruption. Ici l'érysipèle débute à la gorge et se propage le même jour à la face. Les fosses nasales ont servi dans les deux cas de voie à cette propagation.

Dans ces deux cas aussi, M. Cornil a vu des phlyctènes bien formées, bien nettes sur le voile du palais ; il en a percé une avec une pointe mousse et vu sortir la sérosité qu'elle contenait. Ces phlyctènes du pharynx ont laissé une membrane épithéliale, qui a persisté en se reformant, s'amincissant et devenant plus petite pendant onze jours dans la troisième observation. Chez le malade sujet de cette observation, l'érysipèle, au moment où il guérissait au pharynx, s'est propagé par la trompe d'Eustache à l'oreille moyenne et au conduit auditif.

Une quatrième observation, dont le sujet est une femme de vingt-six ans, entrée dans le service de M. Gibert, à Saint-Louis, pour y être traitée de plaques muqueuses aux parties génitales, présente un exemple de propagation très-rapide de l'érysipèle pharyngien à travers la fosse nasale et les conduits lacrymaux.

Enfin, dans une cinquième observation recueillie chez une jeune fille du service de M. Hardy à Saint-Louis, on voit un érysipèle de la face débutant par le conduit auditif et se propageant par les lèvres au pharynx.

Dans ces deux derniers cas, on n'a pu observer les phlyctènes du début ; mais, fait remarquer M. Cornil, l'analogie parfaite qui existait entre les membranes qu'il y a observées et celles qui ont succédé aux phlyctènes des deux observations précédentes, prouve suffisamment une pareille succession.

Enfin M. Cornil fait ressortir de ce dernier fait une remarque importante sous un autre point de vue que celui qui nous occupe, c'est la bénignité qu'a eue la maladie dans ce cas, après s'être annoncée avec un ensemble de symptômes extrêmement graves en apparence, tels que tuméfaction énorme de la face, couverte de croûtes noires ; œdème des paupières et des lèvres ; douleur vive à la gorge ; difficulté de la déglutition ; propagation de l'érysipèle à la face postérieure du pharynx. Sans qu'on ait presque rien fait comme traitement, la fluxion a cessé d'elle-même, et tout a été terminé en moins d'un septénaire.

Mais il est bon de rappeler, ce que fait avec beaucoup de raison M. Cornil, que les symptômes généraux dans ce cas se sont bornés à des phénomènes d'embarras gastrique ; d'où cette conclusion toute naturelle et confirmative de ce qui a été constaté par presque tous les bons observateurs, savoir, « que c'est la forme gastrique ou typhique qui détermine la bénignité ou la malignité de l'affection érysipélateuse.

Ictère grave.

Il s'est présenté récemment dans le service de M. le professeur Bouillaud, à la Charité, un cas d'ictère grave survenu pendant le cours d'une sciatique et suivi promptement de mort.

Voici les détails de ce fait, dont nous devons la relation, ainsi que les réflexions qui l'accompagnent, à M. L. de Lucé, élève du service.

Le 30 janvier, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, le sieur N..., tailleur de pierres, âgé de quarante-six ans, doué d'une constitution athlétique et se plaignant d'une sciatique du membre inférieur gauche qui le tourmente depuis cinq mois. Traité antérieurement à l'Hôtel-Dieu par les vésicatoires, les douches froides, les cautérisations au fer rouge, il dit n'en avoir retiré aucun soulagement bien notable.

Malgré ces longues souffrances, l'état général est bon, mais le moral paraît fortement ébranlé, et le malade, soit à cause de chagrins particuliers, soit par inquiétude sur son état, s'abandonne à des idées tristes et fuit la conversation de ses voisins.

Un large vésicatoire à la région postérieure de la jambe, les pilules de Méglin (3 par jour), des lavements à la térébenthine (1 gr. par lavement), des bains sulfureux, des tisanes sudorifiques, tel est le traitement auquel le malade est soumis.

Le 17 février, il y a un léger soulagement.

Le 24, le pouls, de 68-70, est monté à 76-80 ; la langue est saburrale ; la région parotidienne gauche est gonflée, œdématiée, froide, chaude, douloureuse ; le malade se plaint d'inappétence et de nausées. — Application d'un cataplasme émollient sur la région douloureuse ; potion avec 2 gouttes d'huile de croton-tiglium.

Le soir, vomissements porracés, six selles ; soulagement.

Les 25 et 26, le pouls se maintient à 76-80. L'engorgement parotidien a beaucoup diminué.

Le 27, la fièvre a augmenté ; le pouls bat 106-110 ; le malaise persiste, malgré la disparition presque complète de la phlegmasie parotidienne. On remarque une légère teinte jaune des sclérotiques et de la peau. Le malade n'urine qu'au moyen de la sonde.

Le 28, le pouls est à 116-120 ; la teinte ictérique s'est accrue et généralisée ; l'hypochondre droit est douloureux ; la percussion fait constater que le foie s'élève à trois travers de doigt et demi au-dessous du mamelon, et descend à un travers de doigt et demi au-dessous du rebord des fausses côtes ; les yeux sont cernés, enfoncés, le regard profondément triste ; les lèvres ont une expression sardonique ; la langue, couverte à sa base d'un mince enduit bilieux, a une teinte jaune générale. — Application sur l'hypochondre droit de ventouses scarifiées ; 3 palettes et demie.

Le soir, l'élève chargé de la visite remarque un gonflement œdémateux d'une teinte violacée, siégeant sur la cuisse gauche, le genou et la partie supérieure de la jambe du même côté. Ce gonflement est peu douloureux, à en juger par le silence du malade à cet égard.

La sérosité du sang des ventouses est colorée et précipite en un beau vert bouteille par l'acide azotique. La même réaction se produit sur les urines, qui sont fortement colorées.

Rien n'indique un danger imminent.

Le 29, on apprend que le malade a succombé à trois heures du matin, sans agitation, délire ni convulsions ; il s'est éteint tranquillement, après quelques instants d'une respiration stertoreuse.

L'autopsie a révélé les lésions suivantes : le facies a conservé son expression sardonique. Les téguments ont une teinte jaune uniforme. On remarque trois larges phlyctènes remplies d'une sérosité sanguinolente à la région postérieure de la cuisse gauche. Teinte violacée, gonflement de cette région.

Le foie est hypertrophié, décoloré, d'une teinte jaune pâle, friable, s'écrasant par une pression modérée entre les doigts. Le pancréas est normal. On constate de la congestion hypostatique à la partie postérieure et inférieure des poumons. Injection du névrilème du nerf sciatique gauche ; cerveau sans altération. Légère hypertrophie et induration des ganglions inguinaux du côté gauche. Les intestins sont fortement distendus par des gaz. Vésicule du foie normale, gorgée d'une bile épaisse d'un jaune verdâtre. Vessie remplie d'une urine foncée.

Le tissu cellulaire du membre inférieur gauche est infiltré d'une abondante sérosité sanguinolente.

Rien d'anormal dans le système circulatoire. Cœur droit et veines remplis de caillots noirs très-mous.

— Comme on peut le voir, la maladie a été rapidement mortelle (trois jours) et les symptômes presque nuls. Le pouls, qui est habituellement ralenti dans l'ictère simple essentiel, a été ici, par son extrême fréquence, le seul signe important de la gravité de la maladie.

Les hémorrhagies, qui ont fait donner à cette affection le nom d'ictère hémorrhagique essentiel par M. le professeur Monneret (*Progrès*, 1859), les phénomènes typhoïdes, ataxo-adynamiques, indiqués par MM. Blachez (concours pour l'agrégation, 1860) et Estrada (thèse de doctorat, 1861), n'ont pas été observés chez le malade qui fait le sujet de notre observation.

Quelles sont les causes de l'ictère grave essentiel? Nous croyons que les idées sombres, les chagrins profonds, les maladies chroniques de longue durée chez des gens moroses, concentrés en eux-mêmes, fuyant la société de leurs semblables, les prédisposent singulièrement aux attaques de cette affection.

Quant aux causes prochaines, bon nombre de théories ont été faites à ce sujet.

Rokitanski suppose que les éléments de la bile préexistant dans le sang ne sont plus éliminés, et que, allant par exosmose imprégner les cellules hépatiques, ils les détruisent.

Buld veut que ce soit un empoisonnement, Bright une inflammation, M. Leudet une compression des vaisseaux hépatiques, Frerichs un envahissement d'éléments plastiques et de tissu adipeux au milieu des cellules hépatiques.

D'après M. Gubler, le système nerveux influencerait les fonctions du foie par l'intermédiaire des capillaires.

M. le professeur Monneret attribue l'ictère grave à l'arrêt de la sécrétion biliaire et à une altération particulière du sang, lésions qui, selon M. Hérard, seraient dominées par une cause générale.

Toutes ces théories ne s'appliquent pas à tous les faits et n'expliquent pas les graves accidents qui surviennent si rapidement ; quelques-unes reposent sur des faits non prouvés. Néanmoins, s'il m'était permis d'émettre une opinion sur une semblable question, je dirais que la dernière de ces théories me paraît la plus probable.

L'histoire de l'ictère grave essentiel est tout entière à faire, et les travaux de M. C. Ozanam (1846) et de M. Monneret (1859) n'ont pas encore entièrement élucidé la question. La rareté de ces faits, les formes variées sous lesquelles ils se présentent, le peu d'importance des lésions trouvées jusqu'ici, constituent une grande difficulté.

Anévrysme de l'arcade palmaire superficielle guéri par la cautérisation.

Un jeune homme entre dans le service de M. le professeur Nélaton, atteint d'un phlegmon de la main; pendant le cours de cette affection, des eschares se détachent et laissent à nu une partie de l'arcade palmaire superficielle. Les parois de ce vaisseau avaient été mortifiées en quelques points, et une hémorrhagie se déclara; une légère compression en rendit bientôt maître, et l'on put croire pendant deux ou trois jours que l'on n'avait plus rien à redouter. Mais au bout de ce temps on vit apparaître sur le trajet de l'artère et dans la plaie un petit bourgeon animé de mouvements pulsatiles et expansifs isochrones à ceux du pouls. On avait affaire évidemment à une tumeur anévrysmale. Elle augmenta graduellement de volume, et le troisième jour de son apparition elle se rompit, et l'hémorrhagie reparut. M. Nélaton se décida à détruire cette tumeur par la cautérisation. Après l'avoir entourée de ouate, afin de protéger les tissus voisins, il la couvrit de chlorure de zinc. Cet agent coagula tout, contenant et contenu; le lendemain on ne trouva plus qu'une petite masse compacte et dure, ne présentant plus les caractères d'un anévrysme.

La guérison était-elle radicale? Le fait était douteux; il pouvait arriver, en effet, qu'à la chute de l'eschare l'hémorrhagie se reproduisît; mais il était possible aussi que le caustique, agissant à la fois sur la tumeur et sur une petite partie des deux bouts de l'artère, eût coagulé le sang dans une certaine étendue de ce vaisseau. Cette dernière hypothèse se réalisa, car l'hémorrhagie ne se reproduisit plus; et en introduisant le doigt dans la plaie, on sentait que les battements de l'artère n'existaient plus dans un certain rayon autour de la tumeur.

Si la cautérisation n'eût pas mis un terme à l'hémorrhagie, M. Nélaton n'aurait pas hésité à rechercher dans la plaie les deux bouts de l'artère et à les lier. Dupuytren, on le sait, s'était formellement opposé à une pareille pratique; il enseignait, en effet, qu'une artère placée dans une plaie suppurante avait été modifiée dans sa texture, et qu'elle se briserait sous la ligature. Maintes fois M. Nélaton a prouvé le contraire, et nous avons à plusieurs reprises inséré dans nos colonnes des faits empruntés à sa pratique, et qui démontrent toute l'inexactitude du principe établi par Dupuytren.

Il est bien vrai qu'une ligature posée dans une plaie en suppuration tombera plutôt que si elle se trouve dans des conditions opposées; mais sa chute, pour être hâtive, n'en sera pas pour cela prématurée, car elle n'a jamais lieu qu'à une époque où le vaisseau a déjà eu le temps de s'oblitérer. En effet, si on lie l'arcade palmaire pour une plaie des doigts, par exemple, la ligature tombera le neuvième ou le dixième jour, tandis que si on la lie dans une plaie en suppuration, elle tombera le quatrième ou le cinquième jour; mais à cette époque déjà l'hémorrhagie consécutive n'est plus à craindre.

Sans doute la recherche des bouts artériels dans une plaie en suppuration est bien malaisée, mais les difficultés inhérentes à une pareille opération sont aujourd'hui simplifiées par l'insensibilité et l'immobilité que procure le chloroforme.

Pendant bien longtemps l'irritabilité hallérienne a été considérée comme inséparable de la vie, et quand M. Duchenne (de Boulogne) présenta en 1846, à l'Académie des sciences, un mémoire portant pour titre : *L'irritabilité n'est pas nécessaire à la motilité*, cette proposition sembla paradoxale. Depuis cette époque, M. Duchenne a maintes fois démontré publiquement que des muscles qui ne se contractent pas sous l'influence de l'excitation électrique portée jusqu'à une dose très-élevée, jouissent cependant, au point de vue des mouvements volontaires, de l'intégrité la plus parfaite. C'est surtout dans certaines paralysies, qui se caractérisent par la perte de la contractilité électro-musculaire, que l'on voit apparaître cet étrange phénomène.

Ainsi M. Duchenne a constaté que dans les paralysies de la septième paire, les paralysies traumatiques et saturnines, les muscles ont recouvré depuis longtemps leurs mouvements volontaires alors que la contractilité électrique est encore complétement abolie.

Un cas de ce genre se présente en ce moment à sa clinique particulière du jeudi : une jeune fille de 20 ans tomba sur une bouteille et se fit une profonde blessure à la partie interne du bras, un peu au-dessus du coude. M. Richet fit la ligature de l'humérale; tous les muscles animés par le nerf médian étaient paralysés. Un an après l'accident, elle se présenta chez M. Duchenne, qui institua un traitement électrique; plusieurs mois se sont écoulés depuis lors, et aujourd'hui les mouvements ont reparu dans tous les muscles paralysés; mais, chose bien remarquable, tandis que les muscles palmaires agissent énergiquement sous l'influence de la volonté, les excitations électriques les laissent immobiles et inertes. Les autres muscles animés par le médian ont recouvré leur contractilité électrique; les deux palmaires seuls en sont encore dépourvus.

— M. le docteur Francisco de Argilagos nous a communiqué un fait curieux dont il a été témoin pendant qu'il était chargé du service de la clinique ophthalmologique de Rouen.

Il s'agit d'une myopie survenue instantanément et sans cause connue chez un presbyte et disparue en peu de jours sous l'influence d'un purgatif.

M. L..., âgé de vingt-sept ans, inspecteur d'assurances, avait été toujours presbyte, quand tout à coup il fut pris d'un raccourcissement de la vue; il pouvait lire alors de près les plus petits caractères et voir très-bien de loin au contraire avec des verres concaves nº 16. Si on lui mettait des verres biconvexes, il ne voyait plus du tout. Chose curieuse, un purgatif a rétabli la vue à son état normal au bout de deux jours. Aujourd'hui M. L... ne peut plus lire les petits caractères sans lunettes convexes; si on lui met devant les yeux des verres concaves, il ne voit plus au loin comme lorsqu'il était devenu myope. A quoi attribuer ce changement brusque de la vue longue à la vue courte? Les hypothèses ne manqueraient pas sans doute; mais il nous paraît difficile d'expliquer avec les données physiologiques une pareille aberration de la vue.

HOPITAL BEAUJON. — M. Morel-Lavallée.

Fistule vésico-vaginale opérée selon la méthode américaine.

Observation recueillie par M. H. Bergeron, interne du service.

Le 2 janvier 1862 est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Agathe, nº 2, Marie V..., femme de François N..., domicilié rue des Entrepreneurs.

Cette femme, quoique maigre, est d'une vigoureuse constitution. Elle a eu sept enfants. Cinq de ses accouchements ont été heureux; le troisième a été terminé par le forceps, après un travail de plus de quarante-huit heures, et les suites l'ont retenue au lit pendant plus de six semaines. L'enfant pourtant a vécu. Le septième, qui a eu lieu le 27 octobre 1861, lui a laissé l'infirmité pour laquelle elle entre à l'hôpital.

Cette fois le travail a duré plus de trente-six heures, et a été terminé aussi par l'application du forceps fait en la demeure de la malade par son médecin. L'enfant est mort avant la fin du travail. La présentation était une présentation de la face.

Les premiers jours qui suivent ne se font remarquer par aucun accident; seulement la malade éprouve de vives douleurs en urinant et d'atroces souffrances dans la jambe gauche.

Ces symptômes existaient depuis quinze jours, quand son médecin lui conseilla de prendre un bain et de faire des injections vaginales pour entraîner le liquide fétide qui s'écoulait par la vulve depuis l'accouchement.

Ces moyens furent employés le jour même, et eurent probablement pour résultat de détacher une eschare qui s'était formée sur la paroi vésico-vaginale. Au sortir du bain, en effet, la malade s'aperçut de l'issue de ses urines par la vulve. Cette perte cependant ne fut pas d'abord complète, c'est-à-dire qu'un verre environ de liquide s'écoulait à la fois par la fistule, pourvu néanmoins que la malade fût dans le décubitus dorsal.

Un mois après l'accouchement, Marie V... entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Morel-Lavallée. Là elle est soumise au repos, et subit à deux reprises différentes des cautérisations qui augmentent un peu l'étendue de la fistule au lieu de l'oblitérer.

Depuis ce temps, la malade prétend qu'elle a cessé de rendre de l'urine en quantité un peu notable à la fois, et qu'elle s'est mise à perdre ses urines constamment.

Le chef du service se proposait de l'opérer, quand elle fut prise de varioloïde.

Le 2 janvier, elle rentre, guérie de sa varioloïde, à l'hôpital Beaujon.

Le 8, la malade, couchée sur le côté gauche, est examinée à l'aide du spéculum de Bozeman. A 1 centimètre de la lèvre antérieure du col existe une fistule un peu allongée d'avant en arrière, et assez grande pour permettre l'introduction de l'extrémité de l'index. Elle est située un peu à gauche de l'axe de la paroi antérieure du vagin. Au-dessous de la fistule, cette paroi bombe vers l'intérieur du vagin, et masque en partie l'orifice anormal. Cette disposition amènera quelques difficultés de plus dans le courant de l'opération.

L'état général de la malade est très-satisfaisant; l'appétit est bon, les selles sont régulières.

Néanmoins l'opération est ajournée jusqu'au 27 janvier, à cause du temps sombre. Un ciel clair avec du soleil est presque indispensable pour obtenir un bon succès.

Mais cette condition n'est pas la seule; ici plus que dans toute autre opération, il ne faut pas craindre de s'occuper des moindres détails avec une sorte de minutie. Ainsi le chirurgien examine l'appareil instrumental qui a été préparé, indique à chaque aide ses fonctions, à la malade la position qu'elle doit prendre, et divise son opération en trois temps :

1º L'avivement;

2º Le passage des fils de soie;

3º La suture métallique.

L'appareil instrumental est divisé en quatre séries.

La première comprend les instruments destinés à bien découvrir et éclairer la fistule, ce sont : le spéculum de Bozeman et celui de Marion Sims, qui seront trempés dans l'eau tiède. L'eau tiède permet, aussi bien que l'huile, l'introduction du spéculum, et ne le fait pas glisser comme ce corps gras. J'ajoute de petites éponges emmanchées et trempées dans de l'eau glacée, qui doivent absterger le sang, arrêter son écoulement, et permettre ainsi de voir nettement le point sur lequel portera l'opération.

La seconde renferme les instruments propres à l'avivement, c'est-à-dire des bistouris à longs manches, des ciseaux droits et courbes, un ténaculum et une pince à dents de souris.

La troisième comprend les instruments pour le passage des fils de soie, ce sont : le porte-aiguille de Marion Sims, des aiguilles courtes presque droites, enfilées d'un double fil de soie noire de 50 centimètres de long. La soie noire est bien préférable à la blanche; tachée de sang, elle ne se confond pas comme celle-ci avec les tissus environnants. L'aiguille est enfilée de telle façon que les deux chefs passent ensemble à travers le chas, tandis que l'anse est placée à l'opposé. A côté des aiguilles se trouve un crochet mousse pour faciliter leur passage, et un morceau de bois fendu pour fixer les fils par ordre à mesure qu'ils seront placés.

La quatrième série enfin est formée par tout ce qui est nécessaire à l'achèvement de la suture, savoir : des fils d'argent recuits, la pince à torsion de Marion Sims, une petite fourche et une paire de ciseaux.

Les aides seront au nombre de trois : le premier tiendra le spéculum, le second relèvera la fesse droite et déprimera la paroi antérieure du vagin, le troisième présentera les instruments.

La malade est placée en face d'une fenêtre sur une table un peu basse recouverte d'une couverture; elle est couchée sur le côté gauche, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses. Le bras gauche est étendu et porté en arrière; le sternum repose sur la table par son bord gauche et la tête sur le pariétal du même côté. Le chirurgien se propose du reste de varier cette position, s'il la trouve préférable, pour tel ou tel temps de l'opération. La malade n'est pas chloroformée.

A neuf heures quarante-cinq minutes, le chirurgien introduit le spéculum de Bozeman, le place de manière que sa concavité embrasse le sacrum et que sa gouttière soit tournée vers la fistule, que l'on retrouve avec les mêmes caractères que le 8 janvier.

L'opérateur s'assoit, place dans l'urèthre la sonde en S de Marion Sims, et procède au premier temps de l'opération, c'est-à-dire l'avivement. Avant de commencer, il est obligé de donner un léger coup de bistouri pour éloigner le col utérin de la fistule; il maintient alors avec le ténaculum la muqueuse vaginale, et retranche avec le bistouri la partie qui borde la lèvre droite de la fistule. Cet avivement est fait dans l'étendue de 2 centimètres et demi en hauteur et de 1 centimètre en largeur, en n'intéressant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, afin de ménager complétement la muqueuse vésicale. Le lambeau est définitivement détaché par un coup de ciseaux.

La lèvre droite avivée, une légère difficulté se présente. La paroi antérieure du vagin bombe en dedans de la cavité et cache en partie la fistule. Le chirurgien se lève alors et fait mettre l'opérée sur les coudes et les genoux. Dans cette position, la paroi antérieure fait moins de saillie, et l'avivement est achevé comme du côté opposé. Quelques coups de ciseaux régularisent les points qui paraissent avoir échappé à l'action du bistouri.

La malade, qui s'était d'abord sentie soulagée par sa position nouvelle, en est un peu fatiguée; aussi, l'avivement terminé, l'opérateur et l'opérée reprennent leur position première, et il est procédé au second temps de l'opération, c'est-à-dire au passage des fils de soie.

L'aiguille, saisie par le porte-aiguille, traverse à 1 centimètre 1/2 du bord de la fistule et au niveau de sa commissure inférieure la lèvre droite dans la moitié ou les trois quarts de son épaisseur seulement.

La pointe paraît entre les deux bords de la plaie : la tête est alors abandonnée; le chirurgien saisit la pointe et l'amène au dehors. La seconde lèvre est traversée de la même façon.

Ici l'opérateur fait déprimer avec un petit spéculum américain la paroi antérieure du vagin, qui proémine et cache la fistule. Il remarque qu'il aura beaucoup plus de facilité pour amener les autres aiguilles au dehors, si un aide fait basculer la tête de manière que la pointe se dirige vers l'orifice externe du vagin, ce qui est exécuté pour les autres aiguilles.

Le fil de soie passé est arrêté dans le morceau de bois fendu.

En tirant sur les deux chefs de ce fil, le chirurgien remarque que les deux bords de la fistule se tendent, ce qui lui permet de passer les autres aiguilles plus facilement et de les passer d'un seul coup. Cette tension pouvant aussi faciliter l'avivement, il se propose, dans une autre opération, de passer un fil au-dessous de la fistule pour en tendre ainsi les bords.

La seconde aiguille est passée en un seul temps à travers les deux lèvres de la plaie; il en est de même de la troisième et de la cinquième.

La quatrième offre plus de difficultés. Passée dans la lèvre droite, la pointe se trouve dirigée en haut. Il faut lui imprimer un mouvement de bascule étendu pour la ramener dans l'axe du vagin et l'enlever plus aisément. Elle est alors passée dans la lèvre gauche; mais un mouvement intempestif du spéculum fait qu'elle ne prend qu'une partie de l'épaisseur de cette lèvre.

Le second temps de l'opération est terminé. Cinq fils en tout ont été placés dans une étendue de 2 centimètres 1/2, et trois l'ont été d'un seul coup.

Le troisième temps de l'opération commence, c'est-à-dire celui de la suture définitive. Mais ici un petit incident : dans un mouvement des aides ou de l'opérée, les fils abandonnent le petit bâton sur lequel ils étaient fixés, et se trouvent tous mêlés ensemble. Cet inconvénient est combattu de la façon suivante. A mesure qu'il fait une suture, le chirurgien dégage au moyen du crochet mousse l'anse du fil qu'il veut prendre, et l'ordre est ainsi successivement rétabli.

La suture, qui correspond au dernier fil de soie posé, se fait sans difficulté. Le fil métallique coudé dans l'anse est tordu plusieurs fois sur lui-même; puis, en tirant sur le fil de soie, le fil métallique lui est substitué. Une fois passé, un aide saisit avec la pince à torsion les deux bouts du fil métallique; l'opérateur les tord en les soutenant à l'aide de la fourche au voisinage de la fistule; le fil est ensuite coupé de manière à ne laisser qu'une longueur convenable.

Le second fil métallique qui correspond au quatrième fil de soie est passé; mais alors le chirurgien trouve que réellement la lèvre gauche de la fistule est prise dans une trop petite étendue; il retire le fil métallique, repasse un nouveau fil de soie en un seul temps, puis bientôt après le fil métallique définitif.

Les trois autres sutures sont achevées de la même manière et l'opération est terminée à dix heures vingt-cinq minutes, après une durée de quarante minutes, malgré les quelques difficultés imprévues qu'il y a eu à surmonter.

En résumé, nous ferons remarquer spécialement dans cette opération :

1º La variation de position de la malade, qui a eu l'avantage de reposer l'opérée et de faciliter certains temps de l'opération;

2º L'emploi des fils noirs bien préférables aux fils blancs;

3º Le refoulement de la paroi antérieure du vagin;

4° La manière dont il faut saisir la pointe de l'aiguille et le mouvement de bascule qui lui a été imprimé ;

5° La fixité que l'on donne aux bords de la fistule en exerçant une légère traction sur le premier fil déjà passé.

L'opération terminée, la malade est reportée dans son lit. Elle ne prendra aujourd'hui qu'un potage, évitera tout effort, et conservera sous le bec de la sonde un vase propre à recevoir l'urine.

Elle n'a pas été à la selle depuis la veille ; on lui donne une potion légèrement opiacée pour entretenir le même état de constipation.

Le soir, la malade ne souffre pas; sa sonde est nettoyée et remise aussitôt. Elle a un peu d'agitation du pouls (80 pulsations).

Le 28 janvier, son pouls est à 76. Elle prend deux potages. La constipation continue. La malade apprend à retirer et à nettoyer sa sonde elle-même.

Le 29, elle mange une portion.

Du 29 janvier au 5 février, le pouls est tombé à 60. La malade se plaint un peu de sa sonde et de maux de tête qu'elle croit occasionnés par la constipation, qui s'est toujours maintenue. Aucune goutte d'urine ne sort par le vagin.

Dix jours se sont écoulés depuis l'opération. La malade est mise dans la position qu'elle occupait ce jour-là, et les fils sont enlevés. Par un malentendu, les instruments spéciaux manquent ; une pince à disséquer, une paire de ciseaux de trousse les remplacent. Quelques-uns sont comme enfoncés dans l'épaisseur de la muqueuse. Il n'existe aucune trace de suppuration. Un fil, en se retirant, a écorché un peu la muqueuse. La plaie est exactement réunie sous la forme d'une cicatrice linéaire de 2 centimètres et demi de long, qui se dirige obliquement d'arrière en avant et de gauche à droite. La réunion est fort solide ; elle a parfaitement résisté aux tractions assez violentes déterminées par l'enlèvement des fils. L'usage de la sonde est continué.

Le 6 février, on administre deux pilules de 5 centigrammes d'aloès, pour faire cesser la constipation ; ces pilules amènent trois selles. La malade garde toujours sa sonde.

Les 7 et 8 février, même état. La totalité de l'urine s'échappe par la sonde. Pas de selles depuis le 6.

Le 10, deux portions. La régularité des selles se rétablit. La malade quitte la sonde. Il lui est recommandé de ne pas attendre un besoin pressant pour uriner. Elle se plaint d'un léger malaise, qui précède d'ordinaire l'apparition de ses règles.

Le 11. Hier la malade a uriné toutes les heures pendant la journée, et cinq fois dans la nuit : elle aurait pu garder ses urines plus longtemps.

Le 12, les règles, qui n'avaient pas reparu depuis l'accouchement, c'est-à-dire depuis quatre mois, reviennent. La fonction de la miction s'exécute comme le jour précédent.

Le 13, la miction se fait à intervalles plus longs; la malade rend environ un verre d'urine à la fois.

Le 15, les règles sont terminées; les selles sont toujours régulières et quotidiennes; la miction se fait encore à intervalles rapprochés; néanmoins, la malade rend environ deux verres et demi d'urine chaque fois.

Le 17, même état. La malade s'est levée hier pour la première fois; elle ne perd pas plus ses urines debout que couchée.

— Remarquons une dernière fois les points les plus importants de cette observation :

1° La malade a été opérée peu de temps après la formation de la fistule, ce qui l'a mise dans de meilleures conditions. La vessie, en effet, n'était pas beaucoup revenue sur elle-même, et a conservé une capacité et une dilatabilité assez grandes pour que le rétablissement complet de la fonction pût avoir lieu ;

2° Pendant l'opération, la malade n'a pas conservé la même position ; la paroi antérieure du vagin a été refoulée par un petit spéculum. Le premier fil a permis d'exercer des tractions sur les bords de la fistule et de passer les autres plus facilement : ce même moyen pourrait être employé dans un autre cas pour faciliter l'avivement ;

3° Les fils ont été retirés dix jours après l'opération ;

4° L'usage de la sonde a été continué pendant les quinze premiers jours qui ont suivi l'opération ;

5° Vingt jours enfin après l'opération, la miction est à peu près normale ; la malade conserve environ un demi-litre d'urine dans sa vessie.

ABCÈS DU POUMON

causé par la présence d'un corps étranger ; évacuation par les bronches, puis par l'ouverture spontanée des parois thoraciques ; guérison.

Par sir Henri Cooper.

G. J..., âgé de vingt-six ans, forgeron, entra à l'hôpital le 5 avril 1860, dans un état d'affaiblissement considérable, amaigri, épuisé, ayant un aspect d'anxiété extrême, et expectorant une grande quantité de pus. Il existait une tumeur au niveau de la septième côte du côté gauche, à environ quatre pouces du sternum : l'amincissement de la peau qui recouvrait cette tumeur, sa coloration livide, la fluctuation qu'on y sentait, démontraient l'existence d'un abcès sur le point de s'ouvrir.

A la fin de 1859, étant dans un état de santé parfaite, il avait avalé, en prenant son repas, une portion d'os d'une tête de mouton, ayant à peu près un demi-pouce de long sur un quart de pouce de large, et cet accident avait été immédiatement suivi de suffocation.

Un chirurgien appelé sans retard n'avait pu reconnaître la présence du corps étranger ni en débarrasser le patient. Celui-ci avait d'abord rejeté un peu de sang ; puis il était survenu de la toux suivie d'expectoration, dont la matière, après quelques jours, était entièrement formée de pus, et qui graduellement devint de plus en plus abondante.

Au bout d'un mois, maigrissant, perdant ses forces et continuant à cracher du pus, il réclama les avis d'un médecin aux soins duquel il resta confié jusqu'à l'époque où il entra à l'hôpital. Pendant tout ce temps, c'est-à-dire pendant plus de deux mois, l'expectoration purulente s'éleva à environ une pinte toutes les vingt-quatre heures, et il fut presque constamment alité. Environ six semaines après l'accident, il rejeta le morceau d'os dans un violent accès de toux. Quelque temps après, de la douleur se fit sentir du côté gauche ; il commença à s'y développer une tumeur dont le volume augmenta peu à peu.

Lors de l'entrée à l'hôpital, le côté droit de la poitrine était sain, la respiration s'entendait normalement dans la moitié supérieure environ du côté gauche ; mais la région occupée par l'abcès et les parties environnantes présentaient de la matité à la percussion et l'absence du murmure respiratoire. Il n'existait aucun signe de tubercules dans aucun des deux poumons. Le traitement prescrit consista en une once d'une mixture expectorante, à prendre trois fois dans la journée, une pilule d'un demi-grain d'hydrochlorate de morphine pour la nuit, et l'application de cataplasmes de farine de lin.

L'abcès, qu'on ne crut pas à propos d'ouvrir avec la lancette, s'ouvrit spontanément au bout de quelques jours, et il s'en écoula une grande quantité de pus ; le pus évacué par cette voie était plus ténu que celui qui était expectoré.

En même temps les crachats devinrent moins abondants, preuve que la matière de l'expectoration et celle qui sortait par l'ouverture de l'abcès provenaient de la même source. En même temps le murmure respiratoire naturel put être perçu beaucoup plus bas que précédemment.

Le 12 avril, l'état du malade s'était de tout point notablement amélioré : le sommeil était bon, l'appétit excellent, l'expectoration moins abondante, et la maigreur semblait diminuer.

Sous l'influence d'un régime réparateur, l'amélioration continua et fit de nouveaux progrès : l'expectoration disparut entièrement, la plaie du côté finit pas se cicatriser, les forces revinrent tout à fait, et J... sortit le 10 mai parfaitement rétabli.

DE L'EMPLOI DU MATICO

dans la vaginite et la blennorrhagie.

M. le docteur E. Guibout, médecin des hôpitaux, a adressé à l'*Union médicale* l'observation suivante :

Traitement de la leucorrhée par l'eau distillée de matico saturée. — La nommée Augustine M... vint me consulter, il y a un mois, pour un écoulement leucorrhéique dont elle était affectée depuis quatre ans au moins. Cette jeune femme, âgée de 25 à 28 ans, habite Paris depuis huit ou dix ans ; elle est mariée depuis cinq ans, elle n'a jamais eu d'enfant. D'un tempérament bilioso-sanguin, très-brune, sa santé a toujours été en s'affaiblissant depuis ces quatre dernières années. Elle attribue cet affaiblissement à des pertes blanches excessivement abondantes et continuelles ; ces pertes, me dit-elle, sont si considérables, qu'elle est quelquefois obligée de se garnir comme si elle avait ses règles. Il en résulte non-seulement une gêne facile à comprendre, mais un véritable dépérissement, une grande maigreur, et des douleurs gastralgiques intenses.

Depuis quatre ans, elle a combattu cette leucorrhée par des injections astringentes variées : décoction de feuilles de noyer ; solution d'alun ; décoction de ratanhia ; eau blanche. En même temps, traitement général analeptique, vin de quinquina, pilules ferrugineuses, viandes noires, etc. ; ces moyens si rationnels n'ont amené aucun résultat ; la leucorrhée n'en n'a pas moins persisté avec toute son abondance et avec toutes ses fâcheuses conséquences. C'est alors que je vis la malade ; je lui introduisis dans le vagin deux forts bourdonnets de charpie fine imbibée d'eau distillée de matico saturée ; je lui prescrivis de garder ces bourdonnets vingt-quatre heures, de les retirer ensuite, de prendre immédiatement après deux ou trois injections d'eau froide, et de revenir me voir. Je fis ainsi cinq ou six introductions de bourdonnets, et la malade cessa ses visites journalières. Je la revis huit ou dix jours après la dernière application du matico, et, pendant tout ce temps, il n'y avait pas eu la moindre perte leucorrhéique. Depuis lors, je n'ai pas revu la malade, qui m'avait promis de revenir me trouver à la plus petite rechute ; je suis donc fondé à la regarder comme guérie.

Cette observation a fourni à M. Guibout les réflexions suivantes :

Dans certains cas, la leucorrhée n'est point le résultat ou l'expression d'un état général cachectique ; mais elle est un phénomène morbide essentiellement lié à une hypersécrétion de la muqueuse vaginale. Les follicules mucipares de cette membrane sont le siége d'un état fluxionnaire chronique ; c'est donc en eux que réside la lésion, qui est toute locale. Il est évident que, dans ces cas, un traitement général n'aura sur l'affection qu'une prise bien indirecte et par conséquent inefficace. Il faut attaquer le mal, là où il est, par un topique modificateur et puissamment astringent ; or, notre observation prouve que le matico a été le meilleur des astringents et des modificateurs, puisqu'il a complétement et promptement réussi quand tous les autres avaient échoué.

Mais je prévois l'objection que voici : les bourdonnets de charpie, me dira-t-on, laissés au contact de deux feuillets d'une membrane muqueuse malade, les ont isolés l'un de l'autre et les ont modifiés par leur présence ; par conséquent la guérison doit leur être attribuée au moins autant qu'au matico.

Voici ma réponse : Quelque temps avant de donner des soins à la malade qui fait le sujet de cette observation, j'en avais traité une autre, à peu près du même âge, et affectée d'une leucorrhée de même nature. Cette leucorrhée, datant de deux ou trois ans, ayant résisté aux mêmes moyens astringents que j'ai cités plus haut, fut combattue par plusieurs injections d'eau froide prises chaque jour, et contenant chacune le tiers de leur volume de matico. La guérison fut obtenue dans l'espace de quinze jours à trois semaines, plus lentement par conséquent, mais aussi sûrement que dans la précédente observation.

De son côté, M. le docteur Duvignaud, médecin de l'Établissement hydrothérapique de Bouscat, près Bordeaux, a expérimenté à la fois les capsules et l'injection au matico, dans les circonstances suivantes :

M. L. St... est un jeune Anglais. Déjà, à deux reprises, il a été pris de blennorrhagies très-aiguës compliquées de phlegmasies articulaires, lorsque en décembre dernier, à la suite d'excès et de fatigues de tout genre, survint une troisième chaudepisse avec phimosis. Le médecin appelé fit une application de douze sangsues, une incision pour réduire le phimosis, et lorsque l'inflammation eut perdu de son acuité, il traita la blennorrhagie par des injections au sulfate de zinc et les capsules au copahu. Ce traitement, suivi régulièrement pendant trois semaines, ne produisit point de modifications dans l'écoulement, et n'empêcha pas la plupart des jointures des membres inférieurs, celles de l'épaule et du pouce, de se prendre. Désespéré de l'insuccès de cette médication, le malade vint se confier à moi le 29 décembre 1861.

État actuel. — M. St... a vingt-deux ans ; il est blond, d'un tempérament lymphatique, mais d'une assez forte constitution. Les articulations des genoux, des pieds, des épaules et des pouces, sont atteintes d'un gonflement considérable, et la douleur provoquée par les mouvements est telle, que le malade ne peut bouger. L'urèthre est rouge et laisse suinter une matière jaunâtre très-abondante. La muqueuse du prépuce et du gland participe à cet écoulement, au point que le malade est obligé de se garnir.

Le 30 au matin, injection au matico ; quatre capsules ; les linges servant à recouvrir le gland et le prépuce sont trempés dans le liquide de l'injection. Les articulations sont couvertes de linges mouillés et tordus, recouverts de linges secs et de taffetas gommé. Le soir, nouvelle injection au matico ; quatre capsules.

Pendant cinq jours, ce traitement a été suivi dans les mêmes conditions, sans modification bien apparente de l'écoulement ; mais le sixième, il avait diminué. A partir de ce moment, le malade a suivi régulièrement le traitement hydrothérapique (deux douches par jour sur les articulations malades avec ou sans sudation), conjointement avec les injections au matico et les capsules à l'intérieur (seize par jour), et aujourd'hui tout écoulement a cessé. Le gonflement et la douleur des jointures ont complétement disparu, il ne reste plus que de la roideur articulaire.

De cette observation, je suis en droit de conclure que les capsules et l'injection ont eu la plus large part dans la guérison de ce malade, et l'insuccès des premiers anti-blennorrhagiques employés par un confrère distingué et instruit, me semble autoriser à rapporter le succès obtenu à l'huile essentielle de matico, qui constitue l'élément important de cette nouvelle préparation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 février 1862. — Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. MOREL-LAVALLÉE invite M. Depaul, vice-président, à occuper le fauteuil de la présidence, et fait ensuite à la Société une communication sur un cas de fistule vésico-vaginale (voir plus haut Hôpital Beaujon).

Discussion sur la communication de M. Morel-Lavallée.

M. VERNEUIL. Je vois avec plaisir les chirurgiens de Paris aborder ces sortes d'opérations. Elles ne sont du reste pas plus difficiles que les opérations usuelles. M. Morel-Lavallée a réussi à son coup d'essai, et moi-même j'ai été dans le même cas.

Le changement de position pendant l'opération me paraît excellent. Il est très-avantageux de faire mettre la malade sur le côté, puis sur les genoux et sur les coudes. Tantôt le décubitus latéral droit est meilleur, tantôt c'est le décubitus latéral gauche qui est préférable. La position doit varier suivant la situation de la fistule.

M. Morel-Lavallée a parlé d'une petite précaution que je crois avoir réalisée. Ayant à réunir une fistule longitudinale, j'ai passé une première anse de fil qui m'a servi à tirer la fistule au dehors. Cette manœuvre favorise en même temps le passage des autres fils. J'adopte donc cette méthode.

Je suis cependant en désaccord sur un point avec M. Morel-Lavallée. Ainsi je crois que le passage des fils dans les deux lèvres simultanément est sujet à quelques inconvénients. En agissant ainsi, on s'expose à ne pas affronter parfaitement. Ce procédé ne me paraît applicable que dans les petites fistules.

Enfin je crois avoir entendu dire à M. Morel-Lavallée qu'il faut apprendre à la femme à se sonder elle-même. J'approuve entièrement cette conduite, qui peut être très-utile dans plusieurs circonstances.

M. MOREL-LAVALLÉE. M. Verneuil trouve plus simple et plus facile le passage des fils en deux fois ; mais dans mon opération j'ai vu que c'était très-simple et très-facile de passer les fils simultanément à travers les deux lèvres. Il ne faut pas compliquer inutilement les opérations.

J'ajouterai un renseignement. Pour l'introduction de la première aiguille, je me sers avantageusement du spéculum de Bozeman. Quand la première aiguille est passée, on éprouve quelque difficulté à faire traverser la seconde lèvre ; pour la surmonter, il suffit de faire basculer cette aiguille, et immédiatement elle sort. C'est un *rien*, mais cela est utile à connaître.

Pour la sonde, j'ai fait comme M. Marion Sims, je me suis servi de la sonde à extrémité perforée de petits pertuis capillaires, qui a l'avantage de ne pas s'engorger comme la sonde à deux larges ouvertures. Je me suis très-bien trouvé d'avoir exercé la malade à se sonder, parce que suivant le précepte des Américains, je n'exige pas une immobilité absolue de l'opérée qui, par ses mouvements, s'expose dès lors plus facilement à faire sortir cette sonde.

Ainsi, dans la première nuit qui suivit son opération, ma malade ne perdit pas sa sonde ; mais la nuit suivante la sonde étant sortie, elle se sonda elle-même sans douleur et sans inconvénient.

M. VERNEUIL. Je voudrais savoir si M. Morel-Lavallée érige cela en précepte.

M. MOREL-LAVALLÉE. Si l'opérée ne peut avoir son chirurgien à côté d'elle, si elle n'est pas dans un hôpital, oui, j'érige cela en précepte. Mais si la sonde fonctionne bien, il est évident qu'il faut la laisser à demeure.

M. DEPAUL. Je veux demander un éclaircissement à M. Morel-Lavallée. Je comprends bien que la première anse de fil rapproche les bords de la fistule si on exerce une traction ; je comprends bien aussi que le passage des fils est devenu plus facile par cette traction. Mais, par contre, cette traction n'aurait-elle pas l'inconvénient, en

adossant les bords, d'exposer le chirurgien à traverser la muqueuse vésicale, ce qui doit être soigneusement évité? Je n'ai pas opéré moi-même, mais j'ai assisté M. Verneuil dans une de ses opérations. Eh bien, j'ai constaté en effet que ces tractions avaient quelque avantage ; mais je pense qu'en agissant sur le col utérin, on arriverait à faire descendre la fistule encore plus bas, on l'amènerait presque au dehors dans le plus grand nombre des cas.

M. MOREL-LAVALLÉE. Si les bords de la fistule étaient collés énergiquement, je reconnaîtrais avec M. Depaul qu'il y a danger de traverser la muqueuse vésicale ; mais il y a toujours entre eux un petit intervalle qui suffit très-bien pour préserver la muqueuse de la vessie et pour la distinguer de la muqueuse vaginale.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas d'expérience personnelle, mais j'ai vu opérer M. Sims à la Charité. Ce chirurgien nous a montré une petite manœuvre très-utile. Au moment où il va pratiquer l'avivement, il fait une incision de cinq ou six millimètres et n'intéressant que la muqueuse vaginale ; il passe ensuite une sorte de ténaculum-érigne à travers cette incision, il produit ainsi un allongement de la fistule comme avec l'anse de fil et en même temps le rapprochement des lèvres de cette fistule. Quand il a ainsi fait saillir ces bords, il en pratique l'avivement avec des ciseaux très-promptement et très-facilement.

M. Sims a insisté sur un second point. Quand l'avivement est fait, on a une surface saignante avec un petit liséré muqueux vésical. Il s'agit alors de faire le rapprochement. Il fait alors passer un premier fil dans l'incision d'abord pratiquée, et en tordant l'anse de ce fil il facilite ce rapprochement. Ces diverses petites manœuvres remplissent donc le même office que l'anse de fil de M. Morel-Lavallée.

M. VERNEUIL. La manœuvre de M. Morel-Lavallée est bonne dans les fistules étroites, mais elle ne doit être employée qu'exceptionnellement dans les fistules larges. Les fistules transversales ne se prêtent pas du tout à cette traction au moyen de l'anse de fil. Du reste, cette traction de la fistule a été employée par M. Bourguet (d'Aix), dans une observation qu'il vient d'envoyer à la Société, par M. Foucher, et par moi-même dans un cas dans lequel la fistule était difficile à découvrir. Je me propose plus tard de passer en revue tous les moyens employés jusqu'ici pour attirer la fistule au dehors.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je répondrai à M. Trélat que j'ai parlé du crochet, mais le manche gêne pendant l'opération ; j'ai préféré une anse de fil, parce que c'est plus commode.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu de M. Charles Rouhier (de Precy-sur-Ource) l'observation suivante :

Hernie enflammée sans étranglement; opération; guérison. — Un manouvrier, âgé de soixante-dix ans, porteur d'une hernie inguinale gauche, ancienne, volumineuse et demeurée depuis longtemps sans réduction, est pris de coliques, de nausées, de vomissements, de ballonnement du ventre et de constipation. Ces accidents se développent lentement, sans acuité, et avec une médiocre intensité.

Je ne vois le malade qu'au bout de huit jours ; la tumeur herniaire est tendue et peu douloureuse ; peau normale. Un engouement est diagnostiqué, et les moyens usités en pareil cas sont mis en usage ; ils ne réussissent pas ; le pouls prend de la fréquence, et les accidents s'aggravant, j'opère dix jours après leur début.

Rien de particulier pendant la division de la peau et des couches situées entre elle et le sac ; mais l'incision de cette enveloppe amène la sortie d'un pus grumeleux d'une odeur fétide, contenu dans son intérieur, et dont la quantité équivaut à un verre environ.

Les parois du sac sont très-épaisses et se relient par de nombreuses adhérences à l'intestin, dont les traces d'inflammation sont évidentes, mais qui n'offre pas d'autre altération.

Le volume formé par les anses herniées est assez considérable ; elles n'ont pas subi de constriction ; il n'y a pas de débridement à faire ; les orifices se trouvent libres.

Les anses herniées sont fortement distendues par des gaz ; une pression méthodique, ayant pour but de chasser ceux-ci dans l'abdomen, n'en refoule qu'une partie seulement, et le malade en rend de temps en temps quelques-uns.

Il ne faut pas songer à la réduction de l'intestin ; les parois du sac sont simplement rapprochées, et le pansement consiste dans l'application de charpie cératée et de compresses maintenues par un spica.

Quelques matières sont alors rendues par l'anus, et le pouls devient à peu près normal. Il reste le même le lendemain. Pendant cette journée, quatre selles ont lieu et des gaz sont évacués ; le ventre est moins tendu et tout à fait indolore ; mais le soir, il se ballonne un peu et devient légèrement sensible à la pression ; plusieurs selles diarrhéiques se déclarent ; des applications émollientes sont faites pour tout pansement.

Les choses continuent ainsi le surlendemain de l'opération ; cependant le soir, la diarrhée cède ; l'état général est bon.

Les jours suivants, indépendamment de la sensibilité et de la tension du ventre, une légère inflammation envahit encore la tumeur herniaire, qui donne une odeur fétide ; mais la persévérance dans les applications émollientes suffit pour dissiper ces accidents.

La tumeur herniaire perd de son volume, et la plaie marche peu à peu vers la cicatrisation, sans autres incidents que des stades fébriles dont les suites ne sont pas fâcheuses.

Le malade se rétablit, en conservant sa hernie.

— M. GOSSELIN remet à la Société de la part de M. Rollet :

1° Un livre sur les maladies syphilitiques ;

2° Une lettre adressée à M. le président pour exposer une réclamation au sujet du rapport de M. Cullerier.

Dans cette lettre, M. Rollet avoue que M. E. Langlebert a formulé la loi de la transmission des accidents secondaires ; mais il affirme, d'un autre côté, qu'il a lui-même donné la démonstration de cette loi.

M. CULLERIER. Je réponds immédiatement que si M. Rollet avait lu mon rapport, il n'aurait pas adressé cette réclamation, puisque nous sommes dans la même opinion.

M. LE PRESIDENT prie M. Gosselin de faire parvenir à M. Rollet les remercîments de la Société pour l'hommage qu'il vient de faire à la Société.

LECTURE.

M. BROCA donne lecture d'une Note de M. Fleury (de Clermont) *sur les kystes des bourses.*

M. GOSSELIN. Je désire faire quelques réflexions sur cette note. Lorsque M. Fleury envoya son premier travail à la Société sur le même sujet, je fus chargé d'en faire un rapport. En examinant ce mémoire, je m'aperçus que les faits produits n'étaient pas appuyés sur des dissections, et je m'étais dès lors demandé si M. Fleury n'avait pas donné une interprétation fautive ; j'avais pensé, enfin, que ses prétendus kystes des bourses pouvaient appartenir à des épaississements de la tunique vaginale ou à des hématocèles.

Pour M. Fleury, il n'y avait pas le moindre doute, il n'y avait pas à hésiter ; son interprétation devait être acceptée. Pour ma part, trouvant dans les faits qu'il nous communiquait une grande analogie avec ceux que j'avais observés de mon côté et étudiés sous toutes leurs faces, j'ai émis l'opinion que M. Fleury pourrait bien avoir donné de ses observations une interprétation un peu hasardée.

Etonné sans doute des réflexions que j'avais émises dans mon rapport, M. Fleury me demanda, quelque temps après, mon travail sur cette matière pour en prendre connaissance. Aujourd'hui, notre honorable confrère connaissant parfaitement mes idées, vient nous donner une nouvelle observation de kyste des bourses.

Cette observation nous paraît bien faite, et il nous semble qu'elle est juste dans son interprétation. Il y a eu ici une dissection, et en effet M. Fleury nous montre bien une membrane, une poche dans le scrotum. Si, dans ses premières observations, M. Fleury s'était entouré de preuves aussi démonstratives, je ne l'aurais pas combattu.

Cependant, somme toute, cette dernière observation me paraît un peu extraordinaire. C'est un fait insolite, et il y a là matière à des recherches nouvelles. Si je pouvais donner un nom à l'affection décrite par M. Fleury, je lui donnerais volontiers celui proposé par M. Béraud, d'*hématocèle pariétale*. Seulement M. Fleury a observé cette hématocèle à une période avancée, alors que le sang s'était transformé en sérum plus ou moins coloré et constituait une sorte de kyste.

M. LE PRESIDENT propose à la Société l'insertion dans les *Bulletins* d'un extrait de la note et de l'observation entière.

La Société adopte.

COMMUNICATION.

M. BROCA communique à la Société le résultat d'une opération de bec-de-lièvre faite dans des circonstances insolites.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 12 février, M. Séré, docteur en médecine à Auch, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Gers.

— Le concours pour deux emplois de professeur agrégé à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, que nous avons déjà annoncé, sera ouvert le 1er avril prochain à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Ces deux emplois se rattachent, l'un à l'enseignement de la médecine opératoire et appareils, l'autre à la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Les officiers de santé qui désireront concourir soumettront au ministre, avant le 12 de ce mois, une demande régulière appuyée d'un avis motivé de leurs chefs.

Des congés leur seront délivrés en temps utile pour se rendre à Paris avant l'ouverture du concours.

— M. le docteur Castaldi vient d'être nommé médecin inspecteur de l'hôpital militaire de Mal-tépé, à Constantinople.

— M. le docteur Robin (Robert), de Goderville (Seine-Inférieure), vient de succomber aux suites d'une longue et douloureuse maladie. Ce distingué et très-honorable confrère, à peine âgé de quarante ans, était extrêmement répandu dans les environs du Havre, et les fatigues professionnelles n'ont pas peu contribué à sa fin prématurée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Civet, né à Monistrol (Haute-Loire) ; *Des rétrécissements de la trachée.*

Fineau, né à Beaupréau (Maine-et-Loire) ; *De l'avortement.*

Maurin, né à Paris (Seine) ; *Esquisse sur Marseille au point de vue de l'hygiène.*

Sicard, né à Carcassonne (Aude) ; *De l'influence climatérique sur la tuberculisation pulmonaire.*

Canolle, né à Solliès-Pont (Var) ; *De l'importance du diagnostic élémentaire au point de vue thérapeutique.*

Senaux, né à Murat (Tarn) ; *De l'hépatite ; essai sur l'étiologie de cette maladie.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Hygiène de l'Algérie ; Exposé des moyens de conserver la santé et de se préserver des maladies dans les pays chauds, et spécialement en Algérie ; par M. le docteur J. J. MARIT, médecin principal de l'armée d'Afrique, etc. In-8° de 452 pages. Prix : 5 fr. Chez J. B. Baillière et fils, libraires, à Paris, 19, rue Hautefeuille.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 29. — MARDI 11 MARS 1862. (35e ANNÉE.) N° 29. — MARDI 11 MARS 1862.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 MARS 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Jobert (de Lamballe) a communiqué dans cette séance la suite de ses recherches expérimentales sur la régénération des tendons. Dans ses précédentes communications sur ce sujet, il avait eu principalement en vue de faire connaître le phénomène de la reproduction ou régénération des tendons, consistant dans l'addition d'une certaine quantité de substance tendineuse de nouvelle formation.

Dans ce nouveau mémoire il s'est proposé d'étudier la cicatrisation des tendons et le rétablissement de leur continuité sans addition notable de substance organique nouvelle. La partie de ce travail dont M. Jobert (de Lamballe) a donné lecture, renferme la relation des expériences faites sur des animaux vivants dans le but d'étudier jour par jour les transformations que subit la matière épanchée entre les deux bouts d'un tendon divisé. Il se propose de rapprocher plus tard des résultats de ces expériences les observations analogues recueillies directement sur l'homme, de manière à réunir tous les termes de l'évolution de cet important phénomène et d'en étudier toutes les conditions. Ce qui ressort provisoirement de cette première série d'expériences, dont on trouvera la relation dans le compte rendu, et ce que M. Jobert établit en principe, c'est que pour que la reproduction se produise, il faut que le tendon soit entouré d'une gaine cellulo-vasculaire immédiatement appliquée sur lui, cette disposition anatomique donnant au nouveau tendon sa forme et sa direction. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. PAJOT.

(Suppléant de M. le professeur P. DUBOIS.)

Leçons sur les affections puerpérales (1).

(Recueillies par M. le docteur DENEFFE.)

De la fièvre de lait. — Aucun phénomène n'a donné lieu à plus de discussions que celui dont je vais vous entretenir, et à l'heure où je vous parle, son existence, sa nature, ses éléments de diagnostic, restent encore pour beaucoup de médecins enveloppés de doutes et d'incertitudes. Avant de décrire la symptomatologie de la fièvre de lait, je dois d'abord résoudre cette question : Existe-t-il réellement une fièvre de lait? Les classiques répondent hardiment oui; mais à cette assertion, une autre école, la romantique, si je puis me servir de cette expression, oppose une dénégation formelle. La vérité se trouve à la fois dans ces opinions, quelque opposées qu'elles soient. Il est des milieux, en effet, où la fièvre de lait se montre presque toujours; il en est d'autres où elle ne se présente presque jamais.

Chez les femmes des grandes villes qui vivent dans la misère, chez lesquelles l'organisme est depuis longtemps débilité, la fièvre de lait ne se montrera pas. Mais chez nos robustes paysannes, au contraire, ces femmes dont les puissantes mamelles n'ont jamais subi la constriction des corsets, chez celles-là, soyez-en sûr, la fièvre de lait se présentera. Mais nous devons bien définir ce que nous entendons par cette expression *fièvre ;* si vous croyez par là que l'accouchée devra présenter 120 pulsations, une peau chaude et aride, une réaction mammaire très-prononcée, éprouver des frissons intenses, une céphalalgie douloureuse, jamais alors vous ne rencontrerez la fièvre de lait, et vous pourrez croire qu'elle n'existe pas. Mais si 15 à 20 pulsations de plus qu'à l'état normal, un peu de céphalalgie, de légers frissons, de la moiteur à la peau, une langue chargée d'un enduit blanchâtre peu épais, la tuméfaction et la dureté des seins s'accompagnant de douleurs qui s'irradient jusque dans les ganglions voisins; si ces signes sont suffisants pour faire diagnostiquer un état fébrile, pour vous la fièvre de lait existera, car tous ces phénomènes accompagnent la montée du lait.

L'immense majorité des accoucheurs considèrent la fièvre de lait comme l'expression du travail qui s'accomplit dans la mamelle. M. Cruveilhier a émis une opinion que je vous signalerai, sans toutefois la partager; il croit que l'état fébrile qui survient chez les femmes nouvellement accouchées ne trouve pas sa source dans la mamelle, mais bien dans le traumatisme provoqué par l'accouchement : il le compare à la réaction qui se développe chez les blessés au bout de 24 ou 48 heures. L'idée du savant professeur me semble peu vraisemblable, et je préfère avec mes devanciers considérer la fièvre de lait comme le résultat des modifications dont le sein est devenu le théâtre.

La fièvre de lait est la source de bien des erreurs commises journellement par les gens du monde, et trop souvent aussi par des médecins. Deux ou trois jours se sont écoulés depuis l'accouchement, une réaction fébrile s'allume tout à coup; c'est le lait, dit-on, et personne ne s'inquiète autour de la malade. Sécurité trompeuse, car cette fièvre est peut-être le prélude des phénomènes puerpéraux les plus graves! Quel sera donc le moyen de distinguer l'un de l'autre ces deux états fébriles, l'un si bénin, l'autre si dangereux? Le pouls sera ce *criterium*, si infaillible, que depuis longtemps j'ai formulé cette règle : « Dans la fièvre de lait, les pulsations ne s'élevant jamais au-dessus de 100, si vous trouvez chez une femme accouchée depuis deux ou trois jours le pouls battant au-dessus de ce chiffre, dites hardiment : La montée du lait n'est pas le point de départ de cette réaction », et vous ne vous tromperez pas une fois sur dix mille.

C'est qu'un travail morbide s'accomplit alors quelque part dans l'organisme; cherchez bien où est l'épine, cherchez méthodiquement dans l'ordre que je vais vous indiquer, elle ne saurait vous échapper.

Par ordre de fréquence, c'est surtout dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen que vous la rencontrerez; dans les parties génitales, où l'on voit se développer des lésions qui sont le fait de l'accouchement lui-même, ou l'expression d'un état général grave de l'économie. Dans la poitrine, car il est des épidémies qui revêtent la forme thoracique, et ce ne sont pas les moins meurtrières; la femme meurt par les poumons au lieu de mourir par le ventre. Dans les membres : le plus souvent ce seront les articulations qui auront été atteintes, car la *phlegmatia alba dolens*, qui a son siége dans les vaisseaux, apparaît plus tard que la fièvre de lait. Cherchez enfin à la peau, et malheureusement vous n'avez eu que trop d'occasions d'observer dans ces derniers temps combien la forme érysipélateuse est grave et fréquente. Il est des cas cependant, mais ils sont bien rares, où toutes vos investigations resteront sans résultat, la cause matérielle de la fièvre vous échappera; peut-être alors, et nous en avons en ce moment des exemples dans notre service, la réaction fébrile est-elle l'avant-coureur d'une éruption cutanée. Deux fois seulement, dans le cours de ma pratique, je me suis trouvé en présence d'un fait qui se soustrayait à la règle précitée. Chez une femme qui vient d'accoucher, la fièvre s'allume, le pouls donne 120 pulsations, la peau est chaude, la face rouge, les yeux brillants, des frissons intenses apparaissent, et vingt-quatre heures après tous ces graves phénomènes avaient disparu sans laisser la moindre trace de leur passage. Mais, je vous le répète, ces faits ne constituent qu'une infime exception de la grande loi que j'ai formulée devant vous; tenez-en compte dans le pronostic que vous aurez à porter, mais n'oubliez jamais que dans l'immense majorité des cas il doit être grave, et que si les pulsations s'élèvent au-dessus de 100, la fièvre de lait n'est plus en question.

Chez la plupart des femmes, la fièvre de lait se présente de la quarante-huitième à la soixante-douzième heure qui suit la délivrance; très-rarement on la voit apparaître avant cette époque. Quelquefois elle n'éclate que le quatrième, le cinquième et même le sixième jour après l'accouchement; mais ce retard trouve alors sa raison d'être dans un état général grave de l'économie, déterminé soit par le travail, soit par des complications consécutives. Au sein de cet organisme profondément troublé, les phénomènes physiologiques ne sauraient plus s'accomplir dans leur enchaînement et leur ordre naturel; et si les harmonies vitales ne parviennent pas à se rétablir, la fièvre de lait n'apparaîtra pas. Quand vous la verrez survenir après une de ces violentes secousses qui éclatent, soit pendant, soit immédiatement après le travail, regardez-la comme un signe favorable, comme une preuve du retour de l'économie vers l'état physiologique; c'est l'arc-en-ciel après l'orage.

(1) Suite. — Voir les numéros des 21 janvier, 4 et 25 février.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Médecin des villes et des campagnes, par M. le docteur MUNARET (1).

J'ai reçu ce livre dans le courant du mois de janvier, et c'est en vain que j'ai essayé de le parcourir; bien différent des œuvres de haute futaie, dont on ne doit lire que la préface si l'on tient un peu à ne pas perdre son temps, *le Médecin des villes et des campagnes*, malgré mon ordinaire paresse, m'a forcé de le disséquer du premier au dernier feuillet, et puisque je me confesse, je dois avouer qu'il y en a plus d'un que j'ai relu plusieurs fois.

Mon intention n'est pas de le soumettre à l'analyse, il ne s'y prêterait pas, parce que tout entier il est lui-même l'analyse exacte d'une grande partie des faits de toute la théorie et la pratique médico-chirurgicales, etc. C'est le volume le plus substantiel qui me soit jamais passé sous les yeux.

Il se compose de onze lettres, dont je me contenterai à peu près d'exposer les matières; je me permettrai cependant quelques courtes réflexions critiques ou approbatives, selon mes impressions, n'ayant d'autre guide, comme toujours, que l'envie de dire la vérité.

On a déjà reproché à M. Munaret d'avoir lardé son œuvre de trop de latin. Il en a, dit-il, ôté beaucoup; il y en a encore trop. Je profiterai de cette occasion pour le tourmenter un peu, car je n'en trouverai peut-être pas d'autres.

A. C'est la préface qui rappelle l'époque des deux premières éditions, 1837 et 1840; l'auteur fait observer avec une vérité naïve que depuis ce temps il a vieilli; je pourrais faire à ce propos un badinage, en lui rappelant la réprimande de l'épicier à son fils : « Eh quoi! vous avez quinze ans, et vous n'êtes pas sage! cependant, songez que dans cinq ans vous en aurez vingt! » Mais je comprends le motif de cette phrase, qui veut dire que la science et l'art ayant marché depuis ce temps, il faut une nouvelle édition, mise en rapport avec leurs progrès.

Aussitôt après arrive une avalanche d'érudition littéraire touchant le sujet; ne vous effarouchez pas de ce prélude, car, en fait de savoir, M. Munaret vous en donnera de toutes les couleurs.

B. L'introduction suit la préface, c'est un bel et bon exposé des motifs qui ont invité l'auteur à écrire son livre; depuis plusieurs années il exerce à la ville, ce qui l'a mis à même de dresser son tableau tout entier, *le Médecin des villes et des campagnes*.

C. Ici commence la première lettre, intitulée *Des médecins en France*, et avant que d'entrer en matière et comme frontispice, une bonne petite tartine de latin de cuisine, que l'on met sur le dos de Platon : *Bonos medicos in civitate oportet*.

Voici venir une bordée contre les officiers de santé; je crois bon de les en prévenir, pour qu'ils aient le temps de se sauver...., s'ils peuvent. La fureur de M. Munaret est à son comble; il les met tous dans le même sac et le secoue avec une telle violence, qu'il ne s'en échappera pas un seul. Le fond de son discours est juste, je partage bien volontiers son indignation en général; mais je dois avouer qu'il y a ici d'heureuses exceptions comme en tout, et pour dire ma pensée, il y a des officiers de santé que je voudrais voir être docteurs, et d'autres que je souhaiterais ne pas voir être du tout.

M. Munaret déplore l'état précaire dans lequel se trouve le médecin au milieu des exigences de la vie matérielle d'aujourd'hui; il compte les dépenses qu'il lui a fallu faire pour arriver à l'honneur de figurer avec les plus minces trafiquants sur le rôle des patentés de son endroit, et, en fin de compte, il considère l'acquisition du titre de docteur comme une mauvaise affaire. On nous a vendu la science plus cher qu'elle ne vaut, dit-il; outre les qualités morales, intelligentes et sociales, qu'il faut pour tirer parti de notre marchandise.

A ce sujet je me trouve offensé, puisque je suis encore plus dupe que les autres, ayant mis assez d'obstination et d'argent pour être devenu docteur en médecine et docteur en chirurgie. Cela me remet en mémoire une anecdote lamentable, qui augmente encore ma mauvaise humeur.

Un homme arrive et frappe à la porte du paradis; ouvrez-moi, dit-il à saint Pierre, j'ai été assez malheureux sur terre, j'ai été marié. — C'est vrai, reprend saint Pierre, entre. Un autre, entendant ce dialogue, frappe aussitôt en s'écriant : Saint Pierre, ouvrez-moi; j'ai été bien plus malheureux encore, j'ai été marié deux fois. — Tu n'entreras pas, lui répond le saint; tu es trop niais et trop incorrigible; puisque tu avais été pris une fois, pourquoi t'es-tu laissé reprendre une seconde? Va-t'en en enfer.

L'auteur s'élève avec juste raison contre la dénomination de grands ou de petits médecins, s'adressant à des hommes égaux en instruction, en titre, et dont toute l'inégalité consiste dans la résidence.

Reprenant sa gaieté de montagnard, il finit par préférer la médecine des campagnes. C'est, dit-il, un gagne-petit qui ne ruine ni n'enrichit; mais il entretient la santé, la gaieté, et met souvent l'intelligence et le génie inventif à de rudes épreuves.

(1) Un volume grand in-18. 3e édition, 1862. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine. Prix : 4 fr. 50 c.

La fièvre de lait est un phénomène éphémère; elle dure à peine un jour. Quelques femmes sont pourtant encore indisposées le lendemain; mais bientôt le lait coule, les seins se dégonflent, cessent d'être douloureux, et tout rentre dans l'ordre.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent cette phase de la puerpéralité à laquelle on a donné le nom de fièvre de lait. Si vous acceptez les idées que je viens de vous exposer sur ce sujet, vous ne serez ni de l'avis de ceux qui pensent qu'elle survient toujours, ni de ceux qui croient qu'elle n'existe jamais.

De l'atrophie de l'utérus après l'accouchement. — Depuis le moment de la fécondation, l'appareil génital a subi des modifications notables de texture et de structure; à partir de la délivrance, il devient le théâtre d'autres changements qui vont le ramener aux conditions de l'état de vacuité.

C'est de ces phénomènes, bien mal connus encore, que je vais vous entretenir.

L'utérus pendant la grossesse ne puise pas la source de son développement dans l'afflux de matériaux nouveaux; aucun élément étranger jusque-là à cet organe ne s'y développe alors, et de même que le physiologiste ne rencontre dans l'utérus gravide aucune propriété nouvelle, de même le micrographe n'y découvre aucun élément hétérogène. Toutes les propriétés que nous rencontrons dans l'utérus au terme de la grossesse, y préexistaient à l'état de vacuité; elles y étaient en germe; le gravidisme n'a fait que les développer, les exalter. Est-ce que dans la dysménorrhée, en effet, la matrice n'est pas fréquemment le siége de contractions douloureuses? Est-ce que dans l'état de vacuité, la matrice ne présente pas une grande sensibilité sous l'influence d'altérations morbides?

Un micrographe des plus distingués, M. Ch. Robin, a examiné le tissu utérin provenant de femmes arrivées au terme de la gestation; il l'a toujours trouvé constitué par les mêmes éléments qu'à l'état de vacuité; mais au milieu de ces éléments, modifiés sans doute, jamais il n'en a rencontré qui fussent étrangers à la structure normale de l'organe.

Pour étudier l'atrophie utérine, deux moyens se présentent à nous : en mesurant chaque jour la hauteur de la matrice, nous assistons en quelque sorte à la marche progressive du retrait de cet organe, et, quelque imparfait que soit ce moyen, il a été longtemps le seul qui ait donné quelques notions sur ce phénomène. Mais il était un autre procédé dont les données devaient être plus précises, c'était l'étude microscopique de l'utérus aux diverses époques de son atrophie; elle fut faite dans ces dernières années par M. Robin, et les recherches de ce savant ont jeté une vive lumière sur une question jusque-là si obscure.

Les accoucheurs sont loin d'être d'accord sur la marche du retrait de l'utérus, et en présence de cette divergence d'opinions, j'ai dû faire quelques recherches dont les résultats ne seront pas sans intérêt pour vous.

Chez la femme qui vient d'accoucher, le fond de la matrice se trouve au niveau et quelquefois un peu au-dessus de l'ombilic; j'ai pris cent femmes au hasard dans mon service, et mesurant jour par jour la hauteur à laquelle s'élevait cet organe, j'ai constaté que chez aucune d'entre elles l'utérus n'avait cessé de dépasser le pubis avant le septième jour qui suit l'accouchement.

Au septième jour, une seule présentait l'utérus au-dessous du pubis.

Au huitième jour, chez six femmes la matrice était au-dessous de ce point.

Au neuvième, chez quatre.

Au dixième, chez quatre.

A cette époque, il devient déjà difficile de suivre la rétraction utérine, car les femmes sortent de l'hôpital et échappent nécessairement à notre examen.

Au onzième jour, une femme avait l'utérus au-dessous de la symphyse.

Au douzième, une encore.

Si du chiffre primitif cent nous retranchons vingt femmes qui ont été malades, et chez lesquelles par conséquent la rétraction utérine n'a pas suivi sa marche régulière, il ne nous reste plus que quatre-vingts sujets en expérience, et sur ce nombre dix-sept seulement avaient donc l'utérus au-dessous de la symphyse au douzième jour.

Chez des femmes qui n'avaient pas été malades cependant, l'utérus au douzième jour était :

Chez l'une, à 5 centimètres au-dessus des pubis;

Chez la seconde, à 6 centimètres;

Chez la troisième, à 8 centimètres.

L'hémorrhagie utérine semble être un obstacle au retrait régulier de cet organe, car chez deux femmes qui avaient été sujettes à cet accident, l'utérus au seizième jour était encore à 7 centimètres au-dessus des pubis.

Sous l'influence de toutes les maladies puerpérales, la rétraction utérine s'arrête, et elle ne reprend sa marche normale qu'au retour de l'état physiologique.

Voilà tout ce que les procédés de mensuration nous permettaient de constater; le microscope a été plus loin, et il nous a fait connaître la série des phénomènes atrophiques qui s'accomplissent dans l'utérus à la suite de la parturition. Ces résultats sont peu connus encore; nous les devons à M. Robin.

An terme de la grossesse, l'utérus est constitué par trois éléments : des fibres-cellules, des granulations graisseuses et de la matière amorphe. Chacun de ces éléments est soumis à la loi d'absorption, mais celle-ci ne s'exerce pas avec la même intensité aux deux faces de l'utérus; elle agit inégalement, selon qu'on l'étudie vers la face muqueuse ou la face péritonéale de cet organe. A la face péritonéale, on voit les granulations graisseuses diminuer de volume et de nombre; les fibres-cellules suivent le même mouvement; on les voit s'atrophier en tous sens, mais sans changer de nature, tandis que les fibres-cellules de la face muqueuse non-seulement s'atrophient, mais subissent une véritable transformation; elles se changent, elles deviennent graisseuses et disparaissent, pour se régénérer dans la suite. Quant à la matière amorphe, elle se résorbe peu à peu. Ainsi nous pouvons dire que l'utérus, qui pendant la grossesse a offert le type le plus pur de l'hypertrophie, présente après l'accouchement l'expression la plus parfaite de l'atrophie; mais, tandis que la première modification avait mis neuf mois pour arriver à son apogée, six semaines suffisent pour que la seconde soit complète. Il faut environ six semaines pour que la matrice reprenne son volume normal; il ne faut pas croire cependant qu'elle revienne aux dimensions qu'elle possédait autrefois; elle reste toujours un peu plus grosse et conserve des caractères qui ne sont plus ceux de la nulliparité. Si cependant plusieurs années s'écoulent avant qu'une nouvelle fécondation survienne, l'utérus reprend à peu près ses formes primitives, et à l'âge où la vie génératrice s'éteint pour la femme, cet organe subit alors une atrophie manifeste.

CONSIDÉRATIONS SUR LES KYSTES DES BOURSES,

Par M. le Dr Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont.

(Note lue à la Société de chirurgie, séance du 26 février.)

J'ai déjà envoyé à la Société de chirurgie un mémoire sur les kystes des bourses. J'avais cherché à établir que l'épaississement de la tunique vaginale, considéré dans quelques traités comme une complication de certaines hydrocèles, que la coloration foncée du liquide sécrété par la membrane séreuse, appartenaient à un autre ordre de maladies.

Certaines variétés de sarcocèles décrites par Boyer comme formées par des sucs lymphatiques et albumineux amassés dans le tissu cellulaire des bourses, m'avaient paru également se rattacher au même genre d'affections et rentrer dans la catégorie des tumeurs enkystées des bourses.

En rendant compte de mon travail, votre savant rapporteur (1) a élevé des doutes sur ce diagnostic. M. Gosselin a cru reconnaître dans ces tumeurs quelques-unes des variétés de l'affection qu'il a désignée sous le nom de *vaginalité pseudo-membraneuse.*

L'erreur pouvait être facile, en effet; le testicule, comprimé par des fausses membranes d'une épaisseur considérable, avait pu être effacé et ne plus faire dans la cavité de la séreuse la saillie qu'il y forme ordinairement.

De mon côté, disais-je, si je ne retrouve pas la tunique vaginale en dehors de la cavité accidentelle qui s'est formée, cela tient à ce que l'inflammation provoquée par la compression du kyste a accolé les deux feuillets de la séreuse et a fait disparaître la poche qui renferme la glande séminale. C'était ainsi, du moins, que je m'expliquais l'absence de la séreuse testiculaire.

Des faits mieux observés pourraient peut-être, à l'avenir, modifier ma manière de voir, et m'aider à rectifier une erreur de diagnostic, si toutefois il y en avait eu une de commise.

M. Gosselin a eu la bonté de m'envoyer son mémoire, que je n'avais pas lu à l'époque où mon travail fut adressé à la Société.

J'ai pu comparer la description qu'il fait de la vaginalite pseudo-membraneuse à l'état des tumeurs que je considérais comme des kystes, et je suis resté convaincu que c'est bien à cette dernière affection que j'ai eu affaire chez le plus grand nombre des malades que j'ai soignés. Je serais même assez disposé à croire que la vaginalite pseudo-membraneuse est peut-être plus rare que ne le pense M. Gosselin.

Depuis que mon mémoire a été lu à la Société, j'ai recueilli deux nouvelles observations. L'une a été publiée dans le *Moniteur des sciences* par un de mes élèves; l'autre est encore inédite et fait le sujet de ce travail. C'est sur elle que je désire appeler votre attention.

— Un vieillard âgé de soixante-neuf ans, exerçant à Clermont la profession de tailleur d'habits, est entré à l'Hôtel-Dieu de cette ville le 13 janvier 1861, pour y être traité d'une tumeur volumineuse qui occupe la plus grande partie des bourses et qui paraît englober le testicule dans sa masse. Il l'attribue au froissement de ces parties, qui aurait eu lieu il y a quinze mois, à la suite d'une secousse assez forte qu'il éprouva en sortant de son lit. La douleur qu'il ressentit fut vive; elle disparut néanmoins assez promptement, mais du gouflement lui succéda.

La tumeur a maintenant le volume d'une grosse orange; elle est dure, sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression. On croit sentir à sa partie centrale une fluctuation obscure qui dénote l'existence d'une certaine quantité de liquide; il n'y a cependant aucune transparence lorsqu'on la place entre l'œil et la lumière; le testicule ne fait aucune saillie appréciable. Elle serait donc formée de parties solides et de parties liquides (hydro-sarcocèle des auteurs). Le cordon des vaisseaux spermatiques ne présente aucune trace d'engorgement.

L'état général du malade est du reste excellent; il n'a jamais eu d'affections vénériennes. Les principales fonctions de l'économie s'exécutent bien; malgré son âge, il est actif, laborieux, plein de force et d'énergie, et il souscrit à l'avance à tout ce qu'on fera pour le débarrasser de sa tumeur.

Cette affection me paraît être produite par une dégénérescence du testicule ou de ses enveloppes; je ne crois pas cependant qu'elle soit de nature cancéreuse. L'état général de C... est excellent, le canal déférent est dans un état d'intégrité parfaite. Néanmoins, la castration est le seul moyen de l'en débarrasser.

Il fallait avant tout évacuer le liquide, afin de mieux juger du volume des parties solides.

Le 15, une ponction est pratiquée à la tumeur; un demi-verre d'une sérosité louche et sanguinolente s'échappe par la canule du trocart; elle s'affaisse aussitôt et perd à peu près un tiers de son volume.

Le malade, satisfait de ce résultat et n'ayant du reste éprouvé jusque-là d'autre incommodité que celle que la tumeur déterminerait par son poids, demande à quitter l'hôpital, d'où il sort le 19.

Il était facile de prévoir qu'il y rentrerait bientôt. Nous le revoyons en effet dans les premiers jours de septembre de la même année.

La tumeur se présente avec les mêmes caractères; elle n'est ni plus grosse ni plus douloureuse que la première fois; mais elle ne pouvait disparaître sans une opération.

Tout est donc disposé pour la castration, qui doit être pratiquée le 9 septembre.

(1) Séance du 20 août 1856.

D. La seconde lettre traite du citadin et du paysan, *l'homme qui pense et l'homme qui se meut.*

La première division comprend plusieurs sous-genres.

1° L'ouvrier marié père de famille; l'ouvrier non marié;

2° Le bourgeois; l'employé;

3° Les gens d'affaires;

4° La fashion;

5° Les artistes, le médecin, l'avocat, le peintre, en un mot, *les intelligences servies par des organes.*

Deuxième division. Un seul groupe : le paysan.

Encore un petit reproche, il tient au péché originel.

Le docteur Munaret a été bercé à Paris et à Montpellier du temps de la gastrite; il a été nourri dans l'irritation; et malgré ses remarques, il tombe encore souvent dans ce panneau; il voit des aliments incendiaires. Pour lui, la boutique du charcutier est une officine pleine de dangers; on dirait que les cervelas et les andouilles prennent à ses yeux des proportions menaçantes pour la santé publique.

Non content de s'en prendre aux choses, il s'attaque bientôt aux personnes. Le cochon est un animal immonde; il est indigeste, lourd. En sommes-nous revenus aux exigences du Koran ou aux préjugés de la religion des Hébreux? Je ne puis souffrir une pareille injustice: c'est en vérité le porc qui fait la base de la nourriture des campagnes; il est à lui seul un aliment et un condiment; et si ma mémoire est fidèle, je crois que c'est un paysan des montagnes des environs de Lyon, qui, sollicité à dire quels étaient les meilleurs mets selon son goût, poussa cette exclamation véridique : « De toute la volaille, je n'aime que le cochon ».

Je regarderais donc comme une autre erreur de la science, l'opinion qui tendrait à refuser au porc le rang qu'il occupe dans nos campagnes comme aliment, et je puis ajouter, sans vouloir préjuger ni influencer personne, que si l'on interrogeait le suffrage universel pour ou contre, il aurait non pas la majorité, mais l'unanimité.

En effet, parlez au paysan en masse, ou par province, et vous reconnaîtrez la vérité de mon opinion. Est-il un seul Normand, un Breton, un Angevin, un Poitevin, un Marchevin, un Limousin, un Périgourdin, un Bordelais, un Lyonnais, qui vienne me contredire? Un Gascon ne le ferait même pas.

J'ajoute que depuis quelques années la viande de porc est celle qui a le plus augmenté de valeur, et comme le prix de la denrée s'établit d'après la demande et l'offre, il en résulte que j'ai non-seulement raison sous le rapport statistique et économique, mais aussi au point de vue métallique ou financier.

M. Munaret écrit dans un pays encore pauvre, où la lumière du progrès n'a pas encore pénétré; aussi son tableau est-il sombre : la campagne n'est pas bien bâtie, comme aux environs de Paris; les chemins sont mauvais; les gens mal vêtus, mal nourris; les ressources y sont insuffisantes : l'émigration est donc nécessaire.

Le portrait du paysan est tracé de main de maître. Dans l'esquisse du citadin, les remarques relatives à la femme sont d'une admirable finesse.

E. La troisième lettre traite des erreurs et des préjugés relatifs à la santé des villes et des campagnes : conduite du médecin à leur égard.

F. La quatrième lettre est la médecine des villes et des campagnes : maladies internes et thérapeutique.

G. La cinquième traite de la pharmacologie des villes et des campagnes.

H. La sixième et la septième lettres sont la chirurgie des villes et des campagnes : pathologie externe.

I. La huitième lettre est l'obstétrique des villes et des campagnes.

J. La neuvième traite de la médecine légale appliquée à la moralité des campagnes.

K. La dixième lettre est un plan d'études mis en rapport avec la pratique; ce chapitre est d'une valeur intrinsèque bien remarquable.

L. La onzième indique quelle doit être la bibliothèque du médecin, suivant qu'il exerce à la ville ou à la campagne. Ici l'érudition la plus riche déborde de toutes parts; l'auteur, se laissant aller à une faconde des plus entraînantes pour le lecteur, arrive quelquefois au sublime.

Pour me résumer, le livre de M. Munaret, je l'ai déjà dit, ne peut être soumis à l'analyse; il faut le lire et le relire d'un bout à l'autre et toujours.

Je ne trouve réellement qu'un seul défaut à ce livre, c'est qu'il soit encore trop gros, trop peu portatif. Je voudrais que M. Munaret le fit diviser en quatre petits livrets, format d'almanach, d'un prix très-réduit, afin qu'il fût répandu comme les refrains populaires, comme les allumettes chimiques, etc.

Il faut donner à la matière du *Médecin des villes et des campagnes* la vulgarité de l'air, de la lumière et de l'eau; il faut le répandre comme le fer, le bois et les choses de première nécessité : *c'est le bréviaire du médecin.*

Il convient que l'on puisse, sous le moindre prétexte, s'en faire à soi-même un cadeau, ou l'envoyer à un ami comme on lui adresse sa photographie.

Amédée Joux,
de la Ferté-Gaucher.

Une première incision dirigée de haut en bas, suivant le grand diamètre de la tumeur, la met à découvert dans toute son étendue. Les téguments sont détachés à droite et à gauche; mais avant de pousser plus loin la dissection, je plonge le bistouri à sa partie centrale, afin de bien établir la nature des parties divisées. Quel n'est pas mon étonnement en voyant jaillir un flot de liquide d'un rouge sombre, ressemblant à de la lie de vin. J'agrandis l'incision et je mets à découvert une cavité dont les parois inflexibles à la manière d'une coque sont épaissies, constituées par un tissu fibro-cartilagineux très-dense et tapissées à leur face interne par un produit pulpeux de couleur grisâtre. Quelques concrétions calcaires sont disséminées par places et feraient croire à un commencement d'ossification.

En dehors de la tumeur, on retrouve les enveloppes des bourses avec leurs caractères normaux. On peut l'énucléer avec une assez grande facilité dans ses deux tiers antérieurs; le tiers postérieur paraît seul adhérer aux tissus sous-jacents.

Pour moi, c'était encore un kyste des bourses; mais cette fois il ne devait pas rester le moindre doute.

En explorant la face profonde de la cavité pour savoir si je ne retrouverais pas le testicule sous le produit pulpeux dont j'ai signalé l'existence, je crus sentir un peu de fluctuation, et j'acquis bientôt la certitude, à la vue d'une sérosité citrine qui s'échappait par une ponction que je pratiquai, que derrière cette tumeur était la séreuse vaginale; j'enlevai alors les deux tiers de la tumeur primitive, et je me bornai à exciser, pour en diminuer l'épaisseur, toute la partie qui adhérait à la tunique vaginale.

L'opération se trouvait ainsi singulièrement simplifiée, puisqu'en définitive elle s'était réduite à une simple incision des bourses.

Quelques boulettes de charpie sèche furent placées au fond de la cavité, et la plaie fut pansée avec un linge enduit de cérat. Aucun vaisseau n'avait été divisé, toute ligature devenait par cela même inutile.

Le malade a été assez bien les premiers jours; mais, dans la nuit du 11 au 12 septembre, il survient de la fièvre, de l'agitation, de l'insomnie, la langue se sèche, la soif se déclare, et, en examinant la plaie, je m'aperçois que du pus dont l'odeur est très-fétide s'échappe par l'ouverture pratiquée à la tunique vaginale, et qu'une pression légère, exercée de bas en haut, en augmente l'écoulement.

Nul doute que la séreuse vaginale ne se soit enflammée; le pus, altéré par le contact de l'air et n'ayant pas une issue facile, séjourne dans la cavité testiculaire et produit les désordres signalés plus haut.

Je convertis la ponction pratiquée en une incision que je prolonge jusqu'à la partie la plus déclive de la cavité, et comme la séreuse adhérait d'une manière intime à la membrane du kyste, j'en excise une portion pour éviter que les deux lèvres en se rapprochant ne s'opposent de nouveau au séjour du pus.

Les accidents ont immédiatement cessé, et à dater de ce moment rien n'est venu entraver la guérison; C... était en état de sortir à la fin d'octobre.

— S'il fût resté le moindre doute sur la nature de cette cavité secondaire, l'incident que je viens de mentionner l'eût fait disparaître; le testicule, en effet, paraissait au fond de la poche avec sa couleur, son volume et sa consistance.

Je sais très-bien que l'on pourra m'objecter que l'on n'a jamais mis en doute l'existence des kystes des bourses, qui seraient plus rares que la vaginalite pseudo-membraneuse.

Si j'en juge d'après les faits observés, je soutiendrai la thèse opposée, car si je n'ai pu qu'une seule fois retrouver la tunique séreuse avec son testicule derrière le kyste, les parois de celui-ci ont une telle ressemblance avec les mêmes parties observées chez d'autres malades, que l'on peut bien par analogie conclure de l'identité de structure à l'identité d'affections.

Que dit en effet M. Gosselin dans son mémoire? « Les pseudo-membranes de la tunique vaginale présentent sous le rapport de leur épaisseur et de leur structure trois degrés principaux : dans le premier, le tissu est souple et revient facilement sur lui-même; dans le deuxième, la coque est peu flexible et s'affaisse difficilement; dans le troisième, des *dépôts calcaires* coïncident avec une *épaisseur considérable*. La poche est plus dense et plus inflexible. »

Que trouvons-nous chez notre malade? Une cavité dont les parois sont épaissies, *inflexibles à la manière d'une coque, et constituées par un tissu fibro-cartilagineux dense et parsemé de concrétions calcaires.*

Il suffit du reste, Messieurs, d'appeler votre attention sur ces faits, pour que cette question reçoive bientôt une solution prochaine.

SUR LE TRAITEMENT DU PYROSIS ET DE LA GASTRORRHAGIE;

Par le docteur OPPOLZER.

L'auteur fait remarquer que le médicament qu'on recommande le plus souvent contre le pyrosis, le bicarbonate de soude, est un moyen peu convenable, parce que la soude, en se combinant avec les acides de l'estomac, forme des sels qui eux-mêmes peuvent de nouveau produire le pyrosis.

La poudre de *Couchæ præparatæ*, de *Lapides cancrorum* et quelques préparations de chaux, sont également des agents qu'il emploie rarement, parce qu'il est difficile de pulvériser ces substances assez finement pour qu'elles ne présentent plus de particules qui grattent le pharynx et l'estomac, déterminent de l'irritation et peuvent même inciter au vomissement.

M. Oppolzer combat de préférence le pyrosis par la magnésie calcinée. Il emploie aussi quelquefois avec un plein succès le carbonate d'ammoniaque ou l'ammoniaque liquide pur (1 ou 2 gouttes sur 1 ou 2 onces d'eau).

Dans les cas de gastrorrhagie, il fait d'une manière continue des applications de glace sur la région épigastrique, et administre à l'intérieur des pilules de glace en même temps que des astringents. Parmi ces derniers, c'est le tannin qui, sans conteste, mérite la préférence sur tous les autres, parce qu'il n'a pas de goût désagréable comme l'acétate de fer, et qu'à forte dose il ne produit pas aussi facilement le vomissement que l'alun, l'acétate de zinc, etc.

L'auteur recommande enfin, comme le moyen le plus efficace contre le catarrhe chronique de l'estomac, le sulfate de zinc à la dose de 1 grain par once d'eau. (*Deutsche Klinik.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 mars 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Régénération des tendons. — M. JOBERT (de Lamballe) donne lecture d'un mémoire sur ce sujet. Dans ce nouveau travail, il s'agit de la cicatrisation des tendons et du rétablissement de leur continuité sans addition notable de substance organique nouvelle.

L'auteur a recherché dans une série d'expériences sur les animaux vivants ce qui se passait heure par heure, jour par jour, après la section sous-cutanée d'un tendon, et en un mot ce que devenait sous l'influence du temps le liquide régénérateur. Voici la relation de ces expériences :

Première expérience. — Un chien a été sacrifié trois jours après l'expérience; voici ce que l'examen de la pièce a fourni : 1° la peau et la gaîne sont cicatrisées; 2° après la dissection, on reconnaît la gaîne, qui présente le double du volume du tendon d'Achille ordinaire; 3° la gaîne contient un caillot solidifié, présentant des stries blanchâtres dans son épaisseur, ayant contracté des adhérences avec les parois de la gaîne et les extrémités tendineuses. Il y a un écartement de 2 centimètres entre les bouts du tendon.

Par la macération, la coloration du caillot a été détruite, ainsi que sa consistance.

Deuxième expérience. Quatre jours de durée. — La section sous-cutanée n'a pas laissé suinter de sang. L'examen anatomique a offert les remarques suivantes : 1° la gaîne contient de la fibrine, qui semble lui donner de l'épaisseur; 2° pas de traces de lésions de la gaîne, on retrouve du sang à l'état liquide et solide : par l'incision de la gaîne, le sang liquide s'écoule, et alors on reconnaît des cellules qui contiennent des caillots. Le sang solide constitue une véritable trame organique; l'immersion dans l'eau entraîne une partie de ces cellules, toutefois les trabécules les plus rapprochées des parois résistent à ces lavages et peuvent même supporter des tractions sans se rompre.

Troisième expérience. Quatre jours de durée. — A l'examen, on trouve la gaîne intacte, fermée de toutes parts, et contenant un caillot noirâtre solide, remplissant exactement son calibre. Il n'y a pas de sérosité, pas de lymphe plastique; le caillot seul existe.

Quatrième expérience. Six jours de durée. — Le tendon d'Achille gauche, coupé, a présenté à l'examen l'état suivant : 1° un écartement de 3 centimètres environ entre les deux bouts divisés; 2° la gaîne ne présente pas de solution de continuité; 3° son volume est à peu près le même que celui du tendon normal. La gaîne, divisée selon sa longueur, renferme une assez grande quantité de sang, dont une partie est ramassée en caillot, et dont l'autre, offrant des traces d'organisation manifeste, se trouve disposée en lames et cloisons incomplètes, étendues d'une paroi à l'autre du calibre de la gaîne. Ces cloisons forment des cellules assez régulières, très-grandes, communiquent toutes les unes avec les autres; leur nombre est de cinq ou six. Elles contiennent plusieurs petits caillots sanguins.

La structure de ces cellules présente un aspect fibrineux; les parois de la gaîne sont épaissies par les couches du caillot et non par elles-mêmes; cette substance est rougeâtre, fibrillaire et dense.

Cinquième expérience. Huit jours de durée. — Pas de traces de caillots sanguins; sérosité dans l'intérieur de la gaîne, laquelle est tapissée à l'intérieur par une membrane rouge, qui la revêt ainsi que les bouts du tendon. (Cet animal aurait probablement guéri par un travail adhésif, s'il avait vécu.)

Sixième expérience. Neuf jours de durée. — A l'examen du membre, la gaîne est parfaitement cicatrisée; mais elle offre des colorations rouges çà et là.

Les bouts du tendon sont éloignés l'un de l'autre de 2 centimètres; on trouve une petite quantité de sang liquide et une grande quantité de fibrine : le tout représente une sorte de cylindre formé par un tissu rougeâtre, très-résistant, et qui s'attache par ses deux bouts aux extrémités du tendon et adhère également aux parois de la gaîne.

La macération décolore cette substance, mais elle ne détruit pas les adhérences établies avec les deux bouts du tendon.

Septième expérience. Durée de onze jours. — Ici le travail de régénération n'a pas été complet. Il semble que la quantité de sang a été insuffisante pour former le nouveau tendon.

1° Les deux bouts sont distants de 4 centimètres, et du bout supérieur du tendon ancien part un petit cône sanguin; du bout inférieur il en part un second, qui a exactement la même forme que le premier. Ces deux petits cônes n'arrivent pas au contact, et il n'y a par conséquent pas de continuité entre eux. Ces deux cônes s'adossent par leur sommet. Ils sont formés par la fibrine et sont intimement fixés au tendon.

2° On trouve dans le cylindre formé par la gaîne un peu de sérosité.

Huitième expérience. Onze jours de durée. — 1° La plaie était cicatrisée.

2° La surface externe de la gaîne était colorée en brun.

3° La gaîne était remplie par un dépôt fusiforme représenté par une substance fibrineuse rougeâtre très-dure, qui adhérait à l'intérieur de la gaîne et aux extrémités du tendon; une forte traction ne réussissait pas à détruire l'adhérence. Il existe un espace de 2 centimètres et demi entre les extrémités tendineuses.

Soumis à la macération pendant une semaine, le produit nouveau tomba en putréfaction avant d'être décoloré.

Neuvième expérience. Quinze jours de durée. — La peau disséquée n'adhérait aux tissus sous-jacents qu'au niveau de la cicatrice. L'extérieur de la gaîne était blanchâtre et n'offrait rien de particulier quant à la couleur. Au niveau de la section, cette gaîne était à peine de la grosseur d'un tuyau de plume. Son volume semblait réduit du plus de moitié. Elle renfermait une substance d'un blanc terne, dure, résistante, d'une texture fibreuse, disposée à la manière d'un cordon, rétablissant la continuité entre les parties divisées. Les adhérences entre ces parties étaient intimes, et les fibres du produit nouveau allaient se greffer et se confondre avec les fibres appartenant aux deux bouts du tendon d'Achille.

A l'aide d'une traction assez forte et prolongée, on ne parvenait pas à détruire ce moyen d'union. Il n'y avait pas trace de sang liquide dans la cavité de la gaîne. Les bouts du tendon étaient notablement renflés au point de contact avec le tissu nouveau. Celui-ci ne subit pas de modification appréciable sous l'influence de la macération dans l'eau. Les deux extrémités de l'ancien tendon étaient écartées l'une de l'autre de 2 centimètres et quelques millimètres.

Dixième expérience. Quinze jours de durée. — 1° Il existe un écartement de 6 centimètres entre les deux extrémités du tendon divisé.

2° Le nouveau produit qui comble cet espace rétablit la continuité entre eux, et représente un véritable tendon d'Achille, différant cependant par quelques points. Il existe un léger renflement au niveau de la section.

La couleur de ce nouveau tissu est plus terne et n'offre pas cet aspect blanc, nacré, qui caractérise les tendons. On n'y voit pas non plus de ces fibres réunies en faisceaux, affectant une direction constante; c'est un tissu homogène, dense et serré, qui se continue avec les deux bouts du tendon divisé. Il leur est si intimement soudé, qu'en exerçant une forte traction sur les bouts supérieur et inférieur du tendon d'Achille, le tissu de nouvelle formation ne paraît céder ni à la partie moyenne ni au niveau des *soudures*. Au centre de ce tissu il n'existe plus aucune trace de caillot sanguin; c'est un tissu fibreux et homogène dans toute son épaisseur.

La gaîne tendineuse est épaissie autour de ce nouveau tissu, et elle semble se confondre et former corps avec lui; il est impossible de l'en séparer. Au-dessus et au-dessous de la section, au contraire, l'isolement devient facile, et à une légère distance cette gaîne a repris tous les caractères normaux. Il faut ajouter que le tissu de nouvelle formation, ainsi que la gaîne qui l'entoure, n'offrent aucune trace de vascularité.

Onzième expérience. Seize jours de durée. — La substance de nouvelle formation est un peu rouge, son volume à peu près uniforme dans sa longueur, qui est de 2 ou 3 centimètres, égale le volume du tendon d'Achille. Cette substance jouit d'une élasticité remarquable, et se trouve entièrement unie et cicatrisée avec les extrémités de la section. La gaîne semble encore se confondre ici avec cette substance nouvelle; mais au-dessus et au-dessous son isolement d'avec le tendon est chose très-facile.

Douzième expérience. Vingt-deux jours de durée. — La peau était cicatrisée et unie avec les parties sous-jacentes. La gaîne offrait partout une coloration blanchâtre, comme dans l'état normal. Elle fut incisée suivant sa longueur, ainsi que la substance qu'elle contenait et les deux bouts du tendon.

Les parois de la gaîne avaient conservé leur épaisseur ordinaire. Elles étaient assez fortement unies avec la substance renfermée à l'intérieur. Cette substance avait la forme, le volume et la dureté du tendon d'Achille, dont elle rétablissait la continuité. Elle était d'une couleur uniformément blanchâtre, d'un blanc un peu plus prononcé vers les extrémités qu'à sa partie moyenne; dans ce dernier point, on remarquait çà et là quelques îlots d'une teinte faiblement nuancée de rouge.

Les fibres constituantes de chacun des bouts du tendon d'Achille n'avaient subi aucune modification au delà du point de réunion. Elles étaient entièrement soudée avec les fibres naissantes qui apparaissaient dans le produit nouveau. Une traction soutenue exercée sur ces parties en sens opposé ne pouvait les désunir. Il y avait 2 centimètres de distance entre les bouts du tendon coupé. Les parties environnantes étaient à l'état normal.

Treizième expérience. Vingt-six jours de durée. — Malgré le long intervalle qui s'est écoulé, la réunion est incomplète; on trouve entre les extrémités tendineuses une substance solide, d'un blanc jaunâtre, comme cartilagineuse dans les points les plus rapprochés des deux points divisés, plus molle, plus rétrécie et en moindre quantité vers la partie moyenne. Au voisinage des extrémités tendineuses, il y a un renflement notable, une sorte de noyau très-dur, intimement soudé avec le tendon. On observe un écartement de 3 centimètres environ. La substance de nouvelle formation paraît être parfaitement homogène dans toute son épaisseur, sauf une différence dans la densité, qui est d'autant plus considérable qu'on se rapproche davantage des bouts divisés. La gaîne tendineuse, facile à isoler au-dessus et au-dessous de cette nouvelle formation, semble se confondre avec elle.

Quatorzième expérience. Trente-cinq jours de durée. — Après avoir sacrifié l'animal, une injection de suif et de noir de fumée a été poussée dans l'aorte abdominale.

A l'examen de la pièce, on trouve le tendon dans l'état suivant :

Le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que la gaîne tendineuse, sont imprégnés de sang noirâtre. La matière de l'injection n'a pas pénétré dans les petits vaisseaux de la gaîne, qui se sépare facilement du tendon ainsi que du produit qui sert à rétablir sa continuité. Entre les bouts divisés, on trouve un écartement de 5 centimètres environ comblé par un tissu fibreux nouveau, greffé pour ainsi dire sur les deux extrémités tendineuses. Ce produit est dur, d'un aspect plus terne que celui d'un tendon ordinaire; on n'y voit pas non plus cette disposition fasciculée des tendons proprement dits.

Quinzième expérience. Trois mois moins trois jours de durée. — La peau de la jambe disséquée ne présente aucune adhérence avec les tissus sous-jacents, pas même dans le point qui a livré passage au ténotome.

La gaîne du tendon d'Achille est également normale, et enveloppe d'une manière complète une substance de nouvelle formation interposée entre les bouts du tendon coupé. Cette subtance adhère fortement à la gaîne tendineuse au moyen d'un tissu dense. Les adhérences sont beaucoup plus intimes au point de réunion du tissu tendineux ancien avec le nouveau, qu'elles ne le sont partout ailleurs. Les deux bouts du tendon coupé sont écartés l'un de l'autre de cinq centimètres, et cet espace se trouve rempli par la substance nouvelle, ayant une longueur égale à ce degré d'écartement et la même forme, mais un volume un peu moindre que celui du tendon.

Cette substance, divisée suivant sa longueur, est à l'intérieur comme à l'extérieur d'un blanc cendré; elle avait à la traction la densité et la résistance du tissu fibreux. Les fibres de ce dernier tissu, examinées à la loupe, semblent disposées parallèlement à l'axe du tendon lui-même, et fixées par leurs extrémités aux fibres correspondantes du tendon, dont elles rétablissent la continuité. Cette portion tendineuse, ainsi régénérée, offre à ses extrémités un renflement en apparence ganglionnaire, dans l'épaisseur duquel des fibres parais-

saient plus distinctes que dans les points intermédiaires. Ce renflement était en rapport avec une modification analogue éprouvée par les deux bouts du tendon d'Achille, qui se trouvaient pareillement augmentés de volume.

La réunion de ces parties s'est opérée par une sorte de pénétration ou d'emboîtement réciproque.

Nous éprouvons la profonde douleur d'avoir à annoncer une nouvelle perte bien sensible pour le corps médical de Paris, et particulièrement pour la *Gazette des Hôpitaux*. M. le docteur A. Foucart, l'un de nos plus anciens collaborateurs, dont le talent et l'esprit étaient depuis longtemps appréciés de nos lecteurs, vient de succomber à une courte maladie à l'âge de quarante-cinq ans.

M. Foucart, praticien distingué, en même temps qu'il était un des représentants les plus actifs de la presse médicale, ancien chef de clinique médicale de la Faculté, et ancien médecin des bureaux de bienfaisance, était officier de la Légion d'honneur, chevalier de l'ordre impérial de la Rose du Brésil, secrétaire général de la Société de médecine pratique, chirurgien-major du 19e bataillon de la garde nationale, etc.

Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui, au milieu d'un très-nombreux concours de confrères, parmi lesquels il comptait beaucoup d'amis, et d'hommes distingués appartenant à différentes classes de la société.

Les honneurs militaires lui ont été rendus en raison de son grade dans la Légion d'honneur. Le corps a été conduit de l'église Saint-Sulpice, sa paroisse, au cimetière du Père-Lachaise, où la plupart des assistants l'ont accompagné.

Après les dernières cérémonies religieuses, quelques paroles de sympathique regret ont été prononcées sur la tombe, d'abord par le rédacteur en chef de ce journal, au nom de la presse médicale, puis par M. le docteur Machelard, au nom des médecins du bureau de bienfaisance du VIe arrondissement.

Nous reproduisons ces deux discours.

Discours de M. Brochain.

Messieurs,

Devant ces tristes dépouilles de l'homme jeune encore dont la vie presque tout entière n'a été qu'une longue et pénible lutte contre les menaces incessantes de la mort, et qui, grâce à une activité et à une énergie sans bornes, a su trouver dans les courts délais que lui a laissés la maladie, le temps d'être utile à ses concitoyens et de marquer sa place parmi les hommes distingués de notre profession, permettez à l'un des témoins de ses luttes, à l'un de ses compagnons de travail, de lui rendre ici un public et dernier hommage.

La pratique et la littérature médicales se sont partagé à peu près en parts égales la vie d'Alfred Foucart. Ce qui eût suffi pour remplir tous les instants d'un homme moins ardent ou moins désireux de s'élever, n'était en quelque sorte pour lui qu'un jeu et un délassement. Le travail du cabinet était comme une diversion aux fatigues et aux incessantes préoccupations de la clientèle.

Dès ses débuts dans la carrière, M. Foucart avait révélé cette double aptitude. Dans sa thèse inaugurale comme dans le mémoire qui lui valut le prix Corvisart de la Faculté de médecine, on voyait déjà poindre à côté du praticien l'écrivain au style correct et facile qui devait se développer plus tard aux ardeurs de ce foyer dévorant qu'on appelle la *presse*.

Entré très-jeune encore dans la rédaction de la *Gazette des Hôpitaux*, il n'a cessé d'apporter depuis à la coopération de cette œuvre de vulgarisation scientifique l'utile concours de son zèle et de son talent. Sans parler des nombreux articles de clinique et de médecine pratique qu'il a insérés soit dans ce recueil, soit dans les autres journaux auxquels il a travaillé, on compterait presque, par le nombre des ouvrages de médecine qui ont été publiés depuis vingt ans, le nombre de ses articles de bibliographie.

Mais pour avoir la mesure de ce que M. Foucart a su développer d'activité et de forces, il faut se reporter aux années de fatale mémoire de 1849, de 1853 et 1854. Le choléra sévissait à Paris avec une intensité presque égale à celle de la première et si effroyable invasion de 1832. En possession d'une clientèle déjà nombreuse et que les circonstances multipliaient d'ailleurs hors de toute proportion, médecin des bureaux de bienfaisance et des bureaux temporaires de secours, il a su trouver encore le temps, au plus fort de l'épidémie, de passer plusieurs heures tous les matins dans les hôpitaux pour y suivre et étudier les caractères et les phases diverses de la maladie, et coopérer à la rédaction d'un *Compte rendu clinique* des plus importants et des plus complets qui aient été publiés sur cette épidémie. Où prenait-il le temps de suffire à un pareil travail? Les nuits subvenaient à l'insuffisance des jours.

L'épidémie décline, le moment du repos semble venu pour chacun de nous. M. Foucart jouira-t-il d'un droit si bien acquis? Pendant que Paris payait pour la seconde fois un si cruel tribut au choléra, la suette sévissait dans plusieurs de nos départements. M. Foucart obtient l'honorable mission de porter les secours de son art et de ses lumières aux victimes de ce nouveau fléau. Celui-ci cesse à son tour; notre confrère revient à Paris. Le choléra n'y était pas encore complétement éteint; il en subit l'influence après avoir si longtemps vécu impunément dans ce foyer pestilentiel; sa constitution, encore robuste alors, y résiste. Se reposera-t-il enfin? Pas encore. A peine convalescent, il se remet à l'œuvre, travaillant jour et nuit, sans relâche, jusqu'à ce qu'il ait pu livrer à l'éditeur son livre sur la suette.

Il a enfin accompli sa tâche, il a atteint le but si désiré, il tient désormais cette distinction si enviée, récompense si légitime du travail et du dévouement, qui ne le cède qu'au sentiment de satisfaction qu'éprouve l'honnête homme à faire le bien. Mais tant de labeurs, tant de fatigues, avaient brisé sa vigoureuse constitution. Une hémorrhagie cérébrale, qui le mit à deux doigts de la mort, l'a réduit à cet état d'infirmité et de vieillesse anticipée où vous l'avez tous connu. Mais son intelligence et son activité ne se sont pas davantage ralenties pour cela.

De nouvelles épidémies ont encore retrouvé notre ami sur la brèche, et sa coopération aux journaux de médecine et aux travaux de la Société de médecine pratique, dont il était un des membres les plus zélés et l'un des plus utiles dignitaires (1), a été tout aussi active qu'autrefois. C'est cette activité fébrile qui l'a tué. Foucart est mort victime du travail, mort sans avoir connu le repos.

Il appartenait à un de ses plus anciens collaborateurs d'exprimer ici au nom de la presse médicale, et plus particulièrement au nom de ses camarades de la *Gazette des Hôpitaux*, les vifs regrets que fait éprouver cette mort prématurée, et de lui adresser ce dernier et suprême adieu.

Discours de M. Machelard.

Messieurs,

Le tribut de légitimes regrets qui vient d'être payé en termes si éloquents et si sympathiques à la mémoire du docteur Foucart, serait peut-être incomplet, si la voix d'un ancien collègue du service médical des bureaux de bienfaisance ne se faisait point entendre dans cette douloureuse circonstance. C'est à ce titre que je viens prononcer quelques paroles d'adieu sur le bord de cette tombe si prématurément ouverte.

Appelé en 1845 à remplacer le vénérable père du docteur Foucart comme médecin du bureau de charité de l'ancien XIe arrondissement, je ne tardai pas à nouer avec le fils, dont je devenais le collègue, des relations qui prirent bientôt un caractère de plus en plus amical. Grâce à elles, je fus admis dans l'intérieur de sa famille; je m'associai à ses joies et à ses douleurs de père, et il me fut donné maintes fois d'apprécier sur quelles bases solides reposait le bonheur de son foyer domestique.

Le docteur Foucart, malgré le nombre croissant de ses occupations, attachait un grand prix à son titre modeste de médecin des bureaux de bienfaisance. Il aurait désiré, suivant en cela l'exemple de son respectable père, qu'il se proposait toujours comme un modèle, conserver jusqu'à la fin de sa laborieuse carrière ces fonctions, humbles sans doute, mais dont l'accomplissement permet de rendre de véritables services. Par malheur, une grave affection cérébrale, à la production de laquelle un travail de cabinet trop assidu n'est sans doute pas resté étranger, devait entraîner des conséquences qui s'opposeraient à la réalisation de ce désir et nous faire perdre un excellent collègue. Si la lésion du cerveau avait laissé complétement intact le libre et régulier exercice des facultés intellectuelles, notre confrère avait été moins heureux sous le rapport de l'activité physique. Une certaine entrave dans la facilité des mouvements lui rendait de plus en plus pénible l'accomplissement des fonctions parfois si fatigantes de médecin des pauvres. Toutefois, notre collègue, retenu parmi nous par d'agréables relations dont il s'était fait une douce habitude, ne se déclara pas vaincu avant un délai de plusieurs années; la résistance fut longue, et ses nombreux amis lui virent déployer dans cette lutte contre une infirmité précoce l'énergie qui était un des attributs distinctifs de son caractère. Enfin, la nouvelle organisation des bureaux de bienfaisance ayant rendu le service beaucoup plus pénible, notre confrère se décida à regret à donner sa démission.

Mais, malgré cette retraite, imposée par un motif indépendant de sa volonté, notre ancien collègue portait toujours un vif intérêt aux diverses questions qui se rattachent à la médecine des classes nécessiteuses, et on peut dire qu'il n'avait pas cessé d'être des nôtres. Aussi ne restait-il point indifférent à tous les perfectionnements apportés dans le mécanisme de ce service particulier. Il est vrai que sa longue pratique parmi nous avait laissé une trace importante. Dans un rapport annuel, consciencieusement élaboré, comme tous les travaux sortis de sa plume féconde, il avait soumis à un sérieux examen toutes les parties d'un service qu'il connaissait si bien, et il y avait déposé le germe de la plupart des heureuses modifications réalisées dans ces derniers temps par le zèle de l'administration de l'Assistance publique.

En retraçant rapidement ces souvenirs d'un passé qui m'est cher, je suis certain d'avoir été le fidèle interprète des sentiments de tous les anciens collègues du regrettable Foucart. Cette mort si inopinée sera pour chacun de nous un véritable deuil, et nous nous associerons de cœur à la profonde désolation d'une famille qui a tant de droits à nos plus vives sympathies.

(1) M. Foucart a été successivement secrétaire, puis secrétaire général de cette Société, qui réunit ce que Paris renferme de praticiens les plus distingués.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira lundi prochain 17 mars. Les juges de ce concours sont: MM. Goupil, Boucher de la Ville Jossy, Sée, Matice, Behier, Malgaigne et Cusco, *juges;* MM. Léger et Morel-Lavallée, *juges suppléants*.

— M. Bourgouing, actuellement interne en pharmacie à la Maison municipale de santé, a été nommé pharmacien en chef des hôpitaux, à la suite du concours ouvert le 22 février dernier.

— Dans sa séance du 6 mars 1862, la Société médicale d'Indre-et-Loire a mis au concours la question suivante: *De l'alcoolisme.*

Le prix sera une médaille d'or de 200 fr.

Les mémoires devront être adressés au docteur Blot, secrétaire de la Société médicale, à Tours, avant le 30 août 1863, terme de rigueur, et suivant les formes académiques.

— Le banquet des internes des hôpitaux de Paris est, comme nous l'avons dit, fixé à samedi prochain 15 mars, à 6 heures du soir, dans les salons des Frères-Provençaux (Palais-Royal).

Le prix de la souscription est fixé à 16 francs.

MM. les anciens internes sont priés d'adresser le montant de la souscription à *M. l'interne en médecine, économe d'une des salles de garde* des hôpitaux de Paris.

La liste des souscriptions sera close le 12 mars au soir.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 MARS 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. H. Roger, candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale, a donné lecture d'un mémoire sur l'emphysème généralisé. L'auteur décrit sous ce nom un état pathologique complexe, assez rare, qui consiste en un emphysème à siége triple, occupant à la fois le poumon où il commence, le tissu cellulaire du médiastin qu'il traverse, et le tissu cellulaire extérieur où il arrive finalement, pour s'étendre plus ou moins loin sous la peau. M. Roger a tracé cette description sous les divers points de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la séméiotique, d'après 19 observations, les seules à peu près qui existent dans la science.

On verra, d'après cette description, rapportée à grands traits dans le compte rendu de la séance, que le pronostic de cette affection est excessivement sérieux, l'emphysème généralisé s'étant terminé par la mort dans la très-grande majorité des cas (15 fois sur 19).

Quant au traitement, M. Roger en a cherché l'indication dans les conditions même de la propagation de l'emphysème hors de son foyer d'origine, c'est-à-dire dans l'effort (toux, cris et mouvements) qui tend incessamment à pousser dans le tissu cellulaire ambiant de nouvelles quantités d'air. Les sédatifs du système circulatoire et les stupéfiants, tels que la digitale à haute dose et l'opium, lui ont paru les meilleurs moyens de remplir cette indication.

Après cette lecture, l'Académie a repris la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. MM. Davenne et Briquet ont successivement pris la parole.

M. Davenne, après s'être attaché à répondre aux principales critiques de détail contenues dans les dernières argumentations de MM. Gosselin et Devergie, rentrant dans le point de vue général de l'objet du débat, a considéré comme désormais établis par la discussion les deux points essentiels suivants, savoir :

« 1° Que les inductions qu'on avait prétendu tirer de la comparaison des hôpitaux de Paris avec ceux de la ville de Londres, portaient à faux pour la plupart, et que ce qui en est ressorti de plus concluant, c'est que l'Angleterre est entrée comme nous, mais après nous, dans la voie du progrès; que si donc elle est plus avancée que nous aujourd'hui sur quelques points, c'est à nous de profiter à l'avenir de son expérience, comme dans le passé elle a profité de la nôtre;

» 2° Que les nouveaux hôpitaux que l'on aura à construire dorénavant devront être établis dans des conditions de situation, d'isolement et d'aménagement telles qu'ils n'aient point à redouter l'insalubrité de l'air du dehors; que le nombre des malades n'excède pas un certain chiffre déterminé pour chaque hôpital, et que l'étendue des salles soit calculée de manière à éviter, surtout dans les services de chirurgie, un encombrement dont tout le monde comprend le danger. »

M. Davenne entrant, ainsi que l'indique l'énoncé même de cette seconde proposition, et comme il l'avait déjà dit d'ailleurs dans son dernier discours, dans la voie d'amélioration ouverte par cette discussion, a terminé en proposant à l'Académie de renvoyer la question générale de l'hygiène des hôpitaux à une commission qui serait chargée de rechercher les causes de l'insalubrité qu'on reproche aux hôpitaux de Paris, et de proposer les moyens d'y remédier.

M. Briquet, dans une allocution improvisée que le temps ne lui a pas permis de terminer, semble s'être proposé d'opposer les exagérations aux exagérations. Prenant à partie les auteurs de statistiques et les partisans du régime hospitalier de l'Angleterre, il s'est attaché à signaler les nombreuses causes d'erreurs dont sont entachées, suivant lui, ces statistiques, et à réduire les prétendus avantages attribués aux hôpitaux anglais à des proportions telles, qu'il y aurait lieu de s'écrier avec un personnage de comédie bien connu : Qui trompe-t-on ici? — Mais attendons la fin de l'argumentation de M. Briquet, pour savoir au juste où il veut en venir.

—Nous avons signalé, il y a huit jours, comme un travail nouveau et présentant de l'intérêt au double point de vue de la physiologie et de la médecine légale, par les applications utiles qu'il mettait particulièrement au service des médecins experts, le mémoire dont M. Bouchut a donné lecture dans la précédente séance, sur une nouvelle méthode de docimasie pulmonaire.

M. Devergie, à l'occasion du procès-verbal, a présenté une réclamation au sujet de cette communication. L'honorable académicien a dit avoir le premier fait connaître les caractères extérieurs des poumons qui n'ont pas respiré, lorsqu'on les examine à l'œil nu.

M. Bouchut, employant la loupe et le microscope pour la recherche d'un caractère certain de la respiration dans les poumons des fœtus présumés victimes de manœuvres criminelles, a découvert au moyen de ces instruments d'optique, dans le poumon qui a respiré, des vésicules aériennes, brillantes et transparentes, larges de 2 à 5 millimètres, qui n'existent point dans les poumons d'enfants morts sans avoir respiré.

La présence des vésicules aériennes constatées à la loupe dans les poumons qui ont respiré, tel est le caractère que M. Bouchut a voulu faire connaître. C'est là ce qui nous a paru constituer la nouveauté en même temps que l'utilité de ses recherches. N'eussent-elles fait, d'ailleurs, que confirmer celles de M. Devergie, en leur donnant un caractère plus précis, cela seul était un motif suffisant pour les accueillir favorablement. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Tumeur de l'isthme du gosier. — Hypertrophie glandulaire.

J'ai à vous parler d'une affection de l'isthme du gosier chez un jeune homme de vingt-sept ans dont l'aspect extérieur annonce une bonne santé et l'absence complète de vice constitutionnel. Les renseignements qu'il fournit sont peu nombreux, mais assez nettement exposés pour qu'on n'émette aucun doute à leur égard.

Il y a trois mois, il sentit dans l'arrière-gorge un petit bouton qui n'était pourtant la cause d'aucune gène du côté de la déglutition ni du côté de la respiration. Un mois après, il vit apparaître dans l'isthme du gosier une tumeur qui s'accrut et prit en peu de temps des proportions fort considérables. La gène extrême qu'elle apportait à la respiration força le malade à entrer à l'hôpital.

La tumeur, autant que permet de le constater l'ouverture de la bouche portée à son maximum, commence au niveau du bord postérieur de la voûte palatine et occupe toute la partie gauche du voile du palais, refoulant complétement la luette à droite et l'appliquant contre la dernière molaire du côté droit. Cette tumeur est recouverte par la membrane palatine fortement distendue, rouge et ulcérée en deux points.

Le doigt porté derrière la base de la langue ne peut atteindre d'une manière précise les limites inférieures du mal; on sent parfaitement que la tumeur descend dans le pharynx, accolée à sa partie latérale gauche, et s'étend trop profondément pour qu'on puisse la délimiter à ce niveau. Cette partie inférieure et profonde de la tumeur n'offre plus au toucher et à la vue la même sensation ni le même aspect que la portion contenue dans le voile du palais; tandis que cette dernière est bien régulière, lisse, bombée et présente une surface uniforme; la partie profonde, au contraire, est inégale, rugueuse, déchiquetée, donnant l'impression de mamelons durs, de végétations irrégulières, de consistance un peu cartilagineuse.

Voyons quel est le lieu d'origine de cette tumeur, et quels sont les rapports qu'elle affecte avec les parties circonvoisines, surtout au point de vue opératoire.

A-t-elle pris naissance de la face inférieure de l'apophyse basilaire, comme le font si souvent les polypes naso-pharyngiens? L'examen le plus simple démontre que non; les fosses nasales sont complétement libres, la tumeur ne procède pas de leur cavité. Vient-elle de l'apophyse ptérygoïde gauche, qui limite, comme on le sait, en dehors, l'ouverture postérieure de la fosse nasale? Je ne le crois pas. La tumeur ne paraît pas tenir à la voûte palatine; elle est indépendante et semble être non pas attachée à cette voûte, mais appliquée sur elle. Voici du reste comment j'ai pu arriver à ce diagnostic : il ne suffisait pas pour cela de comprimer à l'aide d'un doigt la tumeur, et de tâcher de lui imprimer des mouvements, car elle touche la colonne vertébrale et ne peut s'ébranler d'avant en arrière, mais elle peut être déplacée de bas en haut; et si, lorsque le malade a la bouche ouverte, on imprime quelques mouvements au lobe de la tumeur, que l'on sent extérieurement dans la région sous-maxillaire, ils se transmettent à la tumeur du gosier, qui se meut légèrement dans ce sens, ce qui exclut toute adhérence avec les os voisins.

En faisant faire au malade des mouvements d'élévation et d'abaissement de la mâchoire inférieure, on peut constater, en appliquant un doigt sur la tumeur, qu'elle n'affecte aucune adhérence avec le maxillaire inférieur et glisse à sa surface sans s'y attacher.

Les symptômes fonctionnels sont une gêne extrême de la respiration et une très-grande difficulté du côté de la déglutition; la tumeur fermant à peu près d'une manière complète l'isthme du gosier, le passage des liquides est seul possible. Enfin il existe une altération très-notable de la voix.

Ces derniers phénomènes constituent des symptômes menaçants, qui prennent de jour en jour des proportions d'autant plus inquiétantes que le mal s'est développé très-rapidement. Il me semble même que depuis les vingt-quatre heures que le malade est dans les salles, la tumeur a pris un peu de volume; peut-être doit-on en attribuer la cause aux pressions et au froissement qu'on a exercés à sa surface.

Evidemment cet homme est atteint d'un mal qui nécessite une intervention immédiate.

Quelle est la nature de la tumeur?

Le diagnostic offre quelques difficultés. Nous avons déjà rejeté l'idée d'un polype naso-pharyngien.

Quand je vis ce malade pour la première fois, il y a deux jours, le diagnostic qui me vint à la pensée fut celui d'une de ces tumeurs par hypertrophie glanduleuse du voile du palais, dont j'ai été à même de constater l'existence en 1847 à l'hôpital Saint-Antoine.

Le voile du palais, qui continue en arrière la voûte osseuse palatine, est constitué postérieurement par la muqueuse nasale, et en avant par la membrane palatine, qui se compose elle-même d'une couche périostique et d'une couche glanduleuse très-considérable, très-développée, surtout le bœuf, et dont l'épaisseur est à peu près de 4 ou 5 millimètres au niveau du bord postérieur de la voûte osseuse.

Supposez qu'une ou plusieurs de ces glandules prennent un grand développement, et vous aurez une tumeur par hypertrophie glandulaire offrant les caractères : d'être enfermée dans une loge bien distincte; d'être circonscrite, bien limitée, d'état sphéroïde, et de ne contracter que peu d'adhérences avec les parties voisines, de sorte qu'après avoir incisé la loge qui la contient, on peut à l'aide du doigt procéder facilement à son énucléation.

Ce diagnostic fut le premier qui se présenta à ma pensée. Cependant quelques circonstances devaient jeter un peu de doute sur lui.

En effet, la tumeur de notre malade présente une dureté plus considérable que celle des hypertrophies glanduleuses : sa consistance est un peu fibreuse.

Les tumeurs par hypertrophie sont généralement régulières. Ici la régularité n'affecte que la partie supérieure ; elle cesse inférieurement, et le doigt introduit assez profondément sent des mamelons durs et irréguliers; cependant il n'est pas impossible que cette irrégularité de forme soit simulée par une circonstance exceptionnelle due à des rapports avec l'amygdale du côté gauche, qui, indurée et bosselée, se trouve appliquée à la surface de la tumeur qui la rejette en dedans.

Une autre considération qui semble au premier abord vous détourner de poser le diagnostic d'hypertrophie, est le temps qu'a mis la tumeur à acquérir son volume actuel.

Le malade affirme qu'elle ne date que de deux ou trois mois à peine, et jusqu'à présent les tumeurs hypertrophiques qu'il m'a été donné d'observer ont suivi une marche chronique, et mettaient 5, 8, 10, 14 ans à se développer.

Le mode de développement enfin n'est pas tout à fait celui qu'on a observé dans ces tumeurs ; elles débutent par le voile du palais : la nôtre, suivant le dire du malade, a marché au contraire de bas en haut.

Malgré les faits que je viens de citer et qui pourraient au premier abord vous détourner de croire à une hypertrophie, on

ne doit pas se prononcer ouvertement pour la négative, car l'histoire de ces tumeurs n'est en quelque sorte faite que d'hier, et il n'est certes pas impossible d'en rencontrer avec des modifications tout à fait variables dans leur séméiologie.

Certaines de ces tumeurs ne peuvent-elles pas s'offrir avec une dureté que l'on n'a pas perçue jusqu'à présent? Ne peuvent-elles pas suivre une marche ascendante et plus rapide que d'autres? C'est ce que l'observation ne nous a pas complétement appris.

Un renseignement qui chez notre malade serait en faveur de l'hypertrophie glandulaire, est le suivant : Le médecin qui a été consulté en ville a vu sortir de la tumeur, après une ponction exploratrice, un liquide filant, visqueux et comparable à du blanc d'œuf.

Quoi qu'il en soit, ce jeune homme est actuellement en danger. Il est menacé d'être privé de respiration, et cela dans un laps de temps très-court; aussi faut-il agir de toute nécessité le plus tôt possible et ne pas abandonner l'idée d'une tumeur glanduleuse, c'est-à-dire énucléable.

Si l'énucléation est facile, l'opération est simple et se réduit seulement à faire une incision au voile du palais, à écarter les lèvres de la plaie et à détacher les parois de la tumeur, que l'on attirera au dehors à l'aide d'érignes.

Si la tumeur est adhérente et ne peut s'énucléer, l'opération devra offrir les plus grandes difficultés, surtout si on est obligé de porter l'instrument tranchant sur des tissus qui avoisinent des vaisseaux, comme l'artère carotide interne et la grosse veine jugulaire. De plus les veines importantes peuvent être tiraillées et amenées au contact du bistouri par suite des tractions que l'on est obligé de faire sur les parties voisines. Dans cette opération lente et minutieuse, la dissection ne devra porter autant que possible que sur la tumeur seule.

Opération. — Une incision verticale, pratiquée sur la portion de tumeur occupant le voile du palais, laisse le doigt s'introduire tout autour de cette dernière et l'isoler assez bien. Une première moitié de 6 à 7 centimètres de longueur est ainsi enlevée, et présente une apparence lobulée à l'extérieur et grenue à l'intérieur par la déchirure, aspect qui la fait reconnaître immédiatement pour de l'hypertrophie glanduleuse. Certains points de la tumeur adhérents sont arrachés; d'autres, plus profonds et situés sur la face latérale gauche du pharynx, sont laissés, vu l'impossibilité d'en faire l'abrasion complète avec l'instrument tranchant.

Le malade a perdu très-peu de sang, et immédiatement après l'opération il sent sa respiration plus libre; sa voix est aussi plus nette et moins confuse.

La tumeur, portée à M. Robin, est reconnue être une hypertrophie glandulaire de la nature des glandes de l'amygdale. On y trouve des culs-de-sac hypertrophiés et d'autres de nouvelle formation, de l'épithélium nucléaire et du tissu fibro-plastique en petite quantité.

On attend deux jours afin de laisser tarir l'écoulement sanguin, qui est du reste très-minime, et on fait le 21 février une première cautérisation à l'aide des cautères électriques (galvanocaustique), les caustiques liquides et solides ne trouvant aucunement leur application dans le cas présent.

Le malade supporte bien cette première cautérisation, qui est répétée trois jours après, afin de détruire les racines profondes du mal.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. ESTÉVENET.

Anévrysme de l'aorte.

(Observation recueillie par M. CHART, interne.)

Le 7 novembre 1861 est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, nº 12, une femme atteinte d'anévrysme. Elle était âgée de trente-quatre ans.

Au premier examen, on voyait une tumeur de la grosseur du poing, située sur le côté droit du sternum et au niveau de la troisième côte. Cette tumeur présentait tous les caractères diagnostiques des anévrysmes; un seul manquait, c'était la réductivité par la pression.

Si on voulait pousser plus loin l'examen de la malade, explorer l'état du cœur et des poumons, et tenir compte des troubles survenus dans les fonctions de ces organes, tout faisait pressentir l'existence d'une tumeur anévrysmale intra-thoracique, beaucoup plus volumineuse encore que la tumeur extérieure, et située à la naissance même du tronc aortique.

On donnait tous les jours à cette femme 2 cuillerées de sirop de digitale et 2 pilules avec 0,15 centigr. de poudre de digitale.

Le 20 décembre, les fonctions digestives sont troublées; il y a inappétence, nausées et même quelques vomissements. La respiration s'embarrasse de plus en plus; le pouls devient fréquent, petit, dépressible; les lèvres se cyanosent; la peau prend une teinte jaunâtre. La malade est mise au bouillon et au petit-lait; la digitale est toujours continuée en sirop et en pilules; on lui prescrit encore du thé, de l'eau de Seltz et des révulsifs cutanés; mais malgré ces soins, son état est allé en s'aggravant de plus en plus.

Le 25 décembre, elle ne pouvait plus se tenir couchée dans son lit; elle respirait, mais avec la plus grande difficulté; les vomissements étaient devenus d'une fréquence extrême: cet état pénible dura encore une dizaine de jours.

Enfin, dans la nuit du 5 janvier 1862, la malade est réveillée en sursaut, et à peine réveillée, elle meurt subitement.

AUTOPSIE. — L'autopsie du sujet est venue confirmer de tous points les prévisions établies avant sa mort.

Il existait deux tumeurs anévrysmales : l'une intérieure, et la plus ancienne; l'autre extérieure, et plus petite que la première.

Tumeur intra-thoracique. — L'aorte, comme on le sait, passe derrière l'artère pulmonaire et se recourbe postérieurement pour former la crosse. Or, au début, l'anévrysme s'est formé sur la portion de l'aorte qui précède la crosse, et antérieurement.

Cette tumeur s'est développée dans le médiastin antérieur, en arrière du sternum.

Sa forme est à peu près sphérique. Sa périphérie mesure 0,35 centimètres, et la longueur de son axe, soit vertical, soit horizontal, n'a pas moins de 0,10 centimètres.

La poche anévrysmale est formée par une dilatation des trois tuniques artérielles; elle constitue ce qu'on appelle en pathologie un *anévrysme vrai.*

Dans son intérieur il n'existait pas la plus légère couche de caillots fibrineux, tels qu'on en trouve dans d'autres cas; cela s'explique par l'activité de la circulation dans cette grosse branche artérielle; on n'y a trouvé que du sang coagulé *post mortem.*

Pendant que cette tumeur se développait, le péricarde, distendu toujours de plus en plus, s'est usé; le sternum s'est usé de même et perforé; d'ailleurs, il s'est passé là ce qui se passe toutes les fois qu'une pièce osseuse se trouve en présence d'une tumeur anévrysmale.

Rien n'est à noter relativement aux autres organes circonvoisins, si ce n'est un peu d'hypertrophie du cœur.

De ces divers obstacles qu'elle a rencontrés dans son développement, a résulté sa déformation d'abord, et l'usure ensuite de la poche elle-même, de telle sorte qu'il est impossible de suivre les tuniques artérielles jusqu'au dehors du thorax; elles cessent toutes trois au niveau de la perforation du sternum.

Tumeur extérieure. — Elle est située sur le côté droit du sternum et sur les cartilages de la quatrième à la septième côte.

Sa forme est ovoïde et un peu aplatie : le grand axe dirigé de hau en bas a une longueur de 0,10 centimètres, le petit axe dirigé transversalement mesure 0,06 centimètres. Enfin, cette tumeur a une circonférence de 0,34 centimètres et 0,04 de proéminence.

La tumeur extérieure diffère de la première en ce qu'elle n'est plus constituée par les parois artérielles; celles-ci, en effet, s'arrêtent, comme je l'ai déjà dit, au niveau du trou sternal. C'est par un kyste de nouvelle formation qu'elle est limitée de toute part, de telle sorte qu'on pourrait l'appeler *un anévrysme faux-consécutif.*

Enfin, dans son intérieur existait un caillot fibrineux d'un volume assez considérable. Les muscles qui recouvrent cette tumeur sont atrophiés (grand et petit pectoral).

Voyons maintenant comment on peut concevoir le développement de cette tumeur. Pendant que le travail de perforation du sternum s'effectuait par les efforts incessants et toujours progressifs de la tumeur intérieure, un plan fibreux a dû s'organiser en dehors du sternum, au niveau de la perforation. Un pareil mécanisme, de pareilles coïncidences s'observent souvent en pathologie; pour ma part, je l'ai constaté dans d'autres cas.

Une fois le sternum complétement perforé, l'anévrysme intra-thoracique sera venu se mettre directement en rapport avec le plan fibreux de nouvelle formation; la poche anévrysmale, déjà usée en ce point, se sera rompue; mais le sang aura été retenu dans la tumeur malgré cette rupture; d'une part, par le plan fibreux de nouvelle formation; d'autre part, par les adhérences entre les parois perforées du sac et l'ouverture sternale.

L'impulsion continue du sang à travers la perforation sternale sur ce plan mobile l'a distendu peu à peu, et une nouvelle tumeur anévrysmale a fini par se former et grossir en dehors du thorax.

Cette marche de la tumeur est sans contredit la plus probable, car elle est basée sur les résultats même de l'autopsie.

Communication entre les deux tumeurs. — On remarque deux ouvertures sur le sternum : une supérieure, située sur l'espace compris entre les articulations de la troisième et de la quatrième côtes; cette ouverture n'a que 0,02 centimètres de diamètre. Elle est limitée inférieurement par une lame transversale formée par une lame du sternum et l'insertion de la quatrième côte.

L'autre ouverture, située immédiatement au-dessous de la précédente, est formée aux dépens du côté droit du sternum, qui est détruit sur une longueur de 0,05 centimètres. L'articulation de la cinquième côte est également usée, de telle sorte que cette côte est flottante.

Enfin, sur la périphérie de ces deux ouvertures, viennent se confondre, par des adhérences communes, les tuniques artérielles de la tumeur intérieure, le péricarde et le kyste fibreux de la tumeur extérieure.

La mort n'a pas été amenée par une rupture bien franche de l'anévrysme. Les parois artérielles de la tumeur intra-thoracique se sont séparées de leurs adhérences au niveau de la perforation du sternum, de telle sorte que la poche anévrysmale a été ouverte plutôt par décollement que par rupture.

Le sang s'est épanché aussitôt dans le péricarde, et la malade a succombé presque instantanément.

(*Journal de médecine de Toulouse.*)

FORMULE

contre les congestions et apoplexies imminentes.

Par M. le Dr MASSART (de Napoléon-Vendée).

Voici une formule que j'ai eu l'occasion d'administrer plus de 500 fois et dont je puis garantir l'efficacité, consacrée dans ma pratique par le temps, par le succès et par l'expérience.

Arséniate de potasse.	5 centigrammes.
Alcoolature d'aconit napel.	10 grammes.
Teinture alcoolique de digitale pourprée. .	5 —
Eau distillée.	300 —

E. S. A.

Une cuillerée à bouche matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée, deux heures avant ou après le repas, pendant dix ou vingt jours, suivant la persistance des accidents. On a recours au même moyen pendant une période de temps égale, si les accidents se reproduisent, pour interrompre de nouveau, et ainsi de suite.

J'ai recours à cette mixture dans les cas de pléthore sanguine, de congestion pulmonaire ou encéphalique imminente ou effectuée, mais à un degré léger, et d'apoplexie hémorrhagique également imminente;

Chez les sujets sanguins qui mènent une vie sédentaire ou se livrent à des travaux intellectuels prolongés ou immodérés;

Chez les personnes à constitution apoplectique, arrivées à la maturité de l'âge, qui ont une première attaque à redouter ou qui, en ayant subi déjà une, éprouvent certains symptômes précurseurs d'une nouvelle;

Chez les individus sanguins, sujets à des palpitations de cœur, qui ajoutent une chance de plus aux congestions et aux hémorrhagies cérébrales.

Dans tous les cas ainsi spécifiés, j'ai obtenu, à l'aide de cette formule, les résultats les plus satisfaisants; je n'ai pas eu occasion d'accuser son insuffisance et de faire intervenir les émissions sanguines; je dis plus, les émissions sanguines lui sont inférieures en efficacité; j'en ai encore acquis la preuve cette année. En effet, consulté par M. Métrejean, professeur au lycée, et par le chaumier de M. de Puybernau, pour un état ainsi caractérisé : vertiges, bouffées de chaleur au visage, pesanteur de tête, somnolence, embarras des membres, palpitations de cœur insolites, etc., intégrité de l'appétit et des autres fonctions en général, j'ai appris de ces deux consultants qu'ils avaient été déjà soumis à plusieurs reprises, pour les mêmes accidents, à la saignée du bras, aux sangsues à l'anus et aux purgatifs salins, plus à un régime approprié; que le soulagement produit par ces moyens n'avait été que provisoire, et qu'actuellement les mêmes moyens restaient à peu près sans effet.

Je les soumis pendant dix jours à la médication dont j'ai donné la formule, sans supprimer dans leur manière de vivre autre chose que les alcooliques et le café, et je leur recommandai d'en rester là, si au bout de ce temps les accidents étaient dissipés, sinon de renouveler la mixture et d'en user de la même manière pendant une nouvelle période de dix jours.

J'ai revu plusieurs fois ces messieurs depuis leur première consultation, et ils m'ont assuré, comme beaucoup d'autres, que les émissions sanguines ne leur avaient jamais procuré un soulagement aussi marqué ni aussi prolongé. Ils ne voient plus revenir maintenant qu'une ou deux fois par an les accidents dont ils se plaignaient auparavant toutes les six semaines ou chaque deux mois. Quand ces accidents reparaissent, ils ont aussitôt recours à la mixture pendant dix ou vingt jours, et tout rentre dans l'ordre pour longtemps.

Depuis plusieurs années que j'emploie cette formule, le bruit de ses succès fait affluer chez moi des malades de six à sept lieues à la ronde. Je n'ai pourtant jamais eu l'envie de la tenir secrète et d'en tirer des bénéfices industriels, et aujourd'hui qu'il ne me reste aucun doute sur sa grande efficacité, je n'hésite pas à la publier.

Les excellents résultats que j'ai obtenus pourront d'abord causer quelque étonnement, peut-être même provoquer l'incrédulité de ceux qui ne croient qu'à l'autocratie thérapeutique de la lancette et des sangsues; mais les détails explicatifs dans lesquels je vais entrer feront voir que mes assertions n'ont rien d'extraordinaire : tout ce qui paraît merveilleux est, en fin de compte, toujours fort simple, quand l'intelligence le comprend ou que la science le dévoile.

Comment agissent les émissions sanguines prescrites dans les cas que nous avons spécifiés en commençant? Par la soustraction d'une certaine quantité de sang, et, en conséquence de cette soustraction, par l'élévation provisoire de la proportion de l'élément séreux. Je dis provisoire, parce que, sous l'influence du retour à la manière de vivre habituelle ou même sous l'influence seule de la sanguification, cette perte est plus ou moins promptement réparée, et la proportion de l'élément séreux diminue. C'est un fait vulgaire en pratique, que cette réparation est d'autant plus rapide que les émissions sanguines sont renouvelées plus souvent, de telle sorte qu'il arrive un temps où la saignée préventive ne soulage plus ou soulage à peine et doit être rapprochée davantage et multipliée. Alors la saignée a perdu tous ses avantages éphémères et ne conserve plus que des inconvénients.

Ce que j'avance ici, je l'ai observé maintes fois, et ne veux avancer que ce que j'ai vu. Dans ces dernières années, on a tenté de proscrire la saignée: une phalange de médecins a fulminé contre elle. Ce bruit a attiré mon attention, mais je ne briserai pas ma lancette, parce qu'il y a eu pratique des abus et des indications défectueuses. Je ne prétends pas substituer ma formule aux émissions sanguines; je veux seulement préconiser celle-ci comme plus avantageuse et plus efficace que celles-là dans certains cas.

Voici comment agissent les trois éléments que j'ai réunis dans ma prescription : l'arséniate de potasse exerce une action catalytique (καταλυτης, destructeur) sur le globule sanguin, l'alcoolature d'aconit napel diminue la contractilité des parois vasculaires, et la teinture de digitale hyposthénise l'organe central de la circulation; en somme, la proportion dangereuse de l'élément excitateur du sang est réduite, et le mouvement circulatoire est ralenti.

Ce double effet est précieux, puisqu'il est antagoniste de la double condition qui fait la pléthore active, la congestion active, l'apoplexie active.

La saignée n'a pas évidemment une action aussi élective, aussi directe, sur les causes angiohématiques de ces affections; elle ne peut agir aussi longtemps qu'une médication qui se prolonge pendant dix, vingt jours et plus s'il le faut, et sans inconvénient.

Cette médication a le grand avantage, pour les malades, de passer presque inaperçue comme traitement, de ne leur enlever ni leurs forces ni leur temps, de n'introduire dans leur intérieur ni une habitude nouvelle et pénible, comme celle que créent les émissions sanguines, ni la proscription de goûts et de fantaisies qui leur sont chers.

Si la manière de vivre, les habitudes acquises, la vie sédentaire, etc., continuent à fournir au sang, comme par le passé, les mêmes matériaux qui ont constitué déjà une richesse dangereuse, cet apport sera annulé au fur et à mesure qu'il se produira par la continuation de l'action déglobulisante de l'arsenic et de l'action hyposthénisante de l'aconit et de la digitale. Voilà la raison qui m'a fait laisser les malades libres de continuer ou non leur manière de vivre, ce que je ne tolère pas après les émissions sanguines, et la preuve que je n'ai pas compté sur une théorie idéale, c'est que je n'ai jamais eu à me repentir d'avoir autorisé un pareil laisser-aller.

Je dois déclarer en terminant que l'essai isolé de chacun des trois médicaments que je préconise ne m'a pas donné un résultat complétement satisfaisant, ce qui prouve que leur réunion est indispensable pour obtenir aux meilleures conditions le double effet dont j'ai parlé. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

ANASARQUE PROMPTEMENT GUÉRIE PAR LES SUDORIFIQUES,

Par M. le Dr Richard (de Soissons).

M. S..., ancien boulanger, aujourd'hui facteur de grains, âgé de cinquante-six ans, d'un tempérament lymphatique, obèse, suant par le plus léger exercice, fit à pied, le 10 avril 1859, par un temps froid et humide, un assez long voyage; il sua et mouilla ses vêtements. Ayant ensuite pris du repos sans pouvoir changer de linge, il se sentit refroidir et éprouva immédiatement un malaise général. Le lendemain, quoiqu'il eût soin de se bien couvrir, il ressentit la même indisposition, et eut de plus de fréquents frissons. Les jours suivants, même état; de plus, insomnie, urine rare et rouge, toux sèche; le matin, infiltration des paupières; le soir, œdème des pieds, respiration précipitée et ventre tendu.

Le 16, je suis demandé chez ce malade. Je constate ce qui précède, et je prescris la limonade tartarisée, nitrée, une tisane avec le chiendent et la réglisse, aussi nitrée, et je lui recommande de se tenir chaudement.

Le 18, augmentation des accidents; gêne de la respiration, douleurs thoraciques, et au-dessous du sternum, principalement dans la position horizontale. — Même médication; de plus, le vin diurétique de la Charité.

Le 24, même état; impossibilité au malade de se coucher, respiration très-précipitée, le ventre sensiblement augmenté; les interstices des côtes sont effacés, œdème de tout le corps; la percussion du thorax et de l'abdomen fait parfaitement reconnaître une grande quantité de sérosité épanchée dans ces cavités.

Les parents, justement inquiets, me proposèrent de m'adjoindre un médecin; leur choix se porta sur mon honorable confrère Billaudeau, qui examina le malade avec soin et reconnut tous les symptômes énoncés ci-dessus; il estima à treize ou quatorze litres le liquide épanché dans la cavité péritonéale. Après lui avoir donné connaissance de la médication mise en usage sans avoir pu arrêter les progrès de la maladie, et désirant faire l'application de l'un de nos plus judicieux aphorismes, *sublata causa, tollitur effectus*, je lui proposai pour notre malade l'emploi des sudorifiques, qu'il accepta, et d'un commun accord nous lui prescrivîmes ce qui suit :

Cinq jours de suite, tous les matins devant un bon feu, frictionner tout le corps du malade avec une flanelle imprégnée de fumée de baies de genièvre; ensuite, après avoir étendu sur un lit (en pente de la tête vers les pieds) une couverture de laine chauffée avec une bassinoire dans laquelle on aura projeté une petite poignée de baies de genièvre, le malade sera placé au milieu, nu, sans chemise; on s'empressera de l'emmaillotter avec cette couverture, de le bien couvrir, et on lui fera boire toutes les demi-heures une tasse d'infusion de tilleul et de sureau chaude et sucrée (la croisée de la chambre devra être ouverte).

Après deux ou trois heures de sueur, on essuiera promptement le malade, on le transportera dans un lit chaud, et on lui fera boire une tasse de bouillon de bœuf.

Ce traitement, suivi ponctuellement pendant quatorze jours, détermina des sueurs abondantes qui opérèrent un mieux inespéré; plus de gêne dans la respiration; les cavités abdominales et thoraciques redevinrent sonores; l'appétit et le sommeil reparurent.

Mon collègue et moi jugeâmes nécessaire, pour consolider la guérison et prévenir une rechute, de prescrire à notre malade le quinquina et les ferrugineux.

Seize mois se sont écoulés sans aucun ressentiment de sa maladie, et il jouit actuellement d'une parfaite santé.

Cette observation vient me donner une nouvelle preuve que, dans le traitement des hydropisies, non-seulement il faut avoir égard aux causes qui les produisent, mais qu'il n'est pas moins important de considérer la saison durant laquelle elles se développent : l'hiver, la sécrétion de l'urine est naturellement facile et plus abondante; l'été, ce sont les sueurs; en conséquence, pour la guérison des hydropisies, il sera préférable, l'hiver, d'employer les diurétiques, et l'été, les sudorifiques, aujourd'hui trop négligés. (*Rev. de thérap. méd. chir.*)

TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE PAR L'ACIDE GALLIQUE,

Par M. le docteur Aide, d'Alexandrie (Egypte).

J'ai été appelé auprès d'un jeune Damascain réfugié ici : cet enfant est âgé de seize ans; il était atteint depuis vingt-sept jours environ de dyssenterie. Voici ce que j'observai à ma première visite :

Pouls, 35 pulsations par quart de minute; peau chaude et sèche; vives douleurs abdominales au moindre toucher, surtout aux deux fosses iliaques et à l'hypochondre droit. Les selles étaient très-fréquentes; elles avaient lieu de dix en dix minutes, et quelquefois même plus tôt; elles étaient un mélange de mucosités sanguinolentes, et avaient fini par causer de très-vives douleurs à l'anus. Ces douleurs étaient continues, et s'exaspéraient à la suite de chaque garde-robe; je prescrivis l'opium associé à l'ipéca. Le surlendemain, on me présenta un vase de moyen calibre rempli presque entièrement de sang pur, je veux dire sans mucosités; ce sang était noir. Je vis que j'avais affaire à une entérorrhagie. Je fus d'autant plus effrayé de cette quantité de sang, que la mère de l'enfant me dit que c'était le produit de deux selles seulement. Je formulai immédiatement 1,50 centigrammes d'acide gallique; l'hémorrhagie intestinale s'est arrêtée dans les douze heures, et les selles de nature dyssentérique ont alors reparu. J'ai fait cesser l'acide gallique, et l'ai remplacé par l'opium et l'ipéca.

Le soir, j'ai revu mon malade; la journée avait été assez bonne; les garde-robes étaient moins fréquentes, il y avait même diminution des douleurs abdominales. Le pouls était le même que la première fois où je le vis. A ma quatrième visite, on m'a montré un second vase semblable à celui que j'avais vu vingt-quatre heures auparavant. J'ai redonné alors l'acide gallique à la dose de 2 grammes. La journée s'est assez bien passée. L'hémorrhagie avait fait place, comme précédemment, à des selles de nature dyssentérique. J'ai continué alors l'acide gallique à la dose de 1,50 centigrammes.

Après quarante heures à peu près, l'hémorrhagie intestinale a encore reparu, mais pourtant avec moins de violence, et puis a fini par céder complétement sous l'influence de l'acide gallique.

La dyssenterie s'est montrée de nouveau; j'ai remis mon jeune malade à l'usage de l'opium et de l'ipéca.

Ces deux médicaments, réunis avec des lavements d'acétate de plomb, à la dose de 6 grammes par 500 grammes d'eau distillée, ont fini par triompher complétement de ce fléau des pays chauds.

Le sujet intéressant de mon observation a fait pendant plusieurs jours des matières bilieuses tout à fait liquides. J'ai alors prescrit le sous-nitrate de bismuth associé au tannin, à la dose de 2 grammes chaque deux heures. En même temps que les matières se liaient, la fièvre diminuait ainsi que les douleurs abdominales. Le jour où j'ai été appelé jusqu'au moment où les garde-robes sont devenues naturelles, j'ai fait frictionner l'abdomen toutes les quatre heures avec une pommade fortement chargée d'extrait thébaïque, et je faisais couvrir le ventre d'un cataplasme de farine de lin.

J'ai oublié de mentionner dans cette observation bien succincte un état anémique qui a paru quarante-huit heures après les dernières selles de sang pur, et qui n'a cédé qu'à l'usage du jus de viande et de l'extrait de quinquina.

(*Annuaire de thérapeutique.*)

PILULES CONTRE LA PHTHISIE.

Extrait thébaïque. . . . .
— de digitale. . . . .
— de seigle ergoté. . .
— de camphre. . . . .
} āā 10 centigrammes.

Mêlez et divisez pour 10 pilules. — En prendre une le soir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 mars 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État transmet l'ampliation du décret en date du 8 mars courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Béclard, en remplacement de feu M. Heller.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Tessel, sur la pratique de la vaccination en France. (Commission de vaccine.)

2° Deux rapports d'épidémies par M. le docteur Manouvrier, de Valenciennes, et M. le docteur Prieur, de Gray. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. H. Roger, Monneret et Hardy, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

2° Une lettre de M. Orfila, qui envoie trois exemplaires du compte rendu de la dernière assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine.

3° Une lettre de M. le docteur Dreyfus (de Paris), qui réclame la priorité de l'idée du révulseur de M. Baunscheidt, présenté par M. Gibert.

4° Une note sur l'action thérapeutique de la pommade d'iodure de plomb, par M. Deschamps, d'Avallon. (Commissaires, MM. Bouchardat et Grisolle.)

5° Une note de M. Hogg, pharmacien à Paris, sur les pilules de pepsine. (Commissaires, MM. Londe, Longet et Bouchardat.)

6° Un travail de M. le docteur Guillon, sur la guérison rapide de l'angine couenneuse et du croup membraneux par l'insufflation de nitrate d'argent pulvérisé. (Commissaires, MM. Briquet et Trousseau.)

M. Boudet annonce à l'Académie que, d'après une décision récente de la Société des amis des sciences, la pension de 1,200 fr. qu'elle faisait à M. Isidore Bourdon sera continuée à sa famille.

M. Devergie, à l'occasion du procès-verbal, fait remarquer que le travail lu à la dernière séance par M. Bouchut sur la constitution physique des poumons des enfants nouveau-nés, avant et après l'établissement de la respiration, est évidemment un travail neuf, en ce sens qu'il a été le résultat de recherches faites par M. Bouchut; mais qu'il n'est pas neuf pour la science.

En 1831 M. Devergie a publié dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* un mémoire ayant pour titre : *De l'état normal du tissu pulmonaire des nouveau-nés avant et après l'établissement de la respiration*, travail dans lequel il a indiqué tous les faits consignés dans le mémoire de M. Bouchut; il a même été plus loin en indiquant des différences qui existent dans le tissu pulmonaire, en établissant les caractères distinctifs des poumons dilatés par l'air inspiré et par l'air insufflé; seulement il n'a pas tiré de ces divers faits d'observation des inductions aussi avancées que celles admises par M. Bouchut.

Le travail de M. Devergie n'a pas passé inaperçu; il a été l'objet d'une argumentation de M. Orfila dans les éditions de son *Traité de médecine légale* qui ont été publiées depuis 1831.

M. Devergie a reproduit les faits consignés dans son mémoire à l'article *Docimasie* des trois éditions successives de son *Traité de médecine légale*.

Il en résulte :

1° Que les descriptions données autrefois par Billard ne sont pas exactes;

2° Que celles de M. Devergie se trouvent confirmées par les nouvelles recherches de M. Bouchut;

3° Que M. Bouchut a été précédé dans ces recherches par un mémoire de trente et un ans de date, qui comprend absolument les mêmes faits.

— M. Bouvier communique à l'Académie une pince dilatatrice à trois branches construite par M. J. Charrière, sur les indications de M. Laborde, interne à l'hôpital des Enfants.

Cet instrument, employé pour favoriser l'introduction des canules à trachéotomie, consiste dans l'addition au dilatateur ordinaire d'une troisième branche en forme de gouttière.

Cet instrument offre l'avantage de dilater amplement l'ouverture faite à la trachée, et de lui donner une disposition plus en rapport avec la forme de la canule.

C'est là une circonstance qui permet de faire à la trachée des incisions moins étendues.

M. Bouvier rapporte que cet instrument a été employé avec succès pour le but que l'on se proposait d'atteindre. (Commissaires : MM. Trousseau et Bouvier.)

LECTURE.

Emphysème généralisé. — M. Henri Roger donne lecture du résumé d'un mémoire qui a pour titre : *De l'emphysème généralisé (pulmonaire, médiastin et sous-cutané)*. Voici l'extrait de ce résumé :

Dans des cas très-rares, dit M. Roger, chez des malades, surtout des enfants, atteints d'une affection aiguë des voies respiratoires, on voit se développer soudainement, sur les côtés du cou, une tumeur molle avec crépitation caractéristique, tumeur circonscrite qui s'étend bientôt en tous sens dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ces cas extraordinaires, il existe un *emphysème à siége triple*, c'est-à-dire occupant à la fois le poumon où il commence, le tissu cellulaire du médiastin qu'il traverse, et le tissu cellulaire extérieur où il arrive finalement pour s'étendre plus ou moins loin sous la peau : cet état pathologique complexe, rarement rencontré et peu connu des praticiens (voyez les mémoires de MM. Ménière, 1829; Natalis Guillot, 1853; et Ozanam, 1856), je l'ai décrit sous le nom d'*emphysème généralisé*, et j'ai tracé cette description d'après 19 observations dont 9 ont été recueillies et publiées par moi de concert avec M. Blache, et les 10 autres empruntées à différents auteurs; ce sont à peu près les seules qui existent dans la science.

Étiologie. — L'*emphysème généralisé*, exceptionnel dans la vieillesse, très-rare dans l'âge adulte, est relativement beaucoup plus fréquent dans l'enfance et surtout dans les premières années (sur 19 emphysémateux, 15 étaient âgés de moins de quatre ans). — La fréquence relative de l'emphysème médiastin et sous-cutané dépend de la fréquence même des affections des organes respiratoires, qui, par suite de la violence de la toux, produisent chez les jeunes sujets de l'*emphysème pulmonaire aigu*. Dans près de la moitié des cas, la maladie primitive qui a précédé l'emphysème généralisé est la coqueluche.

Anatomie pathologique. Origine de l'infiltration gazeuse. — Dans l'emphysème à siége multiple il n'y a point de production spontanée d'un gaz par exhalation ou par fermentation morbide, comme dans certaines affections gangréneuses, charbonneuses.

Le gaz infiltré dans le tissu cellulaire de la peau (et celui qui est épanché dans les médiastins) est l'air de la respiration, sorti de ses voies par rupture des conduits aériens ou déchirure du parenchyme pulmonaire.

L'autopsie démontre l'existence simultanée de l'emphysème dans le poumon avec toutes ses variétés (vésiculaire, interlobulaire et interlobaire), dans les médiastins (criblés de vésicules, d'ampoules aériennes, et semblables au tissu cellulaire insufflé des animaux de boucherie), dans le tissu conjonctif de la périphérie des corps.

Voici la filiation des altérations cadavériques : le fluide élastique épanché sous la peau, c'est l'air du médiastin, c'est l'air du poumon qui, pour arriver au dehors, a suivi la voie insolite que lui a faite la maladie, se propageant du tissu cellulaire intra-thoracique au tissu cellulaire extra-thoracique, au moyen de la continuité anatomique de ce tissu.

L'*emphysème médiastin* provient soit du passage direct de l'air de la respiration à travers le tube laryngo-trachéal, soit de l'extension de l'emphysème pulmonaire.

Qu'un poumon soit très-emphysémateux, qu'il présente à sa surface, près de sa racine, des ampoules sous-pleurales, et dans son intérieur des cavités aériennes, l'emphysème médiastin pourra se produire de deux façons :

1° La masse d'air sous-pleural, poussée par de nouvelles quantités de fluide élastique échappées des bronches pendant de violents efforts de respiration, décolle la plèvre sans la rompre, et chemine jusqu'au point de réflexion de celle-ci; cette masse d'air manquant alors de parois qui l'emprisonnent, s'épanche dans le tissu cellulaire du médiastin.

2° Une ampoule profonde se rompant, l'air passe du tissu intervésiculaire dans la gaîne celluleuse des bronches et des vaisseaux sanguins, puis chemine le long de ces canaux jusqu'à la racine du poumon, point où il pénètre dans le médiastin et s'y infiltre.

Cette migration de l'air infiltré, du poumon au médiastin, et du médiastin au tissu cellulaire externe, se fait pendant les accès de dyspnée suffocante de la pneumonie double, pendant les secousses convulsives de la toux de la coqueluche, par un mécanisme comparable à celui de l'effort : par une contraction violente du système musculaire respiratoire, l'air comprimé entre les ampoules terminales des bronches et la glotte fermée, finit par s'échapper en déchirant les parties les moins résistantes, c'est-à-dire le parenchyme pulmonaire, altéré dans sa consistance par la maladie primitive.

Séméiotique. — Généralement, au summum d'une affection très-aiguë des voies respiratoires, sans symptômes particuliers prodromiques ou concomitants, l'emphysème interne devient tout à coup externe : le premier signe de cette complication est une tumeur située au bas du cou, sous la mâchoire, et même à la joue, tumeur molle et donnant sous le doigt, ainsi qu'à l'oreille, une crépitation pathognomonique, et chez quelques sujets augmentant par la toux et par les cris.

En quelques heures l'emphysème augmente dans tous les sens ; il gonfle et défigure les petits malades comme l'anasarque ; d'ordinaire, leur état général s'aggrave simultanément.

Le *pronostic* est excessivement sérieux, puisque l'emphysème généralisé se termine par la mort dans la très-grande majorité des cas (15 fois sur 19).

Cette *mort* est *très-rapide* (elle survient en un ou deux jours, en quelques heures, et même en quelques minutes) : la vie se prolonge rarement au delà de quelques jours. D'ailleurs, c'est moins de la généralisation de l'emphysème que de la gravité de l'affection antécédente que dépend la sévérité du pronostic.

Si cette affection primitive est curable, l'emphysème externe, et probablement aussi l'interne, guérissent, l'air infiltré dans le tissu cellulaire extérieur étant résorbé dans un temps qui a varié de neuf à vingt et un jours.

Traitement. — Une dyspnée intense avec suffocation, une toux violente répétée avec saccades convulsives, des cris immodérés, des mouvements excessifs, en un mot *l'effort* étant la cause déterminante et effective de l'emphysème généralisé, la première indication est de calmer ce tumulte et d'amortir cet effort, de manière que la déchirure pulmonaire n'augmente plus et que de nouvelles quantités d'air ne soient point poussées de l'intérieur du thorax dans le tissu cellulaire externe ; l'administration de la digitale à haute dose et de l'opium (comme on l'a conseillé dans les perforations intestinales), en diminuant la violence des battements cardiaques et des mouvements respirateurs, répond à cette indication.

Quant à la résorption de l'air infiltré, ce sont les forces naturelles de l'organisme qui sauront l'opérer ; par des frictions stimulantes pratiquées sur les parties infiltrées, peut-être hâterait-on ce travail salutaire, et même, dans les cas où l'emphysème extérieur, par ses progrès considérables, semble augmenter notablement la dyspnée et l'état anxieux du malade, il y aurait lieu, au moyen de ponctions multiples avec un trocart capillaire, de frayer au gaz infiltré une voie artificielle.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

La parole est à M. Davenne.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. DAVENNE commence par déclarer, tout en reconnaissant que le projet de reconstruction de l'hôpital de la Charité présenté par M. Piorry, renferme des idées et des principes d'hygiène nosocomiale fort sages, qu'il ne lui paraît pas opportun d'en faire en ce moment l'objet d'un examen approfondi. Les renseignements donnés par MM. Renault et Bonnafont, et le discours si intéressant de M. Larrey, ajoute-t-il, laissent peu de priso à la réplique. Un seul passage de ce dernier discours lui paraît demander une courte réponse, c'est celui qui est relatif à l'établissement de services d'enfants dans les hôpitaux d'adultes ; il y répond par la citation d'un rapport de Pastoret, rappelant que l'hôpital des Enfants de Paris nous était envié par tous les étrangers.

Abordant la dernière argumentation de M. Gosselin, M. Davenne dit qu'il a des raisons de douter de la parfaite exactitude des statistiques anglaises. Néanmoins, pour en finir s'il se peut avec une comparaison impossible, dit-il, je les accepterai si l'on veut comme irréprochables, mais à condition qu'on m'accordera comme également incontestable la conséquence qu'en a tirée M. Lefort ; c'est-à-dire que la mortalité générale est la même dans les hôpitaux de Londres que dans ceux de Paris ; la question, quant aux grandes opérations chirurgicales, demeurant réservée.

Donc, et pour ne nous occuper que de ce qui intéresse la chirurgie, n'y a-t-il pas certaines causes dont on n'a pas parlé jusqu'ici, qui peuvent influer sur les différences qu'on signale?

M. Davenne passe en revue ici ces diverses causes, telles que la constitution des ouvriers anglais, leur nourriture, les méthodes des chirurgiens de ce pays, etc. Puis, abordant le fond de la question, il s'exprime en ces termes :

Que cherche l'Académie? A remédier par des moyens dont la science possède seule le secret, aux dangers de l'insalubrité plus ou moins démontrée que présentent nos hôpitaux dans leur état actuel, en même temps qu'à poser les bases d'une sorte de programme propre à guider l'administration dans la construction des nouveaux hôpitaux à créer.

Sous ce double rapport, on peut, il me semble, considérer deux points essentiels du débat comme désormais vidés, à savoir :

1° Que les inductions qu'on avait prétendu tirer de la comparaison des hôpitaux de Paris avec ceux de Londres portaient à faux pour la plupart, et que ce qui en est ressorti de plus concluant, c'est que l'Angleterre est entrée comme nous, mais après nous, dans la voie du progrès ; que si donc elle est plus avancée que nous aujourd'hui sur quelques points, c'est à nous de profiter à l'avenir de son expérience, comme dans le passé elle a profité de la nôtre ;

2° Que les nouveaux hôpitaux que nous aurons à construire dorénavant, devront être établis dans des conditions de situation, d'isolement et d'aménagement telles qu'ils n'aient point à redouter l'insalubrité de l'air du dehors ; que le nombre des malades n'excède pas un certain chiffre déterminé pour chaque hôpital, et que l'étendue des salles soit calculée de manière à éviter, surtout dans les services de chirurgie, un encombrement dont tout le monde comprend le danger.

Répondant aux observations critiques de M. Devergie, qui portaient surtout sur l'hôpital Saint-Louis, M. Davenne fait remarquer que cet hôpital tant décrié est précisément de tous les établissements anciens celui où la mortalité générale est la plus faible ; puis, après avoir répondu une à une aux diverses allégations de son contradicteur, il continue ainsi :

J'ai dit que les intentions de l'administration étaient souvent méconnues ; j'aurais pu me servir d'une expression moins adoucie. Vous avez vu, en effet, par la lettre de son honorable directeur, avec quel empressement cette administration s'est montrée disposée à s'associer aux idées de l'Académie, à profiter de ses conseils. Elle a prouvé, non-seulement par des paroles, mais par des actes, la ferme intention de tout tenter, soit pour donner à l'art de guérir des facilités nouvelles, soit pour introduire dans nos hôpitaux tous les éléments d'assainissement et d'hygiène désirables, et garantir ainsi la sécurité des malades qui y sont recueillis. Elle ne désire qu'une chose, c'est de s'éclairer de vos lumières et de s'appuyer sur votre haute autorité scientifique.

Je demanderais donc que l'Académie prît un de ces deux partis : ou de renvoyer la question générale de l'hygiène des hôpitaux à la commission déjà nommée par elle pour examiner spécialement les causes de la mortalité dans les maisons et services d'accouchement, ou de confier à une nouvelle commission le soin de rechercher celles de l'insalubrité que l'on reproche à nos maisons hospitalières, et de proposer les moyens d'y remédier. Je pencherais, pour ma part, en faveur de la nomination d'une commission nouvelle, dans laquelle viendrait s'absorber la première, et dont feraient partie les savants hygiénistes qui siégent dans cette enceinte.

Il y a le procédé indiqué par M. Devergie, l'institution d'une commission permanente où seraient appelés un certain nombre de médecins des hôpitaux. Mais ce procédé serait-il de nature à satisfaire aux exigences de la situation? Serait-ce là un moyen topique et propre à répondre efficacement à la pensée de l'auteur de la proposition? A quoi bon introduire un nouveau rouage dans l'administration? M. Trébuchet l'a dit avec l'autorité qui lui appartient, telle qu'elle est organisée cette administration n'offre-t-elle pas toutes les garanties désirables? N'a-t-elle pas auprès d'elle un conseil de surveillance fortement constitué, dans la composition duquel une part a été faite au corps médical des hôpitaux, qui y est largement représenté? Le moindre inconvénient de la création proposée par M. Devergie serait donc d'être inutile ; mais je n'hésite pas à dire qu'elle serait de plus très-contestable au point de vue de la légalité.

Reste toujours d'ailleurs la ressource indiquée par M. Trébuchet pour des cas tout à fait exceptionnels, c'est-à-dire le recours aux lumières du conseil de salubrité, si l'administration et son conseil de surveillance le jugeaient nécessaire. Je regarde donc comme impossible de donner une suite utile à la proposition, et je termine en insistant sur le renvoi de la question générale à une commission.

M. BRIQUET commence une argumentation dont l'objet est de démontrer que les statistiques invoquées pour établir la supériorité des hôpitaux de Loudres sur ceux de Paris sont complétement défectueuses, et que tout l'avantage, au contraire, appartient à ces derniers. Le temps ne lui ayant pas permis de terminer, il reprendra la suite de son allocution dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour une place de prosecteur à l'École anatomique des hôpitaux sera ouvert le 7 avril prochain.

— Depuis quelque temps la mort ne cesse de frapper dans nos rangs. M. Alfred Becquerel, agrégé à la Faculté de médecine et médecin de la Pitié, vient de succomber à la longue et grave maladie qui depuis près d'un an le tenait éloigné de la vie publique. Ses obsèques ont eu lieu ce matin à onze heures, à l'église Saint-Roch. Le corps des agrégés y était représenté par une députation en robe, et de nombreux amis, parmi lesquels figuraient plusieurs professeurs de la Faculté, l'ont accompagné jusqu'à sa dernière demeure.

M. Becquerel avait, comme on le sait, publié un grand nombre de travaux fort estimés, parmi lesquels nous nous contenterons de citer : la *Séméiotique des urines*, un *Traité d'hygiène*, un *Traité des maladies de l'utérus* et un *Traité d'électricité médicale*.

— Un journal belge annonce que le Cercle archéologique du pays de Waes se propose de tirer de l'oubli un des bienfaiteurs les plus méritants de l'humanité, Philippe Verheyen, l'illustre anatomiste, né à Verrebroeck (pays de Waes), devenu de simple berger *recteur magnifique* de l'Université de Louvain vers la fin du dix-septième siècle.

Le Cercle, sur la proposition d'un de ses membres les plus dévoués, M. le docteur Van Raemdonck, de Saint-Nicolas, compte élever dans le village qui a vu naître Verheyen un buste destiné à reproduire ses traits et à perpétuer la gloire d'un de ces hommes que la science place immédiatement après Vésale.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 31. — SAMEDI 15 MARS 1862. (35e ANNÉE.) N° 31. — SAMEDI 15 MARS 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des embolies pulmonaires.

Nous avons annoncé dans la *Revue* du 1er mars, à l'occasion de la relation du cas de mort brusque par embolie rapporté par M. Briquet, que nous exposerions les principaux résultats des recherches cliniques extrêmement intéressantes que M. Benjamin Ball a consignées récemment dans sa thèse inaugurale sur les embolies. Les observations nombreuses qu'il a réunies dans ce travail, celles qu'il a eu l'occasion de recueillir lui-même et qu'il a analysées avec un soin scrupuleux, l'appréciation judicieuse de tous les faits acquis jusqu'à présent à la science sur ce point de pathologie si digne d'intérêt, tout tend à inspirer la plus grande confiance dans l'exactitude des descriptions et dans la justesse des propositions que renferme ce travail. Nous emprunterons à cette importante monographie ce qui a plus particulièrement trait à l'histoire des embolies pulmonaires.

La circulation pulmonaire, qui, semblable à la grande circulation, présente trois ordres de vaisseaux, peut devenir le siége de trois variétés d'embolies : artérielles, capillaires et veineuses.

Projetée dans l'artère pulmonaire, après avoir franchi l'oreillette et pénétré dans le ventricule droit, la masse embolique s'enclave dans l'une des ramifications du vaisseau ; quelquefois elle en oblitère l'une des bifurcations primitives ; d'autres fois elle occupe des ramifications de deuxième ou de troisième ordre. Il existe enfin des embolies capillaires.

C'est en général au niveau d'une bifurcation artérielle que vient se fixer le tampon fibrineux ; on le trouve alors sous forme d'une masse blanchâtre, de volume et d'aspect variables, envoyant des prolongements dans les branches qui naissent du tronc oblitéré, et contrastant par sa couleur avec le coagulum récent qui s'est déposé en avant, en arrière, et même autour d'elle. Presque toujours le caillot migratoire est libre d'adhérences aux parois vasculaires ; quelquefois cependant il en présente, à un degré plus ou moins prononcé. Entouré, sur une partie au moins de sa circonférence, d'une couche rougeâtre d'origine récente, il offre, quant à sa constitution intime, de notables différences, qui résultent de la manière dont il s'est formé ; dans la majorité des cas, des fragments détachés d'un thrombus situé dans les veines périphériques ont apporté successivement leur tribut à l'oblitération pulmonaire : on voit alors, au sein de l'arbre vasculaire, plusieurs caillots disséminés ; quelquefois cependant il n'en existe qu'un seul, mais il est d'une forme irrégulière, et ne présente pas la moindre apparence de stratification.

Dans d'autres cas, l'extrémité supérieure du thrombus veineux se détache tout entière, et parvient jusqu'au sein du vaisseau sans éprouver aucune modification ; c'est alors qu'il devient possible d'extraire le caillot obturateur de l'artère pulmonaire, et de l'adapter au sommet tronqué d'un cône fibrineux, développé sur un point périphérique de l'arbre vasculaire ; c'est là, comme on sait, un moyen de vérification souvent employé pour les embolies centrifuges, celles qui, parties du cœur gauche, vont se fixer dans l'une des artères principales de l'économie.

Il existe enfin des cas où le caillot a conservé des marques plus évidentes encore de son origine : ce sont ceux où un thrombus récemment arrivé dans les vaisseaux du poumon ou les cavités du cœur, n'ayant encore subi aucune altération au contact des parois de sa nouvelle demeure, conserve dans toute son intégrité la forme qu'il avait au sein des veines. On le voit alors donner naissance à des prolongements ramifiés qui représentent les veines tributaires du trone principal, et permettent de fixer avec une certitude absolue le véritable point de départ du caillot migratoire.

Mais on n'a pas toujours de caractères aussi précis pour reconnaître le point de départ d'une embolie pulmonaire. Trop souvent le caillot, après un séjour plus ou moins prolongé dans l'artère, a perdu les caractères extérieurs qui en révélaient l'origine ; il finit même par devenir anfractueux, se creuse de cavités multiples, et vient former des ponts irréguliers qui vont d'une paroi à l'autre à l'intérieur du vaisseau. Le seul terme de comparaison qu'on puisse invoquer en pareil cas pour constater l'identité d'une masse embolique et d'un thrombus veineux, est fondé sur l'âge des caillots.

Ainsi, la disposition stratifiée du caillot, son ramollissement central, une désagrégation puriforme, des éléments microscopiques spéciaux, enfin la métamorphose graisseuse, tels sont les principaux caractères qui assignent aux caillots une date éloignée ; et le sulfure de carbone est le réactif le plus sûr, le plus commode et le plus expéditif pour constater la modification chimique survenue dans la composition de la fibrine.

Le transport d'un caillot né sur un point éloigné du système veineux au sein des vaisseaux pulmonaires, ne produit pas toujours une oblitération pure et simple. Toutes les fois qu'une mort subite ou très-rapide ne vient pas mettre un terme à l'évolution pathologique, l'artère s'enflamme, les poumons se congestionnent, des adhérences s'établissent entre le corps étranger et les parois vasculaires, et diverses altérations peuvent en être la conséquence. Le caillot une fois logé dans l'artère subit d'ailleurs lui-même des modifications intimes ; il peut s'incruster de matériaux calcaires et subir une ossification apparente à l'instar des phlébolites ; il peut être remplacé par une bande de tissu cellulaire qui rend permanente l'oblitération vasculaire, etc.

Ce n'est pas impunément qu'une branche importante du tronc pulmonaire peut être tout à coup suspendue de ses fonctions ; les vaisseaux tributaires de l'artère oblitérée s'affaissent ; une coagulation fibrineuse ne tarde pas à s'y former, et cela d'autant plus promptement que le sujet se trouve plus prédisposé aux coagulations de cette nature. Le retour subit du sang, par suite du déplacement de l'obstacle, peut donner lieu à de l'apoplexie pulmonaire ; mais c'est la gangrène qui résulte le plus souvent d'une obstruction pareille, surtout lorsque la branche afférente d'un lobe pulmonaire tout entier se trouve ainsi compromise.

Quels sont les états généraux qui favorisent la coagulation du sang dans les veines ? M. B. Ball subdivise en deux groupes les modifications générales de la composition du sang qui sont susceptibles de donner naissance à des concrétions sanguines : Tantôt il existe une augmentation absolue de la fibrine ; tantôt, au contraire, les proportions physiologiques de cet élément n'ont point été dépassées, ou sont demeurées au-dessous du chiffre normal ; mais il existe une tendance marquée à la coagulation ; la fibrine est dans un état particulier qui la prédispose à se précipiter dans les vaisseaux qu'elle parcourt.

L'influence de l'anémie et des états cachectiques avait été déjà signalée. Mais si l'état anémique vient à se compliquer d'une de ces affections qui déterminent une prédominance de la fibrine dans le sang, les conditions les plus favorables au développement des thrombus se trouvent réunies. Voilà pourquoi les phlegmasies intercurrentes, qui surviennent assez souvent chez les gens débilités, sont une source féconde de coagulations veineuses ; il en serait de même du rhumatisme s'il venait à se manifester chez des individus profondément affaiblis. Les affections diphthéritiques, qui méritent par leur nature exceptionnelle une place à part parmi les inflammations, réunissent toutes les conditions qui prédisposent au développement des thromboses ; il en est de même de l'albuminurie, dans laquelle la proportion de fibrine se trouve augmentée, tandis que des matières irritantes, pénétrant dans le torrent circulatoire, viennent solliciter directement la coagulation du sang. Mais parmi toutes les causes de cet accident pathologique, l'état puerpéral tient la première place.

A ces causes générales, il faut joindre la pyohémie, la leucocythémie et les influences épidémiques.

Le diagnostic de l'embolie pulmonaire peut se résumer presque dans ce signe, qui est le plus caractéristique, la brusque manifestation d'une dyspnée dont l'auscultation et la percussion de la poitrine ne peuvent point révéler la cause. On peut y joindre, comme symptômes accessoires, le refroidissement de la surface du corps, les troubles de la circulation générale, enfin des troubles nerveux coïncidant avec une conservation complète de l'intelligence.

La difficulté est de déterminer en quoi ces phénomènes diffèrent des symptômes produits par un polype du cœur, un caillot autochthone des poumons. Cette difficulté est d'autant plus grande qu'il n'est nullement impossible d'ailleurs qu'il se forme simultanément chez le même sujet et sous les mêmes influences morbides une thrombose dans les veines et un polype fibrineux dans le cœur. Quant à distinguer symptomatiquement pendant la vie les caillots migratoires des obstructions autochthones des vaisseaux, c'est à peu près de toute impossibilité.

L'oblitération de l'un des troncs principaux de l'artère pulmonaire est l'un des accidents les plus graves qui puissent survenir dans le cours d'une maladie. Il est cependant permis de croire que des cas fort graves, dans lesquels l'obstacle occupait une branche de premier ordre, ont pu quelquefois se terminer d'une manière favorable. Il existe, en effet, des cas où les accidents les plus menaçants ont subitement cessé pour faire place au rétablissement complet de l'état physiologique. M. Ball rapporte un exemple qui ne nous semble pas devoir laisser de doute dans l'esprit à cet égard. Nous nous rappelons nous-même avoir observé il y a quelques années, avant que l'attention des observateurs eût été appelée sur ce sujet, un cas de retour rapide à la vie et à la santé, après un ensemble de symptômes effrayants qui avaient fait croire à tous les assistants à une mort imminente, et qui ne pouvaient évidemment se rapporter qu'au phénomène qui fait l'objet de cette étude.

Les ressources de la thérapeutique, en présence de ces accidents redoutables, ont bien peu d'efficacité. Les indications qu'il s'agirait de remplir se réduisent à trois points :

1° Rétablir le cours du sang par les collatérales ;
2° Diminuer les congestions locales ;
3° Favoriser la résorption de l'obstacle.

La première est évidemment impossible ; la structure du poumon s'oppose d'ailleurs, comme le fait remarquer avec raison M. Ball, au rétablissement de la circulation dans un lobe dont le tronc principal est oblitéré.

La deuxième indication semblerait justifier l'usage des émissions sanguines ; mais que pourrait une déplétion momentanée du système vasculaire contre l'obstacle qui vient barrer le passage au sang ? Il est des circonstances d'ailleurs, telles que celles où la coagulation est le résultat d'un état cachectique, où la saignée, loin de combattre cette disposition, ne ferait que la favoriser davantage. M. Ball incline à donner la préférence à l'application de ventouses sèches en grand nombre sur les parois thoraciques, moyen que M. Béhier a employé souvent avec succès dans les congestions pulmonaires passives des fièvres graves. Les applications froides à la région précordiale ont paru quelquefois modérer les accidents. On a également conseillé l'emploi de la digitale, mais ses effets se font trop attendre pour intervenir en temps utile.

La troisième indication, qui consiste à favoriser la résorption de l'obstacle, est, suivant M. Ball, la seule qu'on puisse convenablement remplir. L'usage des alcalins, depuis longtemps préconisé par Legroux, lui paraît apte à remplir le but. Deux observations, l'une de M. le docteur Sénac, l'autre de M. Vidal, sont de nature à justifier l'emploi de ce moyen et à encourager de nouvelles tentatives dans cette voie.

L'emploi de la digitale, inutile ou plutôt insuffisant dans la période aiguë des accidents emboliques, peut rendre de grands services à une époque plus avancée pour en prévenir le retour.

Enfin, il est un conseil pratique sur l'importance duquel M. Ball insiste avec beaucoup de raison ; c'est de respecter, autant que possible, le repos des sujets atteints de *phlegmatia alba dolens*, de les maintenir rigoureusement dans la position horizontale, et d'éviter les explorations trop prolongées sur le trajet des veines enflammées, explorations souvent utiles au diagnostic, sans doute, mais toujours dangereuses pour les malades en pareil cas, ainsi que l'ont démontré plusieurs des faits que nous avons déjà rapportés.

Un cas de délire communiqué.

Un malade âgé de quarante-cinq ans, X... (Louis), tailleur, entré à Bicêtre, dans le service de M. Marcé, le 24 janvier 1862, a offert un cas curieux de délire paraissant dû à une sorte de contagion. Voici la relation de ce fait, dont nous devons la communication à M. Alphée, interne du service.

Cet homme, d'une intelligence bornée, vivait retiré dans un quartier isolé de Paris, avec sa femme et sa belle-fille.

Au milieu du récit confus des circonstances qui l'ont amené à Bicêtre, on remarque les particularités suivantes :

Il y a dix ans, sa belle-fille a disparu ; il croit qu'elle a été enlevée. Sa femme, pour la retrouver, a fait des démarches incessantes, a eu des relations multipliées avec le commissaire de police, et, au milieu de toutes ces démarches, elle a fini par découvrir des complots politiques importants. Il prétend à une pension pour prix de ces découvertes. A ces idées de complots s'ajoutent des idées de persécutions : on lui cerne ses marchandises ; on détourne sa clientèle ; on a ruiné son commerce ; il ferait dix métiers, lui a dit le maire de son arrondissement, qu'il ne réussirait dans aucun, à cause des complots de ses ennemis.

Le malade rapporte tous ces détails avec une conviction profonde.

Nous avons alors fait venir sa femme ; nous l'avons interrogée minutieusement, et elle nous a répété les idées délirantes qu'elle avait si bien communiquées à son mari : en cherchant sa fille qui lui a été enlevée pendant trois ans, elle a découvert des complots importants ; elle réclame une pension pour sa dé-

couverte ; elle croit que des gens malintentionnés lui dérobent ses marchandises, cherchent à ruiner leur maison, etc.

Toutes ses réclamations à la police au sujet de sa fille, des complots et de la pension n'aboutirent qu'à la faire placer à la Salpêtrière, où elle fut envoyée à trois reprises différentes, dans le service de M. Trélat : une première fois en 1857, du 9 au 25 juin ; une deuxième fois en 1861, du 13 février au 12 mars ; et enfin, en dernier lieu, cette année, du 24 janvier au 18 février.

Des renseignements précis prouvent que le mal a bien évidemment débuté chez la femme : c'est elle qui depuis dix ans s'est livrée à des recherches multipliées au sujet soit de l'enlèvement de sa fille, soit du prétendu complot, et la famille était tombée dans la misère parce que la femme négligeait complétement son ménage pour ne s'occuper que de ses poursuites. Pendant les sept dernières années, le mari n'est sorti que trois fois de son domicile pour chercher un nouveau logement. Entendant journellement répéter par sa femme la même série de faits, il a fini par avoir une entière croyance en leur réalité et par les répéter lui-même.

Ce résultat singulier était déjà certainement de nature à exciter l'attention, lorsque les discours de la fille sont venus donner une nouvelle force à l'opinion d'un délire communiqué. Cette fille, âgée de vingt-six ans, étant venue visiter son père à Bicêtre le 19 février 1862, quel ne fut pas notre étonnement de lui voir présenter encore le même genre de délire !

Elle raconte qu'elle a fui la maison paternelle le 8 mars 1852 ; qu'elle a fait à pied cinquante-deux lieues pour se rendre à Villefranche, chez sa nourrice ; que cette dernière l'a placée au bout de deux jours comme domestique, et que trois ans après elle a été retrouvée par ses parents.

— Jusque-là rien que d'admissible ; et l'on trouve même dans la fuite de cette jeune fille l'origine de la croyance de ses parents à son enlèvement. — Mais ensuite on lui entend reproduire les mêmes idées délirantes ; sa mère a découvert des complots ; il est bien juste que la famille en soit récompensée par une pension ; la persécution s'attache à leur maison, etc.

Notons encore ici deux circonstances importantes : cette jeune fille paraît avoir une intelligence médiocre pour les choses en dehors de son délire ; ensuite, une fois de retour chez ses parents, elle ne sortait presque jamais de la maison, ne fréquentait personne, et se trouvait ainsi, comme son beau-père, continuellement plongée en quelque sorte au milieu d'une atmosphère d'idées délirantes.

— Ce cas n'est-il pas un exemple évident de délire communiqué? Sans doute le délire de la jeune fille pourrait être rattaché à l'hérédité ; mais il resterait pourtant encore l'identité de la forme du délire, pour attester l'influence de l'imitation. Quant au malade, il n'existe ni cause héréditaire connue ni aucun degré de parenté avec sa femme ; si donc on n'accepte pas l'action du milieu où il se trouvait continuellement, il faut alors supposer une double coïncidence tout au moins étrange, à savoir, d'abord une prédisposition au délire, ensuite une prédisposition à une forme délirante identique avec celle de sa femme.

L'influence de l'imitation dans le délire est d'ailleurs peut-être plus fréquente qu'on ne le pense ; seulement, elle doit passer souvent inaperçue, parce que les faits se présentent rarement avec le degré d'évidence qui caractérise celui-ci.

— Nous pouvons néanmoins en citer encore un cas qui, disons-le de suite, n'a point une valeur égale à celle du précédent.

Il s'agit d'une malade observée par M. Marcé : elle avait un mari mélancolique, et au bout de quelques années elle finit par présenter la même forme de délire, les mêmes allures dans les idées mélancoliques.

Nous disons que cet exemple a moins de valeur, parce que le mari et la femme étaient cousins germains ; néanmoins, si l'hérédité a été la cause productrice de cette double mélancolie, l'imitation a eu très-probablement la plus grande influence pour la similitude des idées délirantes.

Nous retrouvons d'ailleurs cette influence de l'imitation dans certains faits qui ont quelque analogie avec ceux-ci : des accès d'hystérie et même d'épilepsie ne renouvellent-ils point, et même ne font-ils point naître des accès semblables? Or, si l'imitation peut ainsi déterminer des états aigus, on conçoit quelle influence son action incessante peut avoir dans la production d'un délire chronique.

Ne serait-il point possible de rattacher aussi, au moins en partie, à l'imitation, certains délires qui se sont produits dans le même pays et sur un grand nombre d'individus à la fois ?

Il en est du reste de l'imitation comme de la plupart des causes qui demandent pour agir le concours d'un certain nombre de circonstances prédisposantes. Ici la faiblesse d'esprit et la vie recluse, faits sur lesquels nous avons eu le soin d'insister dans notre observation, sont deux conditions qui doivent favoriser beaucoup l'influence de l'imitation.

Et qu'on ne croie point que ces sortes de faits n'ont qu'un simple intérêt de curiosité ; peut-être ont-ils une importance considérable relativement aux règles à suivre sur l'isolement des malades atteints de délire.

Hémorrhagie nasale arrêtée par les respirations accélérées, après l'emploi infructueux du perchlorure de fer et du tamponnement.

On sait quelles ressources M. Piorry sait tirer dans quelques circonstances de la mise en jeu des fonctions respiratoires et de l'influence de la précipitation ou du ralentissement de la respiration sur les troubles fonctionnels de la circulation. Voici une nouvelle et heureuse application de cette thérapeutique physiologique, dont nous devons la communication à M. F. Coste, élève de la Charité.

Un homme, âgé de trente-neuf ans, au milieu d'un état de santé parfaite, est pris tout à coup, le samedi 22 février, à sept heures du matin, en sautant de son lit, d'une hémorrhagie nasale excessivement forte. Le sang coulait abondamment des deux narines. Un médecin lui a ordonné de renifler une solution de perchlorure de fer, qui est restée impuissante. Quatre heures après, le tamponnement des fosses nasales a été pratiqué ; l'hémorrhagie est devenue plus faible, mais le sang n'a pas cessé de couler goutte à goutte jusqu'au mardi 27 février.

Le malade s'est fait conduire à l'hôpital et a été admis dans le service de M. le professeur Piorry, salle Saint-Charles, n° 7.

Le mardi soir, l'hémorrhagie augmente ; l'interne de garde appelé remplace les tampons des narines par des bouchons de charpie imbibée de perchlorure de fer.

Le 28, le malade a la face pâle, la peau décolorée et plus froide qu'à l'état normal ; le pouls est faible, le cœur ne laisse percevoir aucun bruit anormal, mais son volume est diminué. La respiration est libre, l'intelligence parfaitement conservée ; l'hémorrhagie est à peu près arrêtée. On ordonne des sucs d'herbes et une potion au perchlorure de fer.

Le 1er mars, même état ; l'hémorrhagie semble terminée. — Même prescription.

Dans la nuit du 1er au 2, survient une toux violente provoquée par le déplacement du tampon de l'orifice postérieur des fosses nasales.

Pendant les efforts de toux, le tampon est rejeté, en même temps que les bouchons de charpie qui se trouvent dans les narines.

Des caillots de sang sont expulsés, et il survient aussitôt une violente hémorrhagie.

L'interne de garde replace des bouchons de charpie imbibée de perchlorure de fer ; l'hémorrhagie diminue, mais elle reste assez abondante pour inspirer de funestes prévisions.

Le 2, le malade avait un teint cadavérique ; sa peau était presque froide, son pouls faible ; il avait de temps en temps des éblouissements ; mais néanmoins son intelligence n'était pas troublée ; l'hémorrhagie continuait.

M. Piorry, se rappelant qu'il a arrêté des hémorrhagies pulmonaires en faisant faire aux malades des respirations profondes et fréquentes, se demanda pourquoi le moyen qui lui avait réussi pour les organes centraux de la respiration, ne lui réussirait pas aussi pour une partie du conduit aérien. Il prescrivit au malade de s'asseoir, et lui fit faire des inspirations profondes et souvent répétées, après avoir enlevé les bouchons de charpie.

L'hémorrhagie s'arrêta d'une façon instantanée, à la grande satisfaction du professeur et de tous les assistants.

Le malade a été mis ensuite à l'usage des sucs d'herbes, et on lui a placé des ligatures au-dessus des mollets et des avant-bras. Les ligatures ont été enlevées quelques heures après, et l'hémorrhagie n'a plus reparu jusqu'au 7 mars, époque à laquelle il est sorti guéri de l'hôpital.

Les belles recherches qui ont été faites sur les fonctions du périoste ont démontré la part active que prend cette membrane dans la régénération osseuse ; aussi voit-on, à mesure que cette question scientifique s'éclaircit, les chirurgiens s'efforcer de plus en plus, dans toutes les opérations qui atteignent le tissu osseux, de respecter le périoste qui doit le reproduire. Ces efforts n'ont pas été vains ; car la chirurgie conservatrice doit à cette découverte de brillants résultats. Depuis que ces idées ont cours dans la science, les amputations sont, en effet, devenues moins fréquentes, et nous voyons se substituer à ces opérations si radicales des manœuvres moins dangereuses, en général, et qui laissent après elles des mutilations moins profondes. Mais il n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire de séparer, d'énucléer l'os de son périoste ; et cette difficulté se présente surtout quand il s'agit d'os courts à surfaces irrégulières et tourmentées, de même que pour les extrémités des os longs, qui sont habituellement très-vasculaires. En ce point, un nombre considérable de vaisseaux unissent intimement l'os au périoste et rendent leur séparation sinon impossible, du moins très-laborieuse.

C'est pour se soustraire à cette difficulté parfois insurmontable, que M. Sédillot a érigé en méthode de substituer dans certains cas, à la résection une opération à laquelle il donne le nom d'évidement des os. Par ce procédé, le périoste, au lieu d'être isolé de l'extérieur à l'intérieur et d'être soumis à des déchirures inévitables, se trouve séparé par une dissection qui marche du centre de l'os vers sa périphérie, l'os est évidé complétement dans toute sa portion malade, et le ramollissement dont il est le siége rend cette manœuvre des plus faciles. Le périoste reste absolument intact ; mais l'irritation que l'on provoque dans l'os ainsi rugivé retentit jusque dans cette membrane et active sa sécrétion. C'est cette opération d'évidement qui a été pratiquée la semaine dernière par M. Maisonneuve, chez un jeune homme atteint d'une carie du calcanéum.

Tous les moyens de guérison ayant successivement échoué, on se trouvait dans l'alternative ou de réséquer l'os malade, ou de l'évider. M. Maisonneuve a choisi ce dernier procédé. Le jeune homme fut chloroformé ; une incision semi-elliptique à concavité antérieure fut pratiquée à la face interne du calcanéum ; la partie cariée fut mise à nu, et au moyen d'une rugine tout l'intérieur de l'os fut égrugé. Son extrême facilité d'exécution, l'absence d'hémorrhagie, l'intégrité parfaite du périoste, tels ont été les avantages immédiats de cette opération, dont nous ferons connaître les résultats définitifs.

— On voit en ce moment, dans le service de M. Nélaton, un jeune homme de vingt-sept ans présentant un anévrysme artério-veineux, qui a son siége dans le creux poplité droit.

Il y a deux ans environ, le malade fut frappé d'un coup de poignard qui l'atteignit dans le creux poplité. Il en résulta une hémorrhagie qui s'arrêta assez facilement sous la double influence de la compression et surtout de la flexion de la jambe sur la cuisse. Mais l'écoulement du sang ne cessa qu'en apparence ; ne trouvant plus d'issue vers l'extérieur, il s'accumula dans le membre lui-même, et ce jeune homme vit bientôt sa jambe et son pied se gonfler et revêtir une teinte bleuâtre toute particulière. Le gonflement et la tension cédèrent à quelques jours de repos.

Mais deux mois environ après l'accident, le malade remarqua que la tumeur développée dans le creux poplité était le siége de battements et de mouvements expansifs bien manifestes. L'accroissement de la tumeur a été très-lent ; en deux années, elle a acquis à peu près la grosseur du poing d'un adulte ; elle occasionne plutôt de la gêne que de la douleur ; le malade ne peut rester longtemps debout sans éprouver de la fatigue et un engourdissement extrême dans la jambe droite ; quelquefois même il ressent dans le pied des douleurs assez vives qui semblent s'irradier sur le trajet du nerf tibial antérieur.

La main appliquée sur la tumeur perçoit les battements et les mouvements expansifs signes caractéristiques de l'anévrysme ; enfin le frémissement cataire et le bruit de souffle continu révélé par l'auscultation, ne laissent aucun doute sur la complication d'une lésion de la veine poplitée, sur sa communication avec l'artère, en un mot sur l'existence d'un anévrysme artério-veineux.

M. le professeur Nélaton se propose de faire prochainement sur cette intéressante maladie une leçon que nous nous empresserons de reproduire.

— Les affections cancéreuses du sein atteignent rarement l'homme ; ce n'est que de loin en loin qu'on en signale des exemples. Nous venons cependant d'en voir un cas dans le service de M. Richet. Un homme âgé de cinquante-cinq ans, paraissant doué d'une bonne constitution, a remarqué que depuis dix ans sa région mammaire droite était le siége d'une petite tumeur dont le développement fut si lent, que pendant ce long espace de temps elle atteignit à peine le volume d'une petite noix. Mais depuis six mois, et sans cause connue, des phénomènes nouveaux ont apparu, la tumeur a pris un accroissement rapide, et dans ces derniers temps elle est devenue le siége de douleurs lancinantes extrêmement vives. Quand le malade s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis, elle offrait à peu près le volume d'un gros œuf de poule.

Le 27 février, M. Richet en fit l'ablation ; l'examen microscopique est venu démontrer la vérité du diagnostic primitivement établi, en faisant constater dans la tumeur la présence des éléments cancéreux. Ce malade, comme la plupart de ceux qui sont opérés en ce moment dans nos hôpitaux, a vu les environs de la plaie être envahis par un érysipèle qui persistait encore le 11 mars.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Observation de rhinoplastie.

(Recueillie par M. Péan, interne du service.)

Marie M..., institutrice, âgée de vingt-trois ans, entre à l'hôpital des Cliniques le 19 octobre 1858.

Cette jeune fille demeurait à Nice en 1852, quand elle fut prise d'accidents syphilitiques qui détruisirent le nez et le voile du palais. En 1856, elle alla consulter M. Sperino. Celui-ci, très-partisan de la syphilisation, fit au bras et sur les côtés de la poitrine quatre-vingt-sept inoculations, dont la malade conserve les traces indélébiles. Comptant sur la promesse du chirurgien de Turin, Marie se croit désormais à l'abri de toute récidive, et vient à Paris supplier M. Nélaton de tenter la rhinoplastie.

Voici l'état dans lequel elle se présente :

La saillie du nez a disparu pour faire place à une dépression concave en avant. Vue de face ou de profil, la difformité est d'autant plus choquante que le travail morbide, en provoquant l'aspiration du tégument vers les cavités olfactives, a singulièrement exagéré la saillie des sourcils, des globes oculaires et de la lèvre supérieure. Il n'y a plus de cartilages. Les os eux-mêmes ont été partiellement détruits. La peau, ridée, couverte de brides cicatricielles, suffit à peine pour tapisser cette large brèche. Au centre de l'enfoncement, on distingue un vestige de la narine gauche, et un orifice capable d'admettre un stylet. Ce pertuis laisse passer un peu d'air et quelques mucosités lorsque la malade se mouche avec force ; mais il ne permet pas de distinguer les odeurs les plus pénétrantes, tant est difficile la circulation aérienne dans les cavités olfactives, profondément altérées. Cette difficulté est encore accrue par l'existence d'une cicatrice qui a fusionné le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx.

En raison des antécédents fournis par la malade, M. Nélaton refuse tout d'abord l'opération, convaincu que de nouveaux accidents ne se feront pas longtemps attendre. Cette prévision est bientôt confirmée. Six semaines ne sont pas encore écoulées que déjà une tumeur syphilitique entoure le sterno-mastoïdien. Le mercure et l'iodure de potassium sont administrés, et sous l'influence de ce traitement l'état général et l'état local s'amendent, si bien que M. Nélaton accède aux prières de la jeune fille.

Toutefois, avant de l'opérer, il passe en revue les divers procédés de rhinoplastie totale, discute leurs avantages, leurs inconvénients, et donne la préférence à celui qui satisfait le mieux aux deux indications suivantes :

1° Reconstituer, à l'aide de lambeaux pris sur les régions voisines, un nez saillant et bien conformé;

2° Prévenir la déformation consécutive.

La première indication, dit-il, est bien remplie, quel que soit le procédé mis en usage. Il n'en est pas de même de la seconde. Celle-ci, de l'aveu de tous les chirurgiens, est difficile à réaliser. Pour ce qui est de sa pratique, M. Nélaton déclare qu'il a obtenu plus d'avantages par les lambeaux latéraux que par le lambeau supérieur, peut-être en raison de l'épaisseur et de l'absence de torsion. A l'appui de cette assertion, il cite l'observation suivante (1) :

En 1856, un jeune homme se présente à l'hôpital des Cliniques avec un nez tellement détruit que le regard plonge librement dans les fosses nasales. M. Nélaton prit sur la partie antérieure des joues deux lambeaux épais, trapézoïdes, renfermant le périoste sus-maxillaire dans son épaisseur, et les transplanta au-devant de l'antre nasal. Les bords internes furent réunis sur la ligne médiane, les bords externes appliqués sur le pourtour osseux des maxillaires. Grâce à la dénudation des branches montantes; il y eut une cicatrice adhérente qui prévint l'aplatissement des lambeaux. Toutefois le cas était peu favorable, vu l'absence complète de tégument au-devant des cavités nasales. Il en résulta que, faute de support, les lambeaux devenus médians s'affaissèrent un peu par le fait de la cicatrisation.

Malgré cette complication, on peut dire que le résultat était déjà supérieur à ceux obtenus antérieurement. Cependant M. Nélaton ne se tient pas pour satisfait. Après mûres réflexions, après de nombreuses expériences sur le cadavre, il pense qu'il serait peut-être avantageux :

1° D'enlever avec plus de soin le périoste, afin d'obtenir une lame osseuse propre à soutenir le nez nouveau;

2° D'adosser par la surface saignante la portion de lambeau destinée à reproduire l'aile du nez, et d'empêcher par ce moyen la narine d'obéir à la cicatrice. . . . .

Pour toutes ces raisons, voici les règles que M. Nélaton se propose de suivre chez sa jeune Italienne :

1° Introduire dans l'orifice cutané un morceau de racine de gentiane ou d'éponge préparée, afin d'obtenir par la dilatation progressive un écoulement facile des mucosités;

2° Circonscrire par une double incision la peau qui obture la brèche, afin de conserver au-devant de la gouttière nasale un pont fixe, inextensible, en forme de cœur de carte à jouer, propre à servir de support au nez nouveau;

3° Tailler sur la partie antérieure des joues deux lambeaux latéraux comprenant toute l'épaisseur des parties molles qui recouvrent la face externe des apophyses montantes, et renfermant dans leur épaisseur le périoste, dont personne n'ignore les propriétés ostéoplastiques;

4° Donner à ces lambeaux une forme trapézoïde, un pédicule supérieur, deux bords latéraux allongés, une base large représentant le contour des ailes et du lobule;

5° Les détacher, les mobiliser, les adosser sur la ligne médiane, de façon à obtenir une arête saillante constituant le dos du nez;

6° Réunir par suture métallique le bord antérieur des deux lambeaux; maintenir leurs bords postérieurs accolés aux os partiellement dénudés, afin d'obtenir une cicatrice adhérente;

7° Adosser à elle-même la peau qui correspond à l'angle externe et inférieur de chaque lambeau; traverser ce repli à l'aide d'une épingle; par ce moyen faire cicatriser ensemble les surfaces saignantes qui correspondent à l'aile du nez, afin d'affranchir celle-ci de toute adhérence qui pourrait ultérieurement l'entraîner au dehors;

8° Comprimer les faces latérales du nez à l'aide d'une pince à ressort construite à cet effet, et grâce à cette compression douce, longtemps prolongée, obtenir un sillon naso-génien.

L'opération fut exécutée vers le 20 avril 1859, de point en point, comme M. Nélaton l'avait prévu; et le résultat immédiat fit concevoir les plus belles espérances; en effet deux lambeaux, unis sans effort, masquaient la difformité et constituaient sur la ligne médiane un dos du nez régulier, terminé par un lobule arrondi, saillant de plusieurs centimètres. Sur les côtés, les faces latérales, le contour des narines et des ailes se dessinaient au-devant de deux surfaces saignantes, et étaient disposés de manière à résister au travail de cicatrisation qui allait s'opérer.

Pendant les premiers jours, le pansement fut simple, et consista uniquement en compresses arrosées d'eau tiède.

Au quinzième jour, la cicatrisation, déjà fort avancée, s'opérait sans trouble local ni général.

Le seizième jour, on vit la plaie se couvrir de bourgeons grisâtres, de petites ecchymoses, et on eut à redouter l'invasion de la pourriture d'hôpital; mais quarante-huit heures après les craintes étaient dissipées, grâce à l'emploi de la teinture d'iode.

Enfin, le 1er juin 1859, c'est-à-dire six semaines après l'opération, la cicatrice était achevée.

A partir de ce moment se produisirent les effets de la cicatrisation secondaire. Celle-ci, loin de déjouer les projets de M. Nélaton, les servit merveilleusement. En effet, M. Nélaton avait à dessein conservé au dos du nez une longueur démesurée, et fait descendre le lobule au-devant de la lèvre supérieure. Sous l'influence du travail cicatriciel, on vit ce lobule remonter peu à peu, et reprendre une bonne position. Plus tard, grâce à la pince à ressort, les faces latérales s'atrophieront par compression et conserveront un aplatissement favorable. Cela fut d'autant mieux obtenu, que la vitalité des lambeaux était imparfaite.

Enfin, pour être plus certain du résultat définitif, M. Nélaton conserva la malade dans les salles pendant plusieurs mois. C'est alors que Marie M... fut soumise aux regards des nombreux médecins français et étrangers qui fréquentent l'hôpital des Cliniques. Chacun constata que le nez avait une grande fermeté, une certaine sensibilité, et qu'il ne s'était pas affaissé notablement après l'opération.

Marie retourna dans ses foyers heureuse du résultat; et l'on peut dire, ce qui est rare quand il s'agit de rhinoplastie totale, que l'opération avait à la fois satisfait et la malade et le chirurgien.

(1) Nous avons puisé ces citations dans une leçon clinique qui fut faite par M. Nélaton au mois de décembre 1858, à propos de Marie M....

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 mars 1862. — Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. Huguier. Dans ces dernières années on s'est beaucoup occupé des anévrysmes; leur symptomatologie et leur thérapeutique ont surtout fait des progrès. Aujourd'hui je me propose d'appeler l'attention sur la thérapeutique en vous communiquant l'observation suivante :

Anévrysme traumatique de l'artère poplitée droite. — La compression digitale, la compression mécanique et les injections de perchlorure de fer sont employées inutilement; ligature de l'artère crurale; guérison.

Le 4 novembre 1861, est entré à Beaujon L... (Mathurin), âgé de trente-six ans, journalier, couché au n° 33, 1er pavillon.

Cet homme fait remonter le début de sa maladie à trois mois, et ce serait à la suite d'une violence extérieure qu'elle se serait manifestée. C'est une chute qu'il aurait faite de la hauteur d'un mètre environ; il serait tombé sur le pied et le côté droit ensuite. En se relevant et en marchant, une douleur se serait fait sentir dans le jarret; mais au dire du malade, il n'y aurait rien eu d'apparent pendant une semaine après l'accident.

Au bout de ce temps, la tumeur serait devenue aussi volumineuse qu'elle se montre à nos yeux au jour de l'entrée.

Les caractères qu'elle présente sont : des battements et une expansion considérable; à l'auscultation on entend un bruit de souffle assez rude. Elle est d'une mollesse assez grande, un peu volumineuse, occupant la partie inférieure du creux poplité, saillante et facilement circonscrite. Le mouvement de flexion de l'articulation fémoro-tibiale est gêné. Dans tous les diamètres cette tumeur a 9 centimètres.

Le traitement de la tumeur est inauguré par la compression digitale, que l'on exerce tous les jours pendant une heure d'abord, puis pendant deux et trois heures. Cette compression est continuée pendant trois semaines, trois heures par jour en moyenne, et le 26 novembre on fait exceptionnellement, mais continuellement et sans interruption, la compression pendant plus de vingt-quatre heures. Cette compression, commencée à neuf heures du matin, se continue jusqu'au lendemain à midi et demi.

Elle est pratiquée sur la partie supérieure de la fémorale; il y a parfois quelques moments d'interruption quand on change de main.

Le membre augmente de volume, s'œdématie; les veines se distendent sous l'influence de la compression, qui devient douloureuse et finit par être *insupportable*. On est obligé de la suspendre.

Dans les premiers temps, la tumeur devient un peu plus dure, les battements sont moins forts, tout paraît indiquer, en un mot, la formation de caillots peu nombreux dans l'intérieur de l'anévrysme.

Après la compression prolongée, les battements sont diminués; le mouvement d'expansion est nul, la tumeur est assez dure.

Son volume toutefois ne paraît pas être diminué.

Le surlendemain de cette longue compression, les battements sont un peu revenus, l'expansion se manifeste légèrement.

Le jeudi 5 décembre, on pratique de nouveau la compression digitale, continuée pendant vingt-quatre heures.

La compression avec les doigts est aidée par des lacs, pour soutenir les doigts. Ce procédé comprime trop les doigts. On est obligé de l'abandonner pour revenir à la compression digitale simple.

On emploie encore successivement le tourniquet, le compresseur Broca, etc.; mais on abandonne ces appareils, dont l'emploi est trop douloureux.

La compression devient si douloureuse, qu'elle ne peut être continuée plus d'un quart d'heure ou vingt minutes.

La compression digitale est supportée. Pendant qu'un aide comprime la crurale au pli de l'aine, un autre tient sa main sur la tumeur, pour observer les battements. On change les aides de vingt en vingt minutes, de manière à ne pas laisser passer le sang pendant les changements. De cette façon on arrive à comprimer de telle sorte qu'on ne sent plus qu'un ou deux battements toutes les dix minutes.

Pendant la durée de cette compression, le membre se tuméfie; les battements de la tumeur, quand la compression n'est plus appliquée un laps de temps très-considérable, se manifestent de nouveau. Bref, douze jours après la dernière compression de vingt-quatre heures, le 17 décembre, M. Huguier, voyant que ce traitement n'aboutit à aucun résultat solide et sérieux, décide de pratiquer, de concert avec M. Gosselin, une injection de perchlorure de fer dans l'intérieur de la tumeur.

En présence de M. Gosselin, M. Huguier ponctionne la tumeur avec un trocart très-fin : un jet de sang artériel, rouge, se montre. Pendant qu'un aide comprime la crurale, on injecte avec la seringue de Pravaz 18 gouttes de perchlorure à 17°; cela fait, on malaxe légèrement la tumeur, et on continue la compression de la crurale pendant un quart d'heure.

Les battements sont moins prononcés; la tumeur est plus dure. On applique alors un bandage légèrement compressif. Point d'accidents consécutifs, dureté plus grande de la tumeur et battements très-faibles.

Cet état se prolonge jusqu'au jeudi 26 décembre. Alors on pratique une nouvelle ponction et une nouvelle injection. A la ponction, issue d'un sang noirâtre et décomposé, semblable à de la sérosité mélangée à de la teinture d'iode. La canule est mobile dans la poche; on l'enfonce à diverses profondeurs sans obtenir le jet caractéristique.

Malgré cela on perçoit toujours le bruit de souffle, le susurrus de l'expansion comme jadis. On injecte une pleine seringue de Pravaz de perchlorure à 30°; compression de la crurale et maxalation de la tumeur.

Point d'accidents inflammatoires jusqu'au 31; toutefois les battements n'ont pas disparu.

Le 1er janvier 1862, l'état du malade est revenu à peu près au même point qu'au début. La tumeur s'étend plus inférieurement que supérieurement. Les battements sont fréquents. Mollesse de la tumeur. A ce moment une inflammation de la tumeur et des tissus environnants s'est manifestée; un abcès s'est formé, et il est à craindre que le sang artériel ne se fraye un passage à travers l'ouverture de l'abcès. M. Huguier place un aide constamment auprès du malade.

L'ouverture spontanée de cet abcès, qui se fait le 3 janvier, est fort petite, et laisse écouler du pus qui jusqu'au 5 janvier n'est point taché de sang. (Cataplasmes froids sur la tumeur; repos et immobilité.) — Douleurs de plus en plus vives et intolérables; les battements se précipitent. Des cataplasmes fortement laudanisés, de l'extrait thébaïque pris à assez haute dose à l'intérieur, n'influent en rien sur son état. Le moral est très-affaissé; amaigrissement; refus de toute nourriture. Le malade réclame une opération.

Le 5 janvier, surveillance incessante, dans la prévision d'une issue dangereuse.

Dans la nuit du 5 au 6, du sang artériel s'échappe en petite quantité. — Emploi immédiat de la compression digitale, et avec des instruments.

Le 6, l'interne de garde, appelé constamment auprès du malade pour des hémorrhagies continues mais pas encore très-considérables, manda en toute hâte M. Morel-Lavallée, qui pratiqua l'opération de la ligature.

La crurale fut liée à la partie supérieure du triangle inguinal. L'opération s'effectue presque sans écoulement de sang. Aussitôt disparition des symptômes propres à l'anévrysme, des battements ainsi que du pouls de la tibiale postérieure. Un pansement à plat est appliqué sur la plaie sans aucun bandage, pour éviter la compression; cataplasme sur la tumeur; le genou est mis dans une demi-flexion; potion cordiale de l'extrait thébaïque, 10 centigrammes en pilules. La nuit se passe très-bien. Le malade nous dit le lendemain avoir joui d'un très-bon sommeil, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

De la tumeur s'échappent avec le pus des détritus de sang paraissant être les caillots de la tumeur, mais tellement défigurés, probablement par les injections et les manipulations précédentes, qu'on ne saurait y retrouver l'état stratifié si remarquable des poches anévrysmales.

L'état général s'est considérablement amélioré.

Du côté du membre, on ne remarque aucun signe d'infiltration ou de gangrène, comme on aurait pu le craindre après l'opération; la sensibilité est conservée. Le retour de la circulation paraît s'effectuer très-favorablement. Le genou est toutefois toujours tenu dans l'immobilité. Enfin, toutes les précautions sont prises pour éviter le retour du sang artériel vers la poche.

Trois jours après l'opération, la plaie est dans un très-bon état; la suppuration se fait bien.

Les jours suivants, l'ouverture de la tumeur s'agrandit et donne toujours issue à du sang, sous forme de caillots un peu déformés par un mélange de pus.

Le pansement de la plaie opératoire est ensuite fait tous les deux jours; puis on arrive, au bout de dix jours, à le faire chaque matin.

Quinze jours après l'opération, il ne sort plus de sang par l'ouverture de la tumeur. Quelques mouvements sont permis au malade, et même effectués chaque jour, pour qu'il ne se manifeste point de roideur articulaire; mais le repos au lit est prescrit rigoureusement.

L'état général est excellent, l'appétit complétement revenu. La circulation s'est rétablie, car on perçoit, faiblement, il est vrai, les battements de la pédieuse, mais très-sensiblement ceux de la tibiale postérieure.

Le 25 janvier, la ligature tombe spontanément. A partir de ce moment, la cicatrisation marche à grands pas.

Le 1er février, des bourgeons charnus apparaissent sur la plaie inguinale; on en voit aussi le 8 février sur la plaie du creux poplité. Cautérisation de ces bourgeons charnus avec le nitrate d'argent, et pansements simples. A la place de la tumeur se voit une induration circonscrite dans des limites assez étroites, et qui ne présente aucune pulsation ni aucun battement. Les mouvements du genou sont aussi étendus que possible le 15 février; la mensuration des deux genoux donne des résultats identiques. Le malade, à cette époque, se lève, marche et vaque à quelques petites occupations de salle.

DISCUSSION.

M. Giraldès. Dans ce fait, je vois qu'on a employé d'abord du perchlorure à 17° et puis à 30°. Je voudrais savoir :

1° D'après quelles données on a d'abord employé le perchlorure à la dose de 18 gouttes à 17°.

2° Sur quelles considérations on s'est basé pour injecter ensuite le perchlorure à la dose de 30 gouttes à 30°.

M. Huguier. Je me suis éclairé auprès de M. Gosselin pour la direction du traitement de ce malade. Or M. Gosselin, qui a une grande habitude de l'emploi du perchlorure, a décidé lui-même la dose et le degré du médicament, et il a fixé une petite dose à un faible degré, dans la crainte de l'inflammation et de la gangrène. Le perchlorure que nous avons employé était parfaitement pur; il était préparé par M. Bussy, directeur de l'École de pharmacie. Voyant qu'à 17° 18 gouttes n'avaient pas réussi, j'ai pensé naturellement qu'il fallait avoir recours à une injection plus forte et plus condensée, et conjointement avec M. Gosselin nous avons injecté du perchlorure à 30° et à la dose de 30 gouttes.

M. Giraldès. J'aurais compris la donnée que M. Huguier vient de nous fournir, à savoir : une injection de 18 gouttes de perchlorure à 17°. Mais je ne vois pas pourquoi on a tout de suite doublé la dose d'un liquide qu'on venait de rendre deux fois plus condensé.

La crainte de gangrène n'est nullement fondée. Le perchlorure à 20° injecté dans les artères des gros animaux n'attaque pas du tout l'épithélium de ces vaisseaux. A 30°, il y a une cautérisation sur les tissus non vasculaires, et le sang qui a subi le contact de ce liquide se coagule immédiatement en formant un magma autour duquel la fibrine se dépose et rend ainsi le coagulum plus solide et plus protecteur contre l'action trop irritante du liquide injecté. Il faut reconnaître alors que 30 gouttes de perchlorure de fer à 30° constituent une quantité trop forte et une qualité trop énergique, de sorte que le caillot est trop fort, et les accidents peuvent survenir.

M. Huguier. M. Giraldès vient de nous donner son opinion. Mais tout le monde n'est pas de son avis. M. Gosselin, se basant aussi sur des expériences, a une manière de voir tout opposée et tout aussi respectable.

M. Giraldès prétendait autrefois que le perchlorure de fer ne cautérisait pas, n'amenait pas de gangrène. Mais c'était là une erreur évidente, et j'ai vu des gangrènes se manifester sur tous les tissus. Si dans ce cas particulier nous avons doublé la dose d'un liquide

doublement condensé, c'est que nous avons pensé que cela était nécessaire. Du reste, si nous avons eu une inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, et rupture des parois du sac anévrysmal à la suite de cette inflammation, c'est que la suppuration ayant détruit cette peau et ce tissu sous-cutané, les parois du sac n'avaient plus de soutien, et de là une distension qui devait amener une rupture. Mais il faut bien remarquer qu'il n'y a pas eu de gangrène.

Je trouve aussi qu'à la suite de cette rupture nous avons eu une hémorrhagie artérielle. Or cela prouve évidemment que le caillot n'était pas trop fort. Du reste, cela n'infirme en rien les expériences faites par M. Giraldès sur de gros animaux. Mais il ne faut pas conclure de ce qui arrive chez eux à ce qui arrivera chez l'homme.

M. GIRALDÈS. Je regrette les croyances et les préjugés, je ne veux que les démonstrations. Mon opinion est basée sur un grand nombre d'expériences faites sur l'homme comme sur les animaux, et c'est d'après ces expériences que je trouve étrange le passage de 17° à 30° après avoir rendu le liquide plus condensé.

Je n'ai pas dit que le perchlorure de fer ne cautérisait pas. Dès 1853, époque à laquelle j'ai publié mon mémoire, j'avais parfaitement établi que cet agent mortifie les tissus non vasculaires. Depuis cette époque, je n'ai pas modifié mon opinion.

M. HUGUIER. M. Giraldès ne nous paraît établir aujourd'hui une distinction nouvelle entre les tissus vasculaires et les tissus non vasculaires. Au début des injections de perchlorure, nous avions positivement constaté que cet agent était caustique, et je me souviens parfaitement que M. Giraldès niait cette action; les procès-verbaux de la Société en feront foi au besoin. Au reste, cette discussion importe peu pour le sujet que je présente, et je veux finir cette discussion en formulant une proposition. Tout en cherchant des procédés nouveaux, doux, non violents, le chirurgien sera encore, je crois, souvent obligé de recourir à des moyens sanglants, tels que la ligature ou l'ouverture du sac dans le traitement des anévrysmes.

— M. VERNEUIL lit un rapport sur deux observations d'anévrysme diffus de la région poplitée, adressées à la Société de chirurgie par M. le docteur Bourguet (d'Aix), lu au nom d'une commission composée de MM. Debout, Legouest et Verneuil, rapporteur.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. HOUEL. A l'occasion de la présentation de M. Verneuil faite dans une des précédentes séances, il a été parlé d'observations de rhinoplastie totale faite par M. Nélaton avant celle de M. Ollier. Je puis aujourd'hui mettre sous les yeux des membres de la Société les pièces à l'appui. M. Péan, interne à cette époque dans le service de M. Nélaton, ayant recueilli cette observation, a bien voulu la mettre à ma disposition, pour la communiquer à la Société. Cette observation est assez importante pour que je demande la permission de la lire en entier. (Voir plus haut, *Hôpital des Cliniques.*)

M. HUGUIER. Lors de la discussion engagée à l'occasion de la communication faite par M. Verneuil, j'ai émis des doutes sur l'ossification du périoste. Eu égard à l'observation que nous communique M. Houel, je suis obligé de rester encore dans le même doute; elle n'est pas plus probante en ce qui concerne l'ostéoplastie périostique.

M. VERNEUIL. Il s'agit de décider un point historique. M. Houel a pensé que j'avais commis une erreur en affirmant que le principe de l'ostéoplastie périostique appartenait à M. Ollier. Or, la malade de M. Nélaton a été opérée en 1859, et celle de M. Ollier l'a été en 1858. La priorité de l'opération appartient donc à M. Ollier.

M. BÉRAUD. M. Verneuil vient de nous affirmer que le principe de l'ostéoplastie périostique appartient à M. Ollier. Or je ne puis partager cette manière de voir. Le principe de l'autoplastie périostique appartient sans conteste à M. Jordan, chirurgien de l'hôpital de Manchester. Bien avant M. Ollier, en 1854 et en 1855, M. Jordan avait fait dans son hôpital des opérations avec autoplastie du périoste pour la cure des pseudarthroses.

En juin 1856, M. Nélaton faisait, d'après une communication de M. Jordan, une leçon intitulée *Autoplastie périostique, nouvelle méthode pour le traitement des pseudarthroses.* Cette leçon a été reproduite dans la *Gazette des Hôpitaux*, le 7 juin 1856.

Presque à la même époque, notre honorable collègue M. A. Richard traitait un malade à l'Hôtel-Dieu d'après les données de l'autoplastie périostique. Cette observation est consignée dans la thèse de M. le docteur Roy (12 juillet 1856). Ainsi, il n'y a pas le moindre doute sur ce point, l'autoplastie périostique a été faite avant M. Ollier, et c'est à M. Jordan que l'honneur de l'application de cette méthode doit être rapporté.

M. HOUEL. L'observation de M. Nélaton est de 1856, et par conséquent bien antérieure à celle de M. Ollier.

M. VERNEUIL. Je me suis trouvé souvent dans l'occasion de converser avec M. Nélaton sur la rhinoplastie totale. Or, dans ces conversations, M. Nélaton m'a bien affirmé qu'il a fait l'autoplastie périostique seulement chez son second malade.

Maintenant, arrivons à la réclamation faite par M. Béraud, au nom de M. Jordan. Il n'y a pas de comparaison entre les pseudarthroses et la rhinoplastie. Qu'a fait M. Jordan? Il a disséqué une manchette périostique et en a revêtu un des fragments? Peut-on dire qu'il y a là autoplastie périostique? Je ne le pense pas. Ce qui a été fait par M. Ollier est bien différent.

M. BÉRAUD. Tout le monde est d'accord sur ce point: c'est qu'il y a une grande différence entre l'opération de M. Jordan et la rhinoplastie. M. Jordan a tiré parti des conditions dans lesquelles il se trouvait, mais il a bien fait et bien voulu faire de l'autoplastie périostique. Cela ressort évidemment de la lecture de son mémoire. C'est lui qui le premier a institué la méthode, et il l'a appliquée à la cure des pseudarthroses, comme il aurait pu le faire pour la restauration totale d'un nez. Sans doute M. Ollier a varié les expériences de M. Flourens et de Duhamel, mais tous les faits qu'il a invoqués nous étaient parfaitement connus avant lui, en ce qui concerne le périoste. Ainsi, au point de vue expérimental comme au point de vue de l'application aux opérations chirurgicales, M. Ollier n'a pas le mérite de l'invention. C'est M. Flourens qui a découvert le fait scientifique, et c'est M. Jordan qui en a fait le premier l'application.

M. VERNEUIL. La question du rôle du périoste au point de vue chirurgical, devrait être traitée à fond devant la Société, et je demande qu'elle soit mise à l'ordre du jour.

— Consultée par M. le Président, la Société adopte cette proposition.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEPAUL. J'ai l'honneur de présenter à la Société les pièces anatomiques d'un enfant qui avait un spina-bifida. Je les présente parce qu'elles peuvent éclairer la question du traitement de cette affection.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Auguste Voisin vient d'être nommé chef de clinique de M. le professeur Bouillaud, en remplacement de M. le docteur Dumont, dont les fonctions viennent d'expirer.

— Dans sa séance du 28 février dernier, la Société botanique de France a décidé qu'elle tiendrait cette année sa session extraordinaire à Narbonne et à Béziers; la session s'ouvrira le 2 juin. On doit, nous assure-t-on, explorer les environs d'Adge, de Béziers, de Narbonne, l'île Saint-Lucie, la montagne de Carou et la vallée de la Malou.

— Le banquet de l'internat, qui aura lieu aujourd'hui samedi, 15 mars, à 6 heures, aux Frères-Provençaux (Palais-Royal), sera présidé par le doyen des internes M. Serres, membre de l'Institut, professeur au Muséum, qui fut nommé le premier lors de l'établissement du concours de l'internat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Cuson, né à Toulouse (Haute-Garonne); *Des indications et contre-indications de l'emploi de l'eau froide dans les maladies de l'utérus.*

Parsot, né à Sainte-Croix (Dordogne); *Des granulations du col de l'utérus.*

Péqueur, né à Yvetot (Seine-Inférieure); *Quelques considérations sur les ulcérations du col de l'utérus et sur leur traitement.*

Briandas, né à Saint-Cyr (Rhône); *Quelques mots sur le lipome.*

Selsis, né à Vienne (Lot-et-Garonne); *De l'érysipèle de la face considéré comme une fièvre éruptive.*

Maurel, né à Cabasse (Var); *Des complications de la rougeole.*

Mahoux, né à Caunes (Aude); *Essai sur l'hygiène des femmes enceintes.*

Merle, né à Saint-Bonnet (Gard); *Considérations sur les plaies pénétrantes des articulations à propos de quelques faits cliniques.*

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

MM. Mérentié, à Marseille	5 fr.
Un abonné de la *Gazette*	5
Sichel	10
Demarquay	10
Ducroquet, médecin-major	10
M. Handvogel	5
La Société médicale du 17e arrondissement (Batignolles)	50
Total	95 fr.
Total de la liste précédente	165
Total jusqu'à ce jour	260 fr.

Le Comte de Boursoufle, comédie-bouffe de Voltaire que l'Odéon joue avec tant de succès, vient de paraître en un joli in-18 (prix: 1 fr. 25 cent. *franco*), chez l'éditeur H. Plon. Ce volume est la reproduction exacte du manuscrit de Voltaire que possède l'éditeur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des dermatoses ou maladies de la peau, classées d'après la méthode naturelle; comprenant l'exposition des meilleures méthodes de traitement, suivi d'un formulaire spécial, par M. L. V. DUCHESNE-DUPARC, professeur de clinique des maladies de la peau, etc. 2e édition, revue et augmentée d'une Etude sur le choix des eaux minérales dans le traitement des maladies de la peau. In-12 de 536 pages. Prix: 5 fr. Chez J. B. Baillière et fils, libraires à Paris, 19, rue Hautefeuille.

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive, par M. A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux de Paris; suivi d'un *Traité d'embryologie*, par M. A. VERNEUIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. 2e édition revue et augmentée, avec 200 figures intercalées dans le texte. Un volume grand in-18 de 946 pages. Prix: 12 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 32. — MARDI 18 MARS 1862. (35e ANNÉE.) N° 32. — MARDI 18 MARS 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 MARS 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une discussion s'est élevée récemment sur la question de la valeur respective de l'auscultation et de l'acupuncture du cœur, comme moyens d'acquérir la certitude de la mort. M. le docteur Larcber, à qui un long exercice de la constatation des décès a rendu cette question familière, a repris à cette occasion l'étude des phénomènes cadavériques dont il s'occupe depuis longtemps.

Dans un mémoire qu'il vient d'adresser à l'Académie sur ce sujet, et dont nous publions l'analyse dans le compte rendu de la séance, il a examiné successivement l'ordre dans lequel se produit la roideur du cadavre et les aspects variés que présente la putréfaction du globe de l'œil.

D'après M. Larcber, il existe entre la roideur cadavérique peu apparente et déjà nulle ou sur le point de cesser et les phénomènes connus de la putréfaction encore absents, un signe auquel il attache une grande valeur, et qui est en quelque sorte un point de transition, c'est l'imbibition du globe de l'œil. La tache noire de la sclérotique, qui traduit cette imbibition, serait, suivant lui, le stigmate de la mort, et pour ainsi dire la sentinelle avancée de la putréfaction.

L'analyse que nous aurons à faire prochainement d'une nouvelle publication sur la *dynamoscopie*, qui fournit aussi son contingent de signes à la constatation de la mort, nous fournira l'occasion de reprendre cette question, et d'examiner quelques-uns des points en litige.

On connaît l'avantage qu'ont les divers procédés de galvano-caustique usités jusqu'à présent, de limiter l'action de la chaleur produite, au point qui est en contact avec le fil métallique. Cet avantage, que les chirurgiens ont été déjà plusieurs fois à même d'apprécier, devient un inconvénient dans certaines circonstances où l'on désirerait obtenir une cautérisation lente et profonde semblable à celle que produit le cautère potentiel. M. Tripier, à qui la science doit d'intéressantes recherches de physique et de chimie appliquées à la médecine, a annoncé à l'Académie qu'il avait songé, pour atteindre ce but, à utiliser non plus les effets calorifiques d'une pile à grande surface, mais les effets chimiques qui se produisent au niveau du point d'application de l'électrode négatif des piles à haute tension, qui sont entre les mains de tous les médecins qui emploient le courant continu. C'est un moyen nouveau à expérimenter.

Nous signalerons aussi parmi les communications de cette séance les deux présentations qui ont été faites, par M. Rayer, du mémoire de MM. Meynier et d'Eichthal, sur un point intéressant d'ethnologie, et par M. Flourens, d'une biographie de Marshall-Hall, par la veuve de cet éminent physiologiste.

Dr Brochin.

BEC-DE-LIÈVRE COMPLIQUÉ

prolongé jusqu'au voisinage de l'œil et séparant le nez de la joue. — Autoplastie avec diverses modifications opératoires. — Guérison presque complète.

Par M. le docteur BROCA.

Le fait que je viens communiquer à la Société de chirurgie offre quelque analogie avec celui qui lui a été présenté par M. Guersant, dans la séance du 22 février 1860 (voir *Bulletins de la Société de chirurgie*, 2e série, t. Ier, p. 113 et 118).

Dans le bec-de-lièvre compliqué, simple ou double, la division des parties molles occupe ordinairement toute la hauteur de la lèvre et s'élève jusqu'à la narine ; on a cru longtemps qu'elle ne remontait jamais plus haut.

Chez l'enfant nouveau-né que M. Guersant nous a présenté, nous avons vu la division des chairs se prolonger de chaque côté jusqu'à la paupière inférieure, de telle sorte qu'une large gouttière, tapissée par une membrane muqueuse, faisait communiquer la conjonctive avec la muqueuse buccale. La voûte palatine et le voile du palais étaient fendus, et les deux os inter-maxillaires, réunis sur la ligne médiane, étaient complétement séparés, à droite et à gauche, du reste de la mâchoire supérieure, par une fente assez étroite. La division verticale des deux joues devait donc être considérée comme due à la même cause que la division du squelette, et personne n'hésita à considérer cette affection comme un bec-de-lièvre compliqué. Il y avait toutefois une circonstance qui établissait une différence très-prononcée entre cette anomalie et celles qui caractérisent la famille des becs-de-lièvre : c'est que la double division des lèvres n'aboutissait pas aux ouvertures des narines ; elle passait de chaque côté à plusieurs millimètres en dehors des ailes du nez, c'est-à-dire à travers la joue ; il en résultait que le lobe médian était très-large, très-épais, qu'il n'était nullement atrophié, et que le nez n'était le siége d'aucune déformation.

Cas de M. Guersant. Bec-de-lièvre compliqué bilatéral se prolongeant de chaque côté jusqu'à l'œil, à travers la joue.



Le fait que j'ai observé offre, comme je l'ai dit, quelque analogie avec celui-là ; il en diffère toutefois par un caractère important qui le rapproche davantage du type des becs-de-lièvre ordinaires. La division remontait bien au-dessus du bord adhérent de la lèvre, comme dans le cas de M. Guersant, elle s'étendait même jusqu'au voisinage de l'œil ; mais elle passait par la narine, et elle remontait vers l'angle interne de l'œil, en séparant le nez de la joue.

Le nommé F..., tonnelier à Saint-Pardon, près Libourne, vint me présenter à Sainte-Foy, au mois de septembre dernier, sa petite fille, âgée de huit ans. Cette enfant était venue au monde avec un vice de conformation dont la figure II ne pourra donner qu'une idée amoindrie.

Cas de M. Broca. Bec-de-lièvre compliqué unilatéral, se prolongeant jusqu'au voisinage de l'œil, et séparant le nez de la joue.



A l'âge de quatre ans, elle avait été présentée à notre regrettable collègue Chaumet (de Bordeaux), qui s'était décidé, non sans quelque hésitation, à tenter une opération ; mais la réunion n'avait pu être obtenue, et, depuis lors, plusieurs chirurgiens de Bordeaux avaient refusé de faire une tentative nouvelle.

Le visage de cette pauvre enfant était vraiment horrible. Il y avait entre les deux parties de l'arcade alvéolaire un écartement de près de deux centimètres ; les chairs, plus écartées encore, laissaient apercevoir les dents de chaque côté ; la partie droite de la lèvre inférieure était très-peu développée, ainsi que la joue adjacente ; en mesurant la distance de chaque commissure buccale à la paupière inférieure correspondante, on trouvait six millimètres de moins à droite qu'à gauche.

Au premier abord, on pouvait croire que la moitié droite du nez faisait presque entièrement défaut, car la fosse nasale droite était largement ouverte sur le côté, et on apercevait la cloison dans une grande étendue, comme si toute la paroi externe de cette fosse eût été excisée. Mais, en y regardant de plus près, on retrouvait près de la ligne médiane, au niveau du lobule, qui était dévié à gauche, un rebord cartilagineux, presque vertical, quelque peu curviligne, qui représentait le bord libre de la narine. Ce bord curviligne aboutissait en bas à la sous-cloison et se continuait avec le bord gauche de la division de la lèvre supérieure ; en haut, il se continuait, sans ligne de démarcation bien tranchée, avec la lèvre interne d'une division verticale, qui remontait jusqu'à 1 centimètre du grand angle de l'œil ; cette division, qui constituait la partie supérieure du bec-de-lièvre, séparait évidemment le nez de la joue, et le doigt porté dans l'angle supérieur de la solution de continuité des parties molles constatait sur le squelette l'existence d'une fissure située manifestement entre la branche montante du maxillaire supérieur et l'os propre du nez.

L'écartement des os maxillaires et palatins était si considérable que la fosse nasale droite et la cavité buccale ne faisaient littéralement qu'une seule cavité. La langue occupait continuellement la partie supérieure de cette cavité unique ; elle était par conséquent toujours dans la fosse nasale, et la pointe de cet organe, se mouvant entre le nez et la joue, au-dessus du niveau de l'arcade alvéolaire, donnait à la physionomie de l'enfant l'aspect le plus hideux qu'on puisse imaginer.

J'aurais bien voulu faire reproduire par la photographie ce curieux vice de conformation ; mais l'enfant, qui se souvenait de sa première opération, et qui savait qu'on voulait l'opérer encore, avait une telle frayeur en présence des étrangers, elle se débattait tellement et poussait des cris si persistants, qu'il fallut y renoncer. Je dus me borner à prendre à la hâte un croquis très-imparfait que je montre à la Société.

Les détails les plus importants de ce croquis ont été transportés par M. Vien sur le calque d'une photographie faite quelques semaines après l'opération. Ce dessin est donc en partie schématique ; je l'ai fait faire pour rendre la description plus claire ; mais ayant été fait d'après un modèle sur lequel la plupart des difformités étaient déjà corrigées par suite de mon opération, il ne donne qu'une idée très-imparfaite de la déviation du nez, de la petitesse de la joue et de la conformation de la bouche.

L'écartement des bords de la division de la lèvre était tel que la réunion ne présentait que peu de chances de succès. La principale difficulté venait de l'atrophie considérable de la partie droite de la lèvre et de la joue correspondante. J'espérais toutefois qu'en séparant au loin les chairs du squelette, il deviendrait possible d'obtenir un allongement suffisant. Je me décidai donc à tenter l'opération. Elle fut faite le 21 septembre 1861 avec l'aide de mon père et de mon confrère le docteur Boymier. L'enfant fut tenue jusqu'à la fin sous l'influence du chloroforme ; il fallut l'endormir deux fois, parce que l'opération dura plus d'une demi-heure.

J'avais à lutter contre deux obstacles : l'insuffisance des chairs et la situation de la langue, qui ayant toujours, si je puis ainsi dire, habité la fosse nasale et ayant en quelque sorte perdu son droit de domicile dans la bouche, serait venue après l'opération, si je ne m'y étais opposé, comprimer, refouler les chairs suturées au niveau de l'écartement des os, et détruire la substance molle de la cicatrice après l'ablation des épingles.

Cette action nuisible de la langue, trop peu étudiée par les chirurgiens, est certainement l'une des principales, probablement même la principale cause de l'insuccès de l'opération du bec-de-lièvre compliqué.

Notre collègue, M. Goyrand (d'Aix), l'a reconnu pour la première fois au mois de novembre 1853 ; au mois d'octobre suivant, je fis la même observation sur une petite fille de deux ans, que j'opérai à l'Hôtel-Dieu, et chez laquelle, après un succès qui paraissait complet, je vis la pointe de la langue détruire de haut en bas le tiers supérieur de la cicatrice. Frappés l'un et l'autre de cette cause d'insuccès, nous nous occupâmes, chacun de notre côté, d'y porter remède. M. Goyrand fit construire à cet effet un petit appareil, qu'il nous montra dans la séance du 21 novembre 1855. C'est un abaisse-langue, composé d'une spatule en ivoire qui se fixe sur une mentonnière en métal, et qui tient la langue abaissée sur le plancher de la bouche pendant une quinzaine de jours après l'opération, jusqu'à ce que la cicatrice soit bien solide. Cet appareil a été appliqué avec succès, le 25 mars 1854, sur une petite fille de cinq mois qui avait déjà subi à l'âge d'un mois une opération infructueuse. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1re série, t. VI, p. 265 (novembre 1855), et *Bulletin de thérapeutique*, 28 février 1856, t. L, p. 156.)

De mon côté, sans connaître ce fait, qui n'était pas encore publié, j'avais cherché à remplir autrement la même indication. Appelé à opérer, en mai 1855, avec le concours de M. Monod, un enfant de deux ans que deux de nos collègues avaient déjà opéré sans succès, je songeai d'abord à faire construire par M. Charrière un obturateur palatin que je me proposais de laisser en place pendant quelques semaines ; mais après plusieurs essais, M. Charrière ne put réussir à fixer convenablement, sur un enfant aussi jeune et fort indocile, ce moyen prothétique. J'eus recours alors à un procédé que j'ai déjà mentionné dans la séance du 21 novembre 1855, à l'occasion de la communication de M. Goyrand (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 266). Je passai à travers les ailes du nez, suivant le procédé

de Dieffenbach et de M. Phillips, l'aiguille à boulon mobile de M. Thierry, et je me servis de ce point d'appui pour fixer derrière la suture, entre la lèvre recousue et le plan de l'arcade dentaire, une lame de caoutchouc vulcanisé, qui, se réfléchissant au-dessous du bord libre de la lèvre, venait s'appliquer au-devant de la suture; cette lame formait donc une gouttière ouverte en haut, embrassant dans sa concavité toute la lèvre, y compris les sutures et les bandelettes agglutinatives, s'attachant en haut par un nœud à rosettes sur l'aiguille de Thierry, pouvant être abaissée à chaque pansement, et être remise aussitôt en place. Lorsqu'on a soin de relâcher le boulon au bout de trois ou quatre jours, l'aiguille nasale peut rester en place sans inconvénient pendant une dizaine de jours, et soutenir ainsi la gouttière de caoutchouc jusqu'à ce que la cicatrice ait une solidité suffisante.

J'eus recours à ce procédé avec un plein succès chez l'enfant que j'opérai le 24 mai 1855, en présence de MM. Monod et Herpin. Depuis lors je m'en suis servi dans tous les cas de bec-de-lièvre compliqué que j'ai opérés, et il a *constamment* réussi, excepté chez un enfant de quelques mois, qui ne put supporter plus de quatre jours l'aiguille nasale. Le nez étant très-petit, le pas de vis s'était trouvé trop court, et il avait fallu pousser le boulon avec un bouchon de liége, fixé tant bien que mal avec un fil. Soit que la pression fût trop forte, soit qu'elle fût mal dirigée, le boulon fit rapidement ulcérer la peau, et pénétra dans l'aile du nez; de telle sorte qu'il fallut enlever l'aiguille nasale au bout de quatre jours, en même temps que la dernière épingle. La lame de caoutchouc n'étant plus soutenue dut donc être enlevée, précisément au moment où sa présence allait devenir nécessaire; la lèvre, qui était bien réunie, se divisa de nouveau de haut en bas sous la pression de la langue, et au bout de dix jours, malgré l'emploi des bandages unissants les plus efficaces, la cicatrice fut entièrement détruite.

Cet échec, loin de me décourager, m'avait prouvé au contraire combien il importe de protéger pendant plusieurs jours contre l'action de la langue la molle cicatrice du bec-de-lièvre compliqué; depuis lors, j'avais appliqué deux fois avec succès ma petite gouttière de caoutchouc, et je n'avais aucune raison d'y renoncer, lorsque la complication insolite qui existait chez la petite F... me força à recourir à un autre moyen.

Chez cette enfant, en effet, l'aiguille nasale ne pouvait pas être appliquée, puisque l'aile droite du nez, séparée de la joue, ne pouvait lui fournir un point d'appui. Je fus donc obligé de revenir à ma première idée, qui consistait, comme je l'ai déjà dit, à fixer un obturateur dans l'écartement de la voûte palatine et de l'arcade dentaire; mais privé des ressources qu'on trouve dans les grandes villes chez les fabricants d'instruments de chirurgie, je dus chercher un moyen propre à remplacer, au moins pendant quelques jours, les obturateurs plus parfaits dont je ne pouvais disposer.

Je me servis à cet effet d'une lame de plomb, épaisse d'un demi-millimètre, longue de 5 centimètres, large de 3, et préalablement percée de deux petits trous pour le passage d'un fil suspenseur. Les deux parties de la lèvre ayant été disséquées et détachées de l'arcade alvéolaire dans une étendue suffisante, j'appliquai ma lame de plomb transversalement entre la lèvre et l'arcade dentaire; puis je la recourbai en gouttière au-dessous du bord de cette arcade, et une légère pression faite avec les doigts suffit pour la faire rester en place. Toutefois, craignant que la pression de la langue ne fît tomber cet obturateur (crainte chimérique, comme on le verra tout à l'heure), je passai une anse de fil à travers deux trous percés près du bord postérieur de la lame de plomb, dans le point qui correspondait au milieu de l'écartement des os. Alors, avec une aiguille droite à manche, je fis passer les deux chefs de ce fil à travers la cloison, puis à travers la paroi latérale gauche du nez, et je les fixai sur un petit bout de sonde au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche.

Cet obturateur, comme on voit, se composait de deux parties, l'une antérieure et verticale placée entre l'arcade dentaire et la lèvre, l'autre horizontale recourbée au-dessous du bord de cette arcade. Il resta en place jusqu'au 3 octobre, c'est-à-dire pendant douze jours, et protégea parfaitement la cicatrice contre l'action de la langue. Pour en finir avec cet obturateur, je dois dire qu'au bout de douze jours, lorsque mon père, après mon départ, voulut l'enlever, la section du fil suspenseur ne suffit pas à le rendre mobile; des tractions assez fortes furent nécessaires pour l'ébranler, et mon père, craignant que cette action violente, rendue plus périlleuse encore par la résistance agitée de l'enfant, ne déchirât la cicatrice, fut obligé de diviser la lame de plomb avec des ciseaux et de l'extraire en deux moitiés. Je pense donc qu'à l'avenir on pourra appliquer l'obturateur en plomb sans fil suspenseur, et ce moyen me paraît maintenant préférable à la lame de caoutchouc pour remplir l'indication de protéger la cicatrice contre l'action de la langue.

Je dois parler maintenant du procédé opératoire auquel j'ai eu recours pour la réunion des parties molles. L'atrophie ou, si l'on veut, l'arrêt de développement de la joue droite, équivalait à une véritable perte de substance qui ne pouvait être comblée que par l'autoplastie.

J'avivai d'abord le bord droit de la division des parties molles dans toute son étendue, et je prolongeai cet avivement jusqu'à la commissure droite de la bouche; puis je détachai du squelette la lèvre supérieure droite et la joue du même côté jusqu'à deux centimètres en dehors de la commissure, en évitant, bien entendu, d'atteindre le trou sous-orbitaire, où j'aurais divisé le nerf et l'artère du même nom.

Passant alors au bord gauche de la division, j'avivai ce bord de haut en bas jusqu'au point *a*, où me paraissait commencer le cartilage de l'aile droite du nez. Ce point *a* devait être affronté sur le bord opposé avec le point *a* situé un peu plus bas, car il fallait que le bord de l'aile du nez devînt à peu près horizontal, de vertical qu'il était; sans cela, la forme du nez n'eût pas été rétablie.

Mais il en résultait que la partie gauche de la lèvre, déjà trop courte, allait être relevée, et par conséquent rendue plus courte encore. Pour remédier à cet inconvénient, je résolus de prendre un lambeau sur la partie gauche de la lèvre, et de le fixer au-dessous de la partie droite jusqu'à la commissure.

Au lieu donc d'aviver simplement le bord gauche de la lèvre, que j'avais préalablement disséqué jusqu'au niveau de la commissure, je fis, à partir de la sous-cloison, une incision profonde, légèrement curviligne, à concavité supérieure, obliquement dirigée en dehors; j'obtins ainsi un lambeau épais, long de 2 centimètres environ, qu'il me fut facile de rendre horizontal, que j'attirai de gauche à droite comme un tiroir, que je fis glisser au-dessous de la partie droite de la lèvre, et dont je fixai le sommet au niveau de la commissure droite, à l'aide d'un point de suture entrecoupée. Le reste de la division fut réuni par la suture entortillée; et comme le bord de l'aile du nez n'avait pas été avivé, j'obtins une narine ronde qui recevait aisément une sonde de femme, et qui ressemblait tout à fait à la narine du côté opposé.

L'opération terminée, la forme du visage était rétablie d'une manière vraiment inespérée; mais il y avait beaucoup de tiraillement au niveau du point de suture supérieur de la lèvre, c'est-à-dire immédiatement au-dessous de la narine. J'appliquai par-dessus la suture de la lèvre un bandage unissant en diachylon.

Dès le lendemain, 22 septembre, j'enlevai le point de suture entrecoupée qui fixait le sommet du lambeau dans la commissure droite.

Le 23, j'enlevai les deux épingles inférieures qui correspondaient au lambeau; il restait encore quatre épingles, deux au-dessus de la narine, deux au-dessous. Je vis avec satisfaction que mon lambeau était parfaitement réuni.

Le 24, j'enlevai les deux épingles supérieures; la partie de la division qui s'étendait de la narine à l'angle interne de l'œil était parfaitement réunie.

Je me reproche de n'avoir pas enlevé le même jour les deux dernières épingles; je m'étais assuré que les parties qu'elles rapprochaient étaient réunies par première intention, et le succès me paraissait complet. Mais d'une part le tiraillement des chairs, d'une autre part l'indocilité de l'enfant, qui s'agitait et criait violemment chaque fois qu'elle entendait un pas dans l'escalier, me firent craindre que le bandage unissant ne fût insuffisant pour protéger cette cicatrice de trois jours. Je n'enlevai donc mes deux dernières épingles que le 26 septembre, c'est-à-dire cinq jours après l'opération.

Ce jour-là je reconnus que les chairs étaient ulcérées sur le trajet de l'épingle supérieure, adjacente à la narine; la cicatrice n'était pas encore détruite, mais elle commençait à céder de haut en bas; il y avait déjà un peu de suppuration sur l'ouverture de la narine, et tout annonçait que cette ouverture allait s'agrandir considérablement de haut en bas aux dépens de la lèvre.

Pour conjurer ce danger, si c'était possible, je fis sur la joue droite, à environ 2 centimètres en dehors de la cicatrice, une petite incision verticale qui diminua sensiblement le tiraillement; mais cela fut inutile, et les deux cinquièmes supérieurs de la lèvre, correspondant aux deux épingles qui avaient séjourné cinq jours dans les chairs, s'écartèrent progressivement, jusqu'à constituer une ouverture qui, réunie à la narine, pouvait admettre le bout du doigt.

J'ai lieu de croire que l'inflammation provoquée par le séjour trop prolongé des épingles, a contribué plus encore que le tiraillement des chairs à faire échouer cette partie de l'opération. Je regrette donc de n'avoir pas enlevé ces épingles au bout de trois jours, comme les autres.

Je quittai Sainte-Foy le 30 septembre, et mon père continua les pansements. J'ai déjà dit qu'il enleva l'obturateur en plomb le 3 octobre, c'est-à-dire douze jours après l'opération.

La partie de la cicatrice qui avait résisté était assez solide pour que la pression de la langue ne fût plus à craindre.

Le résultat définitif de l'opération a été constaté sur une photographie que je présente à la Société, et qui est reproduite sur la figure II. Cette photographie a été faite six semaines après l'opération. La forme de la bouche est parfaitement rétablie; celle du nez n'est pas moins satisfaisante, mais il reste au-dessous de la narine un trou assez large pour recevoir le bout du doigt. Une opération ultérieure des plus simples permettra de corriger ce dernier reste de la difformité. La joue droite est toujours moins haute que la gauche. Toutefois, l'ouverture buccale, grâce à l'épaisseur du lambeau, est devenue presque transversale; elle était beaucoup plus oblique avant l'opération.

Enfin, mon père m'a écrit que le 12 octobre, c'est-à-dire au bout de vingt et un jours, l'écartement des os maxillaires était déjà réduit de près de moitié. Je ne doute pas que depuis lors ces os ne se soient rapprochés de plus en plus.

Je dois à l'obligeance de M. Giraldès la communication d'un procédé opératoire autoplastique analogue à celui que j'ai employé pour reconstituer la moitié droite de la lèvre. Ce procédé a été employé par notre collègue de Berlin, M. Hermann Friedberg, et il est publié avec un dessin dans le numéro de juillet 1856 de *British and Foreign Medico-Chirurg. Review*, nº 35, p. 208. Dans un cas de bec-de-lièvre compliqué, où, comme chez mon opérée, la substance des lèvres faisait défaut plus que de coutume, M. Friedberg fit, à partir du bord inférieur de la narine, une incision horizontale, rendue oblique à sa partie externe, et tailla ainsi, *aux dépens de la joue*, un lambeau qui lui servit à recompléter la lèvre. Je ne connaissais pas cette observation, mais le procédé de M. Friedberg n'aurait pas été applicable chez ma petite malade, parce que la joue correspondante était déjà beaucoup trop petite, et qu'il n'eût pas été possible de lui emprunter un lambeau sans aggraver la difformité.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Spléno-mégalie ancienne donnant lieu à une fièvre intermittente.

Inefficacité de l'extrait de quinquina Armand et de l'alcoolé de quinine. Efficacité des douches froides.

(Observation recueillie par M. L. Guichard, interne du service.)

Le nommé R..., âgé de cinquante et un ans, garde des eaux, est entré dans le service de M. le professeur Piorry, salle Saint-Charles, le 13 janvier dernier.

Ce malade, qui est resté douze ans en Afrique dans la division d'Oran, n'est arrivé en France que depuis dix-huit mois.

Pendant les dix premières années de son séjour en Afrique, il a habité successivement Oran, Arzew et Mostaganem, et a toujours joui d'une santé parfaite. Ces dix années écoulées, il s'est rendu dans la plaine de Relizane, qui est peuplée de marais. C'est là que pour la première fois de sa vie il a éprouvé des accès fébriles intermittents tellement violents, qu'il a fallu le transporter aussitôt à l'hôpital de Mostaganem, où on lui a administré le sulfate de quinine en poudre et en solution. Au bout de quelques jours, il est sorti de cet hôpital dans un état de santé satisfaisant.

Pendant son séjour dans la plaine de Relizane, qui a duré deux ans, il a éprouvé à trois fois différentes les mêmes accidents fébriles intermittents, dont l'intensité allait toujours en augmentant.

Dans les premiers jours de juillet dernier, il s'est rendu à Paris pour se faire soigner de sa fièvre intermittente, qui ne l'abandonnait pas depuis longtemps. Il a été traité sans succès par le sulfate de quinine en poudre et en pilules. C'est alors que ne voyant survenir aucune amélioration dans son état de santé, il s'est décidé à entrer à l'hôpital de la Charité.

Voici quel est son état actuel :

Ce malade, de haute taille, de constitution forte, est très-amaigri; son teint est grisâtre. Lorsqu'il monte un escalier, sa respiration est gênée. Il a perdu complétement l'appétit. Cet homme se plaint d'éprouver tous les jours, de neuf heures à onze heures du matin, de violentes névralgies, ayant leur siége dans les régions sourcilière et sus-orbitaire. Ces douleurs sont immédiatement suivies d'un accès fébrile très-caractérisé, dont la durée est de deux heures.

La rate est volumineuse, et a plessimétriquement de haut en bas 8 centimètres. M. le professeur Piorry prescrit au malade trois cuillerées d'extrait de quinquina Armand.

Le 14 janvier, le malade a éprouvé, de sept à huit heures du soir, les mêmes accidents que la veille, mais avec un peu moins d'intensité.

La rate a encore 7 centimètres.

Nouvelle administration de trois cuillerées d'extrait de quinquina Armand.

Le 15, le malade est dans le même état que la veille. La rate n'a pas changé de volume. On prescrit 1 gramme d'alcoolé de quinine.

Le 16, aucune amélioration. La rate conserve toujours le même volume.

Le 20, M. le professeur Piorry prescrit une douche froide sur la région splénique.

Le 21, l'état du malade est un peu amélioré. La rate est descendue à 6 centimètres et demi.

Depuis cette époque jusqu'au 8 février, cet homme a reçu tous les deux jours une douche froide sur la région splénique, et de jour en jour les névralgies et les accès fébriles ont diminué d'intensité à mesure que la rate a perdu de son volume.

Le 8 février, le malade part pour Vincennes dans un excellent état de santé. Tous les accidents qu'il éprouvait ont disparu, et la rate est revenue à son état normal, c'est-à-dire à 4 centimètres et demi.

Cas de molybdentérie (colique saturnine) guérie par l'emploi de la limonade azotique et les lavements purgatifs.

Le 6 janvier 1862 est entré dans le même service le nommé M..., âgé de soixante-quatre ans, ouvrier à la fabrique de Clichy.

Ce malade, d'une faible constitution et qui manie le plomb depuis deux ans, est très-amaigri. Il y a deux mois, il a été pris de violentes coliques qui l'ont forcé d'entrer à l'hôpital Beaujon (service de M. Frémy. Au bout de quelques jours il est sorti de cet hôpital complétement guéri. Il s'est aussitôt remis à son travail, et il y a cinq jours il a éprouvé et éprouve encore de nouvelles coliques, dont l'intensité et la durée ne le cèdent en rien aux précédentes. Aujourd'hui le malade présente l'état suivant :

Son teint est jaunâtre et analogue à celui qu'ont les malades atteints de cachexie cancéreuse. Sa peau se colore sous l'influence de frictions souvent répétées avec la main. Depuis trois jours il n'est pas allé à la selle, et l'S iliaque du côlon et le côlon descendant, contenant des matières fécales, ne sont point le siége de douleurs. Au contraire, les portions de l'intestin situées au-dessus et ne contenant que des gaz, sont le siége de vives douleurs.

Le malade ressent des crampes dans tous les membres. Tous ses muscles ont perdu de leur force; néanmoins, les extenseurs paraissent plus affectés que les fléchisseurs. Le liséré bleu des gencives est très-marqué. Le malade ressent une saveur sucrée, et son haleine exhale une odeur d'une fétidité particulière. Depuis deux mois, sa vue s'affaiblit de jour en jour. Sa parole est difficile et entrecoupée; il balbutie et rend difficilement compte de ce qu'il éprouve. Sa mémoire est considérablement affaiblie. Il y a abolition du sentiment de la douleur dans les bras et les avant-bras. Le malade ressent de vives douleurs au niveau des deux genoux.

Voici la mesure plessimétrique du foie, du cœur et de la rate :

Le foie a 12 centimètres de haut en bas; le cœur, 10 centimètres d'un côté à l'autre; la rate, 4 centimètres 1/2 de haut en bas.

M. Piorry prescrit au malade de la limonade azotique et des lavements purgatifs au sirop de nerprun et aux follicules de séné.

Le 9 janvier, le malade trouve que son état de santé s'est beaucoup amélioré; ses coliques ont presque complétement disparu.

Le 10, disparition complète des coliques; les crampes dont se plaignait le malade sont moins fortes que précédemment.

Le 12, douleurs très-vives dans les articulations scapulo-humérales. Dans la nuit du 11, il a éprouvé de la céphalalgie et quelques frissons, qui ont été suivis de chaleur et de sueur.

La rate, mesurée par le plessimètre, présente 6 centimètres et demi de haut en bas. M. Piorry fait la prescription suivante : continuer l'usage de la limonade azotique, prendre trois cuillerées d'extrait de quinquina Armand; vin de Bordeaux, 200 grammes.

Le 13, le malade va beaucoup mieux et n'a point éprouvé d'accès fébrile la nuit précédente.

Le 15, il a éprouvé la nuit dernière, quoique avec une intensité beaucoup moindre, les mêmes accidents dont il s'était ressenti trois jours auparavant.

La rate, mesurée au plessimètre, présente de haut en bas 5 centimètres. — Trois cuillerées d'extrait de quinquina Armand.

Le 16, le malade n'a pas eu d'accès fébrile la nuit précédente. Depuis ce jour jusqu'au 29 sa santé s'est de jour en jour améliorée, et tous les accidents qu'il éprouvait à son entrée à l'hôpital avaient complétement disparu le jour de sa sortie.

Le 29 janvier, il part pour Vincennes dans un état de santé très-satisfaisant.

HOPITAL DE MAYOTTE. — M. MONESTIER, chirurgien de 2e classe de la marine impériale.

Observation de fièvre ictérique.

Vers la fin d'août 1861, M. F..., garde du génie, subissait pour la seconde fois des atteintes de fièvre ictérique.

Ce garde, qui séjourne à Mayotte depuis trente-deux mois, a eu de fréquentes atteintes de fièvre intermittente simple; puis les accès se sont compliqués de symptômes bilieux; enfin, en janvier 1861, la fièvre ictérique modérée se montrait.

Depuis, l'anémie s'est accrue, et malgré la belle saison la maladie reparaissait à huit mois d'intervalle, cette fois plus grave, mais non pernicieuse. Entre ces deux atteintes, M. F... avait eu assez souvent des accès intermittents simples.

Le frisson initial avait été précédé par un malaise général, de la langueur, de l'inappétence, des envies de vomir, etc.

Des accès rémittents, double-quotidiens, avec vomissements de bile très-fréquents mais non continus, avec des urines caractéristiques, redevenant normales pendant la diminution des paroxysmes, l'ictère, la prostration, tels étaient les symptômes dominants.

La quinine, prise dès le deuxième jour à la dose de 1 gramme 20, et continuée pendant trois jours, n'empêcha pas la maladie de s'aggraver. L'eau de Seltz diminua les vomissements; la chaleur sèche de la peau persistant, nous donnâmes pendant deux jours de suite des potions à la poudre de Dower. Pourquoi la poudre de Dower? C'est que sous cette forme l'ipéca, loin de faire vomir, calme le vomissement et pousse à la diaphorèse. La moiteur, en effet, fut le signal d'une rémission assez prolongée.

D'autre part, le calomel avait facilité les évacuations alvines; mais quatre jours après l'invasion, sept jours après les prodromes, quand les accès étaient redevenus simples, franchement intermittents, très-modérés, la prostration s'était considérablement accrue; un dégoût excessif pour les aliments ne pouvait permettre au malade de réparer ses forces. Le pouls était accéléré, très-ténu; il y avait de la dyspnée. Tout pouvait faire redouter des syncopes. Alors, coupant court aux médications évacuantes et antipériodiques, nous avons recouru aux remèdes tétaniques. La noix vomique fut préférée à la strychnine, tant à cause de son action moins violente qu'au point de vue de l'état du malade, lequel, quoique grave, n'était point désespéré.

Des potions à la noix vomique de 0,05 à 0,10 avec teinture de cannelle et extrait de kina gris, de 4 à 6 grammes, la teinture de kina, ne tardèrent pas à donner du ton à l'économie, à rétablir la digestion et à rendre le malade à la santé. Le fer venait ensuite à notre aide, et après quinze jours de maladie, M. F... reprenait ses occupations actives.

Nous avons un peu insisté sur la description de ce traitement, pour faire ressortir les bénéfices d'une médication autre que celle des antipériodiques à une certaine période de la fièvre ictérique.

Lorsque les accès sont enrayés, la quinine doit céder le pas à un autre ordre de médicaments. Il est urgent de soustraire l'économie à cette prostration que l'on observe habituellement, sous peine de voir le malade, guéri de la fièvre, succomber aux suites des accès.

Rien n'empêche, du reste, et il est bon, au contraire, de donner, en prévision du retour de la fièvre, après un septénaire, de légères doses de quinine à intervalles éloignés, quand l'estomac commence à fonctionner plus régulièrement et quand le système nerveux est sorti déjà de la torpeur où il était plongé.

L'indication du médicament tétanique nous semblerait plus formelle encore après des accès pernicieux, le système cérébro-spinal étant alors stupéfié davantage.

Il est difficile d'admettre, comme l'avance M. Dutroulau dans un ouvrage que nous venons de lire tout récemment, que l'accès jaune revêt habituellement à Madagascar le type intermittent ou rémittent sans complications graves, tandis que la fièvre bilieuse hémorrhagique ou hématurique, dont les symptômes bilieux se compliquent de phénomènes ataxo-adynamiques, s'observerait surtout aux Antilles et à la Guadeloupe plus qu'à la Martinique. Les accès les plus graves, les accès pernicieux ictériques, prennent souvent, à Mayotte, l'aspect d'une fièvre continue, sinon de prime abord, du moins après des accès rémittents non combattus. Les urines, au lieu de recouvrer leur coloration normale, se suppriment à mesure que la maladie se prolonge et s'aggrave. Des accidents cérébraux, le coma, apparaissent; l'ataxo-adynamie peut survenir aussi, mais surtout après la cessation des accès. Il y a des accès pernicieux avec urines acajou, d'aspect sanguinolent, avec vomissements bilieux très-intenses et pourtant sans ictère, ou du moins avec une teinte jaunâtre à peine sensible de la conjonctive. Ces accès sont appelés ictériques par ceux qui attribuent à la bile la coloration particulière des urines.

La fièvre ictérique de Madagascar, d'autres l'ont dit avant moi, se présente sous des aspects fort divers. Il faut donc, dans le traitement, faire la part de l'élément paludéen et celle des complications; il faut faire la part de cette sorte d'état typhique qui semble résulter d'une véritable toxicohémie.

A PROPOS DE LA DISCUSSION

SUR L'HYGIÈNE DES HOPITAUX (1).

Il me reste, pour compléter l'aperçu rapide des imperfections de nos établissements hospitaliers et l'indication des réformes principales qu'il me paraîtrait urgent d'y introduire, à parler des modes de chauffage, d'éclairage et de ventilation des salles, et du service des infirmiers.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 11, 20 février et 4 mars.

L'éclairage au gaz adopté dans tous les hôpitaux est certainement préférable à l'éclairage à l'huile. Autrefois on se plaignait beaucoup de la fumée des lampes. Le gaz *bien épuré* n'a pas les mêmes inconvénients; sa combustion ne répand dans l'atmosphère, d'une manière sensible, que de la vapeur d'eau et de l'acide carbonique.

Malheureusement j'ai constaté que le gaz de quelques hôpitaux (Saint-Louis et Bicêtre) n'est pas suffisamment épuré. Or c'est précisément à Saint-Louis que ce gaz impur sert à la fois de chauffage et d'éclairage. La plupart des calorifères, et surtout des calorifères à gaz, qui chauffent bien du reste, ont par leur disposition vicieuse le double inconvénient de répandre dans les salles des torrents d'acide carbonique, quelquefois d'acide sulfureux, et de ne pas opérer par cela même la ventilation si efficace des cheminées. S'ensuit-il qu'il faille proscrire le chauffage au gaz? Certainement non. Peu importent les sources de la chaleur, pourvu que l'on puisse obtenir économiquement une température convenable. Ce qui est désirable, c'est que les appareils soient disposés de manière à établir des courants d'air qui tout en ventilant les salles, entraînent au dehors les produits de la combustion.

Pourquoi ne pas établir des cheminées dont le foyer chauffé par le gaz rougirait des cylindres de fonte et élèverait ainsi par rayonnement la température de petites salles de 20 lits? On établirait en même temps un tirage qui ventilerait les couches inférieures de cette atmosphère confinée.

Mais pour la distribution régulière de la chaleur, la cheminée doit être placée sur le milieu du grand côté des salles, que nous supposons avoir une disposition rectangulaire. Avec une cheminée d'appel je conçois l'addition du calorifère à tuyaux droits (les coudes trop multipliés des calorifères actuels nuisent au tirage), si la chaleur du foyer principal était insuffisante.

Une telle ventilation serait encore incomplète, elle ne purifierait que les couches inférieures; les couches supérieures ne sont réellement débarrassées des corpuscules flottants que par la création d'un courant d'air se faisant en quelque sorte par *éclusées*, à l'aide d'ouvertures placées de face au-dessous du plafond aux deux extrémités des salles, et s'ouvrant d'un côté dans un vaste couloir, et de l'autre à l'extérieur. Cette disposition est adoptée dans les hôpitaux de Varsovie nouvellement construits. Pour mieux atteindre ce but, on les a bâtis par pavillons symétriques placés au milieu de vastes parcs boisés avec soin. Les *felczers* ou *petits chirurgiens* ouvrent de temps en temps ces ouvertures de ventilation, et les ferment dès que l'air des salles commence à se refroidir.

L'air, pénétrant ainsi par les parties supérieures, s'échauffe graduellement à mesure qu'il descend par son propre poids et le tirage des foyers. Ce système, d'une simplicité primitive, permet de renouveler l'air autant qu'on le désire, sans exposer les malades à l'action subite du froid, ainsi que cela a lieu dans la plupart de nos hôpitaux, où les croisées sont à la hauteur des lits.

Quelques hôpitaux de Paris, il est vrai, tels que Necker et Lariboisière, sont pourvus de systèmes particuliers de ventilation: celui de M. Léon Duvoir, qui consiste à aspirer l'air dans les salles, et celui de MM. Thomas, Laurens et Grouvelle, qui consiste à refouler l'air dans ces mêmes salles au moyen d'une machine. M. Grassi, qui a bien étudié ces deux systèmes, donne la préférence à celui de MM. Thomas, Laurens et Grouvelle, qu'il déclare cependant ne pas remplir exactement le programme des inventeurs, car les canaux de sortie sont loin d'attirer la quantité d'air refoulé par les canaux d'entrée, et l'air se confine ou s'échappe comme il peut par les portes et les fenêtres. Il convient, du reste, que ces systèmes sont avantageusement remplacés par l'ouverture des croisées quand le temps le permet. Or, si le temps permet toujours ce genre de ventilation dans les pays du Nord, ainsi que nous venons de le dire, je ne vois pas que cette pratique ne puisse être applicable dans nos climats en toute saison.

Il est certain qu'en adoptant ces systèmes l'administration a cru bien faire, attendu que l'un et l'autre sont relativement fort dispendieux. Mais comment se fait-il que l'on n'ait pas songé que pour renouveler l'air vicié dans un espace clos, il ne suffit pas d'y faire entrer une quantité d'air déterminée et d'en faire sortir autant? Les corpuscules organiques qui corrompent l'air n'existent pas à l'état de solution exacte ou de combinaison, mais à *l'état de mélange irrégulier et de corps flottants*. Pour disséminer ces *miasmes*, il est indispensable de renouveler l'air par *éclusées*, comme je l'ai déjà dit.

A mon sens, les hôpitaux que l'on nous cite comme modèles à cause de leurs systèmes coûteux de ventilation, sont les mieux disposés pour la dissémination des principes contaminants. Aussi ce procédé n'a-t-il été accepté pour aucun des hôpitaux étrangers. On ne l'a adopté que pour les mines, où tout autre moyen de renouveler l'air est impraticable.

D'après les statistiques, on nous dit que des hôpitaux bien aérés comme la Maison de santé comptent autant de décès que les grands hôpitaux. Faut-il s'en étonner, puisqu'ils sont, en fait, aussi insalubres? Les chambres de cet établissement s'ouvrent dans de vastes couloirs superposés, mal ventilés; aussi y perçoit-on la même odeur que dans les autres hôpitaux.

De grandes ouvertures devraient permettre de renouveler l'air à chaque instant, et, pour mieux assurer l'exécution de cette prescription hygiénique, une personne devrait être exclusivement chargée de ce soin. Dans l'état actuel des choses, qu'un érysipèle vienne fortuitement compliquer une opération, le germe du mal est introduit dans la maison; à chaque coup de bistouri la fatale complication est imminente, et si l'on néglige de chasser par des moyens convenables l'imperceptible ennemi, chaque tentative devient une témérité, et l'on se trouve bientôt en présence d'une longue et pénible série d'insuccès.

C'est par un enchaînement à peu près analogue que s'accroît à certaines époques le chiffre de la mortalité dans quelques maisons d'accouchement. Des conditions inaperçues, mais qui n'ont rien de mystérieux, favorisent l'infection puerpérale: une première accouchée plus prédisposée est atteinte, meurt et répand autour d'elle l'élément vivifié de l'infection. D'autres victimes la suivent dans la tombe; deux, trois mois se passent avant que l'administration ordonne l'évacuation des salles.

Que les salles, après avoir été blanchies et soumises à un repos, soient peuplées de nouveau, et l'épidémie n'existe plus.

N'est-ce pas ainsi que les choses se passent habituellement? Quelle autre démonstration veut-on pour établir que la plupart de ces calamités tiennent à des conditions entièrement locales?

On s'est plaint depuis longtemps avec juste raison de l'insuffisance du personnel des infirmiers. Si je pouvais m'étendre longuement sur ce sujet, je montrerais par des exemples nombreux que, sauf quelques rares exceptions, la qualité est loin de suppléer au nombre.

Comment pourra-t-on nous persuader, par exemple, qu'une seule personne suffise pour une salle de plus de quarante lits? Huit fois sur dix, cette personne est convalescente ou demi-valide. De graves inconvénients résultent de cette organisation. D'abord les malades sont mal soignés; ensuite vient la nécessité, pour suffire à un surcroît de travail, de commencer le service à quatre heures du matin: lorsque les malades graves commencent à goûter ce repos si nécessaire et souvent si réparateur du matin, ils sont réveillés par le bruit du service. C'est vers cinq heures que l'on fait les lits, et pour se soustraire à la poussière, on est souvent obligé d'ouvrir alors les croisées, qu'on a si grand soin de tenir fermées dans la journée. De là souvent ces refroidissements et ces complications inattendues, qui aggravent l'état des malades.

Enfin la position précaire que l'on fait aux infirmiers, le peu de soin que l'on met à les choisir, sont cause qu'on est dans la nécessité de les remplacer souvent. Nouvel embarras pour le service; à peine un infirmier est-il au courant, qu'il est remplacé par un autre qui a tout à apprendre. Ne pourrait-on pas, pour améliorer cette partie si importante du service, créer un corps d'infirmiers comme dans l'armée, en exigeant de ces utiles serviteurs (dont on pourrait diminuer le nombre en leur adjoignant des aides dont ils seraient responsables) quelques connaissances spéciales, et, par-dessus tout, une moralité non douteuse? Inutile d'ajouter qu'ils devraient être rémunérés en raison des services qu'ils seraient appelés à rendre.

CHALVET,
interne des hôpitaux.

TRAITEMENT DU DIABÈTE AVEC LE SUCRE,
Par M. BURRESI, de Sienne.

Le professeur de chimie médicale de l'Université de Sienne recommande de ne pas bannir les matières sucrées du traitement de la glucosurie; voici les deux faits qu'il cite à l'appui de cette manière de voir.

Un paysan de cinquante-deux ans, qui, à l'apogée de la maladie, fournissait journellement 30 livres d'urine, contenant de 5 à 6 pour 100 de sucre, maigrissait de plus en plus, malgré l'usage d'une diète exclusivement animale, du sulfate de fer et de l'extrait gommeux d'opium, au point qu'au bout de trois mois de ce traitement il ne pouvait plus se lever du lit, avait des désordres graves du côté de la digestion, et parfois du délire.

Ayant alors supprimé tout médicament et diminué la quantité de viande, l'auteur ajouta à ce régime alimentaire, 2 soupes, 4 onces de pain, 8 de vin, 16 de figues sèches et 8 onces réparties entre de la moutarde et de la glucose (glucosio); la quantité des urines diminua bientôt, les forces revinrent; la digestion reprit une marche normale, la soif se modéra, la nutrition et la coloration de tout le corps s'améliorèrent, au point qu'au bout de trois mois le malade put quitter la clinique dans un état satisfaisant, bien qu'il émît encore de 8 à 10 livres d'urine sucrée par vingt-quatre heures.

Le second malade était un jardinier octogénaire, atteint de diabète depuis trois mois environ, dont les urines, contenant 5,78 pour 100 de sucre, atteignirent 25 livres par jour, pour 12 livres de boisson seulement. Régime mixte de viandes et de légumes, 2 soupes, 4 onces de pain, 10 de vin et 16 onces en dattes et figues sèches de Marseille. L'urine descendit jusqu'à 18 livres, mais pour contenir 8,298 de sucre pour 100. Aux dattes et aux figues sèches furent substituées 8 onces de moutarde et glucose. Dès lors, les urines ne dépassèrent pas 12 à 13 livres par jour, et continrent un peu moins de sucre (7,29 pour 100): en outre, le malade reprenait, la faim était supportable et la soif beaucoup plus, au point qu'il ne buvait plus que 6 livres de liquide par jour.

Il paraît donc que le sucre, administré dans de justes proportions, rend plus tolérable et moins dévastatrice cette maladie, fait diminuer la quantité des urines, et peut même arriver à diminuer la proportion du sucre.

A ce titre, et sans avoir été suivies de guérison, ces deux observations méritent toute l'attention, et contribueront sans doute à établir le régime le plus convenable contre cette maladie.

Ajoutons que dans un cas en traitement depuis plusieurs mois, et dans lequel nous avons obtenu plusieurs fois des urines n'accusant aucune trace de sucre, ni au polarimètre ni par les réactifs, ce fait s'est plutôt produit après une ou deux journées pendant lesquelles le malade, qui n'a d'ailleurs pris aucun autre médicament que l'eau de Vichy, avait momentanément interrompu son régime essentiellement animal, pour revenir à une alimentation moins anormale : disons, en passant, que l'emploi soutenu du lard nous a paru non-seulement utile dans ce cas, mais bien plus facilement tolérable que nous l'eussions admis *a priori*. (*Lo Sperimentale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 mars 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Des phénomènes cadavériques au point de vue de la physiologie et de la médecine légale. — M. LE Dr LARCHER, à l'occasion du débat récemment soulevé sur la valeur respective de l'auscultation et de l'acupuncture du cœur comme moyen d'acquérir la certitude de la mort, adresse un mémoire sur les phénomènes cadavériques considérés au point de vue de la physiologie et de la médecine légale.

Dans cette nouvelle étude, le docteur Larcher examine successivement, et l'ordre dans lequel se produit la roideur du cadavre, et les aspects variés que présente la putréfaction du globe de l'œil.

La constatation civile et judiciaire des décès pendant plus de vingt années, et aussi de nombreuses expérimentations sur des animaux d'espèces différentes, lui fournissent les éléments sur lesquels vient s'asseoir sa conviction.

D'une part, il fait connaître l'invariable loi qui préside à la rigidité cadavérique ; d'une autre part, il donne la caractéristique de la putréfaction du globe de l'œil après la mort.

Il reprend l'étude de la rigidité cadavérique au point où l'avait laissée Nysten, et il fait remarquer, dans nos classiques, la reproduction à peu près textuelle de l'ordre établi par le savant physiologiste.

Or, les résultats qu'il a obtenus le conduisent à formuler ainsi ses opinions sur la roideur cadavérique :

« L'ordre dans lequel se produit la roideur est invariablement le même ; quel que soit d'ailleurs le genre de mort, que celle-ci soit lente ou rapide, naturelle ou accidentelle.

» Les muscles qui meuvent la mâchoire inférieure se roidissent les premiers.

» Presque en même temps se roidissent les muscles des membres inférieurs (abdominaux), puis les muscles du cou (moteurs de la tête sur le tronc).

» Enfin, et plus ou moins tard, les muscles des membres supérieurs (thoraciques).

» Les muscles qui se sont roidis les premiers (ceux de la mâchoire inférieure et des membres inférieurs) demeurent les derniers dans cette situation.

» Les articulations de la mâchoire inférieure et du genou se roidissent plus tôt et plus complétement que celle de l'épaule.

» Cette progression de la roideur cadavérique constitue une loi générale commune à tous les animaux pourvus d'un système musculaire. »

Renfermant ensuite ou plutôt résumant l'appréciation de la valeur des phénomènes cadavériques dans l'étroite et saisissante limite que présente à l'observateur l'aspect du globe de l'œil, le docteur Larcher examine tour à tour *la toile glaireuse de Winslow*, *l'opacité de la cornée*, *la flétrissure de la conjonctive oculaire*, *l'affaissement et la dépression des yeux*, et il signale enfin *l'imbibition cadavérique du globe de l'œil*, dont il fait connaître avec détail les caractères particuliers :

« L'imbibition cadavérique du globe de l'œil, dit M. le Dr Larcher, présente plusieurs degrés de développement ; et si l'on en suitattentivement de jour en jour, d'heure en heure, de moment en moment, pour ainsi dire, toutes les phases, on voit qu'elle consiste d'abord en une simple tache noire peu apparente, puis en une tache plus étendue, presque toujours de forme ronde ou ovale, rarement triangulaire (et alors la base du triangle est voisine de la cornée).

» La tache noire de la sclérotique apparaît toujours sur le côté externe du globe de l'œil ; plus tard, une autre tache de même nature, et en général moins prononcée, vient occuper le côté interne du même organe, parallèlement à la première. Plus tard encore, ces deux taches qui s'étendent transversalement, se rapprochent de plus en plus, et leur réunion constitue plus ou moins vite, mais invariablement, un segment d'ellipse à convexité inférieure. Deux ou trois fois seulement nous avons vu la tache interne du globe de l'œil paraître avant l'externe. Quelquefois les lividités de la peau précèdent cette tache de l'œil ; plus souvent elles apparaissent avec elle ; plus souvent encore elles n'apparaissent que beaucoup plus tard.

» Certaines conditions favorisent l'imbibition cadavérique du globe de l'œil. Elle se produit en effet rapidement par une température chaude, chez les enfants, chez les phthisiques, chez ceux qui succombent à la fièvre typhoïde, etc. Une fois venue, la tache noire de la sclérotique ne peut que s'étendre ; c'est une marque indélébile, un véritable cachet. »

Enfin, M. Larcher, qui attache à ce signe une grande valeur dans la constatation civile et judiciaire des décès, fait remarquer que : « entre la roideur cadavérique peu apparente, déjà nulle ou sur le point de cesser, et les phénomènes connus de la putréfaction encore absents, l'imbibition cadavérique du globe de l'œil est en quelque sorte un point de transition. La tache noire de la sclérotique est, en un mot, suivant l'auteur, le *stigmate de la mort*, et pour ainsi dire la sentinelle avancée de la putréfaction. » (Commissaires, MM. Andral, J. Cloquet, Bernard.)

M. RAYER présente au nom des auteurs, MM. Meynier et L. d'Eichthal, un mémoire ethnologique sur les *tumuli* des anciens habitants de la Sibérie, et donne dans les termes suivants une idée des principaux faits observés par les deux voyageurs :

Dans toute la Sibérie, et surtout dans la Sibérie méridionale, existent en grand nombre des *tertres tumulaires* qui ont depuis longtemps attiré l'attention des voyageurs. Ces tumuli sont attribués par la tradition à la sépulture d'un peuple légendaire qu'on désigne habituellement sous le nom de *Tchoudi*.

Les tumuli que MM. Meynier et d'Eichthal ont ouverts sont situés à 9 kilomètres de Barnaoul.

On y a trouvé les squelettes reposant sur la terre nue, la tête tournée du côté de l'est, les pieds vers l'ouest, couchés dans le décubitus dorsal, les membres supérieurs étendus le long du corps. Près de tous ces squelettes, sans exception, on a trouvé des restes de ruminants ; ces débris, dont la présence était constante, étaient situés tantôt à droite, tantôt à gauche du squelette humain, d'autres fois près de la tête et quelquefois sur le thorax.

Les crânes ont un air de parenté qui, malgré une assez grande variation de types, peut les faire ranger dans la catégorie de ceux que Retzius a désignés sous le nom de *Brachycéphales*. Ils présentent un caractère qui appartient à toutes les races mongoliques, la forme rectangulaire du pourtour de la cavité orbitaire.

Toutefois les deux voyageurs sont portés à penser qu'il faudra distinguer plus tard plusieurs espèces de tumuli en Sibérie, et qu'il serait prématuré de considérer toutes ces sépultures comme appartenant exclusivement à une seule race.

Les observations de MM. Meynier et d'Eichthal renferment des documents et des matériaux précieux pour la solution de questions ethnologiques importantes ; il serait très-utile pour la science que leur travail fût soumis à l'examen d'une commission.

Le mémoire, qui est accompagné de pièces nombreuses, plusieurs crânes, os des membres du bassin, fragments d'armes et d'ustensiles, ornements, etc., est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Rayer, de Quatrefages, d'Archiac.

M. ZAMBACO adresse au concours pour le prix de médecine et de chirurgie, un *Traité des affections nerveuses syphilitiques* qu'il vient de publier.

— L'Académie reçoit quatre pièces destinées au concours pour le prix du legs Bréant et adressées :

4° De Guebwiller (Haut-Rhin), par M. Picard ;
2° De Tournon-sur-Rhône, par M. Fiévet ;
3° De Buggauz (Hongrie), par M. Habrofszky ;
4° De Borschach, près du lac de Constance, par M. Dorner.

Ces deux dernières pièces sont écrites en allemand,

(Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

M. FLOURENS présente la *Biographie* de M. Marshall-Hall, ouvrage de la respectable veuve de ce physiologiste illustre. « Mme Marshall-Hall, dit M. Flourens, s'est attachée à réunir dans cet ouvrage tous les témoignages qu'elle a pu recueillir sur les travaux de son mari, témoignages venus de contemporains qu'elle a pu regarder comme les juges les plus compétents du mérite de ces travaux. M. Marshall-Hall, un des correspondants, en son genre, les plus savants de l'Académie, était un physiologiste très-ingénieux, et qui restera célèbre par sa belle découverte de *l'action réflexe de la moelle épinière.* »

Procédé galvano-caustique. — M. A. TRIPIER communique la note suivante, sur un procédé de galvano-caustique fondé non plus sur les effets calorifiques des courants continus, mais sur leur action chimique :

« Dans tous les procédés de cautérisation galvanique employés jusqu'ici, on tire parti pour produire des désorganisations, de la chaleur développée dans un fil mince par une source voltaïque de grande surface. On sait les avantages et les inconvénients de cette méthode, qui reste inférieure à l'emploi du fer rouge dans tous les cas où l'action de la chaleur doit porter sur une surface un peu étendue.

» Nous avons songé pour éviter ce dernier inconvénient à utiliser, non plus les effets calorifiques d'une pile à grande surface, mais les effets chimiques qui se produisent au niveau du point d'application de l'électrode négatif des piles à faible surface et à haute tension qui sont entre les mains de tous les médecins qui emploient le courant continu. On peut obtenir ainsi, lentement il est vrai, mais sans douleur bien vive, une cautérisation assez profonde.

» Le procédé ancien visait à remplacer le cautère actuel ; celui-ci remplacera le cautère potentiel dans les cas où il ne saurait être appliqué. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets en date du 12 mars 1862, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Finot, médecin principal de 1re classe ; Auzoux, inventeur des appareils clastiques d'anatomie en usage dans l'armée et les écoles militaires.

Au grade de chevalier. — MM. Ovide Lallemand, Hamel, Folie-Desjardins, Creutzer, médecins-majors de 2e classe ; Monsel, pharmacien-major de 2e classe ; Hutinet, infirmier-major sergent ; Imbert et Huré, vétérinaires en 1er.

La médaille militaire a été accordée, par décret du même jour, à douze infirmiers militaires.

— Par suite de la non-acceptation de M. Malgaigne aux fonctions juge du concours, M. Morel-Lavallée passe juge titulaire, et M. Maisonneuve est nommé juge suppléant.

Les candidats sont MM. Archambault, Barnier, Besnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondeau, Blondet, Bonfils, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Canuet, Cavasse, De Beauvais, Desnos, Dumont-Pallier, Epron, Fournier (Alfred), Fremineau, Genouville, Gery, Gombault, Guyot, Isambert, Jaccoud, Labat-Duroucheaux, Labbé, Luys, Magnac, Maingault, Marey, Molland, Moynier, Parrot, Peter, Second Fereol, Simon (Jules), Siredey, Tomarelle Mauriac, Tillot, Topinard, Wieland, Worms, Zambaco.

— Nous avons le regret d'annonce la mort de M. Duchemin, interne à Lariboisière.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 MARS 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Briquet a terminé hier l'exposition que le temps ne lui avait pas permis de finir dans la dernière séance. De cette exposition il résulterait que les statistiques sur lesquelles on s'est fondé pour établir l'infériorité du chiffre de mortalité des services de chirurgie et d'accouchement des hôpitaux de Londres sont complétement erronées et incapables de fournir un terme de comparaison avec la mortalité des mêmes services dans les hôpitaux de Paris; que les chiffres dont on a déduit la moyenne de la mortalité dans nos services d'accouchements étaient également fautifs et extrêmement exagérés ; que par conséquent rien n'est moins démontré que la prétendue supériorité des hôpitaux anglais sur les nôtres.

Si à défaut des chiffres dont le témoignage est récusé dans cette circonstance, on doit s'en rapporter à l'impression qu'a produite sur l'esprit de M. Briquet la visite qu'il a faite aux hôpitaux de Londres, il s'en faut bien plus encore que la comparaison soit à l'avantage de ces derniers ; le tableau pittoresque qu'en a tracé l'honorable académicien serait peu fait pour engager à aller demander assistance, en cas de malheur, à nos voisins.

Nous laissons aux partisans des hôpitaux anglais le soin de les défendre contre les critiques pleines de verve de M. Briquet, et de réfuter, s'il y a lieu, les erreurs que peut contenir son appréciation. Nous ne saurions leur dissimuler toutefois que son argumentation n'a pas laissé, sous sa forme un peu badine, que de faire une certaine impression sur l'assemblée.

S'ensuit-il, en admettant ces critiques comme parfaitement fondées, que tout soit pour le mieux chez nous, et qu'il n'y ait plus lieu de s'occuper à rechercher les causes d'insalubrité de nos établissements hospitaliers et les moyens de les amoindrir?

Il nous a paru que M. Briquet, qui avait eu jusque-là les rieurs de son côté, avait été un peu moins heureux lorsqu'il a voulu à son tour se servir de la statistique pour montrer que l'encombrement ou l'insuffisance d'aération des salles n'avait aucune influence sur la mortalité.

Il est fort à craindre qu'il se soit blessé avec ses propres armes, et que la statistique dont il nous a si bien montré les illusions dans son premier discours, lui ait joué ici un tour de sa façon.

N'oublions pas ce que disait avec tant de raison M. Trébuchet dans une des précédentes séances : la statistique ne constitue pas une preuve, elle ne donne que des éléments dont il reste toujours à apprécier la valeur.

— M. le docteur Cabanellas, au commencement de la séance, a donné lecture d'un mémoire sur le traitement de la fièvre puerpérale par le sulfate de quinine administré d'une manière continue. On trouvera dans le compte rendu l'exposé des faits principaux que renferme ce travail.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Polype fibreux de l'utérus. — Mort subite.

(Leçon recueillie par M. Xavier GOURAUD, interne du service.)

A propos d'une malade entrée il y a un mois à l'hôpital pour y être traitée d'un polype utérin et morte subitement, M. le professeur Velpeau a présenté des considérations cliniques qui nous ont paru mériter une attention toute spéciale.

Cette femme avait depuis longtemps des pertes rouges et un écoulement purulent d'une assez grande abondance : peu à peu elle s'était affaiblie à ce point qu'on la pouvait considérer comme perdue. Un large vésicatoire fut appliqué sur le bas-ventre, dans le but d'apaiser les douleurs vives qu'elle accusait dans cette région : peu de temps après cette application, le ventre qui était volumineux s'affaissa, les douleurs et les pertes rouges cessèrent, mais l'écoulement de pus persista. Pensant avoir affaire à un véritable foyer, je me décidai à pratiquer des incisions. Deux opérations de ce genre avaient déjà été faites en ville par un chirurgien expérimenté, qui croyait à une hématocèle péri-utérine. Quant à moi, vous devez vous en souvenir, mon diagnostic avait été celui-ci : corps fibreux de l'utérus engagé dans l'excavation et ayant amené une inflammation dans les tissus voisins; ou bien encore grossesse extra-utérine.

Les incisions furent faites à quelques jours d'intervalle; elles ne donnèrent issue à aucun liquide purulent : la première fut pratiquée sur une saillie mollasse qui occupait tout le fond du vagin. Bien que cette ponction n'ait amené aucune évacuation de liquide, la malade fut manifestement soulagée; et, sans que l'on puisse bien comprendre pourquoi, les forces revinrent assez pour que l'on pût penser à une guérison.

Huit jours après cette opération, une deuxième incision fut faite sur une saillie fluctuante et dépressible comme la première, et qui était située en arrière du point qui avait déjà été ponctionné. Aucun liquide ne s'écoula au dehors, et cependant l'amélioration qui suivit fut assez sensible, pour que la malade voulût encore quitter l'hôpital, pensant pouvoir continuer chez elle le traitement. Telle était la situation de cette pauvre femme, lorsqu'un matin elle mourut subitement, à la suite d'un effort qu'elle fit pour aller à la garde-robe. La nuit avait été bonne, et il ne s'était présenté aucun nouveau symptôme.

Il faut maintenant chercher l'explication de ces phénomènes. La mort subite peut-elle être attribuée à la maladie utérine? Evidemment non; les hémorrhagies, qui seules eussent pu rendre compte d'une terminaison aussi fatale, avaient complétement cessé. Aujourd'hui la science est moins embarrassée pour donner la clef et le mécanisme de ces morts instantanées; reste à savoir si l'explication est toujours satisfaisante. On suppose qu'une concrétion sanguine se forme dans un gros vaisseau : tant que le caillot n'oblitère pas complétement la lumière du vaisseau, la circulation n'est que troublée, mais non pas empêchée. Mais si le caillot, détaché du point qu'il occupait primitivement par un mécanisme encore difficile à comprendre, arrive et s'arrête dans un tronc plus étroit, alors il forme évidemment obstacle au courant sanguin, qui se trouve interrompu. C'est à cette espèce de coagulum qu'a été donné le nom d'embolie. Si le caillot est lancé dans l'artère pulmonaire, par exemple, et c'est ce que l'autopsie a montré chez la femme qui fait le sujet de cette observation, on comprend toute la gravité des accidents qui doivent être le résultat de l'embarras de la circulation pulmonaire.

Cette théorie de la mort subite est-elle applicable à notre malade? Voici les raisons qui militent en faveur de cette opinion. Le membre abdominal droit était notablement enflé; cette augmentation de volume permet de supposer qu'il existait dans une veine du bassin ou de l'abdomen un obstacle à la circulation en retour; cet obstacle peut parfaitement être constitué par un caillot qui, parti de la veine fémorale, aurait été porté dans les veines iliaques, externe et commune, dans la veine-cave inférieure, le cœur droit et enfin l'artère pulmonaire; puis, arrivé dans une bifurcation de cette artère, le caillot peut avoir oblitéré la lumière du vaisseau.

Voici maintenant les objections qui peuvent être faites à une pareille explication de la mort subite.

Le sang est d'autant plus coagulable que sa masse est plus grande. Tout le monde sait que la coagulabilité du liquide sanguin est très-faible chez les anémiques ; or la femme qui fait le sujet de cette observation était devenue à peu près exsangue à la suite de ses nombreuses pertes. Voilà une première difficulté. Il y en a une autre qui est aussi importante que la première : en admettant que le coagulum existe dans la veine fémorale, ce que l'autopsie du reste a démontré, il faut encore se rendre compte de la manière dont il se serait détaché pour pénétrer jusque dans les vaisseaux du poumon ; et on comprend d'autant moins la séparation de l'embolie dans le cas qui nous occupe, que la présence même du caillot dans une veine rend la circulation paresseuse et très-difficile, ou tout au moins très-lente la segmentation du caillot.

Admettons qu'il se soit détaché de la paroi de la veine fémorale : le voici dans la veine-cave inférieure; nécessairement il trouvera là un plus grand espace et ralentira sa marche ascendante. Le voici qui traverse le cœur droit : battu par les contrac_

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de la première Enfance, comprenant les lois organiques du mariage, les soins de la grossesse, l'allaitement maternel, le choix des nourrices, le sevrage, le régime, l'exercice et la mortalité de la première enfance, par M. E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. (1).

La médecine des enfants repose presque tout entière sur l'hygiène, et souvent il arrive, nous dit M. Bouchut, qu'on réussit d'autant mieux à les guérir qu'on leur donne moins de médicaments. Aussi dès que ce petit être fait son apparition dans le monde, devons-nous le prémunir contre tout ce qui pourrait le léser. Malgré leur importance, les principes d'hygiène de l'enfance ne se rencontraient guère que sous forme d'appendice à tous les livres d'accouchement, et encore n'y étaient-ils pas traités avec les développements que comporte cette question. En en faisant un livre à part, M. Bouchut a comblé un vide et a ainsi complété son *Traité des maladies des nouveau-nés et de la seconde enfance* (2).

Dans cet ouvrage — c'est bien le cas de le dire — M. Bouchut a pris les choses *ab ovo*. Avant de s'occuper de l'enfant, il s'occupe des parents, du mariage et de ses lois organiques : il expose les premiers principes d'éducation physique par lesquels nous pourrons prévenir l'abâtardissement des races, la manifestation des vices et des maladies héréditaires, maintenir enfin entre l'*hérédité* et l'*innéité*, qui sont l'une à l'autre comme la puissance est à la résistance, une lutte telle, que le résultat soit toujours à l'avantage du produit.

Ces principes une fois établis, l'œuf fécondé réclame toute notre attention. L'œuf a ses maladies; il doit avoir aussi son hygiène. Être parasite pendant neuf mois, il a besoin pour se développer que l'organe qui le renferme ne soit point malade, c'est-à-dire que l'état de la jeune femme exige des soins particuliers pour amener à bonne fin le produit de la conception. Ici donc vient se placer l'hygiène de la grossesse, où l'auteur nous enseigne à prévenir les mauvais effets des influences physiques ou des impressions morales de la mère sur l'enfant.

Mais voici que l'enfant est né : voici, comme l'a dit un de nos grands penseurs, que le *contrat de la douleur* s'est fait entre la mère et l'enfant. M. Bouchut, qui a pris le produit dès sa conception, nous indique tous les soins qu'exige le nouveau-né avant d'être confié à la mère ou à la nourrice. Il étudie les différents motifs qui doivent guider l'opinion du médecin dans l'importante question de l'allaitement, l'époque à laquelle la jeune mère peut donner à teter pour la première fois, les intervalles à mettre dans l'allaitement, l'état moral de la mère qui veut nourrir, les moyens d'augmenter la sécrétion du lait.

Quant aux nourrices, le choix est assez difficile. M. Bouchut examine les conditions d'âge du lait, l'aspect extérieur des nourrices, leur caractère, leur santé antérieure, et il arrive ainsi à l'étude du lait.

Type de l'aliment parfait, le lait, comme nous le savons, contient une matière albuminoïde (le caséum), des matières combustibles (graisse et sucre) et des substances minérales dissoutes dans l'eau. Mais cette composition n'est pas toujours la même : elle subit des modifications suivant l'espèce animale qui fournit le lait, suivant les individus et suivant certaines circonstances particulières, chez le même individu.

Ces modifications doivent être connues du médecin, puisqu'elles sont souvent l'unique raison de la mauvaise santé des enfants. M. Bouchut passe en revue toutes les analyses faites jusqu'à ce jour, étudie les propriétés chimiques du lait de la femme à l'état physiologique et à l'état pathologique. Dans le premier cas, cet aliment varie selon les idiosyncrasies, le temps écoulé depuis l'accouchement et depuis le dernier repas de l'enfant, selon le régime alimentaire de la nourrice, selon l'état de ses fonctions génitales; dans le second cas, le lait peut être altéré par les substances médicamenteuses ou autres introduites dans l'économie par les affections morales, par les diathèses ou les maladies soit aiguës, soit chroniques de la nourrice.

L'influence des maladies de cette dernière sur la santé des enfants est une question de la plus haute importance dans la médecine du jeune âge ; ce sujet cependant n'avait guère été étudié jusqu'à ce jour.

Parmi les maladies soit locales, soit générales, qui peuvent affecter la nourrice, les unes n'ont aucune influence sensible sur la santé des enfants, les autres, au contraire, peuvent l'altérer d'une manière plus ou moins profonde.

Mais cette altération de la santé ne se manifeste pas toujours immédiatement ; parfois ce n'est que quelque temps après qu'on en observe les fâcheux résultats. La sécrétion de la glande mammaire, par exemple, peut être modifiée d'une manière appréciable pour nous : le lait peut être trop riche en globules chez une nourrice forte et vigoureuse, comme l'a observé M. Donné. Le contraire aura lieu si la nourrice est en proie à la misère, si elle est soumise à une mauvaise alimentation ; en un mot, si elle est sous le coup d'une maladie quel-

(1) Paris, 1862, un volume in-12 de 376 pages, chez J. B. Baillière et fils. Prix : 3 fr. 50 cent.

(2) Paris, 1862, un volume in-8° de 1024 pages, 4e édition.

tions du ventricule, il va s'amoindrir et s'allonger; enfin il arrive dans l'artère pulmonaire : il y trouvera, comme tout à l'heure dans la veine-cave inférieure, un plus grand espace et par conséquent une cause de ralentissement.

Vous voyez donc qu'on ne peut pas voir toujours dans la présence de l'embolie pulmonaire une cause de mort subite, puisque, à mesure qu'il progresse, le caillot diminue de volume et rencontre dans la disposition même des voies qu'il parcourt des conditions anatomiques qui rendent sa marche moins rapide. D'un autre côté, lors même que ce caillot migrateur serait parvenu dans une branche de l'artère pulmonaire, est-ce que l'autre branche ne reste pas perméable? et ne savez-vous pas que la circulation d'un poumon peut être empêchée, sans que la mort soit le résultat immédiat et instantané d'une pareille obstruction?

Avant la création des embolies, on expliquait les morts subites par la syncope. Une malade qui a eu des pertes abondantes, qui a été épuisée par une diarrhée rebelle, s'assied, fait un effort pour aller à la garde-robe et tombe en syncope; rien de plus facile à comprendre, et c'est là, je crois, le fait de la pauvre femme dont je vous parle en ce moment.

Arrivons maintenant à la maladie qui a nécessité son entrée à l'hôpital, la maladie utérine. En face d'un cas pareil, ne pourrait-on pas dire que si la femme n'était pas morte, on l'aurait peut-être guérie? Cette manière de parler paraît à première vue singulière; mais elle répond à une idée vraie : seulement il fallait avoir la possibilité de déterminer sûrement la position de la tumeur.

Comme je vous l'ai fait pressentir, nous avions bien affaire à un corps fibreux : il s'était développé dans la partie périphérique et presque sous-péritonéale du tissu même de la matrice; mais là n'était pas la lésion principale.

Vous pouvez voir de plus un polype fibreux ramolli, occupant toute la cavité du vagin. C'est ce polype qui aurait pu être extrait, difficilement sans doute, mais sans danger immédiat pour la malade. Voici ce que ce polype présentait de particulier : il avait tellement distendu le col de l'utérus que le vagin dilaté, la cavité du col et la cavité utérine s'étaient complétement confondues. Telle est la raison qui a empêché de mettre le doigt sur le diagnostic exact de la tumeur. Il y en a une autre : le polype se terminait par une pointe dépressible, et il était facile de prendre pour l'orifice du col la dépression que le doigt introduit dans le vagin imprimait à la tumeur. Quant à la fluctuation, elle était assez manifeste pour donner l'idée d'une collection quelconque.

Ces particularités ne sont pas très-rares. Des chirurgiens ont cru à une chute de l'utérus dans des circonstances analogues à celle-ci. Je me rappelle avoir été témoin d'une erreur de ce genre en 1822 à l'hôpital Saint-Louis. J'ai assisté à une opération pratiquée par Richerand sur une femme qui portait une tumeur semblable à celle-ci, visible à l'extérieur, et que l'on pensait être l'utérus sorti au dehors. La malade survécut à l'opération, et l'on s'étonnait beaucoup de voir l'extraction de l'utérus ne pas entraîner d'accidents plus graves. Cette tumeur n'était autre qu'un polype ayant une fente transversale, qui donnait au doigt la sensation du col.

En 1824, à l'hôpital des Cliniques, une femme était entrée pour une prétendue chute de la matrice : la tumeur avait aussi une fente transversale, et l'on croyait d'autant plus à un prolapsus utérin que l'on voyait aux époques menstruelles le sang suinter des lèvres de cette fente. Cette fois la tumeur fut réduite et maintenue par un pessaire; mais bientôt la malade, fatiguée de porter son pessaire, l'enleva, et les accidents ayant reparu, elle revint à l'hôpital, où elle ne tarda pas à mourir d'une péritonite. Cette femme avait un polype fibreux ramolli, avec une fente transversale donnant idée du col utérin.

Dans le cas présent, la difficulté était d'arriver avec le doigt sur le pédicule de la tumeur, difficulté qui était très-grande, puisque le col n'existait plus pour servir de point de repère; d'ailleurs le doigt ne pouvait atteindre le point d'implantation, situé au fond même de la matrice.

Vous pouvez aussi voir sur la pièce qui est sous vos yeux une bride résistante qui attache la face postérieure de la tumeur à la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin. Cette particularité est vraiment digne d'intérêt, car ici les deux surfaces adhérentes sont muqueuses, et vous savez que l'adhérence des surfaces muqueuses a été niée par beaucoup d'auteurs.

Enfin, à la périphérie de la tumeur et sur la face antérieure seulement, on distingue des concrétions qui commencent à se durcir : elles peuvent devenir calcaires; c'est à propos de ces cas que l'on a parlé d'ossification des tumeurs utérines. Ces concrétions ne sont autres que du pus privé de ses parties liquides, et infiltré dans le tissu utérin. Il est probable que si la maladie s'était prolongée, il se serait formé sur la tumeur des apparences d'ossification.

Cette observation, intéressante à plus d'un titre, vous montre combien parfois peut être grande la difficulté de diagnostiquer certains polypes de l'utérus; elle montre aussi la possibilité pour ces tumeurs de prendre une sorte d'apparence osseuse, et pour les surfaces muqueuses d'adhérer entre elles. Enfin, vous avez dû comprendre par ce qui précède qu'une malade peut mourir subitement sans que l'on puisse expliquer un pareil accident par les seules données de l'anatomie pathologique.

MYOPIE COMPLIQUÉE DE CATARACTE CENTRALE,

Par M. le docteur J. BOUQUET, de Marseille.

M. R..., âgé de cinquante-trois ans, grand et vigoureux, n'ayant jamais été malade, vient me consulter le 24 novembre 1861; il est très-inquiet, parce que sa vue s'affaiblit beaucoup depuis quelque temps.

M. R... a toujours été très-myope, au point d'être obligé de se servir du numéro 5 pour voir les objets éloignés; sans lunettes il ne pourrait lire qu'à 10 ou 15 centimètres.

Pendant son enfance sa myopie était si apparente, que ses camarades l'avaient surnommé Coclès.

Il espérait qu'en avançant en âge sa vue, qui d'ailleurs était très-nette, s'allongerait, comme le fait ordinairement la vue chez les myopes; cette espérance a été déçue. La myopie s'est aggravée de plus en plus avec l'âge, et depuis huit ou neuf mois elle s'est compliquée d'une incommodité nouvelle : la vision, qui était, comme je viens de le dire, très-nette, s'est troublée; les objets sont devenus plus difficiles à percevoir, ils se sont décolorés. Lorsque M. R... veut lire, il voit bien encore l'écriture, mais les caractères paraissent avoir été tracés avec de l'encre blanche, et pour les voir il est obligé de les rapprocher tous les jours davantage.

L'œil ne présente pas une saillie anormale. La conjonctive, la cornée, la sclérotique, la chambre antérieure, sont saines. L'iris joue avec facilité. La pupille n'est pas déformée, mais son champ n'a pas sa belle couleur noire habituelle; il est gris terne, à teinte plus foncée vers le centre, et a à la lumière des reflets métalliques.

La bougie mise en face de l'œil donne trois images; seulement la dernière est tellement nébuleuse et diffuse, qu'il est impossible de voir si elle est droite ou si elle est renversée; elle est large, et l'on ne la perçoit bien qu'en imprimant de légers mouvements à la lumière : le mouvement la rend plus apparente. L'autre partie de l'iris est très-étendue.

Diagnostic. — Cataracte dure, n'occupant pas toute l'épaisseur du cristallin.

La dureté de la cataracte se reconnaît ici à l'opacité uniformément croissante de la circonférence au centre, sans stries, sans apparences floconneuses.

Position. — Elle occupe le centre du cristallin, tandis que la cataracte molle a de préférence pour siége les couches superficielles. Ce qui prouve que toute l'épaisseur du cristallin n'est pas opaque, c'est d'abord la grandeur de l'ombre portée de l'iris, qui indique qu'une assez grande distance sépare cette membrane de la surface opaque; secondement, la production des trois images.

Sanson et Purkinje ont pensé que les trois images ne pouvaient se produire que lorsque le cristallin était transparent; c'était donc, suivant eux, un signe qui pouvait servir à différencier les cataractes de couleur foncée des altérations du corps vitré et de l'amaurose, qui donnent parfois une coloration au fond de l'œil.

Cependant, toutes les fois que la cataracte n'occupe pas toute l'épaisseur du cristallin, et qu'elle laisse entre elle et la cristalloïde antérieure un espace assez considérable, les conditions nécessaires à la production des trois images existent, et elles se reproduisent. En effet, les couches opaques remplissent par rapport aux couches transparentes le rôle de l'étamage d'une glace; seulement, comme elles n'ont ni le poli ni l'opacité absolue nécessaires pour réfléchir une grande quantité de rayons lumineux, et qu'au contraire elles sont encore translucides, elles ne réfléchissent que très-peu de rayons, et encore ceux qu'elles réfléchissent sont presque complétement changés en lumière diffuse. On comprend qu'il ne peut alors se produire qu'une image fort peu brillante et très-peu nette; on est même, comme je l'ai déjà dit, obligé d'en augmenter l'intensité par le mouvement pour la bien percevoir. Chez mon malade, le manque de netteté de cette image m'a empêché de reconnaître si elle était droite ou renversée : elle paraissait à peu près sphérique.

La position de l'image m'aurait donné de précieux renseignements au point de vue de la précision du diagnostic, si j'avais pu constater si elle était droite ou renversée; j'aurais eu le siége précis de l'opacité, qui, dans le premier cas, aurait été placé dans les couches antérieures qui sont convexes, et dans le second dans les couches postérieures qui sont concaves en avant.

Je me bornai à conseiller à M. R... d'attendre pour se faire opérer que sa vue fût devenue assez mauvaise pour qu'elle ne lui rendît plus de services. En attendant, pour tâcher d'améliorer sa position, je lui prescrivis des instillations d'un collyre contenant de la belladone.

Je conseille fréquemment ce moyen lorsque je suis consulté par des personnes atteintes de cataracte dure; comme chez elles c'est le plus souvent la partie centrale du cristallin qui est la plus opaque, en obtenant la dilatation de la pupille je découvre des portions du cristallin encore transparentes, et bien souvent, alors qu'elles ne pouvaient plus aller toutes seules, surtout au grand jour, leur état s'améliore au point de leur permettre de vaquer à leurs occupations. Pour obtenir ce résultat, je me borne à leur faire instiller la solution une fois ou deux par semaine; cela suffit pour maintenir la dilatation à un degré convenable. Il m'est arrivé fort souvent que des personnes qui d'après mes conseils usaient de ce moyen, se refusaient à le continuer, m'exprimant la crainte de perdre la vue, crainte qui leur avait été inspirée par des médecins qu'elles avaient eu occasion de consulter. Bien des médecins, pensant en effet que la belladone agit primitivement sur la rétine et secondairement sur l'iris, craignent que son usage prolongé n'amène l'amaurose par la paralysie de cette membrane. Je ne partage pas cette opinion; suivant moi, la mydriase due à l'action de la belladone résulte de son action sur la troisième paire; la rétine n'est nullement influencée par cette substance; si la vue est alors troublée, c'est que l'accroissement du diamètre de la pupille permet aux rayons marginaux de pénétrer dans l'œil; cela est si vrai, que l'on peut rendre immédiatement à la vue toute sa netteté en faisant regarder à travers un trou d'épingle percé dans une carte; l'action stupéfiante ne se produit pas davantage à la longue; car j'ai vu des personnes continuer les instillations pendant plusieurs années pour différentes causes sans que la paralysie soit survenue : aussi je n'hésite jamais à la prescrire toutes les fois et aussi longtemps que je le juge convenable, et je n'en suis jamais mal trouvé.

Le surlendemain M. R... vient me visiter; il a fait, suivant ma recommandation, usage de la solution de belladone; il s'en est servi une seule fois, le matin même, et bien loin d'avoir obtenu le résultat que je lui avais annoncé, une amélioration à son état, sa vue est beaucoup plus trouble qu'avant, au point qu'il a de la peine à se conduire tout seul dans la rue, ce qui lui avait été jusqu'alors très-facile.

Les yeux ont été très-sensibles à l'action de la belladone; les pupilles sont tellement dilatées que les iris ne forment plus autour d'elles que des marges très-étroites; au moyen de l'éclairage oblique l'opacité se dessine parfaitement, elle occupe à peu près la moitié centrale des cristallins, tandis que la zone qui avoisine l'équateur de la lentille est restée transparente.

Mon diagnostic, quant à l'état anatomo-pathologique, avait donc été juste; pourquoi donc la vision n'était-elle pas améliorée? Puis, en dilatant la pupille, j'avais ouvert un large passage à la lumière. Comment cette conséquence, que j'avais toujours vue se produire dans des cas semblables, n'avait-elle pas eu lieu, alors que toutes les

---

conque ayant pour effet d'appauvrir, de défibriner le sang, qu'on pourrait assimiler au lait. Trop pauvre, ce liquide nourricier présente au microscope des globules laiteux petits, mal circonscrits, au milieu desquels se trouvent un bon nombre des corps granuleux propres au colostrum. Ainsi altéré, il n'est plus qu'un aliment insuffisant, détermine des coliques, de la diarrhée, des vomissements. C'est par les fonctions intestinales de l'enfant, par sa nutrition, que se manifeste l'altération du lait de la nourrice.

Mais il ne nous est pas toujours donné de pouvoir par nos moyens d'investigation reconnaître le degré d'altération du lait, pas plus que nous ne pouvons en analysant l'air trouver le miasme qui l'infecte, pas plus que nous ne pouvons saisir l'élément diathésique quelconque qui domine une constitution. Pour n'être pas saisissable, cet élément n'en existe pas moins. Toutes les affections nerveuses ou morales, les contrariétés, les chagrins, les passions quelles qu'elles soient, en sont là, et, agents invisibles, elles peuvent déterminer des convulsions, une diarrhée nerveuse, ou d'autres maladies plus ou moins graves.

Rappelons que par le simple contact certaines affections peuvent se transmettre, telles que la gale, la diphthérite, la variole, la syphilis, etc.

Toutes ces questions font l'objet de deux chapitres extrêmement intéressants, puisqu'elles ont pour résultat la conservation ou le changement de la nourrice.

Dans ce cas, tout sera subordonné à l'observation des enfants. La nourrice voit-elle ses époques revenir prématurément? Ne nous hâtons pas trop de la remplacer; qu'elle donne un peu moins à teter, un peu plus de nourriture artificielle, et ne changeons l'enfant que s'il est pâle, s'il a les chairs molles, flasques, s'il s'endort au sein, s'il dépérit, s'il a de la diarrhée; c'est qu'alors le lait est mauvais ou insuffisant : dans ce cas remplaçons la nourrice au plus vite, dès que nous aurons fait un choix convenable, et surtout ne mettons aucun intervalle entre l'avertissement et le remplacement.

Chargé pendant quelque temps de visiter les nourrices à l'administration municipale de la rue Sainte-Apolline, M. Bouchut a puisé à la véritable source tous les renseignements relatifs aux nourrices, aux pays qui fournissent les meilleures laitières, aux moyens de se les procurer, selon que les enfants doivent être élevés à la campagne ou bien dans la famille même. Après nous avoir initiés à ces détails, il s'occupe de l'allaitement artificiel, soit par un animal, soit au petit pot ou au biberon, de ses avantages, de ses inconvénients, des qualités du lait à donner aux enfants; des modifications qu'il faut lui faire subir, quant à l'âge de l'élève, quant à l'espèce du lait. L'auteur nous conduit ainsi jusqu'au sevrage, qu'il fixe à l'âge de douze à dix-huit mois; il indique le régime à faire suivre à l'enfant et les soins à donner à cette époque à la mère ou à la nourrice.

Suivant la méthode qu'il a adoptée dans son *Traité des maladies des nouveau-nés*, l'auteur a terminé son livre par des aphorismes qui résument en quelques pages toute l'hygiène de l'enfance.

Ce petit manuel d'hygiène est suivi de considérations très-intéressantes sur la mortalité du premier âge, mortalité variable selon le sexe des enfants, la richesse des familles, selon la localité où ils vivent, selon le mode d'allaitement, selon la température extérieure, etc. Ce n'est que par l'hygiène que le médecin pourra prévenir tous ces accidents; ce n'est que dans l'hygiène qu'il trouvera les moyens propres à diminuer cette mortalité. Ici M. Bouchut proteste contre cette exigence de la loi qui veut que la présentation des enfants ait lieu à la mairie. Pourquoi n'y aurait-il pas des médecins vérificateurs des naissances comme il y a des médecins vérificateurs des décès?

Nous retrouvons dans ce livre les tableaux curieux communiqués par M. Bouchut à l'Académie des sciences sur la mortalité des enfants trouvés de Paris pendant une période de vingt années. Il nous amène à cette conclusion, que 75 de ces enfants sur 100 succombent dans les douze premières années de la vie. Ces lois, du reste, ne sont que le corollaire des principes d'hygiène énoncés dans cet ouvrage, dans lequel l'auteur a voulu être à la fois le guide du jeune médecin et de la jeune mère. Prévenir les maladies des enfants, développer à la fois leur physique et leur moral, en faire des hommes robustes, tel est le but que s'est proposé M. Bouchut.

D[r] A. GORLIEU,
médecin de la direction des nourrices.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau compendium médical à l'usage des médecins praticiens, divisé en trois parties : 1° Pathologie générale; 2° dictionnaire de pathologie interne; 3° memento de thérapeutique; par M. le docteur Bossu, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale*, etc. Un volume grand in-18 de 840 pages; augmenté d'un supplément où sont relatés les progrès de la science. Prix : 7 fr. (envoi *franco*). Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, et aux bureaux de l'*Abeille médicale*, 31, rue de Seine, à Paris.

Histoire météorologique et médicale de Dunkerque (Nord) de 1850 à 1860, par M. le docteur ZANDYCK, médecin en chef de l'hospice civil, etc. Un volume in-8° de 300 pages. Prix : 3 fr. 50. Chez Asselin, libraire à Paris.

conditions favorables se trouvaient réunies? Pourquoi cette dilatation de la pupille, qui aurait dû donner un accroissement de la vue, produisait-elle un effet tout contraire, un trouble plus grand ?

Voici l'explication qui me paraît la plus satisfaisante de ce résultat inattendu :

M. R.... comme je l'ai déjà dit, a toujours été très-myope, ce qui équivaut à dire que ses yeux n'ayant pas la faculté de s'accommoder aux distances éloignées, il ne peut percevoir que les objets dont les rayons lumineux ne viennent à ses yeux que très-peu réfractés. Or, en dilatant les pupilles, j'ai donné accès aux rayons marginaux, qui sont de tous les plus réfractés ; ces rayons produisent leurs images en avant de la rétine, et ne donnent à cette membrane que des sensations de lumière diffuse, sensations qui non-seulement n'engendrent pas des perceptions nettes, mais encore troublent celles qui viennent des rayons centraux, les seules qui avant la dilatation de la pupille étaient perçues altérées, il est vrai, parce que la portion du cristallin qui livrait passage à la lumière ayant perdu de sa transparence, leur enlevait leur vivacité.

M. R... a cessé les instillations de belladone, et il a retrouvé au bout de quelques jours la vue telle que la cataracte la lui a faite.

TENTATIVE DE SUICIDE;

fracture du crâne avec enfoncement; contusion du cerveau; symptômes d'infection purulente; guérison.

Par M. le Dr Zandyck, médecin en chef de l'hospice civil de Dunkerque.

Victor M..., âgé de vingt-huit ans, excellente constitution, fusilier au 5e de ligne, entra à l'hôpital militaire le 10 mars 1855.

Cet homme, contrarié de ne pouvoir retourner dans ses foyers, avait annoncé qu'il se tuerait s'il ne quittait bientôt le régiment. Pendant quelques jours, il se met à boire, et le 10 mars, à six heures et demie du matin, il tente de se suicider avec son fusil.

Le canon, contenant une double charge de poudre et un tire-bourre, a été appliqué sur le milieu du front, mais, au moment de l'explosion, l'arme a dévié légèrement du bas en haut et a agi obliquement.

M... couché, M. le docteur Villette et moi nous constatons l'état suivant : le coronal, à sa partie supérieure et moyenne, ainsi qu'une portion des pariétaux, à leur point de jonction, sont fracturés comminutivement dans une étendue de cinq centimètres de long et de deux centimètres de large à peu près ; le tégument épicrânien est enlevé, arraché; la table externe et le diploé sont broyés; toute la partie correspondante de la table interne est enfoncée; aucune communication n'existe avec l'intérieur du crâne, le projectile n'a donc pas pénétré ; il a labouré les parties indiquées ci-dessus, puis il a été frapper la muraille. La lésion osseuse est oblongue.

Le malade n'a plus connaissance ; décubitus sur le côté; coma profond dont M... sort difficilement; hébétude; de temps à autre il prononce des mots sans suite, entrecoupés, inintelligibles. Quelques instants après, pendant le pansement, qui est très-pénible, il pousse des plaintes et des gémissements. Pas de paralysie ; au contraire ; le moindre attouchement à la plaie détermine chez lui des mouvements violents et incessants des bras, de la tête, des jambes. Pas de roideur ni de contracture. La respiration est un peu bruyante, stertoreuse. Pouls au-dessous de l'état normal, quoique plein. Peau halitueuse.

Prescription de dix sangsues derrière chaque oreille, écoulement permanent; sinapismes aux mollets ; orge émétisée à 5 centigrammes par litre; eau froide sur la tête.

Le 11, la journée et la nuit ont été extrêmement agitées; les révulsifs n'ont produit aucune amélioration ; les symptômes cérébraux persistent ; deux garde-robes seulement. Nouvelle application de vingt sangsues derrière les oreilles ; sinapismes aux pieds ; orge émétisée ; eau froide.

Le 12, un peu d'amélioration; nuit calme; quelques moments de sommeil ; le malade est moins agité que la veille. Continuation de la tisane émétisée. — Vers quatre heures du soir reparaissent les phénomènes de contusion du cerveau, ainsi : agitation excessive, cris, gémissements, mouvements spasmodiques, exaltation de la sensibilité, respiration normale, pouls exagéré. Saignée de 500 grammes, sangsues en permanence derrière chaque oreille, orge émétisée, eau froide.

Le 13, sept heures du matin, nuit agitée sans sommeil; un peu de calme seulement depuis cinq heures du matin ; en même temps la figure du malade exprime moins d'hébétude ; il ne répond que par monosyllabes à nos questions. Pouls à 75, régulier quoique un peu dur ; de nombreuses selles pendant la journée et la nuit. — Orge, sinapismes promenés aux extrémités inférieures.

Le 14, apparence d'amélioration telle que nous prescrivons du bouillon matin et soir. La plaie se déterge, la suppuration devient plus abondante, pus de bonne nature ; plusieurs esquilles se présentent, elles sont extraites. La table interne est encore trop adhérente aux parties environnantes pour qu'on puisse l'enlever ; son enfoncement est très-visible ; un petit fragment seulement a pu être retiré.

Du 14 au 17, l'amélioration progresse, les phénomènes de contusion du cerveau ont à peu près disparu ; le blessé répond à nos questions, il demande à manger ; l'exaspération habituelle du soir est presque nulle. — Pansement simple, continuation de la tisane stibiée, soupe, bouillon maigre, un œuf.

Du 17 au 20, M... va de mieux en mieux; il ne souffre plus que lorsqu'on presse sur la fracture ou qu'il remue la tête un peu brusquement ; ses facultés intellectuelles ont repris toute leur activité; de nouvelles esquilles sont détachées et enlevées ; suppuration abondante ; elle fuse entre le crâne et la dure-mère, malgré toutes les précautions prises pendant le pansement, et la position presque perpendiculaire de la tête.

Le 21, même état que les jours précédents, sauf un frisson d'un quart d'heure vers le soir ; beaucoup de suppuration.

Du 22 au 24, rien de particulier; le frisson n'a pas reparu ; le malade mange la demie, côtelettes et pruneaux.

Le 25, depuis quelques jours, un peu d'inquiétude générale, de la nostalgie; désir de retourner dans son pays, de revoir son père; il regrette amèrement la folie qu'il a commise; en un mot, découragement sensible. Le pus baigne les tissus ambiants, les os eux-mêmes, qui présentent une large surface absorbante, et cependant les pansements sont renouvelés trois fois par jour ; la plaie est parfaitement épongée. Frisson d'une heure et demie du soir à quatre heures et demie ; physionomie altérée. Mêmes prescriptions que la veille.

Le 26, sueurs fréquentes pendant la nuit, toux, embarras gastrique, un peu de fièvre le soir sans frissons, diarrhée légère, affaissement. Les aliments sont diminués.

Le 27, même état.

Le 28, frissons intermittents, intenses, suivis de chaleur et de sueurs ; le malade est très-faible; face anxieuse, langue saburrale ; la diarrhée continue ; petite toux, et rien cependant du côté de la poitrine ; insomnie, pas d'appétit ; la suppuration est d'une abondance extraordinaire ; pouls petit, accéléré. — Un gramme de sulfate de quinine, peu d'aliments.

Le 29, frissons moins fréquents, toujours irréguliers ; état général comme celui de la veille. — 6 décigr. de sulfate de quinine.

Du 30 mars au 2 avril, rien de nouveau; un peu de mieux ; la diarrhée a disparu ; la toux persiste ; la suppuration, quoique abondante, est de bonne nature ; M... demande à manger.

Le 3, extraction de la table interne. La dure-mère est à découvert ; le pus s'épanche de tous côtés.

Du 3 au 5, plus de frissons, ensemble satisfaisant. Les aliments sont augmentés. Le sommeil est revenu progressivement.

Le 6, sans cause appréciable, de deux heures à quatre heures du soir, frissons très-marqués, suivis de chaleur et de sueurs ; céphalalgie. Nouveau frisson à neuf heures du soir, moins long, mais accompagné de fièvre intense avec douleur frontale ; trois selles liquides dans la journée ; pouls petit et accéléré. Le malade exhale une odeur de pus sensible, et cependant la plaie présente le meilleur aspect ; des bourgeons charnus apparaissent de tous côtés ; la suppuration, toujours bonne, est moins abondante. — Un nouveau gramme de sulfate de quinine.

Le 7, frisson de deux à trois heures et demie du soir ; céphalalgie ; trois selles liquides. La nuit du 6 au 7 a été assez calme. — 6 décigr. de sulfate de quinine.

Le 8, mieux sensible, quoique le facies soit toujours blême. Frisson à deux heures, moins long que celui de la veille ; la céphalalgie persiste ; peu de suppuration. — 4 décigr. de sulfate de quinine.

Le 9, assez bien le matin; malaise général à partir de deux heures du soir, mais plus de frissons. Le malade mange avec appétit. — 2 décigr. de sulfate de quinine.

Le 10, rien de nouveau.

Le 11, forte transpiration depuis le 10 au soir; céphalalgie moindre; plus de frissons, plus de selles liquides ; les symptômes généraux d'infection purulente disparaissent peu à peu. — Continuation de 2 décigrammes de sulfate de quinine ; demie de pain, côtelette, un œuf.

Le 12, même état. Prescription *ut supra*.

Depuis ce moment jusqu'à sa sortie, M... a été de mieux en mieux; la diarrhée a cessé. Il a pris chaque jour 125 grammes de vin de quinquina.

Quant à la plaie, elle s'est détergée, la suppuration a diminué ; et les bourgeons charnus se forment à la longue. Le pourtour des os fracturés s'est nécrosé, il était rongé.

Le 23 avril, nous parvenons à détacher en entier, avec le manche d'une spatule en guise de levier, un anneau osseux, oblong, de la forme, en un mot, de la lésion primitive. Au-dessous de ce fragment osseux, la dure-mère est très-visible. (Pansement simple avec un linge fenêtré enduit de cérat.) — La surface de la dure-mère et le contour de l'os se couvrent promptement de bourgeons charnus qui s'unissent et constituent avec le cuir chevelu une cicatrice de très-bonne nature.

Le malade, congédié, sort de l'hôpital le 27 mai 1855, complétement guéri. (*Bullet. méd. du nord de la France.*)

ULCÈRE SÉNILE DU COL UTÉRIN.

Par M. Ellis.

M. Ellis appelle l'attention des praticiens sur cette forme assez peu connue et relativement rare (2 ou 3 sur 100) des ulcères du col. Elle s'observe chez les femmes entre cinquante et soixante-cinq ans. La leucorrhée, qui en est le premier signe, est d'autant plus remarquable que, à cet âge, la muqueuse génitale est ordinairement très-sèche. Il y a fort peu de douleur ; et l'ulcère, en général très-petit, semble pouvoir être détruit par une simple application de nitrate d'argent. Mais il n'en est rien ; ce petit ulcère, extrêmement sensible au toucher, rouge (de la couleur du sang artériel, dit l'auteur), saignant au moindre contact, se distingue par sa ténacité. Cela dépend, du reste, en très-grande partie, de ce que le processus de réparation organique est plus faible pendant la vieillesse.

Pour guérir cet ulcère et détruire sa base irritable, le nitrate d'argent serait impuissant. Il faut des caustiques plus actifs, la potasse, l'acide nitrique, le fer rouge. En appliquant ces agents, on devra se souvenir qu'il faut ici plus de temps que chez les malades plus jeunes pour la séparation des eschares.

Deux applications de ces caustiques faites à quinze jours d'intervalle, puis quelques attouchements de la surface cautérisée avec le sulfate de cuivre, attouchements répétés toutes les semaines, tel est le plan de traitement qui dans ces cas a donné à l'auteur les meilleurs résultats. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 mars 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret en date du 12 mars, par lequel est approuvée l'élection de M. Montagne à titre d'associé libre.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports d'épidémies par M. Planchon, de Cuisery, et M. Haime, de Tours ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements des Pyrénées-Orientales, des Côtes-du-Nord, de la Savoie, de l'Allier et de l'Orne (commission des épidémies) ;

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de la Malou (Hérault), par M. Privat, et de Molitg (Pyrénées-Orientales), par M. Picou. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Nonat, qui se présente comme candidat dans la section de pathologie interne ;

2° Un mémoire sur les maladies endémiques du Guatemala, par M. le docteur Mariano-Padilla (commissaire, M. Beau) ;

3° Un mémoire intitulé : *Observations sur l'épidémie qui a régné à Beyrouth pendant le dernier trimestre de l'année 1861*, par M. le docteur Giusti, de Rome (commission des épidémies);

4° M. Bouchut adresse la lettre suivante :

« J'ai été sans doute mal compris de M. Devergie dans l'exposition du procédé de *docimasie pulmonaire optique* que j'ai eu l'honneur de faire connaître à l'Académie, puisque ce savant maître a cru devoir en réclamer la priorité.

» M. Devergie a dit que tous les faits contenus dans mon travail avaient été signalés par lui : cela me paraît inexact. Comme Fodéré, comme Billard, il a décrit la crépitation, la couleur, l'apparence *à l'œil nu* du poumon des nouveau-nés; mais *il n'a jamais employé aucun instrument de précision* dans cette étude, dont il avoue n'avoir rien tiré, car il conclut par ces mots : « Un médecin ne pourrait guère » être admis à déclarer, d'après l'inspection seule des poumons, » qu'un enfant a ou n'a pas respiré. » (Devergie, *Médecine légale*, 3e édition.)

» Si je n'avais eu qu'à reproduire ces faits et cette conclusion, bien certainement j'eusse gardé le silence ; mais c'est le contraire que je suis venu dire à l'Académie en lui apportant un signe physique nouveau révélé par l'*application de la loupe et du microscope*, signe au moyen duquel le médecin le plus inexpérimenté pourra dire sans hésitation, à première vue, qu'un poumon a ou n'a pas respiré. Ce signe, c'est la présence ou l'absence de vésicules pulmonaires, et en procédant comme je l'indique, il est facile à constater par tout le monde, même par une personne étrangère à la science.

» En disant à la fin de mon travail : « Toute partie de poumon » *placée sous la loupe et sous le microscope* offre à l'extérieur et » à l'intérieur de larges vésicules pulmonaires gonflées d'air, larges de » 2 millimètres, qu'on ne distingue pas à l'œil nu, tandis qu'*il » n'existe rien de semblable* dans les poumons n'ayant pas respiré ; » j'ai indiqué un fait dont la médecine légale pourra tirer parti et » que personne n'a encore jamais signalé. »

» *Mon mémoire et les expériences qu'il renferme n'ont pas d'autre » objet que les nouveaux résultats de l'examen du poumon des nouveau- » nés à la loupe et au microscope.* »

— M. Larrey présente au nom de M. le docteur Fuzier une brochure sur les déformations du pied chez les Chinoises.

LECTURE.

Traitement de la fièvre puerpérale. — M. le Dr Cabanellas donne lecture d'une note sur le traitement de la fièvre puerpérale par le sulfate de quinine. Nous en extrayons les passages qui suivent :

Les 7 cas que j'ai observés, dit l'auteur, présentaient tous à des degrés différents un mouvement fébrile intense, avec ou sans frisson initial, une tension douloureuse de l'abdomen, ou simplement une grande sensibilité à la pression vers l'un ou l'autre ovaire, enfin des symptômes d'état saburral, et dans 2 cas des nausées et des vomissements.

Chez 6 de ces malades, en présence d'une indication évidente, j'ai débuté par l'ipécacuanha. J'ai attendu pour administrer le sulfate de quinine que le soulagement momentané causé par le vomitif ait été remplacé par la recrudescence des accidents locaux et généraux. C'est le lendemain ou le surlendemain du vomitif qu'il m'a fallu recourir au sulfate de quinine.

Je l'ai donné à la dose de 10 ou de 15 centigr. toutes les heures, de jour et de nuit invariablement, avec la plus scrupuleuse exactitude, recommandant même les premières quarante-huit heures d'interrompre le sommeil pour ne pas perdre une seule dose. En même temps : cataplasmes sur l'abdomen, soins de propreté ; tisane acidulée.

Au bout de vingt-quatre heures, si le sulfate de quinine est bien pur et la dose suffisante, la malade éprouve quelques bruissements dans les oreilles, mais elle ne vomit presque jamais le médicament, et déjà le pouls bat avec moins de vitesse.

Ce résultat se prononce de plus en plus chaque jour, et les symptômes locaux s'apaisent progressivement.

J'accorde des aliments dès qu'ils sont désirés, mais sans interrompre l'administration du sulfate de quinine à chaque heure. A mesure que les symptômes s'amendent, je permets de ne pas interrompre le sommeil, à la condition expresse de revenir au médicament quand le réveil de la malade le permet.

Les bruissements dans les oreilles, la surdité, quelques vomissements, ne contre-indiquent pas la continuation du remède. Je n'ai jamais vu ces symptômes quiniques avoir de suites fâcheuses.

Du quatrième au huitième jour, le pouls est revenu à l'état normal. Quand l'absence du mouvement fébrile a duré quatre ou cinq jours, si les symptômes locaux sont presque effacés, j'éloigne progressivement d'une demi-heure, puis d'une heure, l'administration des doses, et si l'amélioration persiste, je cesse la médication.

Dans les sept cas que j'ai observés, la guérison a toujours eu lieu après une durée qui a varié de cinq à quinze jours.

Ce mode d'administration du sulfate de quinine, que M. Cabanellas nomme *méthode de saturation continue*, lui a réussi encore chez une malade qui, au quinzième jour de ses couches, avait été prise de fièvre typhoïde, et chez une autre atteinte de *phlegmatia alba dolens*.

L'auteur pense, par analogie, que le sulfate de quinine pourrait être avantageusement employé pour combattre l'état fébrile qui complique si gravement les grandes opérations ; il croit même que ce médicament, convenablement manié, pourrait devenir le premier et le plus efficace des antiphlogistiques. (Commissaires : MM. P. Dubois, Briquet, Beau.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

La parole est à M. Briquet.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. BRIQUET s'est proposé dans la précédente séance d'examiner les trois points suivants : la valeur des statistiques étrangères sur lesquelles repose le fond du débat ; la légitimité de la comparaison des hôpitaux de Paris avec ceux de Londres ; les inconvénients de l'encombrement ; les effets de l'encombrement et les moyens qui ont été proposés pour y remédier.

M. Briquet est très-partisan de la statistique, mais il y a statistique et statistique. S'il a grande confiance dans les statistiques faites par certains hommes qu'il connaît, il n'en est pas de même des statistiques faites avec des faits contestables et par des hommes qu'il ne connaît pas. En Angleterre, les statistiques sont faites par des employés spéciaux chargés de prendre toutes les observations. Ce ne sont même pas des internes. Ces matériaux sont réunis ensuite et coordonnés par les directeurs des hôpitaux. Quelle valeur peut-on leur accorder ? Rappelant comment Dupuytren faisait la statistique de ses opérés, il fait voir jusqu'à quel point les chirurgiens peuvent se faire illusion sur les causes de mort de leurs opérés, qu'ils ont toujours plus ou moins de tendance à attribuer à des accidents indépendants de l'opération. C'est ce qu'il appelle de la statistique adoucie. Telle était aussi la manière de procéder de Broussais, qui affirmait de la meilleure foi du monde qu'il perdait moins de malades que les autres médecins, quand il était notoire qu'il en perdait davantage. Il faut bien se pénétrer d'ailleurs, pour apprécier les statistiques anglaises, des conditions dans lesquelles elles sont faites. On sait quelle est l'organisation des hôpitaux anglais ; il y a une sorte de concurrence à soutenir, il faut entretenir le zèle des personnes qui subventionnent l'établissement, inspirer de la confiance au public, attirer les élèves payants, etc.

Quant aux statistiques américaines, M. Briquet y croit moins encore qu'à toutes les autres. Et à ce sujet un seul exemple prouvera combien il faut se défier de tous ces renseignements : M. Malgaigne a parlé de l'hôpital de Massachusetts ; or il n'y a pas de ville en Amérique qui porte ce nom.

Un autre exemple fera apprécier la valeur des statistiques anglaises : d'après un des documents qui ont été récemment publiés, sur 12,000 femmes en couches reçues dans une période de sept ans à l'hôpital de Guy, il n'y aurait eu que 36 morts. Ce serait fabuleux ! Mais aussi est-ce complétement faux. Il n'existe aucun service obstétrical à l'hôpital de Guy. Les femmes enceintes y sont disséminées ; la mortalité y est très-supérieure à celle de la Charité. On ne reçoit pas de femmes en travail à l'hôpital de Guy, mais on les reçoit après l'accouchement, terme bien vague et qui ne permet d'assigner aucune limite. On voit donc qu'il y a eu là un quiproquo. D'ailleurs, qu'on ne croie pas pour cela que les hôpitaux de Londres sont plus exempts que ceux de Paris de la fièvre puerpérale, car un journal anglais annonçait récemment que l'on avait été obligé de fermer les services d'accouchements pour arrêter les progrès de cette maladie.

M. Briquet, racontant ensuite les impressions qu'il a rapportées de la visite qu'il a faite aux hôpitaux de Londres, entre dans des détails où il ne nous serait pas possible de le suivre ici, et desquels il résulterait que la plupart des établissements hospitaliers de cette ville seraient sous presque tous les rapports très-inférieurs à ceux de Paris. Il s'élève particulièrement contre l'absence des rideaux, que l'on a présentée comme un avantage, et qui suivant lui constitueraient une des plus fâcheuses imperfections.

Revenant, dans la dernière séance, sur la statistique de l'hôpital de Guy, à l'aide de laquelle on fait peser de graves reproches sur l'administration de l'Assistance publique de Paris, M. Briquet la qualifie d'immense mystification pour le public et pour l'Académie. Cette statistique est fausse, de l'avis même de la personne qui l'a introduite dans ce débat, et qui a reconnu depuis qu'on avait donné comme un relevé de malades de l'hôpital un relevé qui s'appliquait à un dispensaire annexé à cet hôpital. Cela résulte de la citation d'un passage du travail auquel il est fait allusion.

Si j'osais donner un nom à ce nouveau genre de statistique, dit M. Briquet, je l'appellerais la statistique à restriction mentale.

Mais, ajoute-t-il, il ne suffit pas de prouver que le premier terme de comparaison, le chiffre de la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux de Londres, est faux, il faut encore démontrer la fausseté du second terme, c'est-à-dire du chiffre de mortalité des femmes en couches des hôpitaux de Paris. Il a été dit dans le travail en question que l'on perdait à la Maternité de Paris 1 femme sur 131. Il résulte du tableau de la mortalité de l'hospice de la Maternité dressé depuis 1802 jusqu'en 1860, c'est-à-dire pour une période de 58 ans, que la moyenne de la mortalité dans cet hospice est de 4,63 p. %. En voici le détail pour les 10 dernières années : La moyenne a été, en négligeant les fractions, en 1850, de 4 pour % ; en 1851, de 4 pour % ; en 1852, de 4 pour % ; en 1853, de 5 pour % ; en 1854, de 7 pour % ; en 1855, de 3 pour % ; en 1856, de 5 pour % ; en 1857, de 2 ; en 1858, de 3 ; les années 1859 et 1860 donnent une moyenne beaucoup plus élevée, mais bien éloignée encore du chiffre qui a été donné dans le document précité ; elle a été pour 1859 de 8 pour %, et pour 1860 de 11 pour %.

Sauf pour ces deux dernières années, n'y a-t-il pas vraiment lieu de s'étonner de la *minimité ?* — qu'on me passe l'expression — de la mortalité des femmes accouchées à la Maternité ? Comment a-t-on pu arriver au chiffre de 1 sur 13 ? C'est ce que j'ignore, et je ne puis qualifier autrement cette statistique qu'en l'appelant une statistique distraite.

On a prétendu jeter la défaveur sur nos hôpitaux, et en particulier sur les maisons d'accouchement de Paris ; nous avons maintenant la certitude que la mortalité n'est pas inférieure à Londres ; si l'on ne reçoit plus de femmes enceintes à l'hôpital de Guy, c'est parce que la mortalité des accouchées y était considérable.

Je passe maintenant à la mortalité générale. Si l'air des hôpitaux de Paris était aussi pernicieux qu'on le dit, la mortalité générale devrait s'en ressentir. Or il résulte, de l'aveu même des partisans du système hospitalier anglais, que la mortalité générale n'est pas plus élevée à Paris qu'à Londres ; et pour ce qui est de la mortalité des services de chirurgie et de femmes en couches, on vient de voir la confiance que méritent les statistiques anglaises.

Revenant aux détails d'installation des hôpitaux, M. Briquet examine une à une les questions relatives aux rideaux, aux cheminées, aux divers procédés d'aération, à la tenue des médicaments, etc. ; il examine ensuite, en comparant les divers hôpitaux de Paris entre eux, quel est le rapport de la mortalité avec leur population respective, avec l'encombrement et le cubage d'air réservé à chaque malade.

De la comparaison de ces chiffres, il résulte, pour M. Briquet, qu'il n'y a rien de fixe à cet égard et qu'il n'est pas possible d'établir un rapport de cette nature, car ils sembleraient même indiquer pour quelques-uns d'entre eux que la mortalité a été d'autant moins élevée qu'il y avait plus d'encombrement. La masse d'air et l'espace réservé pour chaque malade ne suffiraient donc pas pour expliquer les différences de mortalité. Il faut les chercher ailleurs.

— L'heure étant trop avancée pour donner la parole aux autres membres inscrits, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine, et la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 16 mars, ont été nommés :

Médecin principal de 1re classe : M. le médecin principal de 2e classe Bonneau.

Médecins principaux de 2e classe : MM. les médecins-majors de 1re classe Gueury et Legouest.

Médecins-majors de 1re classe : MM. les médecins-majors de 2e classe Dieuzaide, Durand, Cintrat, Ovide-Lallemand, Bossard, Daga, Bories, Vedrènes, Vauthier, Douchez et Coindet.

Médecins-majors de 2e classe : MM. les médecins aide-majors de 1re classe de Aldovrandi, Reboud, Jacquemart, Castex, Dandreau, Rogues, Constantin, Servier, Bercegol, Ferran, Villemin, Normand-Dufié, Baudouin, Dauvé et Hamel.

Pharmaciens-majors de 1re classe : MM. les pharmaciens de 2e classe Lomel et Dupuis.

Pharmaciens-majors de 2e classe : MM. les pharmaciens aide-majors de 1re classe Fontaine et Cauvet.

— Par décret du 16 mars, M. Romain, chirurgien de 1re classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêtés du 14 mars, M. Rostan, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le 2e semestre de la présente année scolaire, par M. Empis, agrégé près ladite Faculté.

M. Blot, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant le 2e semestre de la présente année scolaire, des cours d'accouchements à ladite Faculté, en remplacement de M. Moreau, décédé.

Un congé d'inactivité, du 1er avril prochain jusqu'à la fin de la présente année classique, est accordé à M. Sédillot, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. le docteur Boeckel, agrégé, est chargé de la suppléance de cette chaire pendant la durée du congé accordé à M. Sédillot.

— Par arrêté du 15 mars, M. Meleux, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire d'Angers, est nommé secrétaire agent comptable à ladite Ecole, en remplacement de M. le docteur Jouvet, appelé à d'autres fonctions.

— Une Société locale agrégée à l'Association générale pour le département des Alpes-Maritimes vient d'être fondée à Nice. Ce résultat est dû en grande partie au zèle de M. de Pietra-Santa.

La première réunion a eu lieu le 14 mars, sous la présidence de M. le docteur Lieutaud, doyen d'âge. Les statuts ont été adoptés, et le bureau s'est constitué de la manière suivante :

Président, M. le docteur Maure, de l'arrondissement de Grasse, ancien député, présenté au choix de l'Empereur ; *vice-président*, M. Scoffier ; *secrétaire*, M. Lubanski ; *trésorier*, M. Giraud.

Délégués pour l'arrondissement de Nice : MM. Lieutaud et Bonnet de Malherbe.

Pour l'arrondissement de Grasse : MM. Spitalier et Gazagnères.

L'arrondissement de Puget-Théniers n'est pas encore représenté, mais on compte sur l'adhésion du très-petit nombre de médecins qui y résident.

Le nombre total des adhérents est aujourd'hui de 38.

— Le banquet des internes des hôpitaux de Paris a eu lieu samedi dernier, sous la présidence de M. Serres. La plus franche gaieté n'a pas cessé de l'animer, et tous les toasts ont été chaudement accueillis. L'assemblée n'était pas aussi nombreuse qu'à la dernière réunion. Peut-être l'absence d'un certain nombre d'anciens internes a-t-elle tenu à ce que la commission qui organise chaque année le banquet ignore les noms et l'adresse des anciens internes, et ne peut ainsi les prévenir à temps. Aussi, sur la proposition de M. le docteur Emile Tillot, la réunion a nommé une commission permanente chargée d'organiser désormais les banquets de l'internat. Cette commission est constituée ainsi qu'il suit :

MM. Serres, président honoraire ; Denonvilliers, président ; Hardy, Horteloup, Guersant, Bouchut, Chauffard, Piogey, Verneuil, Millard, Vidal et Emile Tillot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Marcel, né à Notre-Dame-de-la-Garde (Tarn) ; *Considérations sur la grenouillette, de sa nature, de son traitement.*

Monin, né à Mornant (Rhône) ; *Considérations sur le rhumatisme articulaire aigu.*

Fremont, né à Sauveterre-de-Biords ; *Quelques considérations sur le siége de l'hystérie.*

Descamps, né à Rouen (Seine-Inférieure) ; *Des kystes hydatiques du foie.*

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Kyste hydatique du foie, traité par la méthode des cautérisations successives et des injections iodées.

M. le docteur Hérard a communiqué à la Société médicale des hôpitaux le fait suivant, qui, malgré son issue funeste, n'en présente pas moins de l'intérêt au point de vue des effets des cautérisations successives combinées avec les injections iodées.

Une femme âgée de vingt-six ans, d'une bonne santé habituelle, entre à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Hérard, atteinte d'un kyste hydatique du foie. Elle fait remonter le commencement de sa tumeur abdominale à deux ou trois ans. Cette tumeur, au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, était volumineuse, plus développée à gauche qu'à droite; elle descendait vers le pubis et s'enfonçait profondément dans l'hypochondre gauche et sous les fausses côtes du même côté; elle était rénitente et présentait un frémissement hydatique des mieux caractérisés. Son siége paraissait être le lobe gauche du foie. L'état général était satisfaisant; seulement, la malade présentait depuis quelques mois de petits accès de fièvre intermittente qui avaient donné un moment la pensée que l'affection siégeait dans la rate.

Le traitement consista en cautérisations, d'abord au moyen de la pâte de Vienne, et plus tard à l'aide du caustique Filhos. Au bout de quinze jours, après sept cautérisations, on pénétra dans le kyste. Il sortit environ 200 grammes d'un liquide limpide non albumineux. Une sonde introduite dans la poche fit reconnaître l'existence d'un corps rénitent qui parut être une hydatide volumineuse; et, en effet, en pressant un peu fortement, M. Hérard éprouva la sensation d'une résistance vaincue, et à l'instant s'écoulèrent environ 1,000 grammes d'un liquide également clair, mais cette fois légèrement albumineux. Dans la soirée, la malade fut prise d'accidents très-graves, simulant une péritonite: vomissements, face grippée, pouls fréquent, etc. Mais ces accidents, qui semblèrent tenir à l'entrée de l'air dans cette cavité et à la décomposition du liquide, s'apaisèrent rapidement sous l'influence des injections à l'eau tiède fréquemment répétées, et plus tard des injections iodées.

Une amélioration notable se prononça, à tel point que la malade recouvra l'appétit, put même se lever et se promener dans la salle. La rétraction du kyste s'opérait insensiblement, et tout faisait espérer une guérison prochaine et définitive, lorsque dans les derniers jours de février elle fut prise d'accidents d'infection putride, diarrhée, fièvre, inappétence, toux, etc., et elle succomba.

Quoique la terminaison ait été défavorable, ce cas peut être considéré néanmoins comme de nature à encourager dans l'emploi de la médication qui a été mise en usage. Il ressort, en effet, de l'autopsie même, la preuve que la médication avait modifié de la manière la plus avantageuse l'état du kyste, lorsque sont survenus les accidents intercurrents qui ont entraîné la mort.

Les pièces pathologiques que M. Hérard a mises sous les yeux de ses collègues ont démontré, d'une part, que les adhérences créées par le caustique étaient d'une très-grande solidité; elles représentaient un canal fibreux de communication entre la poche hydatique et la peau, ayant la rigidité et la résistance d'un canal naturel. D'une autre part, elles prouvaient la rétraction considérable du kyste, qui ne contenait plus environ que 400 grammes de liquide, tandis que primitivement on pouvait introduire dans sa cavité de 2 à 3 litres.

Allongement hypertrophique du col de l'utérus, accompagné de rétroversion, chez une jeune femme de vingt et un ans. — Section du col avec l'écraseur linéaire. — Guérison rapide.

L'allongement hypertrophique du col de l'utérus est devenu une maladie commune depuis la publication des savantes recherches de M. Huguier. Si ce chirurgien a été trop absolu en rejetant complétement l'abaissement de la matrice, il a fait faire à la chirurgie un grand progrès, en distinguant une maladie qui avait passé inaperçue jusque-là.

Nous avons pensé que la relation du fait suivant d'allongement du col, observé dans le service de M. Demarquay, présenterait quelque intérêt et pourrait peut-être servir à la confirmation et à la vulgarisation des idées du savant chirurgien de l'hôpital Beaujon.

La nommée T... (Marie), âgée de vingt et un ans, entre le 21 janvier dans le service de M. Demarquay, pour y être soignée d'une maladie de l'utérus.

Cette jeune femme a été très-bien portante jusqu'à l'âge de seize ans. Depuis cette époque elle a des pertes blanches abondantes, et sa santé s'est graduellement altérée.

A son entrée à l'hôpital, elle est très-faible; elle a de la dyspepsie, de la gastralgie, un bruit de souffle anémique très-intense. Les membres sont grêles; la peau est décolorée, et la face présente cette teinte jaunâtre caractéristique de l'anémie prononcée.

Les règles reviennent tous les mois avec une très-grande abondance; elles s'accompagnent de malaise, de douleurs dans le ventre et dans les reins, et laissent la malade dans une grande faiblesse.

A l'examen des parties génitales, on trouve un col qui arrive jusqu'au niveau de la vulve, et qui sort à travers les grandes lèvres pendant les efforts.

Le vagin est un peu renversé, en sorte qu'au premier abord on pourrait prendre cette lésion pour un abaissement simple de la matrice. Mais il est facile de voir, en introduisant l'hystéromètre dans la cavité utérine, que le col est manifestement allongé. L'organe tout entier mesure en effet 10 centimètres au lieu de 6 ou 7, sa longueur normale. Le corps de l'utérus est rétrofléchi.

On sent facilement par le toucher, en arrière du col, une tumeur qui disparaît immédiatement par la manœuvre du redressement, et qui n'est autre que le fond de l'utérus.

Le 25 janvier, M. Demarquay pratique la section du col.

Après avoir endormi la malade avec le chloroforme, il saisit le col de l'utérus avec des pinces à griffes, l'attire hors de la vulve et le serre avec l'écraseur. La section se fait avec une grande facilité. L'opération n'a pas duré plus de cinq minutes.

La portion du col enlevée présente une longueur de 4 centimètres. Sa structure n'offre rien de spécial à noter. Il n'y a ni érosions ni ulcérations à la surface de la muqueuse.

Les suites de l'opération sont très-simples : écoulement de quelques gouttes de sang dans la journée. Comme prescription, repos au lit et injection d'eau froide.

Le lendemain, il y a à peine un peu de fièvre.

Le troisième jour et les jours qui suivent, écoulement sanguin abondant, qui n'est autre chose que l'hémorrhagie menstruelle avancée de quelques jours.

Le seul accident à noter dans le cours de l'opération est une perte légère survenue quinze jours après l'opération.

La malade est soumise à un traitement tonique : fer, vin de quinquina, alimentation réparatrice.

Un mois après l'opération, la plaie du col est cicatrisée. La rétroversion a disparu, et la malade sort de l'hôpital ne conservant qu'un peu de faiblesse.

Nous ferons remarquer ici que l'écraseur linéaire a trouvé dans la section du col une de ses plus utiles applications. La section du col de l'utérus, qui était très-dangereuse par les anciens procédés, est aujourd'hui, grâce à cet instrument, une opération aussi simple dans son exécution qu'heureuse dans ses résultats.

Atrophie du muscle deltoïde avec conservation du mouvement d'élévation de l'épaule.

Les belles recherches de M. Duchenne (de Boulogne) sur la

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique de médecine légale, par J. L. CASPER, traduit de l'allemand par M. Gustave GERMER-BAILLIÈRE (1).

Il existe à Londres une association bibliographique qui n'a pas encore trouvé d'émule parmi les autres nations, qui se flattent cependant de marcher à la tête du progrès scientifique. La *Nouvelle Société de Sydenham* a été fondée dans le but de faire traduire les meilleurs ouvrages étrangers, et comme la Société se trouve composée de 5,000 membres, chaque traduction est tirée à 5,000 exemplaires. Nous sommes bien loin de posséder en France de pareils éléments de vulgarisation : les traductions y sont rares, et nous regardons presque comme une entreprise téméraire une publication de cette nature de la part d'un de nos éditeurs. Il semble que la fécondité nationale doive suffire, et nous avons le très-grand tort de ne point nous préoccuper assez des enfantements de l'étranger.

Nous avons à signaler aujourd'hui une très-recommandable exception en faveur de l'ouvrage du professeur Casper, de Berlin, que M. Gustave Germer-Baillière, pendant son séjour en Prusse, a traduit sous les yeux du maître.

L'Allemagne, il faut bien le dire, a été le berceau et est encore la terre classique de la médecine légale. Dès la fin du dix-septième siècle elle possédait déjà un grand nombre de chaires pour cet enseignement spécial, alors que la France, l'Angleterre et l'Italie devaient attendre plus de cent ans avant que d'en être dotées. Il y a plus, ce n'est point à un cours théorique de médecine légale que l'on assiste dans les universités allemandes, c'est à un cours de clinique, et à Berlin, par exemple, M. Casper professe en ayant sous les yeux le cadavre des suicidés ou celui des victimes de ces innombrables attentats que multiplie la perversité humaine. C'est donc le scalpel à la main, et au milieu d'un auditoire attentif, qu'il résout les problèmes posés : la liberté ou la tête d'un accusé dépend souvent de ce froid et minutieux examen, et la publicité des autopsies, pas plus que la publicité des débats, n'entrave l'action de la justice.

Il y a un instant, nous étions inférieurs à l'Angleterre, nous voilà maintenant inférieurs à l'Allemagne !

On parle à Paris de reconstruire très-prochainement la Morgue. Au lieu d'une humble maisonnette baignée par la Seine, qu'est-ce qui empêcherait nos édiles de bâtir un immense amphithéâtre ? M. le professeur Tardieu établirait là le chef-lieu de son enseignement, et sa voix si autorisée s'appuierait sur des faits pratiques visibles et tangibles. Les jeunes docteurs alors ne quitteraient plus, comme aujourd'hui, la Faculté sans jamais avoir vu un seul cas de médecine légale, eux qui dès le lendemain de leur arrivée en province sont exposés à prendre une part si active dans le dénoûment de quelques drames de cours d'assises !

En Allemagne, c'est presque par le chiffre des médecins que l'on compterait le nombre des médecins légistes; en France, le monopole appartient à un homme éminent, mais qui s'est formé tout seul, et qui ne fera école que le jour où il sera clinicien-légiste.

Le professeur de Berlin, pendant trente-six ans de pratique médico-légale, a recueilli un grand nombre d'observations, et a vérifié et redressé toutes les théories acceptées jusqu'à ce jour; aussi son ouvrage n'est-il basé que sur ses propres faits cliniques, et partout où son expérience n'a pas suffi pour résoudre les questions qui se sont présentées, il a eu le courage de l'avouer franchement plutôt que de copier servilement les opinions des autres. Son *Traité* renferme des travaux d'une grande originalité et qui lui sont personnels : nous citerons plus particulièrement l'aptitude physique à l'emprisonnement, les attentats à la pudeur, les naissances tardives, la superfétation, la chronologie des symptômes de la putréfaction, les blessures, les empoisonnements, les brûlures, la responsabilité médicale, et des nombreuses expériences faites sur le cadavre.

Le grand chapitre des maladies mentales, que nous avons lu avec une prédilection toute particulière, ne nous a pas paru très-heureux; il est, en outre, extrêmement incomplet. La capacité civile dans la folie, l'interdiction des aliénés et la question si épineuse des testaments ont été passées sous silence, de même que l'étude de l'hystérie, de l'épilepsie, du somnambulisme, de l'ivresse, etc., etc. L'auteur n'a point introduit dans sa psychologie légale de classification méthodique : un certain nombre de ses observations sont loin d'être concluantes, et quelques-unes ne sont pas du tout à leur place. Disons de suite, à la justification de M. Casper, que l'Allemagne possède plusieurs aliénistes de premier ordre, et qu'il est infiniment probable que les tribunaux et le public recourent de préférence aux lumières de ces praticiens spéciaux toutes les fois qu'il s'agit d'avoir un avis motivé sur des actes civils qu'infirme le délire ou sur des faits criminels commis sans liberté morale et dignes de tous les égards de la loi.

M. Casper a pris une éclatante revanche dans la description de toutes les lésions anatomo-pathologiques du ressort de la médecine légale, et l'expert devra fréquemment consulter, en cas de doute, un livre aussi riche en appréciations solides et dans lequel le diagnostic différentiel des signes cadavériques se trouve discuté avec une aussi incontestable autorité.

Une objection sera certainement faite à M. Gustave Germer-Baillière : « Vous avez très-élégamment traduit, lui dira-t-on, un livre de médecine légale *prussienne*. » Le reproche, malgré ses accablantes apparences, est assez peu fondé : La Prusse rhénane est placée sous le régime du Code Napoléon, et dans un grand nombre de lois la différence existant entre le Code prussien et le Code français ne repose que sur l'application de la peine. Or, de quelle importance veut-on que cela soit pour le médecin légiste ?

(1) Paris, 1862, deux volumes in-8°, chez Germer-Baillière. Prix : 15 francs.

physiologie musculaire, ont démontré depuis longtemps déjà combien étaient incomplètes et parfois erronées les connaissances que nous possédons sur le mécanisme de nos mouvements. Nous en avons eu une nouvelle preuve dans l'une des dernières conférences cliniques de M. Duchenne.

Tous les classiques considèrent comme deux phénomènes inséparables l'un de l'autre la paralysie du deltoïde et l'impossibilité de l'élévation de l'humérus sur le scapulum. Tous les faits semblaient jusqu'à présent concorder avec ce principe, mais en voici un qui semble se soustraire complétement à cette loi.

Un homme âgé de quarante ans fut exposé pendant plusieurs heures à un froid humide; le jour même des douleurs extrêmement vives éclatèrent dans le moignon de l'épaule : elles persistèrent pendant quatre jours avec la même intensité, puis elles disparurent; mais le malade s'aperçut alors que le moignon scapulaire maigrissait rapidement, et aujourd'hui il présente tous les caractères d'une absence totale du deltoïde.

En effet, ce muscle a complétement disparu, on n'en retrouve plus de trace à la palpation. Le courant électrique le plus énergique promené sur tous les points où le deltoïde devrait se rencontrer, ne réveille aucune espèce de contraction. En un mot, l'aspect du moignon de l'épaule, la palpation de cette région et l'exploration électrique, permettent de diagnostiquer une atrophie complète du deltoïde; l'articulation est saine.

En présence d'une lésion si profonde et si manifeste du muscle chargé de l'élévation du bras sur l'épaule, qui aurait pu penser que ce mouvement ne serait pas sensiblement altéré dans son accomplissement?

Il en est ainsi cependant, car le malade élève les deux bras à la même hauteur, et en lui voyant exécuter ces mouvements, il serait impossible de soupçonner chez lui une destruction du deltoïde. Nous devons dire cependant qu'il éprouve une grande fatigue lorsqu'il élève à plusieurs reprises le bras du côté malade.

Par quel mécanisme l'évolution du bras se fait-elle en l'absence du muscle qui devrait la produire?

Une seule explication est possible : c'est que le muscle susépineux supplée le deltoïde et amène l'humérus jusqu'à l'horizontale; alors, par la contraction du tiers supérieur du trapèze, le moignon de l'épaule se trouve directement élevé; le grand dentelé, se contractant à son tour, fait basculer l'omoplate, écarte son angle inférieur de la colonne vertébrale et élève son angle externe; par cette double action musculaire l'élévation de l'épaule se trouve complétée.

Nous ne croyons pas qu'un fait analogue à celui-ci ait jamais été signalé; il mérite à tous égards l'attention des physiologistes.

Le 15 février dernier, M. Nélaton opérait un homme atteint de tumeur blanche à l'épaule droite; tous les moyens employés en pareil cas avaient successivement échoué, et le malade, miné par les souffrances et une suppuration profuse, courait les plus grands dangers. La tête humérale et la cavité glénoïde étaient profondément altérées, mais les autres parties étaient relativement en si bon état que M. Nélaton résolut de les épargner, et se borna à réséquer les extrémités articulaires malades. Une incision curviligne partant de la partie externe de l'acromion, à un centimètre environ au-dessous d'elle, et venant aboutir près de l'apophyse coracoïde, mit l'articulation à découvert.

M. Nélaton préfère cette incision à toute autre, parce qu'elle permet à l'opérateur d'épargner le nerf circonflexe. Ce nerf, après avoir contourné l'humérus, pénètre dans le deltoïde par sa face profonde à peu près à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs; l'incision portant au-dessous de lui, il reste à l'abri de toute lésion. La large ouverture faite dans le deltoïde permet au chirurgien d'agir avec facilité dans les profondeurs de l'articulation.

Trois fois M. Nélaton a employé ce procédé, deux fois avec succès; des ulcérations intestinales emportèrent le troisième malade. Le hasard ayant ramené un de ces opérés à l'hôpital, M. Nélaton l'a présenté à ses élèves et leur a montré les brillants résultats d'une opération qui non-seulement a sauvé les jours du malade, mais qui encore lui a conservé, chose capitale, un membre presque parfait. Nous l'avons dit, la tête humérale et la cavité glénoïde ont été réséquées, et pourtant, en regardant le moignon de l'épaule, en voyant les mouvements que cet homme exécute avec son bras, on croirait à peine que l'articulation naturelle a disparu. L'apophyse acromiale forme une sorte d'épaulette au-dessous de laquelle on aperçoit une dépression où le pouce pourrait être logé; l'épaule ne présente pas d'autre déformation. Les mouvements s'exécutent avec autant de facilité que de puissance; cet homme porte le bras sur l'épaule opposée, sur le sacrum; il s'étend directement en avant, directement en arrière, et nous lui avons vu saisir et soulever un fauteuil sans difficulté. La pseudarthrose qui s'est établie présente donc toute mobilité, et les mouvements étendus dont elle est le siége permettent au malade de se livrer à tous ses travaux.

— Les moyens les plus simples, qui parfois sont les moins connus, peuvent quelquefois rendre des services signalés, et cela dans les cas jusqu'alors les plus rebelles à la plupart des agents thérapeutiques. Voici un fait qui démontrera jusqu'à l'évidence la justesse de cette proposition.

M. Piorry fut appelé par M. le docteur Zambaco, chef de clinique dans son service, pour un jeune Grec atteint d'une ichthyose des plus marquées, et dans lequel la peau recouverte d'écailles donnait au toucher la sensation la plus pénible. Cet état existait depuis la naissance, et on ne trouvait pas d'indice d'autres lésions; la peau était pâle au-dessous des squammes. On sait que la thérapeutique n'a fourni jusqu'ici aucune médication capable nous ne dirons pas de guérir cette hideuse affection, mais encore de remédier momentanément à la formation des écailles et aux aspérités que les téguments présentent au toucher.

Ayant eu l'occasion de constater qu'une certaine composition appelée *pierre judéenne* râpe sans douleur et si près de la peau les poils de la barbe que le tégument du menton est tout à fait uni, quand on a frotté pendant quelques minutes dans un sens opposé à la direction des poils, M. Piorry pensa que l'emploi de ce moyen pouvait avoir une très-grande utilité si ce n'est pour guérir l'ichthyose, au moins pour rendre la peau unie. En effet c'est ce qui arriva dans les jours qui suivirent celui où l'on exécuta les frictions avec la *pierre judéenne* de la façon proposée par M. Piorry.

— Le service de M. Jarjavay, à l'hôpital Saint-Antoine, renferme plusieurs cas intéressants, et que nous ne ferons que signaler pour le moment, la plupart devant nous fournir plus tard l'occasion de quelques considérations cliniques.

Nous signalerons particulièrement un cas de grenouillette chez une femme que M. Jarjavay se propose d'opérer prochainement par un procédé particulier, que nous aurons à exposer prochainement; un de ces cas de déformation consécutive du pied chez les adultes (forme *valgus*), sur laquelle M. Gosselin a appelé récemment l'attention, et dont nous avons déjà publié plusieurs exemples : le valgus est ici consécutif à une tumeur blanche circonscrite à l'articulation calcanéo-astragalienne; un cas de mal perforant du pied, cette affection si imparfaitement connue encore, malgré les recherches spéciales dont elle a été l'objet dans ces dernières années.

Nous signalerons encore deux malades, l'un atteint de phlegmon diffus du bras, l'autre portant une tumeur sanguine de la jambe, que M. Jarjavay a traités tous deux avec un grand avantage par les piqûres multiples; un cas de fracture multiple des maxillaires supérieur et inférieur, produite par le passage d'une roue de voiture sur la face, et dont les fragments ont été en grande partie réduits spontanément par les seuls efforts de la mastication.

Quelques jours auparavant M. Jarjavay avait enlevé, chez un joueur d'orgue, un kyste développé dans la région lombo-sacrée sous l'influence de la pression continue exercée sur ce point par le lourd instrument qu'il portait habituellement sur son dos. La présence assez insolite d'un kyste dans cette région peut fournir au besoin, comme caractère professionnel, des indices utiles à la médecine légale dans les cas de recherche d'identité.

Enfin M. Jarjavay a pratiqué sous nos yeux, pendant le cours de la visite, l'ablation d'une tumeur squirrheuse développée dans la région inguinale chez un homme de trente-neuf ans qui avait subi déjà, au mois de novembre dernier, la castration à l'hôpital du Midi, pour un sarcocèle du côté droit. La tumeur inguinale, qui avait commencé à se montrer deux mois après l'ablation du sarcocèle, avait acquis depuis cette époque le volume d'un gros œuf de poule.

ANÉVRYSME DIFFUS DE LA RÉGION POPLITÉE;

insuccès de la compression; ligature de la fémorale; inflammation et gangrène de la tumeur; hémorrhagie secondaire; ligature des deux bouts de la poplitée; gangrène de la jambe; mort; autopsie.

Par M. Bourguet (d'Aix).

Le nommé G..., tailleur de pierres, âgé de trente-quatre ans, robuste, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu de syphilis ni aucune autre affection diathésique, s'est aperçu, il y a trois ou quatre ans, de l'existence d'une tumeur dans le creux du jarret du côté droit.

D'abord peu volumineuse, elle s'est accrue et a fini par acquérir la grosseur d'un œuf de poule. Elle s'est alors accompagnée de faiblesse, de douleur obtuse, d'engourdissement dans le membre correspondant. Mais le malade ne croyant pas être atteint d'une maladie grave et pouvant continuer son travail, s'en est préoccupé très-médiocrement, rapportant les symptômes qu'il éprouvait à une *sciatique*.

Le 3 décembre 1859, étant occupé à monter et à mettre en place une grosse poutre de bois, il avait les deux pieds posés sur les barreaux d'une échelle, une extrémité de la poutre reposant sur l'épaule droite, lorsque le pied droit ayant manqué l'échelon supérieur, glisse et vient se placer avec force sur l'échelon inférieur. La jambe droite se trouvait en ce moment dans l'extension forcée et supportait à elle seule le poids du corps augmenté de celui de la pièce de bois et de l'impulsion imprimée au corps tout entier. A l'instant, G... ressent, dit-il, une douleur très-vive dans le jarret, avec sensation de rupture, et il s'aperçoit que la tumeur tend à prendre un accroissement beaucoup plus considérable. Après avoir interrompu son travail pendant deux ou trois heures, il essaye de le reprendre, et il le continue tant bien que mal ce jour-là et les deux jours suivants, ne pouvant marcher que sur la pointe du pied.

Jusqu'au 10 décembre, il se lève et se promène à l'aide d'une canne; il essaye même de travailler, mais la gêne et la douleur qu'il éprouve dans le jour ne lui permettent pas de continuer.

Le 10 seulement il consulte un médecin. Celui-ci méconnaît l'anévrysme. Un second médecin reconnaît la tumeur anévrysmale et conseille la compression digitale. Le malade se rend à l'hôpital d'Aix, où il est visité par M. le docteur Chabrier.

Le 27, G... se fait admettre à l'hôpital. Voici les symptômes qu'il présente :

Le creux du jarret est rempli par une tumeur volumineuse, molle et fluctuante vers sa partie centrale, un peu plus dure et plus rémit-

---

La science n'a point de nationalité et ce n'est pas pour elle qu'ont été imaginées les frontières. M. Casper ne trouvera pas de douane médicale sur le pont de Kehl, et, grâce à M. Gustave Germer-Baillière, ses travaux seront les bienvenus parmi nous.

Le sommeil et les rêves, par M. Alfred Maury, membre de l'Institut. *Deuxième édition* (1).

On a dit de M. Maury qu'il était plutôt une bibliothèque qu'un bibliothécaire; c'est là un juste hommage rendu à l'un des hommes les plus érudits de notre époque. Dédaignant à bon droit des sentiers trop battus, et considérant que d'innombrables auteurs se sont chargés de mettre en lumière ce qu'il y a de noble, de grand, de puissant, de sublime même dans l'entendement humain, il a voulu étudier l'intelligence en déshabillé et nous dire ce qu'elle devient quand elle a secoué ce vêtement d'apparat que l'on appelle la raison.

M. Maury a fait depuis très-longtemps de la psychologie expérimentale. Sa méthode d'observation, dont il ne fait aucun mystère, mérite bien d'être connue. « Je m'observe, dit-il, tantôt dans mon lit, tantôt dans mon fauteuil, au moment où le sommeil me gagne; je note exactement dans quelles dispositions je me trouvais avant de m'endormir, et je prie la personne qui est près de moi de m'éveiller à des instants plus ou moins éloignés du moment où je me suis assoupi. Réveillé en sursaut, la mémoire du rêve auquel on m'a soudainement arraché est encore présente à mon esprit, dans la fraîcheur même de l'impression. Il m'est alors facile de rapprocher les détails de ce rêve des circonstances où je m'étais placé pour m'endormir. Je consigne sur un cahier ces observations, et en relisant le répertoire que je me suis ainsi dressé, j'ai saisi entre des rêves qui s'étaient produits à diverses époques de ma vie, des coïncidences, des analogies dont la similitude des circonstances qui les avaient pour ainsi dire provoquées m'a bien souvent donné la clef.

» Il va sans dire que pour être en position de recueillir des observations utiles, il faut être prédisposé à la rêvasserie, aux rêves, sujet à des hallucinations hypnagogiques; tel est précisément mon cas. Peu de personnes rêvent aussi vite, aussi fréquemment que moi. Fort rarement le souvenir de ce que j'ai rêvé m'échappe, et la mémoire de mes rêves subsiste souvent pendant plusieurs mois aussi fraîche, je dirai volontiers aussi saisissante, qu'au moment de mon réveil. De plus, je m'endors aisément le soir, et durant ces courts instants de sommeil je commence des rêves dont je puis vérifier, au bout de quelques secondes, la relation avec ce qui m'occupait précédemment. »

Après avoir mis ses lecteurs dans la confidence de son tempérament, M. Maury se présente devant eux tour à tour assoupi ou endormi, et il leur rapporte ce qui lui advient alors, les initiant au besoin dans le secret de ses faiblesses et de ses défauts. Pour des observations de cette nature, où l'âme cherche à découvrir comment elle agit, il faut se découvrir avec simplicité et candeur devant les regards d'autrui, et comme celui qui pose devant un peintre, laisser à tous ses mouvements leur aisance et leur naturel. Mettant donc de côté non-seulement son amour-propre individuel, mais encore son orgueil d'homme, M. Maury s'efforce de montrer cette intelligence dont nous sommes si fiers, passant à chaque minute par des alternatives de puissance et de faiblesse.

Le livre si intéressant de M. Maury se divise en deux parties. Dans la première, il expose la formation des rêves, ainsi qu'elle ressort de ses études; dans la seconde, il applique les principes déduits de ses observations à des faits d'un ordre analogue, plus étranges parce qu'ils sont plus rares, mais qu'il ne lui a pas toujours été permis d'étudier par lui-même : l'hypnotisme, le somnambulisme, et certains états pathologiques dans lesquels on a cru reconnaître des phénomènes en contradiction avec l'ordre naturel des choses.

Disons, en terminant, qu'il est toujours bon de ramener l'homme à l'étude de soi-même. En nous observant, en redescendant dans notre conscience intime, nous comprenons davantage tout ce qu'il y a d'admirable dans notre organisation, et notre intelligence s'élève à des hauteurs qui nous font planer au-dessus des mesquins intérêts de la vie terrestre. Notre pensée s'ennoblit; elle devient plus sereine et plus pure!

(1) Un vol. de 424 pages. Paris, 1862, à la librairie Didier et Cie. Prix : 3 fr.

Les médecins moralistes, par Mme Woillez (1).

On a lancé à tort ou à raison contre le corps médical l'accusation d'athéisme et de matérialisme : *Ubi tres medici, duo athæi*, disait un vieil adage. C'est afin de nous disculper qu'une femme de goût a entrepris la patiente lecture des ouvrages de médecine et qu'elle a consacré les trois dernières années de sa vie à l'ingrat labeur d'une infatigable abeille, exprimant les sucs les plus purs et construisant un code chrétien uniquement dû à cette classe d'hommes que l'on prétendait dénués de sentiments religieux.

Le but de Mme Woillez, son zèle et sa foi, sont éminemment respectables, mais son œuvre ne vaut rien. Des maximes, des pensées, des réflexions tirées des écrits des médecins anciens et modernes, entassées sans ordre et sans suite et à peu près coordonnées par le caprice du metteur en pages, emplissent pêle-mêle ce volume dont le titre est aussi séduisant que le sexe de l'auteur. Mais ne m'en demandez pas davantage, ou alors je vous dirais que la première page traite de l'*abstinence*, la dernière de *volupté*, et que vous ferez bien de ne point lire les quatre cents autres.

Dr Legrand du Saulle.

(1) Un vol. de 404 pages; Paris, 1862, chez Germer-Baillière. Prix, 6 fr.

ıte vers sa circonférence, de forme irrégulière, mal limitée à l'ex- ıeur, à grand diamètre vertical, s'étendant en dedans et en dehors ıs les muscles qui sont fortement soulevés et écartés de la ligne diane. En haut, la tumeur paraît remonter à quatre ou cinq tra- ·s de doigt au-dessus de l'interligne articulaire. En bas, elle se ılonge du côté du mollet, et dépasse ce même interligne d'environ is travers de doigt. La peau présente une couleur légèrement vio- ée; elle est parsemée de veines bleuâtres et adhère à la tumeur s le milieu de la région poplitée.

ille est en outre soulevée par des battements très-manifestes, iso- ones à ceux du pouls, et par un mouvement d'expansion appré- ıle à la vue, seulement ces battements et ce mouvement d'expan- ı sont plus snperficiels et plus faciles à percevoir dans certains points dans d'autres, au milieu de la tumeur que vers sa circonférence. y distingue également, surtout en arrière, au centre de l'espace lité; un frémissement vibratoire quand on presse légèrement avec ıain. Enfin, elle est le siége d'un bruit de souffle intermittent, ·hrone à l'expansion, ayant son maximum d'intensité en arrière, à droit qui vient d'être indiqué, ainsi que d'un second bruit de ıfle systolique plus léger et moins distinct que le précédent.

'ous ces symptômes cessent et la tumeur s'affaisse considérable- ıt lorsque l'artère est comprimée sur le pubis ou à la partie in- ıe et supérieure de la cuisse. Ils reparaissent instantanément lors- la compression s'arrête.

'oint d'œdème ni d'induration à la jambe et au pied. Les batte- ıts de la tibiale postérieure et de la pédieuse se sentent, mais moins inctement que dans l'état normal. Le membre est plus froid que ı du côté opposé; il est le siége d'un engorgement très-prononcé environs du genou; la rotule est un peu soulevée en avant; la ;sion dans cette partie provoque de la doulenr, mais on n'y dis- ue pas de battements. Le pouls bat de 75 à 80 pulsations par mi- e· Le malade n'accuse pas de douleur dans la tumeur du jarret; ement il éprouve de l'engourdissement et une grande faiblesse ; tout le membre, ainsi que quelques élancements et quelques millements dans le mollet et dans le pied. Les mouvements de ıon sont très-difficiles et très-notablement gênés; ceux d'extension plus faciles. La position demi-fléchie est celle qui fatigue le ıs le malade et celle qu'il conserve le plus habituellement.

a compression digitale fut commencée le 28 décembre et conti- ə les jours suivants.

diverses reprises, la compression indirecte fut aussi pratiquée à e d'un bandage à ressort élastique analogue au brayer, avec pe- et contre-pelote. Plusieurs fois, enfin, nous eûmes recours à un de plomb d'un kilogramme environ, appliqué sur le trajet de ère et maintenu en place par quelques tours de bande peu serrés. ıtons que toutes ces manœuvres atteignaient très-bien le résultat lequel elles étaient instituées, et qu'il était facile; par suite du d'embonpoint du sujet et de la situation superficielle de l'artère, ·roduire à volonté la diminution et la suspension complète des ements et des mouvements d'expansion dans la tumeur anévrys- ·. La durée de la compression fut variable, à cause des douleurs ois très-vives, de l'engourdissement, des fourmillements qu'elle ·oquait dans le membre, lorsqu'elle était pratiquée depuis un cer- temps, et qui obligeaient à la suspendre.

ıns quelques circonstances elle fut continuée sans interruption lant douze, quatorze et même seize heures; d'autres fois, au con- e, il fallut s'arrêter au bout de quatre ou cinq heures. En somme, fut exécutée régulièrement pendant une durée moyenne de huit euf heures par jour, à dater du 28 décembre 1859.

ı degré de compression différa sensiblement selon le système ɔressif adopté : la compression digitale fut le plus souvent to-

La compression à l'aide du sac de plomb et du bandage fut au raire presque toujours partielle. Ajoutons, en outre, qu'à dater janvier, une vessie remplie de glace fut appliquée sur la tumeur ant toute la durée de la compression, et que le malade fut mis à ge de la digitale.

15, l'état général est assez satisfaisant; pouls à 65; sommeil ıble pendant les intervalles de la compression; la digestion n'est ·roublée. L'état local est pire; la tumeur est plus volumineuse, ɔnte plus haut et descend plus bas.

ı dedans et en dehors, les muscles sont plus distendus; la por- inférieure du vaste interne semble avoir été décollée de l'os, et vrysme tend à gagner les parties latérales du genou, particuliè- ınt en dedans, où il s'étend jusqu'à 3 ou 4 centimètres du bord ne de la rotule.

mensuration, pratiquée sur trois points différents, donne 41, ·9 centimètres de circonférence du côté malade, en mesurant 3 centimètres au-dessus du genou, au milieu du genou et à la e supérieure du mollet; tandis que du côté sain ces mêmes s n'offrent que 32, 34 et 31 centimètres.

tumeur continue à être molle, pulsatile et partiellement réduc- Ses parois semblent s'être amincies dans plusieurs endroits, culièrement en arrière, au centre de la région poplitée, et en de- au niveau de la portion inférieure du vaste interne.

jambe et le pied présentent une tuméfaction plus considérable e couleur plus violacée. Le bruit de souffle, les mouvements ıansion, les autres symptômes persistent sans modification.

nsultation avec MM. Omer, Goyrand et Payan.

ıvis de la majorité est favorable à la continuation de la compres- indirecte, exercée à l'aide du compresseur mécanique de ·oca.

17, première application du compresseur. Une pelote est appli- au pli de l'aine; la seconde, sur l'anneau du troisième adduc- L'appareil reste en place toute la journée et toute la nuit, en nt et relâchant alternativement l'une et l'autre pelote, de ma- à produire une compression partielle continue. Il en résulte ·rande diminution des battements et l'affaissement de la tumeur. de même que la compression digitale et les autres moyens com- ·ifs précédemment employés, le compresseur mécanique déter- au bout de vingt-quatre heures des douleurs, des crampes, un ırdissement tels, que le malade se refuse à le garder plus long- , et que nous sommes forcés de l'enlever.

18, deuxième application du compresseur de M. Broca à quatre s de l'après-midi. Il reste en place jusqu'au lendemain matin ıeures, en produisant une compression totale.

; 19, 20, 21, 22, 23, 24, la compression totale continue à être ı l'aide du même appareil pendant dix ou douze heures sur vingt-quatre. Le reste du temps, lorsque la douleur le permet, la compression partielle est faite par le malade lui-même. Les deux derniers jours, nous ajoutons à la compression indirecte l'application d'un bandage roulé, modérément serré, depuis les orteils jusqu'au-dessus du genou, en vue de combattre l'œdème de tout le membre, qui est considérable, et afin aussi d'opérer une légère compression sur la tumeur.

Le 25, l'anévrysme a continué à faire des progrès, malgré le nouveau mode de compression.

La tumeur présente toujours les mêmes caractères, et on ne constate dans aucun point des traces de coagulation active ou passive. Ses parois, au contraire, se sont encore amincies en dedans de la cuisse et dans le creux du jarret. Elle remonte en arrière jusque vers le milieu de la cuisse, et descend à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous de l'articulation, dans l'intervalle des muscles jumeaux. La mensuration donne 42, 47 et 40 centimètres de circonférence, les dimensions correspondantes, pour le membre du côté opposé, étant, comme nous l'avons dit, de 32, 34, 31 centimètres.

Il existe plusieurs phlyctènes sur le dos du pied, et une eschare peu profonde au-dessus et en dehors du genou, en face du tendon du biceps, résultant de la pression exercée par la partie inférieure de la gouttière du compresseur. L'engorgement du membre est toujours très-prononcé, malgré l'application du bandage compressif; l'engourdissement a augmenté; la jambe est presque complétement insensible; le malade est profondément découragé, et refuse de continuer la compression.

Seconde consultation. — La ligature de la fémorale est décidée et pratiquée ce jour même, en présence et avec l'aide de MM. Goyrand, Payan, Silbert, Gouyet et Chabrier.

L'artère est mise à nu et liée à la partie inférieure du triangle inguinal, à 12 centimètres du ligament de Fallope. Le vaisseau est trouvé sain, mais son volume est plus considérable que dans l'état normal. Les battements disparaissent complétement.—Bouillon, limonade; une pilule d'opium de 25 milligrammes toutes les quatre heures.

Le 26 janvier, le malade est assez bien; fièvre modérée, chaleur normale du pied et de la jambe; affaissement très-grand de la tumeur; disparition complète de l'expansion, des battements, du bruit de souffle; ce dernier ne s'entend même plus dans la portion de la fémorale supérieure à la ligature ni dans l'iliaque. — Même prescription.

Le 30, levée du premier appareil. La plaie est partout réunie, sauf aux environs de la ligature. La circonférence du membre au niveau de l'anévrysme a diminué de 3 centimètres. La tumeur offre une consistance mollasse, comme élastique, et paraît entièrement remplie de caillots passifs.

Le 6 février, apparition d'une teinte brunâtre à la partie interne et inférieure de la cuisse et vers le milieu du creux du jarret, dans les points où la peau offrait le plus d'amincissement avant l'opération. Le malade accuse quelques élancements douloureux dans la tumeur. Toutefois l'état général continue à être satisfaisant. — Application de compresses trempées dans une solution d'acétate de plomb; 30 grammes de vin de quinquina matin et soir.

Le 12, une eschare de la grandeur d'une pièce de 5 francs s'est formée dans chacun des deux points précités. — Même prescription.

Le 17, les eschares commencent à se détacher. Il se forme entre elles et la peau saine un intervalle communiquant avec la cavité de l'anévrysme, par lequel s'échappent un certain nombre de caillots noirâtres, tremblotants, friables, offrant tous les caractères des caillots passifs.

Les jours suivants, ces intervalles s'agrandissent et laissent sortir une très-grande quantité de caillots de même nature. En même temps, la tumeur revient sur elle-même, la tuméfaction, l'œdème du membre, sa couleur violacée diminuent; l'appétit et le sommeil sont satisfaisants. La situation semble s'améliorer.

Le 26, pendant que nous procédons au pansement, qui consiste tout simplement à nettoyer les plaies et à enlever les caillots qui se présentent d'eux-mêmes à l'extérieur, après avoir reconnu au milieu d'une masse considérable de caillots, presque tous passifs, un certain nombre de caillots actifs constitués par des lames concentriques très-denses, superposées et imbriquées comme les pellicules d'un oignon, il se produit brusquement un jet de sang artériel que nous reconnaissons, à son siége au centre du creux du jarret et à son volume considérable, être fourni par le tronc de l'artère poplitée elle-même.

Après avoir appliqué immédiatement l'extrémité de l'indicateur gauche sur le point d'où le sang jaillit, la main droite enlève rapidement la plupart des caillots qui remplissent encore la cavité anévrysmale et masquent le vaisseau; puis, à l'aide de la sonde cannelée, nous cherchons à isoler l'artère au-dessus du point où se fait l'hémorrhagie, afin de pouvoir l'entourer d'une ligature. Nous parvenons ainsi, après de pénibles efforts, à passer un fil autour de l'artère poplitée et à l'étreindre à quelques centimètres au-dessus de l'interligne articulaire. Mais l'indicateur gauche enlevé de dessus l'artère, l'hémorrhagie recommence, quoique plus faible.

Supposant au premier abord que la ligature a été mal serrée ou que les parois artérielles se sont déchirées, nous appliquons une seconde ligature un peu plus haut, en maintenant toujours la pulpe de l'indicateur gauche sur l'orifice béant du vaisseau. La persistance de l'hémorrhagie, malgré cette seconde ligature, vient nous démontrer notre erreur, et nous fait voir que le sang s'écoule par le bout inférieur. Nous cherchons alors à isoler l'artère au bas de la région poplitée, un peu au-dessus du point où elle s'engage sous l'anneau du soléaire. Malheureusement tous les tissus sont ramollis et friables; le vaisseau cède et se déchire à trois reprises différentes; d'un autre côté, la veine poplitée masque tellement l'artère au bas de la région, qu'il ne nous est pas possible de parvenir à l'isoler complétement, et que nous sommes réduit à pratiquer une ligature médiate avec une aiguille courbe, en y comprenant la veine et le tissu cellulaire ambiant.

Le malade présente un grand abattement; le pied et la jambe restent froids et insensibles; délire par intervalles dans le courant de l'après-midi.

Le lendemain, le délire persiste; le pied et la jambe prennent une couleur violet foncé; la gangrène du membre paraît imminente.

Le 28, la gangrène a envahi le pied et la jambe jusqu'aux environs du genou, sans toutefois aller au delà, et en offrant au contraire de la tendance à se circonscrire; le délire a disparu.

Le 29, la gangrène semble complétement arrêtée. Elle est limitée à la jambe, et ne dépasse pas la tubérosité antérieure et les condyles du tibia.

L'état général est un peu meilleur. Nous proposons l'amputation de la cuisse. Acceptée d'abord, cette opération est ensuite refusée par le malade et la famille.

La mort a lieu le 7 mars, au milieu de la plus profonde adynamie.

Autopsie, 20 heures après la mort. — Emaciation générale du sujet; sphacèle complet du pied et de la jambe jusqu'aux environs du genou. La gangrène s'est étendue en haut et en arrière jusqu'au niveau de l'interligne articulaire, tandis qu'en avant elle ne dépasse pas la tubérosité antérieure du tibia. L'articulation est remplie de pus et communique avec l'extérieur par une ouverture irrégulière, de 10 à 12 millimètres de diamètre, située au niveau du ligament postérieur. La synoviale est le siége d'une vive inflammation; elle est épaissie, et présente dans plusieurs endroits des granulatiens de la grosseur d'une tête d'épingle, et même plus considérables. Les fibro-cartilages articulaires sont érodés et détruits dans un grand nombre de points.

Vers le milieu de la région poplitée et à la partie interne et inférieure de la cuisse, on voit deux larges plaies, ou plutôt deux ouvertures irrégulières à bords amincis et frangés, dont la partie postérieure mesure 9 ou 10 centimètres verticalement, et 7 ou 8 transversalement, la seconde un peu moins, qui conduisent dans une cavité très-vaste, anfractueuse, irrégulière, creusée dans l'épaisseur du membre, et qui n'est autre chose que la poche anévrysmale revenue sur elle-même. Cette dernière, longue de 30 centimètres, large de 15 dans ses plus grands diamètres, s'étend depuis le mollet jusqu'au-dessus de la partie moyenne de la cuisse; elle va en se rétr cissant supérieurement et inférieurement, remonte en haut, entr les muscles biceps et demi-membraneux, presque au niveau de union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la cuisse, descend en bas, dans l'intervalle des muscles jumeaux, à 7 ou 8 centimètres au-dessous de l'interligne articulaire; en dedans, elle se dirige sous les muscles demi-tendineux, demi-membraneux, droit interne, passe sous le vaste interne et le tendon du troisième adducteur, entre ces muscles et le fémur, qui est décollé dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, et érodé sur plusieurs points sans apparence de carie ni de nécrose, pour aller enfin aboutir à la seconde ouverture cutanée dont il a été question tout à l'heure.

La surface interne de cette immense cavité présente de nombreuses sinuosités et de nombreux culs-de-sac remplis pour la plupart de caillots sanguins fortement adhérents aux parois de l'anévrysme. Ces dernières sont formées exclusivement par les muscles et le tissu cellulaire ambiant. Dans quelques endroits seulement, elles sont tapissées par une fausse membrane peu épaisse, molle, pulpeuse, analogue à la membrane pyogénique; mais on ne rencontre nulle part des traces d'un véritable kyste ou d'un sac anévrysmal. Sur plusieurs points, les muscles sont entièrement détruits; dans d'autres, ils sont mis à nu, comme disséqués, ou à peine recouverts par une mince couche de tissu cellulaire. Ailleurs enfin, ils sont simplement aplatis, amincis, et ont subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

L'artère et la veine poplitée se retrouvent dans le fond de la cavité qui vient d'être décrite, un peu au-dessus de l'échancrure inter-condylienne. Leur direction est changée et portée plus en dehors. On découvre facilement les deux ligatures posées sur le bout supérieur de l'artère, le 26 février, au moment de l'hémorrhagie secondaire. Ces deux ligatures sont situées à 3 centimètres environ de distance l'une de l'autre et embrassent tout le calibre de l'artère. Au-dessus de la plus élevée, on rencontre un caillot rouge, de 25 millimètres de long, faiblement adhérent aux parois du vaisseau. Rien de semblable ne s'observe au-dessus de la seconde ligature. Quant aux quatre ligatures posées le même jour sur le bout inférieur, elles ont été entraînées par la suppuration, et on n'en découvre aucun vestige. Toute trace de l'artère et de la veine poplitée a également disparu, à partir de l'échancrure inter-condylienne jusqu'à l'anneau du soléaire, sur une longueur de 7 ou 8 centimètres. Le nerf sciatique poplité interne est détruit pareillement dans une étendue de 6 ou 7 centimètres, et ses deux bouts, de même que ceux des vaisseaux poplités, plongent dans le fond de la cavité anévrysmale. Le poplité interne est rouge et enflammé, ainsi que son névrilème; mais il n'a subi aucune solution de continuité.

L'artère fémorale présente un calibre de beaucoup supérieur à celui de l'état normal, sans que ses parois soient le siége d'aucune dégénérescence. Elle a été entièrement coupée par la ligature, qui ne tient plus que par quelques tractus cellulaires et par un petit filet nerveux compris par le fil, et qui a résisté à la section plus longtemps que l'artère. Un caillot long de 3 centimètres, dur et décoloré, fortement adhérent aux parois du vaisseau qu'il remplit complétement, surtout en bas, s'observe dans l'intérieur de l'artère. Au-dessus, celle-ci est vide, et ses parois sont fortement revenues sur elles-mêmes jusqu'à la naissance de la profonde. Cette dernière présente un volume presque aussi considérable que celui de la fémorale. Elle naît à 2 centimètres au-dessous du ligament de Fallope, et un intervalle de 9 centimètres et demi sépare l'origine de la profonde du point de la fémorale sur lequel la ligature a été appliquée.

Les veines fémorale et iliaque, la partie supérieure de la poplitée, sont complétement oblitérées par des caillots rouge foncé, intimement unis aux parois du vaisseau. Il n'existe toutefois dans aucun point ni pus ni fausses membranes. La tunique interne est le siége d'une coloration assez vive, sans traces d'ulcération ni de ramollissement. La recherche de ces mêmes vaisseaux à la jambe n'amène aucun résultat, les tissus étant complétement sphacélés et transformés presque partout en une pulpe putrilagineuse au milieu de laquelle des investigations exactes sont impossibles.

L'examen des autres organes ne peut pas être fait.

RACINE D'UNE DENT CANINE GAUCHE

logée dans l'épaisseur de la lèvre inférieure et simulant une tumeur cancéreuse.

Par M. le docteur Zandyck (de Dunkerque).

Mme M... (de Dunkerque), âgée de quarante ans à peu près, d'un tempérament extrêmement lymphatique, a de tout temps souffert des dents; à part deux ou trois incisives intactes, il ne lui reste à la

partie moyenne et latérale que des racines plus ou moins altérées plus ou moins déchaussées, des alvéoles en partie détruites.

Les gencives sont ramollies, ulcérées; elles laissent suinter presque constamment un liquide sanieux, purulent.

Bref, peu à peu, à la fin de 1854, elle a senti se développer à gauche, dans l'épaisseur de la lèvre inférieure, une tumeur de 3 centimètres, étendue de bas en haut, et remplissant tout l'intervalle qui sépare les gencives de la face interne de la lèvre.

Après quelques mois de douleurs insupportables, cette tumeur finit par adhérer intimement aux gencives et devenir une gêne permanente,

En avril 1855, Mme M... pouvant à peine manger, nous fait appeler; elle était enceinte de sept mois.

Nous trouvons la moitié gauche de la lèvre inférieure tuméfiée dans toute son étendue. La partie externe (la peau), rouge, dure, amincie, menace de s'ulcérer. La face interne est pour ainsi dire horizontale, elle va rejoindre les gencives. Sous la muqueuse existe une tumeur bosselée qui s'étend dans le tissu cellulaire, en occupe toute l'épaisseur. Cette muqueuse a une teinte violacée.

Au centre existe un ulcère de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, grisâtre, et dont les bords sont durs, élevés, livides, douloureux au toucher.

De cet ulcère découle une matière sanieuse, infecte et parfois sanguinolente. Les mouvements de mastication sont difficiles, impossibles même; ils réveillent des douleurs sourdes, lancinantes, insupportables.

Ce dernier caractère, l'aspect particulier de l'ulcération, le liquide qu'elle laisse suinter, l'ancienneté de la maladie, semblent indiquer de prime abord une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure.

Comme la malade est d'une nature très-timorée, que du reste aucun traitement n'a encore été tenté, nous cautérisons à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent et prescrivons des topiques émollients opiacés.

Ces cautérisations sont si difficilement supportées que Mme M... se refuse à les laisser continuer et les renvoie après son accouchement; elle s'en tient aux adoucissants.

Délivrance le 29 juin, avec suites régulières.

Le 15 juillet, les cautérisations sont reprises tous les quatre ou cinq jours sans amélioration sensible.

Nous songions dès lors à recourir à l'extirpation de la tumeur, quand un jour, voulant cautériser profondément, un corps dur et résistant nous paraît faire obstacle au crayon.

La percussion avec un stylet mousse détermine un son qui nous prouve la présence d'un corps étranger.

Aussitôt une incision cruciale fait apercevoir un fragment de dent; mais il est tellement enchâssé qu'il faut, pour l'amener au dehors, le disséquer avec la pince et le bistouri.

Cette opération terminée, nous extrayons une longue racine de la canine gauche recouverte d'une couche épaisse de matière calcaire. Elle était placée horizontalement, sa pointe tournée vers la lèvre; sa partie supérieure adhérait pour ainsi dire au maxillaire. La cause du mal enlevée, nous avons divisé de haut en bas avec le bistouri les adhérences de la lèvre à la mâchoire jusqu'à sa partie inférieure. Quinze jours après, la cicatrisation était complète.

Il est resté un peu de dureté du tissu cellulaire; elle a disparu peu après.

La mastication est redevenue normale, et Mme M... n'éprouve plus la moindre douleur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 mars 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. VERNEUIL demande la parole à propos du procès-verbal, d'abord pour vider définitivement un incident historique soulevé dans la séance précédente. D'après la communication faite par M. Houel, M. Nélaton, lors de sa première opération de rhinoplastie à lambeaux latéraux, c'est-à-dire dès 1856, aurait conservé le périoste à la face profonde des lambeaux; il aurait répété en 1859 le même procédé avec plus de soin encore; or, M. Nélaton m'ayant affirmé qu'il n'avait rien fait de semblable en 1856 et qu'il n'a songé que lors de sa seconde opération à l'ostéoplastie périostique, il faut cesser de revendiquer pour lui une priorité qu'il décline et qu'il ne réclame en aucune façon. Lors de la seconde opération faite en avril 1859, M. Ollier avait déjà fait non pas son opération (comme me le fait dire le procès-verbal du 5 mars), mais de nombreuses communications sur les greffes osseuses et l'ostéoplastie périostique.

Je maintiens donc à cet égard les premières assertions que j'ai produites.

J'avais, dans la même séance du 5 mars, répondu à M. Béraud relativement à la part que M. Flourens pouvait réclamer dans la conception de l'ostéoplastie périostique, et comme le procès-verbal ne mentionne pas cette partie de mon allocution, je renouvelle ma protestation et j'insiste pour qu'elle trouve place dans le procès-verbal, car jamais je n'ai été plus disposé à prendre la responsabilité complète d'une assertion dont je suis d'ailleurs tout prêt à produire les preuves.

Je disais: Qu'à moins de vouloir trouver *tout dans tout*, il n'y avait dans les travaux de M. Flourens aucune trace de la découverte des greffes osseuses; que ces travaux d'ailleurs ne présentaient aucun fait important et original qui n'ait été découvert et consigné depuis bien longtemps dans les œuvres si remarquables de Troja, de Duhamel, de Vigaroux et de bien d'autres; que depuis le commencement de ce siècle la physiologie normale et pathologique du périoste n'avait rien gagné de majeur, que les applications chirurgicales faites aux résections et à l'autoplastie étaient les seuls progrès qu'on eût à signaler, mais qu'en même temps il fallait reconnaître que M. Flourens y était tout à fait étranger.

Je demandais que la Société de chirurgie mît à l'ordre du jour de ses travaux cette importante question historique, pour que la vérité ne fût pas plus longtemps obscurcie, et pour qu'il soit mis un terme à des prétentions exorbitantes dont toute la génération actuelle ne peut consentir à se faire complice; qu'il était temps enfin de rendre à chacun le sien et de ne pas continuer à dépouiller les morts et les petits au profit des vivants et des puissants. Je m'offrais d'ailleurs, si mes paroles paraissaient trop hardies, à les corroborer par l'ensemble de démonstrations le plus imposant, car elles n'étaient point prononcées à la légère et ne m'étaient dictées que par le désir de remplir un devoir d'équité.

— M. MARJOLIN. Je viens, au nom de M. Hélie, de Saint-Florentin, vous communiquer une observation d'opération césarienne pratiquée avec succès. C'est encore un de ces faits qui abondent par lui-même en médecine.

Tout récemment, devant l'Académie, M. Gosselin, insistant sur l'insalubrité des salles, faisait remarquer avec justesse que les pansements étant les mêmes en province qu'à Paris, ce ne pouvait pas être là la cause de la mortalité plus grande dans les hôpitaux. Quoi qu'il en soit, voilà deux élèves de Marjolin, deux anciens internes de mon père, suivant sa pratique pour les pansements simples, qui obtiennent deux succès dans une opération qui n'a jamais réussi dans nos hôpitaux: c'est d'une part M. Godefroy, à la Havane; et de l'autre part M. Hélie, à Saint-Florentin.

M. Hélie demande le titre de membre correspondant. (Commissaire, M. Blot.)

— M. GOSSELIN. Je viens remettre une seconde lettre de M. Rollet, qui, ayant soulevé une courte discussion, est renvoyée au secrétaire.

Dans cette lettre M. Rollet adresse quelques réclamations contre les conclusions du rapport de M. Cullerier, relatif au mémoire de M. Langlebert sur la transmission de la syphilis secondaire, et se justifie du soupçon d'avoir voulu s'approprier les idées de M. Langlebert.

RAPPORT.

M. VERNEUIL continue la lecture de son rapport sur les travaux de M. Bourguet (d'Aix).

M. RICHET. M. Verneuil nous a dit dans son rapport que la gouttière dans laquelle on avait placé le membre avait fait une eschare à la peau. Je désire savoir si c'est au niveau de cette eschare que le sac s'est rompu. M. Verneuil nous avait averti qu'il reviendrait sur cette circonstance, et il me semble qu'il n'y est pas revenu.

M. VERNEUIL. En lisant cette observation, je ne trouve pas qu'il y ait une coïncidence entre l'eschare de la peau et la rupture du sac.

M. LE PRÉSIDENT propose le renvoi aux *Bulletins* de l'observation de M. Bourguet.

La Société adopte cette proposition.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. M. Verneuil semble faire de l'abaissement l'utérus par des tractions sur le col une question peu grave. Je c le contraire. J'ai vu cet abaissement amener des accidents formi bles et la péritonite la plus grave.

Autrefois l'excision du col utérin exigeait cet abaissement, et t en le blâmant, il fallait bien cependant l'accepter, puisque nous r vions pas d'autre moyen pour amener le col à la portée de nos struments. Aujourd'hui, grâce au progrès réalisé dans l'opération la fistule vésico-vaginale, je pense qu'il sera possible d'éviter abaissement, qui a l'inconvénient de provoquer des douleurs sur trajet des ligaments larges. Pour ma part, j'ai cherché à réaliser progrès sous ce rapport, qui est analogue à celui proposé M. Bourguet.

Quand un polype est implanté dans le rectum à une certaine h teur, j'introduis une boule de caoutchouc vulcanisé de Gariel au-des du polype, après l'avoir vidée préalablement. Quand cette boule arrivée au-dessus de la tumeur, je la remplis d'air, et alors j'exe des tractions, et je puis ainsi amener le polype au dehors. Je pe que dans les cas de fistule vésico-vaginale d'accès difficile, ce p ballon pourrait être utilisé avantageusement.

M. VERNEUIL. Je partage les idées de M. Chassaignac sur les ef de l'abaissement de l'utérus; j'ai dit dans mon rapport qu'il n'é pas sans inconvénient, et je dis même qu'il faut l'abandonner.

Le rapport de M. Verneuil est renvoyé au *Bulletin*.

— La Société est appelée à nommer au scrutin et à la majo absolue une commission de cinq membres pour une modification statuts de la Société, sur la proposition faite régulièrement, conf mément à l'article 62 du règlement. Les membres élus sont MM. Bro Depaul, Cullerier, Larrey et Danyau.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA présente les pièces se rapportant à un cas de g grène des membres inférieurs, avec examen comparatif de la tem rature de ces parties.

— M. DESORMEAUX présente un nouvel ophthalmoscope lequel il remet la note suivante:

« M. A. Chevalier me charge de faire connaître une modifical qu'il a apportée aux ophthalmoscopes. Cette modification cons dans la substitution de lentilles achromatiques, *crown* et *flint*, lentilles simples, bi-convexes et bi-concaves; elle peut s'appliqu tous les ophthalmoscopes, de quelque système qu'ils soient. L'av tage de ces lentilles est évident en théorie. Personne ne voud aujourd'hui d'un microscope ou d'une simple lunette de specta qui ne serait pas achromatique; le bon marché même ne ferait accepter un pareil instrument. On ne comprend guère qu'il en autrement pour les ophthalmoscopes, surtout si on fait attention dans ces instruments on se sert presque toujours des parties exc triques de la lentille, vu qu'on la place obliquement pour éviter reflets. Il en résulte qu'avec les lentilles simples on a une image térée dans sa forme et dans sa coloration, et lors même que aberrations ne seraient pas sensibles à la vue, elles seraient cep dant suffisantes pour fatiguer l'œil de l'observateur.

» J'ai plusieurs fois employé l'instrument que j'ai l'honneur présenter, et je crois pouvoir dès à présent lui reconnaître d qualités: les images qu'il donne sont d'une grande netteté, et l' servation peut être prolongée plus longtemps qu'avec les au instruments que j'ai employés, sans causer de fatigue à l'obs vateur. »

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Les candidats du concours pour trois places de médecin au Bur central, ont eu à traiter la question suivante:

« Des différentes espèces de pneumonies au point de vue du c gnostic et du traitement. »

Du glaucome, par M. A. PAMARD, docteur en médecine, interne des pitaux. Thèse inaugurale. In-4° de 58 pages. Prix: 1 fr. 50 c. C J. B. Baillière et fils, libraires à Paris, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 35. — MARDI 25 MARS 1862. (35e ANNEE.) N° 35. — MARDI 25 MARS 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 MARS 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Jobert a communiqué la suite de ses recherches expérimentales et de ses observations relatives à la régénération des tendons. Il a exposé dans cette partie de son travail les résultats des sections tendineuses qu'il a pratiquées sur des chevaux, et des recherches anatomiques qu'il a eu l'occasion de faire sur la régénération des tendons chez l'homme. Nous reviendrons sur l'ensemble de ce travail lorsqu'il sera terminé. — Dr Brochin.

DE L'OZONISATION ARTIFICIELLE.

(Au moment où l'hygiène des hôpitaux occupe si vivement l'attention du public médical, on lira avec intérêt les lignes suivantes, sur un sujet qui joint au mérite de l'actualité l'attrait de la nouveauté.)

Depuis que Schœnbein, en 1840, a attiré l'attention des savants sur un nouveau corps prenant naissance toutes les fois que l'on décompose l'eau au moyen de la pile, à condition toutefois que les électrodes soient en or ou en platine, de nombreuses études ont été faites sur ce point.

Le corps qui prend naissance au pôle positif est un gaz éminemment oxydant, odorant, rappelant les émanations de l'ancien briquet phosphorique, et qui a reçu le nom d'ozone, ou, comme le préfèrent MM. Pelouze et Fremy, d'oxygène électrisé.

L'ozone est encore peu connu, vu les difficultés de s'en procurer de façon à pouvoir faire quelques expériences.

Suivant MM. Andrews et Lair, il a une densité qui serait au moins cinquante fois plus grande que celle de l'oxygène. Mais il est bon de faire observer que, pour concilier les expériences qui ont donné ce résultat avec l'hypothèse d'une modification simplement allotropique, il devenait nécessaire d'attribuer à l'ozone une densité supérieure à celle de tout autre gaz ou vapeur, d'où rapprochement intime de la nature de l'ozone avec celle des solides et des liquides.

Et pourtant faites passer de l'ozone dans un tube contenant de la ponce sulfurique, laissez-le même pendant un certain temps dans ce tube et analysez-le ensuite, il n'a subi aucune modification, ce qui rend bien hasardée l'hypothèse d'un solide ou d'un liquide à l'état de division extrême et en suspension dans l'air.

Aussi les expérimentateurs dont nous venons de parler se demandent-ils si l'ozone n'est réellement qu'un état allotropique de l'oxygène, ou s'il n'est pas plutôt une décomposition de ce corps regardé comme simple; c'est qu'en effet l'ozone prend naissance dans les conditions où tout gaz non simple est décomposé par le courant électrique.

Quoi qu'il en soit, il résulte d'expériences certaines que si on place un lapin dans un milieu artificiellement ozonizé par des décharges électriques, l'animal périt en quelques heures.

L'action de l'ozone est analogue à celle du chlore; on trouve en effet à l'autopsie une phlegmasie de toutes les muqueuses : et pourtant la quantité absorbée n'a été que de 2 milligrammes.

Voilà donc un corps doué de propriétés d'une extrême intensité, détruisant comme le chlore l'hydrogène sulfuré, les matières organiques, par suite de ses propriétés oxydantes; amenant la mort rapidement quand il existe en quantité disproportionnée; n'est-il pas naturel de penser qu'il pourra, à l'aide de certains artifices, rendre d'immenses services dans les mêmes circonstances où le chlore est employé?

L'air contient toujours de l'ozone, mais en quantité variable, suivant les pays, l'altitude, la température, etc. M. Bœckel, de Strasbourg, a noté sa disparition pendant le choléra, son augmentation relative pendant les épidémies de bronchite, et sa diminution dans les circonstances où les affections gastriques augmentaient de proportion.

Il y a donc un rapport entre le coefficient ozonométrique d'une atmosphère et la production de certains états morbides.

En 1855, MM. Bérigny et Silbermann firent des expériences comparatives à Versailles et à Paris; le papier réactif donne des traces à Versailles, un résultat négatif à Paris. Bornons-nous à dire que l'ozone est d'autant plus manifeste que l'on s'élève plus haut et que l'on s'éloigne des grands centres. Ainsi, dans les Pyrénées, le coefficient est maximum, et nous avons vu qu'il égalait zéro à Paris.

M. Bœckel pense que l'ozone ne se forme qu'à une certaine hauteur, d'où l'impossibilité de le constater dans les couches inférieures de l'atmosphère; nous ne partageons nullement cet avis.

En effet, si l'ozone est plus lourd que l'air, n'importe où il se produira, il finira toujours par gagner les points les plus déclives; dans le cas contraire, la mobilité des couches atmosphériques l'aura bientôt dispersé en tous points.

Voici comment nous expliquons ce phénomène : l'ozone est éminemment oxydant; il est donc évident que là où il rencontrera des matières organiques, il disparaîtra presque instantanément, et *vice versa*. Ce qui explique parfaitement sa non-présence dans les grands centres, au-dessous des marais, et dans tous les points déclives.

Ceci bien compris, on voit immédiatement que dans les salles d'hôpital, l'ozone est et sera toujours un mythe introuvable. Si en effet des causes actives de décomposition, le manque de conditions favorables pour sa production existent, c'est assurément dans les hôpitaux qu'on les trouve réunies d'une manière constante et fatale.

Tout le problème se résume donc à ceci : produire de l'ozone en quantité voulue, c'est-à-dire un corps susceptible de décomposer, et partant de neutraliser les miasmes en constante formation dans les salles de malades, et cela avec certitude de ne jamais nuire à ces derniers.

Nous croyons avoir trouvé la solution.

Il y a déjà quelque temps, M. Le Roux enseignait un moyen de produire l'ozone en quantité assez grande relativement pour pouvoir l'analyser (1860).

En effet, donnez à un fil de platine une forme quelconque, soit celle d'une spirale dont la circonférence des pas est très-rapprochée; placez au-dessus un entonnoir renversé, et rendez le fil de platine incandescent au moyen d'un simple élément de Bunsen, immédiatement on sent au-dessus de l'entonnoir qui concentre l'air échauffé et mis en circulation l'odeur caractéristique de l'ozone, et le papier réactif enlève tous les doutes.

Voilà le problème résolu; la théorie devient d'une pratique des plus faciles. En effet, placez dans une salle de malades un fil de platine disposé comme précédemment et d'une longueur convenable avec un simple élément de Bunsen, vous aurez là une source d'ozone constante, et qu'on pourra modifier à volonté suivant les indications ozonométriques d'un papier réactif. (Placer l'appareil au haut des salles.)

Ce moyen est tellement simple, si peu coûteux, que nous pensons que rien ne peut s'opposer au moins à son expérimentation.

On conçoit immédiatement de quelle importance serait une semblable innovation. Nous nous bornons à rappeler la destruction prompte, facile, des miasmes répandus dans les salles de blessés, émanations si nuisibles au bon état des plaies; la supériorité de l'ozone sur le chlore, qui n'est pas pratique dans une salle de malades.

Je passe sous silence l'influence possible de l'ozone sur la santé générale, influence encore trop hypothétique pour pouvoir la discuter sérieusement. Dr DELAHOUSSE, médecin a.-major à Bitche.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Anévrysme poplité artério-veineux droit.

(Leçon recueillie par M. P. GILLETTE, interne de service.)

Au numéro 11 de la salle des hommes est un malade âgé de vingt-sept ans, qui est déjà dans le service depuis quelques jours; beaucoup d'entre vous ont pu examiner attentivement la lésion qui l'a fait entrer à l'hôpital. Voici ce qu'il nous raconte :

Il y a deux ans environ, un couteau-poignard, tombé d'une table que l'on essuyait, lui fit une blessure à la partie externe du genou, au niveau de la région poplitée. Cette explication paraît quelque peu obscure, et il est difficile de ne pas admettre que le couteau a dû être lancé avec une certaine violence. Quoi qu'il en soit, contentons-nous de la version donnée par le malade.

Après l'accident, il s'écoula un peu de sang par la plaie extérieure; onmit facilement un terme à cette effusion au dehors par la flexion de la jambe sur la cuisse. Mais s'il ne se faisait plus à l'extérieur, l'écoulement n'en continuait pas moins en dedans, et au bout d'un certain temps la jambe et le pied devinrent très-volumineux et très-tendus, en raison de la grande quantité de sang épanché dans la profondeur des tissus; au bout de quelques jours, le membre diminua de grosseur de bas en haut, et la région poplitée droite, conservant seule un volume considérable, devint le siége de battements et de frémissements.

Il demeura dans cet état médiocrement incommodé par sa tumeur, qui était le point de départ de douleurs s'irradiant au pied et sur le trajet du nerf tibial antérieur; ces douleurs persistèrent pendant deux ou trois mois, puis se dissipèrent. La tumeur resta stationnaire; puis, les douleurs réapparaissant, obligèrent le malade à entrer à l'hôpital.

On constate facilement la trace de la blessure faite par le couteau-poignard, au niveau du pli de flexion de l'articulation du genou droit, à 1 centimètre 1/2 au-dessus de la tête du péroné. La blessure y est indiquée par une cicatrice transversale placée au niveau du point de jonction du tendon du muscle biceps et du tendon élargi de l'aponévrose *fascia-lata*, l'un et l'autre ayant été un peu échancrés.

A l'inspection de la région, je reconnais que le creux poplité a disparu et est remplacé par une surface arrondie, un relief formé par une tumeur autour de laquelle le palper fait reconnaître les tendons du biceps, du demi-membraneux et du demi-tendineux.

La tumeur est beaucoup plus saillante à la partie interne, et très-probablement recouverte par le vaste interne et la partie inférieure du couturier. Elle est le siége de battements d'une énergie remarquable, caractère bien souvent invoqué dans le cas de doute, quand on a affaire à une tumeur et qu'on ne sait pas au juste si elle est anévrysmale ou constituée par une vascularité très-prononcée.

Les pulsations d'anévrysme sont très-puissantes, très-énergiques, ce qui n'a pas lieu dans les tumeurs fibro-plastiques très-vasculaires et les encéphaloïdes osseuses, qui possèdent bien une certaine expansion comme l'anévrysme, mais non pas cette force d'impulsion qui est un des caractères propres à la tension artérielle.

Outre ces battements, qui sont représentés par des mouvements alternatifs de la tumeur, la main perçoit une vibration ayant son maximum en dehors, c'est-à-dire au niveau de la cicatrice de la blessure.

Les Anglais emploient, pour donner une idée de cette vibration, le nom de *thrill*, dont l'*r* suivi des deux *l* peut présenter une harmonie imitative. Ce *thrill* ou frémissement perçu par la pulpe des doigts appliquée sur la tumeur, a, comme nous l'avons dit, son maximum en dehors, se propage en haut et en bas sur le trajet des vaisseaux, et peut se constater non-seulement au niveau de ces derniers, mais sur les parties molles de la jambe et les os.

Le palper révèle donc ces deux phénomènes : battements avec expansion, frémissement.

L'auscultation en fait découvrir d'autres, mais toujours en rapport avec les précédents.

Le mouvement d'expansion, qui correspond à la systole cardiaque et à la diastole artérielle, est caractérisé par un bruit de souffle dit continu, saccadé, qui, étudié bien attentivement là où il est le plus intense, résulte de deux bruits qui se succèdent, n'ayant pas le même timbre. C'est un bruit continu présentant, au moment de la systole du cœur, un renforcement, un bourdonnement, qui se confond avec le premier bruit, et qu'on a cherché à rapprocher du bourdonnement de l'abeille ou du *ronron* du chat.

En dehors, là où le frémissement a son *maximum*, on entend un bruit de souffle tout à fait comparable à celui d'un anévrysme faux consécutif, et à peine est-il achevé, qu'un autre, le bruit de renforcement, le remplace.

La dilatation des veines au-dessous de l'anévrysme est assez notable, et reconnaît pour causes la blessure et la gêne causée par la tumeur du creux poplité, à la circulation en retour; cette stase veineuse, qui a été suivie de dilatation des veines sous-cutanées, a été aussi la cause chez notre malade d'ulcères variqueux. On constate que les battements cessent complétement quand on vient à comprimer en haut l'artère principale du membre; la tumeur devient alors si molle qu'elle peut se vider presque entièrement, et on a en la palpant conscience d'un sac à peu près vide, le sang étant refoulé dans la circulation. Cette pression, assez énergique au niveau de l'artère fémorale, ne peut être exercée sans faire souffrir le malade.

Comme troubles fonctionnels, nous avons à signaler de la

gêne dans la marche et de l'engourdissement du membre inférieur allant jusqu'à la douleur.

On a évidemment affaire à un anévrysme, et à un anévrysme artério-veineux, en raison de ces deux symptômes : frémissement ou thrill, bruit continu avec renforcement.

Ces deux signes sont, en effet, caractéristiques. On trouve cependant dans la science quelques cas où certains auteurs rapportent avoir perçu un frémissement dans un anévrysme faux consécutif purement artériel. Les faits n'auront pas été probablement observés avec toute la rigueur voulue, et on aura pris pour tel le léger frémissement qui accompagne le bruit de souffle d'un anévrysme artériel; mais la différence est très-prononcée entre lui et le thrill.

Le bruit continu avec renforcement (bruit saccadé) s'observe dans une autre maladie que l'anévrysme, dans la dilatation artérielle, surtout pour les artères de la tête (artères occipitale, temporale, coronaire, labiale).

Non-seulement ces artères subissent une augmentation de calibre, mais encore elles sont le siége d'une élongation qui fait qu'elles se replient sur elles-mêmes et deviennent flexueuses.

Comment donc reconnaître si on a un anévrysme cirsoïde ou un anévrysme artério-veineux? Par un caractère propre au thrill.

Le frémissement indiquant la communication entre une artère et une veine a toujours un maximum d'intensité dans un point, et ce point est celui qui est le plus rapproché de cette communication. Ici il existe à la partie postéro-externe de la région poplitée, sur la cicatrice de la blessure.

La dilatation avec flexuosité des artères présente dans toute l'étendue du vaisseau le frémissement au même degré : on ne trouve pas de point où le thrill et le bruit aient un maximum d'intensité. A quel anévrysme artério-veineux avons-nous affaire?

Rappelons en quelques mots les variétés d'anévrysmes qui ont été si bien exposées dans l'ouvrage de M. Broca.

Le cas le plus simple est la communication de l'artère et de la veine sans tumeur; évidemment nous devons rejeter ici cette variété.

Dans une autre, on a la communication artério-veineuse, mais la veine présente de plus une ampoule là où sa paroi interne reçoit le choc de l'ondée sanguine artérielle. Cette variété est assez rare. Cependant M. Larrey, de Toulouse, en rapporte quelques exemples.

Dans une troisième espèce d'anévrysme artério-veineux, la blessure a été la cause d'un épanchement sanguin entre l'artère et la veine : les deux vaisseaux se sont peu à peu éloignés l'un de l'autre, la cicatrice n'a présenté aucune régularité, et une poche s'est interposée entre la veine et l'artère, pouvant déborder soit en avant, soit en arrière, mais offrant toujours cette même disposition de communiquer par un orifice avec l'artère et par un autre avec la veine.

Enfin, une quatrième variété dépend d'une blessure de la veine qui a été traversée de part en part. Trois parois ont été intéressées : les parois superficielle et profonde de la veine, et une seule paroi de l'artère. Le sang passe de l'un des vaisseaux dans l'autre; mais si la blessure veineuse se cicatrise mal, sa paroi cède et se rompt facilement, et une poche extérieure à la veine se trouve alors formée.

La lésion en sens inverse peut avoir lieu, et on aura un anévrysme artério-veineux avec poche située en dehors de l'artère, mais communiquant avec elle.

Toutes ces dernières variétés se composent donc, en un mot, d'une communication artério-veineuse et d'un anévrysme faux consécutif se combinant de diverses manières.

Elles sont possibles chez notre malade ; aussi, en pareille occurrence, il faut un peu s'en rapporter à ce que nous a appris l'anatomie pathologique, qui nous dit que la variété la plus commune est celle dans laquelle le sac est interposé entre l'artère et la veine.

Il me reste à vous indiquer encore plusieurs points de diagnostic, et à discuter devant vous les moyens de traitement applicables à la variété d'anévrysme que vous avez sous les yeux.

Il existe au niveau de la tumeur un développement très-notable du système pileux : c'est là un fait qui a été très-bien observé par M. Broca, et dont l'exactitude est incontestable. Sans nous préoccuper de l'explication que l'on doit donner à ce phénomène, nous le constatons et l'utilisons comme moyen de diagnostic.

A l'aide d'un thermomètre marquant des 1/5 de degré, on a observé sur la tumeur une augmentation de température de 1 degré, comparée à celle des autres points du membre.

M. Henry, interne dans mon service il y a quelques années, est le premier qui a fait connaître ce symptôme, qui en a donné une explication toute physiologique, et en a tiré les déductions les plus intéressantes.

Un autre caractère est la diminution dans la force des battements artériels au-dessous de la tumeur, pour l'artère pédieuse et surtout pour l'artère tibiale postérieure.

Le sphygmographe de M. Marey a donné pour la tumeur un tracé extrêmement bien accusé, dans lequel l'ascension est brusque et la descente un peu plus onduleuse ; mais ce qui est surtout curieux en pareille circonstance, c'est que le tracé dû aux battements de l'artère tibiale postérieure du membre sain représente des élévations et abaissements successifs bien mieux accusés que sur celui de la tibiale postérieure droite, dont les pulsations, non appréciables par le toucher, ont été cependant décelées par le sphygmographe, qui en donne un tracé légèrement onduleux.

Je vous ai déjà énuméré les cinq variétés d'anévrysme artério-veineux connues dans la science, et je vous ai dit qu'entre les trois (anévrysme intermédiaire, anévrysme avec poche artérielle, anévrysme avec poche veineuse), on était plutôt en droit de choisir la première, d'après ce que nous ont appris les recherches anatomo-pathologiques. Cependant, il n'est pas impossible d'arriver par le raisonnement et par exclusion à diagnostiquer un anévrysme artério-veineux intermédiaire. En effet, dans la région poplitée, la disposition des vaisseaux et nerfs est telle qu'ils sont superposés d'avant en arrière dans cet ordre : artère, veine et nerfs.

Il est donc impossible qu'un instrument piquant pénétrant en dehors du biceps à une profondeur quelconque, traverse du même coup de part en part un des vaisseaux en ne faisant que blesser l'autre.

Cette disposition anatomique par laquelle on ne peut comprendre que la veine et l'artère aient été traversées en même temps à la suite d'une plaie de la région poplitée faite latéralement, cette disposition, dis-je, nous permet de rejeter les deux variétés d'anévrysme avec poche artérielle ou veineuse, et d'admettre l'anévrysme artério-veineux intermédiaire.

Quant au pronostic, il est beaucoup moins grave que si on avait un anévrysme artériel.

En effet, le sang arrivant dans la poche par l'artère, trouve dans la veine une issue, une voie de dérivation, ce qui empêche cette poche d'acquérir une tension assez grande pour déterminer la rupture du sac, comme il arrive quelquefois dans les autres anévrysmes.

J'arrive maintenant au traitement; ce sera l'objet d'une deuxième leçon.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE LYON.

Examen des opinions émises récemment par M. Ricord, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

(Leçon faite par M. Alexandre Viennois, le 8 février, à l'Ecole de médecine de Lyon.)

Messieurs,

Je viens vous entretenir d'une des questions les plus importantes d'hygiène publique et de médecine légale que puisse se poser un médecin : La syphilis peut-elle être transmise par la vaccination? Ce sujet a été traité tout récemment par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans la chaire de M. le professeur Trousseau; l'ancien chef de l'école du Midi a profité de cette occasion pour exposer de nouveau sa doctrine; mon intention n'est pas de le suivre sur ce terrain, je laisse à un maître dont je me glorifie d'avoir été l'élève, le soin de réduire à leur juste valeur et les opinions et les prétentions du syphiliographe parisien. Pour moi, me renfermant dans l'histoire des rapports de la sypbilis avec la vaccine, j'examinerai avec vous l'observation de la malade de M. Trousseau et l'argumentation dont M. Ricord la fait suivre.

Je commencerai par combler une lacune; M. Ricord, en effet, me paraît avoir complétement oublié de faire à l'auditoire qui l'entourait l'historique de la question qui nous occupe.

J'exposerai ensuite l'observation de la malade de M. Trousseau, et j'examinerai avec M. Ricord s'il faut accuser de la contagion dont la malade a été victime, soit un chancre du bras de l'enfant vaccinant, soit une plaque d'ecthyma au point inoculé, ou bien le vaccin supposé pur ou celui-ci supposé virtuellement syphilitique, ou enfin le sang; et à propos de la contagion du sang des syphilitiques, je discuterai successivement les expériences de l'anonyme du Palatinat, l'observation de Waller (de Prague), 27 juillet1850, celles de M. Diday, 26 juin 1848, et enfin celles qu'un chirurgien du midi de la France, M. Lalagade (d'Albi) a fait connaître tout dernièrement.

J'aborderai enfin cette douloureuse histoire de Rivalta, qui a ému à un si haut degré la presse médicale italienne et la presse médicale française, et vous pourrez voir à combien d'erreurs, à combien de contradictions, les meilleurs esprits peuvent être conduits, quand ils oublient pour un instant les principes les plus vulgaires de la syphiliographie contemporaine.

Dès le commencement de ce siècle, un médecin anglais, Moselay, avait remarqué qu'à la suite de la vaccination un certain nombre d'enfants contractaient une maladie qu'il désigne sous le nom de *cowpox itch* (gale vacciuale). Cette maladie était contagieuse; ceux qui l'avaient contractée avaient d'abord à la place de la piqûre vaccinale un ulcère qui durait longtemps et qui était suivi d'éruptions sur toute la peau. Il cite un cas dans lequel la maladie fut transmise au sein d'une nourrice. Cette maladie, que l'on disait *nouvelle*, guérissait par le *mercure* et le soufre.

Sans vouloir faire dire aux faits plus qu'ils ne signifient, je remarque qu'à une époque où les règles de la vaccination n'étaient pas parfaitement déterminées, on pouvait fréquemment inoculer, en même temps que le vaccin, le sang des sujets vaccinants; qu'il n'y a rien d'étonnant dès lors que ce sang ait produit au point inoculé un chancre infectant dans un certain nombre de cas, accident initial suivi à son tour de symptômes généraux; que ce qui autorise à croire que les choses se sont passées ainsi, c'est d'une part la *nouveauté* de la maladie, et d'autre part l'influence qu'elle ressentait du spécifique de la vérole, le mercure.

Je n'insiste pas davantage, mais ces réflexions devaient être faites à propos de l'historique.

La question qui nous occupe, la syphilis peut-elle être transmise par la vaccination, est posée plus nettement en 1814 par Monteggia, qui lut le 17 février de cette année-là, à l'Institut des sciences de Milan, un mémoire tendant à prouver que si l'on vaccine un syphilitique, il se forme immédiatement une pustule qui contient les deux virus, et que tous deux sont communiqués, si on emploie le pus vaccinal pour vacciner d'autres individus.

Marcolini, à la même époque, professait aussi la même opinion; c'était aussi celle du vénérable Cerioli (de Crémone); mais Annibal Omodei, qui a attaché son nom à un recueil médical important, écrivait dès 1823 que dans les cas où la syphilis était transmise par l'opération vaccinale, c'était le sang qui était l'agent de la contagion.

En 1821, Cerioli (de Crémone) observait une endémo-épidémie syphilitique, où une petite fille de trois mois transmit la syphilis à une quarantaine d'enfants.

Au mois de mars 1831, Bidard, médecin français du Pas-de-Calais, vaccina un enfant âgé de sept mois et né de parents syphilitiques. La vaccine se développa régulièrement, et le vaccin put servir à vacciner quatre enfants dont l'âge variait entre cinq et six mois. La vaccination avait eu lieu depuis quelque temps, lorsque le sujet vaccinant eut des symptômes généraux de la syphilis, maladie qui fut transmise à la nourrice. Cependant les petits vaccinés eurent une vaccine très-régulière, et, présentés à M. Bidard de temps à autre dans l'espace de six mois, ils ne montrèrent jamais le moindre symptôme syphilitique.

Encouragé par cet exemple, M. Bidard vaccina, le 2 juillet 1831, un enfant de quatre ans qui avait la syphilis héréditaire la mieux caractérisée. Le vaccin fut régulier et transmis le septième jour à deux sujets sains âgés l'un de quatre mois, l'autre de sept. Chez le premier, le vaccin se développa de la façon la plus satisfaisante; la période d'incubation dura huit jours chez le second, mais n'influa aucunement sur la régularité des pustules. Après cinq mois, les enfants vaccinés n'avaient éprouvé aucun symptôme morbide.

M. Bidard conclut de ces faits que le virus vaccinal pur ne donne que la vaccine, même lorsqu'il est pris sur un syphilitique.

En 1839, on voit la question faire un pas de plus et préoccuper les sociétés savantes. La Société de médecine de Paris se pose la question de la transmission de la syphilis par la vaccination, et la résout, comme M. Bidard, négativement.

En 1841, Cerioli (de Crémone) était encore témoin d'une nouvelle épidémie de sypbilis, racontée plus tard par Tassani (de Milan).

Un enfant, P. C., issu d'un père syphilitique, servit à vacciner 63 enfants dans une seule séance, et 46 d'entre eux présentèrent ultérieurement des symptômes de syphilis.

Au mois de décembre 1844, M. Pitton publiait dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* deux observations de syphilis générale survenue le sixième jour de la vaccination.

M. Boucher, médecin vaccinateur, l'avait pratiquée à Marly-le-Roi en 1838 sur un enfant de quatorze mois, et plus tard sur un autre de treize.

En 1845, M. Ceccaldi, médecin principal de l'hôpital de Constantine, aujourd'hui membre du Conseil de santé, vaccina dans la même séance deux filles, l'une de onze ans, l'autre de deux ans, et un garçon de vingt-deux mois, qui présentèrent peu de temps après des manifestations syphilitiques générales.

En 1848, le 17 juillet, M. Moutain, ancien chirurgien de la Charité de Lyon, soutint à la Société de médecine qu'il avait vu trente enfants vaccinés avec le liquide vaccinal d'un syphilitique, et pas un de ces trente sujets ne présenta ultérieurement de symptômes de la vérole. Ce fait vient s'ajouter à ceux de Bidard en 1831, mais il n'est pas le seul. Dans ces dernières années, le docteur Heymann a rapporté dans un journal médical de Munich que le docteur Schreier avait vacciné deux enfants avec du vaccin pris sur un syphilitique, et que ces enfants s'étaient toujours parfaitement portés.

Enfin M. le docteur Taupin, ancien interne de Paris à l'hôpital des Enfants, n'a-t-il pas vacciné plus de 2,000 enfants en empruntant le vaccin aux vaccinifères les plus divers, porteurs de toutes sortes d'affections, entre autres la sypbilis, et jamais il ne lui est arrivé de remarquer qu'il avait donné la syphilis à ses vaccinés.

Tous ces faits sont des preuves suffisantes de l'innocuité du liquide vaccinal des syphilitiques, lorsque ce liquide est pur. Nous verrons plus loin la pathologie comparée venir nous prêter son concours pour achever d'établir ce grand fait.

En 1849, Viani fait connaître dans la *Gazzetta medica Lombarda* l'observation suivante, dont voici le sommaire :

Une dame N..., mariée en Egypte, revint en Italie auprès de son mari en 1838. Elle y accoucha au bout de quelques mois d'un enfant qu'elle allaita d'abord; il lui vint des ulcérations aux mamelons; elle ignorait la nature syphilitique de ces ulcérations, et fut obligée de confier son nourrisson à une nourrice étrangère. Celle-ci fut contaminée, puis une seconde, puis une troisième. Cet enfant servit à vacciner un de ses oncles âgé de vingt-huit ans et une de ses tantes âgée de vingt-trois ans. Un ulcère du bras au point inoculé fut le premier accident de la maladie transmise; les symptômes constitutionnels arrivèrent ultérieurement.

En 1850, le 3 avril, paraissait à Berlin un journal de médecine, le *Medicinitche Zeitung*, renfermant un article signé Wegeler, dans lequel on constate que dix familles se firent revac-

ciner, et qu'à la suite de cette revaccination, opérée du 14 au 15 février, 19 individus sur 24 furent reconnus atteints de syphilis.

Le vétérinaire B., auteur de ces revaccinations, fut poursuivi devant les tribunaux, condamné à deux ans de prison et à une amende de 50 thalers.

En 1852, le 16 juin, 13 enfants appartenant à deux villages voisins sont vaccinés le même jour, dans la même séance, avec le même vaccin, celui de l'enfant Keller réputé syphilitique. On voit chez les uns des ulcères aux endroits vaccinés durer longtemps, des éruptions syphilitiques se développer trois mois après, et les autres enfants échapper complétement aux symptômes.

En 1854, M. Monnell publie le 2 août, à New-York, dans le *Medical Times*, une observation dans laquelle on voit la syphilis se dérouler classiquement. Chez un enfant de six ans, chancre du bras d'abord, accidents constitutionnels trois mois après.

Du 1er janvier 1856 à la fin d'octobre 1858, sur un nombre de 2,584 enfants traités à l'hôpital de Manchester, M. le docteur James Whitehead a constaté 63 cas de syphilis constitutionnelle. De ce nombre, pour le médecin anglais, 34 enfants auraient eu la syphilis par la vaccination. Pour nous, après avoir examiné les observations de M. Whitehead, observations publiées en 1859 dans un ouvrage intitulé *Third report on the clinical hospital Manchester*, nous sommes resté indécis sur un certain nombre d'entre elles à cause de la brièveté des détails que nécessitent des observations représentées sous forme de tableau. Aussi, après avoir passé en revue chacune d'elles, avons-nous été conduit à faire dans ces cas deux catégories :

1° Les observations où les enfants avaient une syphilis latente réveillée par la vaccination;

2° Celles où les enfants sains avant l'opération avaient eu d'abord un ulcère au bras, puis des accidents constitutionnels ultérieurement.

Les observations qui figurent dans le travail de M. Whitehead, sous les nos 35, 38 et 58, appartiennent à la première catégorie; quatre autres appartiennent à la seconde : elles figurent aux nos 2, 14, 56, 57.

En 1857 avait lieu près de Florence, dans un petit village appelé la Rufina, une vaccination entreprise par M. Bettoni. Le vaccin fut fourni par Emilia Burchi, née de parents syphilitiques; il est constant que du sang a coulé du vaccinifère sur la lancette de l'opérateur, ainsi que M. Galligo me l'écrit par une lettre de 20 février 1862 : huit enfants au moins ont présenté des symptômes syphilitiques ultérieurement, et chez quelques-uns un ulcère au point inoculé aurait été le phénomène initial. Ce fait avait été annoncé sommairement dès le mois d'août 1860 dans la *Gazette hebdomadaire*. M. Galligo y est revenu tout dernièrement dans le journal italien l'*Imparziale*.

En 1859, M. Friedenger (de Vienne), un élève du professeur Sigmund, que vous avez eu naguère le plaisir d'entendre et d'applaudir dans cette enceinte, faisait connaître trois cas dans lesquels la vaccination avait servi à faire développer des symptômes syphilitiques cutanés à trois enfants.

En 1860, M. Rollet, chirurgien de l'Antiquaille, dans un mémoire intitulé *De la pluralité des maladies vénériennes*, envisage pour la première fois la question de la syphilis transmise par la vaccination sous son véritable jour. M. Rollet revient à l'idée de Monteggia et de Marcolini : pour lui, par la même piqûre on peut donner les deux virus; mais dans ce cas ce n'est pas le liquide vaccinal qui les donne tous les deux; le liquide vaccinal ne doit donner que la vaccine, contrairement à l'avis des médecins italiens, et la syphilis est donnée par le sang.

Dans cette même année 1860, j'ai cherché à développer cette idée dans un mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine*, juin, juillet, septembre.

En 1861, le 2 juin, deux vaccinations avaient lieu à dix jours d'intervalle, dans un petit village de 2,000 âmes, à Rivalta. Dans un cas, 38 enfants sur 47 montraient quelque temps après la vaccination les symptômes syphilitiques les plus évidents; dans l'autre cas, un de ces 38 transmettait la maladie à 7 sur 17 dans une deuxième vaccination.

M. Galligo a bien voulu, par une lettre du 24 novembre, me prévenir qu'une vaccination malheureuse avait eu lieu à Lupara, dans le Napolitain, et qu'observée par un homme au courant de la science, M. le docteur Marcone, ce nouveau fait venait confirmer les préceptes que je me suis efforcé de faire prévaloir dès 1860.

Enfin, le fait de M. Trousseau vient clore cette liste déjà trop longue. Je vais y revenir dans un instant.

Parmi les faits que je viens de mentionner, il en est quatre sur lesquels je désire revenir, en insistant seulement sur les points principaux de leur histoire; ce sont les faits de Cerioli, 1821; Tassani (de Milan), 1841; du vétérinaire B., 1850, et du procès Hubner, 16 juin 1852.

Obs. de Cerioli, 1821. — Une enfant trouvée, une petite fille de trois mois, M..., servit à vacciner 46 enfants en une seule séance. M... parut saine; son vaccin fut très-régulier. Cependant, parmi les 46 vaccinés, 6 seulement eurent une vaccine régulière. Chez presque tous les autres enfants, à la place des piqûres se montrèrent des ulcères, recouverts les uns de croûtes permanentes, ou des *ulcères indurés*. Ces accidents arrivaient lorsque les croûtes vaccinales étaient tombées. Plus tard, ulcères de la bouche et des parties sexuelles; des éruptions croûteuses sur le cuir chevelu; taches cuivrées; ophthalmies. Le système glandulaire et le système osseux ne furent pas épargnés.

Ces accidents se communiquèrent aux nourrices et aux mères de ces enfants, et consistaient en ulcères produits par l'allaitement. La maladie fut méconnue au début, mais les accidents devinrent si intenses, qu'une commission, dont Cerioli était le secrétaire, fut nommée pour étudier l'épidémie. Elle fut reconnue pour syphilitique, et traitée par le bichlorure de mercure à l'intérieur et les frictions mercurielles à l'extérieur. Dix-neuf enfants étaient déjà morts.

Cependant l'administration du spécifique arrêta la mortalité et rendit la santé aux nourrissons et aux nourrices.

Fait de Tassani, 1841. — En 1841, le docteur Bellani, médecin vaccinateur de Grumello, province de Crémone, se servit du liquide vaccinal d'un enfant, P. C..., pour vacciner soixante-quatre enfants appartenant à quatre communes. Le père de P. C... avait contracté la vérole en 1840, hors du lit conjugal. Chez quelques enfants la vaccine fut régulière; chez d'autres il survint aux points vaccinés, à l'époque de la chute des croûtes vaccinales, des ulcères indurés. Plus tard, ce n'est pas seulement aux anomalies des pustules vaccinales que la maladie se borna, il apparut chez la plupart des vaccinés, sur divers points du corps, d'autres formes morbides et principalement aux aines, aux parties génitales, au pourtour de l'anus, dans la bouche, des ulcères avec un fond irrégulier, des taches de couleur cuivrée. Les mères et les nourrices ne furent pas épargnées, les symptômes furent intenses, d'autant plus que leur caractère fut méconnu au début et que la maladie put se développer à l'aise, en l'absence du traitement spécifique.

Et comme plus tard les enfants et les femmes qui les avaient allaités furent traités convenablement par le mercure, en graduant les doses selon l'âge des sujets, tous guérirent; mais déjà huit enfants étaient morts, ainsi que deux nourrices.

Ces deux faits de 1821 et de 1841 ont avec l'épidémie de Rivalta la plus étroite analogie, comme nous le verrons ultérieurement.

Fait du vétérinaire B.... — Le 14 et le 15 février 1849, un vétérinaire auquel les journaux allemands ont voulu conserver l'anonyme et qu'ils désignent sous le nom du vétérinaire B..., revaccina dix familles avec le vaccin d'un enfant E..., qui le 14 février 1849 n'avait aucune trace d'éruption cutanée, et qui le 21 avait la roséole syphilitique la plus évidente. Presque tous les revaccinés, dont l'âge variait de 11 à 40 ans, devinrent malades.

Au bout de trois ou quatre semaines apparurent simultanément sur la place des piqûres, des ulcères qui avaient tout à fait le caractère syphilitique, et plus tard des manifestations secondaires de la syphilis, angine, éruptions, céphalalgie. De fortes doses de mercure furent nécessaires pour amender les symptômes constitutionnels.

L'enfant vaccinant avait été vacciné le 4 février.

Fait du docteur Hubner. — Le 16 juin 1852, le docteur Hubner vaccina à Freienfels treize enfants avec le vaccin d'un nommé Keller, âgé de trois mois, fils de Marguerite Keller, célibataire, âgée de vingt-neuf ans. Marguerite Keller était syphilitique, et son fils mourut dans le marasme, après avoir présenté des signes de la syphilis héréditaire.

Sur ces treize enfants, huit devinrent plus tard malades; les uns eurent une vaccine régulière, les autres, non. Mais au bout de quinze jours, tous les huit enfants eurent aux points vaccinés un chancre du bras, suivi trois mois plus tard d'accidents constitutionnels généraux.

Les nourrices furent infectées, ainsi que les personnes qui étaient appelées à leur donner des soins. C'est ainsi qu'une servante de soixante-dix ans contracta un ulcère de la lèvre en embrassant sans précaution les enfants contaminés, ulcère suivi d'accidents constitutionnels. Deux bonnes contractèrent un chancre de l'avant-bras à l'endroit où le siége de l'enfant reposait sur le membre thoracique pendant d'assez longues promenades. Les enfants que portaient les bonnes avaient des plaques muqueuses ulcérées de l'anus.

J'ai tenu à vous dire sommairement ces quatre faits, parce que dans les deux premiers il y a eu un grand nombre de victimes, et que les seconds ont été l'objet d'enquêtes qui ont amené les vaccinateurs devant les tribunaux.

Est-il difficile de commenter ces faits? Pas le moins du monde.

Dans ces faits, on peut, en général, faire deux catégories des sujets qui ont présenté ultérieurement à la vaccination des symptômes syphilitiques.

1° Ceux qui ont présenté des symptômes généraux de la syphilis peu de temps après la vaccination, sans chancre induré au point inoculé; ce sont ceux qui ont eu une vaccination avec cicatrice régulière.

2° Ceux qui, sains avant l'opération vaccinale, ont gagné la syphilis par cette opération.

Chez ces derniers, que se passe-t-il? Ce qui se passe chez tout le monde : chancre induré d'abord au point inoculé; l'induration est notée par les témoins de l'observation relatée par Cerioli, elle est notée dans celle de Tassani. Mais ce n'est pas tout; la longue incubation qui caractérise le chancre infectant est notée par cette phrase que les ulcères du bras n'apparurent au point inoculé qu'à la chute des croûtes vaccinales, ou peu après cette chute. Or, comme la croûte vaccinale ne tombe guère, en général, avant le quinzième ou le vingtième jour (quelquefois plus tard) de la vaccination, nous trouvons, entre le jour de l'inoculation vaccinale et le jour de la chute de la croûte, un intervalle qui caractérise suffisamment la longue incubation de l'accident initial de la vérole. Voilà ce qui s'est passé dans les observations de Cerioli et de Tassani. Dans celle du vétérinaire B..., l'incubation de cet accident initial est notée avec précision; c'est au bout de trois ou quatre semaines qu'apparurent les ulcères du bras, dit M. Wegeler (*Medicinitche Zeitung*, 3 avril 1850).

Dans l'affaire Hubner, cette incubation a été de quinze jours. Vous voyez donc que cet ulcère du bras, par lequel débutent les accidents, a les principaux caractères du chancre infectant : ulcération, longue incubation. L'induration est notée dans les faits italiens; nous la verrons se reproduire dans le fait de Rivalta, dans celui de la malade de M. Trousseau, et si elle n'a pas été notée dans d'autres cas, c'est que les témoins de ces faits ne se doutant pas qu'ils avaient sous les yeux une ulcération primitive ou toute autre ulcération syphilitique, n'ont pas pu avoir l'idée d'en rechercher tous les caractères.

Mais ce n'est pas tout, après que l'ulcère du bras est resté longtemps isolé, — ici l'époque n'est pas indiquée avec précision, excepté dans le fait de Hubner, où les accidents généraux arrivent trois mois après, — on voit apparaître des accidents qui sont les mêmes dans toutes les observations, roséoles diverses, impétigo du cuir chevelu, plaques muqueuses de la bouche, des organes génitaux, taches cuivrées, etc.; enfin le cortége habituel de la vérole; ce n'est pas tout, la maladie est transmise aux nourrices par l'allaitement, et c'est par le mamelon que la scène commence, en vertu de la loi que M. Rollet devait faire accepter, et qui trouve sa consécration aussi bien dans les faits antérieurs que dans les faits contemporains.

Mais partout où l'accident secondaire ulcéré est en rapport avec une partie saine autre que le mamelon, la contagion est possible; c'est ce qui nous explique ces transmissions bizarres à la bouche des personnes qui soignant les enfants, les embrassent souvent sans précaution. Ces transmissions à l'avant-bras, partout, c'est toujours le chancre primitif avec ses caractères essentiels, la vérole commençant toujours par un chancre, suivant la loi formulée par Ricord, et à laquelle on doit ajouter : alors même que la vérole dérive d'un accident secondaire.

Mais le chancre du bras, comment a-t-il pu être transmis à des enfants que l'on vaccinait?

Accuser la propreté de la lancette, c'est faire une accusation vague et puérile, et qui ne démontre rien.

C'est ailleurs qu'il faut rechercher l'origine de la contagion.

Faut-il accuser le liquide vaccinal? Mais non; car vous connaissez les expériences de Bidard (1831), et les quelques faits qui viennent s'y ajouter; et puis, si c'était le liquide vaccinal, personne n'échapperait à la contagion, et en général, dans les vaccinations dont je vous ai fait sommairement l'histoire, il y en a un certain nombre qui échappent. Mais que la lancette du vaccinateur vienne à dépasser les limites de la poche vaccinale, elle rencontre le sang; or, le sang d'un sujet vaccinant qui est sous l'influence de la diathèse syphilitique latente, acquise ou héréditaire, peut être contagieux, et c'est par le sang contagieux du vaccinifère que la contagion s'opère; et comme la syphilis commence toujours par son commencement, le chancre induré, il en résulte que c'est un chancre qui est produit.

J'ai essayé de réunir dans mon mémoire les principales preuves de la contagion du sang. J'ai rappelé que dans les maladies virulentes, comme la morve, le charbon, la clavelée, la rage, la rougeole, etc., le sang était contagieux et l'avait été expérimentalement. J'ai fait remarquer que la syphilis étant une maladie virulente, l'analogie nous permettait déjà de penser que le sang des syphilitiques pourrait être contagieux à un moment donné.

Mais des expériences directes ont été faites. Celles de M. Gibert (1859); trois appartenant à l'anonyme du Palatinat, et enfin celle de Waller, de Prague (27 juillet 1850).

Dans tous les cas, le produit de l'inoculation a été ce qu'il devait être, c'est-à-dire la vérole à son commencement, le chancre induré; nous comprenons que l'observation de M. Gibert n'ait pas la même valeur, pour tout médecin, que celles que j'ai citées, parce que le malade n'a pas été observé; mais comme il n'y a qu'un accident primitif qui jouisse de la propriété d'incuber longtemps, de vivre ensuite isolé un certain temps et d'être suivi dans le délai voulu d'accidents généraux, nous sommes en mesure de regarder comme des chancres infectant les lésions produites par Gibert, l'anonyme et Waller de Prague).

Comme nous devons revenir sur cette contagion du sang, je n'insiste pas davantage pour le moment.

De tous les faits que j'ai déjà cités et de ceux sur lesquels je viens de m'étendre davantage, je suis arrivé à tirer les conclusions suivantes; à savoir, que dans la plupart des cas où un grand nombre d'enfants vaccinés à la fois présentent des symptômes syphilitiques ultérieurs, on peut, en général, faire deux groupes de ces syphilitiques :

1° Ceux qui avaient une syphilis latente réveillée par la vaccination quelque temps après;

2° Ceux qui se trouvaient parfaitement sains au moment de l'opération, et qui ont gagné la syphilis par l'opération même.

Que lorsqu'on vaccine un individu à diathèse syphilitique latente, la vaccination peut jouir du privilége de réveiller la maladie, qui se traduit peu de temps après par des manifestations cutanées.

Que si on prend le vaccin de ces individus, mais le vaccin pur et sans mélange de sang ou de tout autre liquide contagieux, on ne transmet que la vaccine sans aucune complication syphilitique prochaine ou éloignée.

Que si, au contraire, la lancette du vaccinateur venait à dépasser les limites de la poche vaccinale, elle rencontrait un liquide étranger à la poche vaccinale, le sang; que le sang des syphilitiques pouvant être contagieux dans des conditions qui ne sont pas encore bien déterminées, la lancette pouvait donner du même coup la vaccine avec le liquide vaccinal, et la syphilis avec le sang syphilitique.

Que la vaccine jouissant de la propriété d'avoir une incubation moins longue que l'accident initial de la vérole, c'était elle qui apparaissait la première; qu'elle avait, en général, le temps de parcourir ses périodes; puisque, lorsque la croûte vaccinale était tombée ou sur le point de tomber, le chancre induré apparaissait, lequel était suivi des accidents constitutionnels dans le délai voulu.

Que dès lors rien n'était plus facile que d'empêcher les malheurs dont vous venez d'entendre la nomenclature. Voilà à quelles conclusions j'étais arrivé. Nous sommes maintenant en mesure d'aborder l'histoire de la malade de M. Trousseau.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 mars 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

M. FLOURENS fait hommage à l'Académie du troisième volume de ses *Éloges historiques*.

Je continue, dit M. Flourens, à rassembler les *Éloges* que j'ai prononcés devant l'Académie, et ma devise est toujours la même : *Le vrai et l'honnête.*

Quid verum atque decens curo et rogo et omnis in hoc sum.

Les *Vies* des savants sont une grande partie de l'histoire de l'esprit humain ; c'est l'histoire expresse de ses découvertes, de ses inventions, de ses idées sublimes et créatrices. Qui suit ce spectacle, et le suit avec attention, le trouve bientôt un des plus grands. On voit l'esprit humain qui avance, et on voit les hommes précieux auxquels il doit ses progrès.

Régénération des tendons. — M. JOBERT (de Lamballe) donne lecture de la suite de son travail sur la régénération des tendons. Dans une première partie de ce nouveau mémoire, il expose les résultats des expériences qu'il a faites sur des chevaux ; puis il présente les observations suivantes, qu'il a recueillies sur l'homme.

Première observation. — Séquestre du tibia. Trépanation. Pied bot. Réparation du tendon d'Achille. Section datant de cinquante jours. Sujet âgé de trente et un ans. Mort par albuminurie. — La dissection a permis de constater que la réunion du tendon d'Achille était établie par un tissu tendineux qui réunit les deux bouts du tendon. Cette régénération a 3 centimètres de long et à peu près les deux tiers de l'épaisseur du tendon normal. La gaîne lui adhère fortement et est pour ainsi dire identifiée avec lui. Si on ne prenait aucun soin pour l'isoler, on croirait à son épaississement. La dissection minutieuse du tendon nouveau a fait reconnaître une structure analogue à celle du tendon d'Achille normal. C'est en effet un tissu fibreux d'un blanc terne. Il existait même des fibres tendineuses comme dans le tendon primitif. Toutefois le tendon nouveau était moins rond, moins volumineux, et par conséquent était aplati et rubané. On y reconnaissait moins d'élasticité que dans le tendon qui n'avait subi aucune section. Enfin on trouve derrière le tendon d'Achille un second cordon fort résistant, lequel ressemble à une corde fibreuse accidentellement formée, étendue du tibia à la partie postérieure du calcanéum et à la partie inférieure du péroné.

Deuxième observation. — Pied bot congénital. Section des tendons d'Achille. Fièvre typhoïde. Phlegmon diffus. Mort du sujet, âgé de vingt-sept ans. Dissection des membres soixante-sept jours après la section des tendons d'Achille, des jambiers antérieurs et des extenseurs propres du gros orteil. — Je ne ferai connaître que ce qui a rapport à l'anatomie pathologique et à la section des tendons.

Anatomie des sections tendineuses du pied droit. — 1° Tendon d'Achille. — La dissection du tendon d'Achille permet d'étudier l'endroit où la section a été faite. La gaîne est lâchement unie au-dessus de la section, et l'on voit seulement quelques parcelles de graisse entre l'enveloppe et le tendon. La gaîne est confondue avec le tendon dans l'espace d'un demi-centimètre, et il existe en ce même point une substance d'un gris rosé qui lie les deux bouts du tendon. Il y a eu reproduction d'une substance tendineuse, sans toutefois que cette nouvelle substance présente la blancheur du tissu tendineux ordinaire. Elle est résistante, séparable par lames, et on y découvre des fibres qui ont la même direction que celles du tendon. Cette substance a une grande ressemblance avec les caillots fibrineux du sang organisé.

2° *Tendon du jambier antérieur.* — Les deux bouts du tendon présentent un écartement de quatre travers de doigt, et cependant ils sont réunis par un tendon grêle de nouvelle formation.

3° *Tendon de l'extenseur propre du gros orteil.* — Le tendon du long extenseur propre du gros orteil a été divisé à la partie inférieure du tibia. Entre les deux bouts de ce tendon on trouve un écartement de quatre centimètres. Dans sa gaîne existent quelques ecchymoses ; au-dessus et au-dessous de la section, le tendon est blanc nacré. Les deux extrémités du tendon sont continuées par une espèce d'appendice d'un centimètre de long, qui va se perdre en pointe dans le tissu cellulaire. Le bout inférieur présente des parcelles de caillots sanguins.

Examen des sections tendineuses du pied gauche. — 1° Tendon d'Achille. — La gaîne offre les mêmes dispositions que celle du côté opposé. La section a été faite dans le même point. La substance de nouvelle formation a la forme de l'ancien tendon, est un peu plus rosée que celle du côté droit et est longue de deux centimètres. A sa surface on voit des fibres demi-nacrées qui se continuaient avec les fibres tendineuses. Une section parallèle à la direction des fibres du tendon d'Achille, faite dans son épaisseur, démontre plus nettement encore la continuation des fibres du produit nouveau avec celles du tendon d'Achille. Ce produit est infiltré de beaucoup de sérosité.

2° Tendon du jambier antérieur. — Les deux bouts du tendon sont réunis de la même manière que du côté opposé.

3° Extenseur propre du gros orteil. — Au niveau de l'extrémité inférieure du tibia, le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, dont les bouts sont écartés de 4 centimètres, a été divisé. Entre ces bouts la gaîne est épaisse. Un peu de sang caillé se rencontre au bout inférieur.

Troisième observation. — Il m'est difficile de rapporter d'une manière complète le fait dont il s'agit, parce que mes notes ne sont pas suffisamment développées.

La pièce d'anatomie pathologique seule a été conservée, et il ne m'a été permis par conséquent que de m'en rapporter à mes souvenirs, qui, en pareille circonstance, ne sont jamais suffisants. Toutefois, le malade dont il s'agit a succombé à une diphthérite survenue pendant son séjour à l'hôpital.

L'examen de la pièce a fait constater :

1° La réparation du tendon d'Achille par un produit nouveau ;

2° Une adhérence de la gaîne à la substance de nouvelle formation ;

3° Une dépression vers l'extrémité supérieure de la division du tendon et un peu au-dessous d'elle, ce qui fait croire à tort à un ganglion formé par ce même bout du tendon ;

4° L'extrémité calcanéenne se continue régulièrement avec ce nouveau produit ; il existe donc une continuité parfaite entre les deux bouts du tendon ;

5° Ce produit est formé par des fibres qui s'étendent dans la longueur du tendon nouveau, d'une extrémité à l'autre de l'ancien tendon, des fibres obliques qui semblent se diriger d'un point de la gaîne à l'autre, et des fibres serrées transversales qui ne nous semblent être autre chose que le réseau dont nous avons parlé dans nos expériences, lequel établit la liaison entre les fibres longitudinales et les fibres du tendon normal ;

6° Les fibres sont blanchâtres à la superficie et dans les différents points de la longueur du tendon ; elles sont rouges, élastiques comme de la chair, surtout vers la portion calcanéenne. Il est évident qu'il s'agit ici d'une période de transition.

Le prétendu nœud dont on parle tant n'existe pas, et il paraît dû seulement alors à un défaut de niveau entre le produit nouveau et l'extrémité tendineuse du tendon d'Achille normal.

A la suite de cette communication, M. VELPEAU, rappelant les opinions de quelques physiologistes qui attribuent au sang épanché la faculté de s'organiser, faculté que d'autres refusent d'admettre, prie M. Jobert de se prononcer entre ces deux opinions.

M. JOBERT répond qu'il résulte de toutes ses expériences que la reproduction d'un tendon commence par un caillot, ajoutant qu'il distingue d'ailleurs la reproduction de la réparation.

— M. QUANTIN présente au concours pour le prix de médecine et de chirurgie un ouvrage sur la *chorée*, qu'il vient de publier.

— M. CLAPARÈDE présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un ouvrage manuscrit portant pour titre : *Nouvelle méthode pour pratiquer l'opération de la taille, et nouvelle étude des principales questions qui se rattachent à cette opération.*

Ce manuscrit, et une boîte d'instruments qui y est jointe, seront réservés pour la future commission.

— M. ÉLIE DE BEAUMONT présente, au nom de M. Chas. T. Jackson, un Manuel d'éthérisation, contenant des instructions pour l'emploi de l'éther, du chloroforme et autres agents anesthésiques, et de plus un historique de la découverte de l'anesthésie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un certain nombre de cas de variole se sont déclarés à Bischwiller (Bas-Rhin). L'apparition de cette maladie a donné une nouvelle impulsion aux revaccinations.

— La *Gazette médicale de Lyon* annonce, dans son dernier numéro, la mort d'un honorable confrère qui appartenait de deux manières au corps médical, et par son titre, et par les fonctions qu'il remplissait avec une assiduité des plus louables, M. le docteur Garreau, secrétaire de l'Ecole de médecine de Lyon.

— Le docteur Marshall-Hall, fort jeune alors, étant arrivé à Londres, s'empressa d'aller présenter ses devoirs au célèbre docteur Baillie, le fondateur de l'anatomie pathologique en Angleterre : « Comment va votre père? dit Baillie à son jeune visiteur. Remerciez-le, je vous prie, de ma part, pour l'envoi qu'il m'a fait de son excellent *Traité du diagnostic.* » — A ce compliment inattendu, Marshall-Hall dut, non sans rougir, faire observer à son interlocuteur que l'ouvrage en question était de lui-même et non de son père. — « Impossible! impossible! répétait cependant Baillie tout étonné; ce livre ferait honneur à la plus forte tête philosophique de notre profession! »

— Depuis quelque temps les industriels en médecine font assez mal leurs affaires dans nos contrées. Dans son audience du 14 mars, le tribunal correctionnel de Toulouse a condamné à 15 fr. d'amende (maximum de la peine) et aux dépens, pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, un sieur Lamy, tailleur d'habits, qui professe dans notre ville, pour la prétendue méthode Raspail, une admiration plus fructueuse, paraît-il, que la confection des vêtements qui auraient pu lui être confiés. (*Journ. de méd. de Toulouse.*)

— M. le docteur Viennois (de Lyon) fera deux leçons publiques sur la transmission de la syphilis par la vaccination, aujourd'hui mardi 25 et demain mercredi 26 mars, à deux heures précises, rue Pavée-Saint-André-des-Arts, 13, au 1er (dispensaire du docteur Clerc).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveaux éléments de la science de l'homme, par P. J. BARTHEZ, médecin de S. M. Napoléon Ier. Troisième édition, augmentée du discours sur le génie d'Hippocrate, de Mémoires sur les fluxions et les coliques iliaques, sur la thérapeutique des maladies, sur l'évanouissement, l'extispice, la fascination, le faune, la femme, la force des animaux ; collationnée et revue par M. E. BARTHEZ, médecin de S. A. le Prince impérial et de l'hôpital Sainte-Eugénie, etc. Deux volumes in-8° de 1,010 pages. Prix : 12 fr. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École de Médecine, 17.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par M. Ch. DEVAL, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique ophthalmologique. Un très-fort volume grand in-8° de 1,056 pages, contenant : 1° 44 figures intercalées dans le texte ; 2° 6 planches destinées à l'appareil instrumental ; 3° 6 planches coloriées représentant les principales altérations constatables à l'ophthalmoscope ; 4° l'épreuve de la vue ou échelle typographique d'E. Jaeger. Prix : 15 fr. ; *franco* 16 fr. Chez Albeissard et Bérard, éditeurs, rue Guénégaud, 8, à Paris ; même maison à Marseille, rue Pavillon, 25.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 36. — JEUDI 27 MARS 1862. (35e ANNÉE.) N° 36. — JEUDI 27 MARS 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 MARS 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Entre une lecture de M. Ulysse Trélat, sur les résultats statistiques des grandes amputations dans les hôpitaux de Paris, et un rapport de M. Bouillaud, sur le mémoire de M. Nonat, relatif à la chlorose de l'enfance, M. Michel Lévy a eu la parole sur la question de l'hygiène des hôpitaux. La double autorité de M. Michel Lévy comme hygiéniste et comme inspecteur du service de santé militaire, lui imposait en quelque sorte le devoir de faire connaître à l'Académie le résultat de sa grande expérience sur le régime hospitalier de l'armée, comme elle inspirait à chacun le désir de l'entendre. Il lui a suffi de citer quelques passages de son *Traité d'hygiène,* pour y montrer la plupart des propositions et des conclusions qui ont été formulées dans cette discussion. Mais son intervention ne pouvait se borner à rappeler ce qu'il a écrit sur cet important sujet; placé par la nature de ses fonctions dans les conditions les plus favorables pour réunir le plus grand nombre possible d'éléments de comparaison sur l'objet de la discussion, il a pu donner à ces propositions l'appui d'une vaste expérience.

Les premiers mots de M. Lévy ont été l'expression de cette conviction fortifiée par onze années d'inspection médicale, « que, malgré beaucoup d'améliorations effectuées dans le système des hôpitaux, la plus essentielle de toutes, la condition fondamentale de leur salubrité est encore à réaliser, savoir, la dispensation de l'air sous le double rapport de la quantité et de la qualité. »

Dans l'appréciation du degré de salubrité relative des grands et des petits hôpitaux, sans prétendre décerner à ces derniers un brevet d'immunité, il n'hésite pas à leur accorder la préférence, engageant en cela l'opinion de tous ses collègues de l'armée. Mais ce ne serait pas encore assez pour lui que la division et la plus grande dissémination des malades. Il se demande si le progrès dans l'avenir ne consistera pas « à disséminer l'action secourable et combinée de l'administration et de la science, à prendre la famille pour point d'appui de ces interventions. « Déjà l'un de ses collègues à l'Académie, M. J. Guérin, avait formulé d'une manière plus explicite encore et plus radicale cette pensée d'avenir et de progrès, en inscrivant en tête d'un de ses articles de la *Gazette médicale,* ces mots qui en résumaient le sens tout entier : Plus d'hôpitaux !

Nous accepterions très-volontiers, pour notre part, cette formule comme le dernier terme du progrès où l'on doit tendre; mais il ne s'agit pas en ce moment d'un avenir plus ou moins lointain; il s'agit du présent.

C'est ce que n'a pas oublié M. Lévy, qui, descendant des généralités et des aspirations aux réalités actuelles, s'est empressé de répondre aux questions formulées par M. Renault, en exposant ce que son séjour en Orient lui a appris sur les résultats comparatifs des traitements qui ont été faits sous les tentes, sous des abris improvisés, presque en plein air, et de ceux qui ont eu lieu dans les salles des hôpitaux ou d'autres bâtiments clos, provisoirement affectés au logement des malades.

De cette comparaison est ressortie cette conclusion pleine d'enseignements, bien que facile à pressentir peut-être, que c'est dans les hôpitaux sous tentes, c'est-à-dire dans les conditions de ventilation continue et d'aération permanente, qu'ont été obtenus les meilleurs résultats. C'est le choléra surtout qui a servi à révéler la salutaire efficacité d'une ventilation continue.

L'argumentation de M. Michel Lévy, qui pèsera d'un grand poids dans la balance des opinions et dans les délibérations ultérieures de l'Académie, se termine par une proposition qui est digne d'un sérieux examen.

Nous espérons que l'Académie se trouvera suffisamment éclairée maintenant sur cette question, et qu'elle mettra prochainement un terme à cette discussion, qui ne pourrait se prolonger avec grand avantage désormais.

— Nous avons dit qu'avant la reprise de la discussion, l'Académie a entendu une lecture de M. Trélat, sur les résultats statistiques des grandes amputations dans les hôpitaux de Paris. Ce relevé, qui porte sur une période de plus de dix années, a conduit l'auteur à cette conclusion générale rassurante, savoir que, pour les trois grandes amputations, celles de la cuisse, de la jambe et du bras, les chiffres de mortalité se sont notablement abaissés dans ces dernières années, en les comparant à la statistique publiée en 1841 par M. Malgaigne.

Les recherches de M. Trélat, dont on peut déduire d'ailleurs des conséquences pratiques intéressantes sous d'autres points de vue, pourront être utilement consultées pour la question qui se débat en ce moment. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Anévrysme poplité artério-veineux droit (1).

(Leçon recueillie par M. P. GILLETTE, interne de service.)

Traitement. — Le plus ancien est la compression directe sur l'anévrysme et tout autour.

Scarpa en fait mention dans son livre, pour la proscrire entièrement quand il s'agit d'un anévrysme artério-veineux, se fondant sur ce fait qu'on pourrait, par cette compression, amener la transformation de cet anévrysme en un anévrysme artériel, qui est beaucoup plus grave. Il y a, dit-il, intérêt à conserver la communication qui existe dans la tumeur artério-veineuse; cependant si cette dernière est moins dangereuse, elle est aussi bien moins curable et pour plusieurs raisons : d'abord, parce que le coagulum s'y forme bien plus difficilement à cause de la grande quantité de sang veineux et de l'agitation presque continue à laquelle se trouve soumise toute la masse liquide.

Ce sac ne contient pas, en effet, trace de coagulum, ce qu'on peut constater en comprimant d'une main l'artère fémorale au pli de l'aine, compression qui vous met à l'abri de l'abord du sang dans le sac, et en faisant refluer dans l'artère tout le sang contenu dans la tumeur que l'on presse de la paume de l'autre main, afin de la vider.

En 1844, je traitai par la compression un anévrysme artério-veineux du bras, et j'eus le bonheur de voir se réaliser ce qu'avait craint Scarpa, je veux parler de la transformation en anévrysme artériel; je fis en dernier lieu la ligature par la méthode d'Anel, et le malade guérit.

Un nouveau cas d'anévrysme artério-veineux se présentant à moi, au lieu de pratiquer la ligature de l'artère brachiale, je fis continuer plus longtemps la compression, et je vis la guérison complète succéder à la transformation de la variété artério-veineuse en artérielle.

Ces faits ont été publiés, mais n'ont pas été acceptés sans contestation. L'idée de la transformation d'un anévrysme en un autre était tellement éloignée de la doctrine courante, qu'on émit beaucoup de doutes à cet égard.

On prétendit que la diminution du frémissement et l'apparition d'un bruit de souffle intermittent au lieu d'un bruit continu, n'étaient pas deux phénomènes suffisants pour que vous soyez en droit de croire à cette transformation.

C'est là une opinion qu'il m'est impossible d'admettre; car, d'un côté, le frémissement d'un anévrysme artériel est si différent de celui de l'artério-veineux, qu'on ne peut pratiquement les confondre l'un avec l'autre, et d'une autre part, l'oreille peut facilement apprécier la transformation du bruit continu en intermittent, c'est-à-dire caractérisé par l'intercalation d'un silence entre deux bruits consécutifs : ce qui est caractéristique selon moi.

La question n'était pas résolue il y a quelques années, lorsqu'on eut l'occasion de constater la transformation et la guérison de nouveaux anévrysmes artério-veineux. La discussion fut reprise, et je crois que maintenant personne ne met en doute cette transformation.

Si nous appliquons ce que nous venons d'avancer à notre malade, il est facile de voir qu'il ne présente que peu de chances de salut, surtout si dans cet examen on a égard à l'ancienneté de la tumeur.

Les quatre anévrysmes artério-veineux que j'ai traités et menés à bonne fin, ne dataient que d'un, deux ou trois mois, six mois au plus, tandis que la maladie date ici de plus de deux ans, et je doute que l'on puisse compter sur les ressources de la compression pour amener une guérison complète.

Cet espoir de transformation de tumeur artério-veineuse en artérielle a une limite imposée par le temps. Et quelle est cette limite? L'expérience seule peut nous l'apprendre.

2° Deux autres méthodes, fondées sur la même idée, coagulation du sang dans la poche, sont :

a. L'acuponcture et l'électroponcture;

b. L'injection de perchlorure de fer.

L'acuponcture est depuis longtemps abandonnée et n'a aucunement répondu à ce qu'on pouvait en attendre. La présence d'un corps étranger dans une cavité veineuse ne donne pas le même résultat que pour une cavité remplie de sang artériel, et il ne se forme qu'un coagulum très-minime autour d'une aiguille plongée au milieu du sang veineux.

Chez notre malade, nous avons un mélange de sang veineux et artériel; il se trouve donc dans de mauvaises conditions pour ce qui est de la coagulation par acuponcture.

L'injection de perchlorure de fer donna d'abord de magnifiques résultats; puis on vit quelques cas malheureux terminés par des accidents formidables tels que la gangrène du membre, ce qui fit proscrire cette méthode comme une chose extrêmement dangereuse. Je crois qu'on a été un peu trop vite dans la proscription de ce procédé, et je dois rappeler ici plusieurs faits dont la terminaison heureuse réclame en faveur de l'injection de perchlorure de fer.

Un homme encore jeune se présenta l'année dernière dans mon service avec un anévrysme artério-veineux de la fesse, de la grosseur du poing, et qui était le siége de pulsations énergiques et de bruit de souffle continu : c'était un anévrysme de l'artère ischiatique, à cheval en quelque sorte sur l'échancrure sciatique, et qui présentait par conséquent deux lobes, dont l'un extérieur répondant à la fesse, et l'autre situé dans la cavité pelvienne et appréciable par le toucher rectal.

MM. Velpeau et Broca, appelés par moi auprès de ce malade, approuvèrent la résolution où j'étais d'appliquer la méthode par injection, tout autre procédé ne pouvant trouver ici sa place. Afin de produire cette coagulation, il fallait interrompre le sang dans l'anévrysme pendant l'injection et un peu après : je résolus de faire la compression de l'aorte, qui n'est pas dangereuse, d'après ce qu'a appris l'expérience, pourvu qu'elle ne dure que de vingt à vingt-cinq minutes.

Le malade étant couché sur le dos, et le lit présentant au niveau de la fesse une ouverture assez large pour laisser voir la tumeur, je fis une ponction à l'aide d'un petit trocart d'argent. Rien ne sortit d'abord. Je présumai avoir piqué dans un caillot, et j'inclinai la canule dans une autre direction; il se fit un jet de sang. Je poussai alors 32 gouttes de solution de perchlorure de fer à 25°. Aucun accident consécutif. Quarante-huit heures après, l'anévrysme battait encore, mais le bruit de souffle avait complétement disparu.

Dix jours après, une même injection fut répétée, avec la même précaution d'interrompre le cours du sang dans la tumeur par la compression de l'aorte.

A partir de ce moment, l'anévrysme perdit tous ses caractères, et le malade sortit parfaitement guéri.

La méthode par injection nous a donc rendu un immense service dans un cas où tout autre procédé de traitement était inapplicable.

En voici un autre exemple :

L'été dernier, un jeune médecin m'envoya un malade qui présentait un anévrysme artério-veineux développé spontanément entre le quatrième et le cinquième métatarsien. Avec l'assistance de M. le professeur Gosselin, qui comprimait les artères tibiales antérieure et postérieure, je fis une injection de 10 gouttes d'une solution de perchlorure de fer à 25° dans la tumeur.

A la suite de cette seule injection, il se fit une transformation remarquable : en vingt-quatre heures, en effet, le bruit de souffle de continu devint intermittent.

L'anévrysme resta stationnaire pendant dix jours, et à partir d'une seconde injection les pulsations disparurent complétement et la tumeur avec elles.

La méthode par coagulation ne doit donc pas être complétement rejetée.

Mais chez notre malade nous devons hésiter avant de l'appliquer, en raison du volume et de la position de la tumeur, la gangrène du membre pouvant malheureusement suivre l'inflammation de la poche anévrysmale.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

J'arrive aux grands moyens de traitement des anévrysmes : je veux parler de la ligature.

Les anévrysmes artério-veineux ont été traités depuis longtemps par la ligature (par la méthode d'Anel) : ainsi, on a appliqué la ligature de la fémorale au niveau du triangle de Scarpa pour les anévrysmes poplités, et celle de l'artère humérale au milieu du bras pour ceux du pli du coude.

Voici ce que l'expérience nous a appris à cet égard : Nous avons, pour ce qui concerne les résultats fournis par la ligature, trois choses à considérer :

1° Etudier les effets de la ligature sur l'artère, au point même où se trouve placé le lien constricteur ;

2° Rechercher ses effets sur la circulation générale du membre ;

3° Les examiner sur la circulation anévrysmale, c'est-à-dire analyser les changements survenus dans la cavité de l'anévrysme.

a. On sait que dans l'anévrysme artério-veineux les parois de l'artère ont éprouvé des modifications notables ; la simple vue fait reconnaître une dilatation remarquable du vaisseau, dont le calibre est devenu bien plus considérable qu'avant la blessure. Cette dilatation artérielle remonte si haut, que pour un anévrysme poplité elle se constate jusqu'au triangle de Scarpa. Les parois de l'artère sont flasques, semblables à celles des veines ; on a dit que les veines étaient artérialisées, le réciproque peut être aussi admis : or, une artère aussi modifiée dans sa structure se prête mal à l'application de la ligature, qui tombe prématurément et est là cause d'hémorrhagies consécutives. — Voilà donc un premier danger bien constaté.

b. Pour ce qui concerne la circulation générale du membre, l'expérience est également acquise. On sait parfaitement que ces ligatures ont une tendance extrême à produire la gangrène des parties sous-jacentes. On a donné bien des explications à ce fait, mais toutes se réduisent à ceci : qu'il circule dans l'artère un mélange de sang artériel et de sang veineux. Prenons comme exemple, pour simplifier la question, l'anévrysme artério-veineux intermédiaire, et supposons un lien constricteur appliqué sur un point quelconque de l'artère, au-dessus du sac anévrysmal. La circulation étant interrompue dans toute la partie inférieure de l'artère, des collatérales se dilatent et transportent le sang d'un point situé au-dessus de la ligature à un autre situé au-dessous.

La circulation est ainsi rétablie ; mais le sang qui arrive par cette voie collatérale tend à cheminer dans deux directions, c'est-à-dire à remonter jusqu'à l'anévrysme, à descendre dans le vaisseau ; pour gagner la partie déclive de l'artère, il lui faut vaincre la résistance que lui opposent les capillaires : or il ne le peut pas, et il remonte alors pour aller se déverser dans la poche anévrysmale. Ce sac n'offrant plus aucune tension, permet au sang veineux d'y pénétrer et de se mélanger avec le sang du vaisseau artériel. Ce mélange des deux sangs est la cause de la gangrène du membre.

D'après la statistique américaine de Norris, cinq fois la ligature de l'artère fémorale a été pratiquée pour cinq anévrysmes poplités ; en voici le résultat :

Dans trois cas, gangrène du membre ; dans le quatrième, la mort survint au sixième jour, par suite d'hémorrhagie. Le cinquième cas est douteux.

Une autre statistique, se rapprochant de la précédente, est celle-ci :

Sur trois cas de ligature de l'iliaque externe pour trois anévrysmes artério-veineux de l'artère fémorale, un a eu une terminaison funeste à cause des hémorrhagies, et deux ont été suivis de gangrène du membre.

La méthode d'Anel, appliquée aux anévrysmes artério-veineux, offre donc des dangers extrêmement sérieux.

c. Quant à l'influence de la ligature sur la circulation anévrysmale, elle conduit à un résultat tout à fait négatif, à un insuccès complet. La poche se laisse pénétrer de sang veineux, et ce sang, agité sans cesse, ne présente pas les qualités nécessaires pour que la coagulation se produise.

Cette méthode doit donc être repoussée sous les trois points de vue que nous venons de discuter devant vous.

Une dernière méthode consiste à ouvrir le sac et à apposer sur l'artère une ligature au-dessus et au-dessous. Toute communication est ainsi interrompue entre l'artère et la veine. Ce procédé, qui a été assez souvent mis à exécution, est puissant, mais d'une application très-difficile. En effet, le développement d'une tumeur anévrysmale dans un endroit quelconque du corps humain, a détruit presque complétement les rapports normaux de l'artère avec les tissus voisins, et de plus le sang, qui ne cesse pas de couler en nappe pendant tout le temps de l'opération, empêche le chirurgien de bien se rendre compte des débridements qu'il est obligé de faire.

Je me souviens d'une opération de ce genre faite par Roux, le seul chirurgien peut-être qui ait pratiqué autant de fois cette ligature : l'opération fut déplorable, tout y fut défectueux. Le nerf médian fut d'abord lié pour l'artère brachiale ; les hémorrhagies continuant à être aussi abondantes, on découvrit l'artère ; mais au lieu de passer le lien en arrière, on perfora le vaisseau de part en part, et on établit ainsi involontairement un séton artériel. L'interruption au cours des hémorrhagies ne fut pas de longue durée ; leur réapparition força de faire l'amputation du bras.

A. Bérard, pratiquant à Necker l'ouverture du sac pour aller chercher les deux bouts de l'artère, afin d'y apposer une ligature, put à peine achever l'opération.

D'après ce que j'ai vu et d'après les dissections d'anévrysme artério-veineux que j'ai pu faire, je me crois en droit de dire que la méthode opératoire qui consiste à ouvrir la poche anévrysmale et à aller lier les deux bouts de l'artère au-dessus et au-dessous du sac, est très-longue et très-difficile.

Admettons, toutefois, que l'on ait mené à bonne fin l'opération : qu'en résulte-t-il ? Bien souvent on verra l'intérieur du sac être pris d'inflammation et de décomposition putrides du peu de caillots qui s'est formé, et des accidents très-graves apparaissant, la vie du malade sera très-sérieusement menacée.

Faut-il, pour notre malade, ne pas nous préoccuper des dangers que pourrait faire naître une opération aussi importante ?

Non certes, et il faut surtout se souvenir de ce que j'ai exposé au commencement de ces leçons, à savoir : qu'un anévrysme artério-veineux n'a pas, comme l'artériel, de la tendance à s'accroître et à se rompre ; qu'il existe une véritable soupape de sûreté dans la communication établie entre l'artère et la veine, et qu'on n'a pas ici de cul-de-sac où tous les efforts de la tension artérielle viennent se concentrer.

Malgré son anévrysme, cet homme n'en a pas moins continué à exercer la profession de coiffeur, qui exigeait à tout moment une station debout.

Depuis un an sa tumeur n'a pas augmenté de grosseur et est restée stationnaire, et les douleurs qu'il accuse doivent être attribuées à la présence de ses varices et ulcères variqueux plutôt qu'à l'anévrysme lui-même.

Nous nous proposons chez notre malade d'établir pendant un temps assez long une compression méthodique partant du pied et aboutissant à la partie moyenne de la cuisse malade, de manière à s'opposer à l'ampliation de la poche anévrysmale. De cette façon cet homme pourra sans trop de fatigue continuer une profession qui n'est guère avantageuse pour l'affection dont il est atteint, et si la marche devient complétement impossible chez lui, si les douleurs augmentent beaucoup, on pourra songer à pratiquer chez lui l'amputation de la cuisse, opération trop grave et trop importante pour qu'on n'essaye pas avant de s'y décider d'autres moyens qui très-probablement n'amèneront pas de résultat satisfaisant.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 mars 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de la Haute-Savoie, de la Sarthe, de la Dordogne, de la Haute-Garonne (commission des épidémies) ;

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de la Chaldette (Lozère) et d'Amélie-les-Bains (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

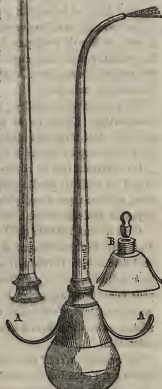
1° Une lettre de M. Béhier, qui prie M. le président de le comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale ;

2° Une série de pièces imprimées et manuscrites sur la statistique mortuaire de la ville de Bordeaux, envoyées par M. le docteur Marmisse (commissaire, M. Vernois) ;

3° Une lettre de M. le docteur Lipkau, relative à l'instrument nommé révulseur (commissaire, M. Gibert) ;

4° La description d'un insufflateur fabriqué par M. Mathieu, sur les indications de M. le docteur Morand (de Pithiviers).

L'instrument, destiné à projeter une substance pulvérisée sur différents organes, se compose d'une petite poire en caoutchouc et de trois canules de différents modèles qui s'y adaptent à vis.



La petite poire qui sert de réservoir à la poudre et forme soufflet, est adaptée à une pièce métallique terminée par un tube par où l'on introduit la poudre, et auquel se fixent les canules. Deux demi-anneaux soudés à la pièce métallique permettent de maintenir l'instrument avec l'index et le médius, pendant qu'avec le pouce de la même main on exerce sur le fond de la poire en caoutchouc de petites pressions saccadées.

Les canules sont effilées à leur extrémité libre, pour empêcher la sortie en masse de la poudre, et munies, à quelques centimètres de leur grande ouverture, de deux fils métalliques croisés à angle droit pour empêcher l'obstruction. Elles ont été faites sur des modèles différents, pour répondre à plusieurs usages.

La canule 1, droite et la plus courte, est destinée aux insufflations dans l'arrière-gorge et dans les yeux, quand on veut employer des collyres secs.

La canule 2, courbe, sert à insuffler la substance médicamenteuse dans le larynx.

La canule 3, droite et plus longue que les autres, peut être utile pour projeter sur le col de l'utérus de l'alun ou toute autre substance pulvérisée.

Un petit bouchon métallique qui s'adapte au tube empêche la sortie de la poudre quand on démonte l'instrument.

Cet insufflateur, simple et d'un petit modèle, a l'avantage de fonctionner facilement et d'une seule main. Il permet de porter des substances astringentes ou caustiques sur des surfaces circonscrites, en laissant une main libre pour abaisser la langue ou maintenir le spéculum. Il met à l'abri d'un contact direct, dans l'angine couenneuse, par exemple. Enfin, on peut agir sur la surface malade seulement et sans la perdre de vue, comme cela arrive avec les insufflateurs que l'on fait fonctionner avec la bouche.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. le docteur Bernard, de Moulins, membre correspondant.

Il dépose sur le bureau, au nom du conseil général de l'Association générale des médecins de France, l'*Annuaire* de cette institution, et propose d'adresser une lettre de remercîment à son président, M. Rayer.

LECTURE.

Statistique des amputations. — M. TRÉLAT (Ulysse) donne lecture d'une note sur les résultats statistiques des grandes amputations dans les hôpitaux de Paris. Ce travail porte sur un total de 1,144 amputations, donnant 522 morts ou 45,6 %.

568 amputations pathologiques donnent. . .	223 morts ou 41 %
470 — traumatiques.	261 morts ou 55,5 %
106 — de cause indéterminée. . .	28 morts ou 26 %

La mortalité des hommes est de 438 sur 908 opérés, ou 48,2 % ; celle des femmes de 84 sur 236 amputées, ou 35,5 %. La grande différence qui existe entre ces deux chiffres, 48,2 % et 35,5 %, ne saurait passer inaperçue.

C'est l'âge de 5 à 15 ans qui donne la plus faible mortalité : 18,9 %, soit 15,2 pour les amputations pathologiques et 16,6 % pour les traumatiques. De la naissance à 5 ans elle est à peu près la même que de 15 à 30 ans. Après 15 ans elle augmente régulièrement et sans aucune interruption, quelle que soit la nature de l'amputation et quel que soit le sexe. Passé 70 ans, elle atteint de telles proportions, 95 %, c'est-à-dire 1 guéri sur 20 opérés, que l'auteur en tire ce précepte : A moins de circonstances tout exceptionnelles, il ne faut plus faire d'amputations passé 70 ans.

De ce relevé, il ressort deux faits qui sont en désaccord avec ceux qu'a indiqués M. Malgaigne ; le premier, c'est que l'homme ne résiste pas également bien aux amputations de 20 à 25 ans ; le second, c'est que l'affaiblissement précoce de la femme est loin d'exercer sur elle une aussi mauvaise influence que l'a dit M. Malgaigne. De 5 à 15 ans, son chiffre de mortalité est sensiblement le même que celui des hommes. De 30 à 40 ans, l'influence de l'âge se fait sentir chez la femme et rapproche sa mortalité de celle de l'homme, qui lui reste toujours supérieure. De 40 à 50 ans, les amputations traumatiques chez l'homme, moins nombreuses d'une manière absolue, deviennent plus fréquentes relativement aux amputations pathologiques, tandis que le même mouvement n'a pas lieu dans le sexe féminin ; de là nouvel et fort accroissement du chiffre des hommes. Enfin, après 50 ans, l'accroissement se fait d'une manière parallèle dans les deux sexes. En résumé et sous tous les rapports, l'âge de beaucoup le plus favorable, c'est la fin de l'enfance et l'adolescence, de 5 à 25 ans.

Ces données établies pour la généralité des amputations, M. Trélat passe à l'étude de chacune d'elles en particulier.

Voici les conclusions qu'il tire de cette étude :

En comparant la statistique de M. Malgaigne portant sur les années 1836 à 1841, avec celle-ci, on remarque que pour les trois grandes amputations, celles de la cuisse, de la jambe et du bras, les chiffres de mortalité se sont notablement abaissés. Ainsi, en 1841, ces trois opérations donnaient 62,6 %, 55,2 %, 45 % ; aujourd'hui les chiffres correspondants sont 52,7 %, 44 %, 42,5 %. On a donc progressé d'une façon notable, on a presque gagné un malade sur cinq, résultat important qui doit donner confiance dans l'avenir.

Le travail de M. Trélat est renvoyé à l'examen de M. Gosselin.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. BOUDET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions toutes négatives sont adoptées sans discussion.

Pendant ces deux lectures, l'Académie a procédé au scrutin pour la nomination des commissions de prix.

Voici quelle est, d'après le résultat du dépouillement du scrutin, la composition de ces commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Bouillaud, Grisolle, Trousseau, Louis et Renault.

Prix Portal. — MM. Cruveilhier, Rayer, Denonvilliers, Roche et Reynal.

Prix Civrieux. — MM. de Kergaradec, Rostan, Jolly, Baillarger et Beau.

Prix Capuron (Pemphigus). — MM. Blache, Bouvier, Depaul, Jacquemier et Gibert.

Prix Barbier. — MM. Michel Lévy, Larrey, Briquet, Tardieu et Guérard.

Prix Orfila. — MM. Moquin-Tandon, Poggiale, Chatin, Gobley et Devergie.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

La parole est à M. Michel Lévy.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. MICHEL LÉVY. Je me suis demandé, dans le cours de cette discussion, ce que je pouvais y apporter d'appréciations nouvelles, après avoir émis et fait valoir depuis plus de quinze ans dans les éditions successives d'un ouvrage d'hygiène la plupart des propositions et des conclusions qui viennent d'être formulées à cette tribune.

Appliqué depuis aux fonctions d'inspection médicale dans l'armée, une nouvelle expérience de onze années n'a fait que fortifier en moi la conviction que, malgré beaucoup d'améliorations effectuées dans le système des hôpitaux, la plus essentielle de toutes, la condition fondamentale de leur salubrité, est encore à réaliser, savoir, la dispensation de l'air sous le double rapport de la quantité et de la qualité.

Après l'exposé que vous a fait notre savant collègue M. Larrey, je

ne reviendrai point sur l'organisation, l'économie intérieure et le fonctionnement des établissements hospitaliers de l'armée.

Envisagés collectivement, leur supériorité sur ceux de l'Assistance publique est évidente, ce qui s'explique par une différence essentielle d'institution : propreté des locaux, aération et chauffage, composition du mobilier, literie et couchage, habillement des malades, alimentation, choix et préparation des médicaments, pansements exécutés avec des matériaux soumis à la réception des médecins comme les denrées alimentaires, soins aussi affectueux que vigilants, tout y conspire au bien des malades ; mais beaucoup de ces hôpitaux d'ancienne construction présentent le rectangle de Vauban, c'est-à-dire plusieurs étages de salles qui se suivent sur quatre côtés et des cours intérieures qui circonscrivent une atmosphère d'un renouvellement plus ou moins facile ; pour tous, les fixations réglementaires de cubage atmosphérique et d'espacement des lits, fixations surannées et tout à fait insuffisantes, sont encore en vigueur : 18 à 20 mètres cubes d'air par malade, 65 à 75 centimètres d'intervalle entre deux lits, 2 mètres entre deux rangées de lits, etc.

Un seul hôpital militaire est aujourd'hui pourvu d'un appareil de ventilation régulière, celui de Vincennes ; mais quoique cette première application n'ait pas entièrement réussi, la voie est ouverte au progrès capital de l'hygiène dans les hôpitaux militaires, et l'on peut compter qu'ils n'attendront plus longtemps le bienfait d'une aération efficace dans l'ample mesure des besoins constatés par l'expérience ; déjà ils ont les parquets cirés et plusieurs sont pourvus de cabinets d'aisances à l'anglaise avec siége en chêne, cuvette et réservoir d'eau : deux améliorations que j'ai le premier poursuivies et qui profitent tout à la fois à l'hygiène et à la décence portée jusqu'au respect de soi-même.

En recueillant mes longs souvenirs d'inspection et de résidence sur les hôpitaux des grandes et des petites villes, je ne saurais hésiter dans l'appréciation de leur degré de salubrité relative, et tous mes collègues de l'armée proclameront l'avantage des petits hôpitaux, non qu'ils ne puissent s'infecter comme les grands, ni qu'ils soient à l'abri des mortalités insolites. Si des convenances que tout le monde comprend ne m'imposaient une juste réserve, je pourrais signaler dans le midi comme dans le nord de la France, dans l'ouest comme dans l'est, et jusque dans les départements circonvoisins de Paris, de petits hôpitaux où nos soldats ont payé un fort tribut aux maladies saisonnières et autres. Les petites localités ont, hélas ! leurs petites épidémies qui s'y cantonnent avec une sorte de ténacité, s'étendent aux alentours et prélèvent finalement un impôt mortuaire considérable. Il y a de petits hôpitaux à grandes salles parfois encombrées aux époques où nous les inspectons ; il y a même de petits hôpitaux à petite salles encombrées, parce qu'elles contiennent trop de lits. L'agglomération est donc relative, et ce point est fondamental, il ne faut pas l'oublier. Autre différence entre les petits hôpitaux, qui s'observe également parmi les grands hôpitaux : ceux qui sont situés aux abords des villes, hors de leur enceinte, en plein champ comme on dit, m'ont toujours paru plus salubres, plus heureux par le résultat des traitements, que les établissements enclavés dans les quartiers populeux, ou seulement compris dans l'atmosphère propre des agglomérations urbaines.

Pour ne point revenir sur des sujets qui ont été traités, je passe sous silence un grand nombre de conditions qui, malgré leur évidente utilité, ne balancent pas toutes ensemble une seule influence prépondérante, celle de l'air dispensé aux malades ; je n'ai pris la parole que pour en faire ressortir l'importance souveraine : elle est, à mes yeux, le régulateur de la salubrité des hôpitaux.

1° *Quantité* ou ration d'air : énorme est la quantité d'air indispensable aux malades pour compenser les produits de leur respiration, de leurs transpirations pulmonaire et cutanée, de toutes les évaporations plus ou moins délétères qui affectent le milieu où ils sont placés. Inutile de rappeler ici les résultats des expérimentations qui se continuent encore, à l'aide de divers modes de ventilation, et dont les effets se traduisent trop faiblement, si même ils sont appréciables, dans les statistiques mortuaires des hôpitaux de Paris. Si ces documents officiels continuent de nous montrer les chiffres des décès à peu près compensés entre les hôpitaux dotés d'un système de ventilation régulière et ceux qui n'en ont point, on sera autorisé à en conclure, ou que cette ventilation ne renouvelle pas efficacement la masse totale de l'atmosphère des salles et se borne à y déterminer des courants partiels, ou qu'elle ne satisfait pas encore, malgré son apparente libéralité, à toutes les exigences de l'assainissement des locaux, ou que l'air qu'elle y introduit n'a point la pureté de composition voulue.

2° *Qualité de l'air.* — En effet, tant vaut l'air d'une localité, d'une ville, d'un quartier, d'une rue, tant vaut l'aération des salles, fût-elle assurée dans la plus généreuse mesure et au moyen des appareils les plus perfectionnés. C'est là peut-être l'explication la plus probable des données statistiques de la mortalité nosocomiale de Paris.

Ainsi, dispenser largement l'air aux malades ne suffit point. Si cet air n'a point les qualités vivifiantes de sa constitution normale, ou s'il est mélangé de principes septiques, et c'est ce qui arrive, quand il est brûlé au contact des surfaces surchauffées qu'il parcourt avant de se déverser dans les salles, lorsqu'il est emprunté aux corridors, aux paliers des escaliers où s'ouvrent des latrines, etc., ou qu'il provient de rues infectes, d'un quartier encombré, d'un milieu où une population entassée, des industries diverses et de multiples foyers de méphitisme répandent leurs produits vaporeux et leurs déjections.

L'idéal de l'institution nosocomiale, d'après les principes et les faits susindiqués, serait donc le petit hôpital avec de petites salles sans communication directe entre elles, bien ventilé, avec des lits grandement espacés, éloigné des centres de population, entouré de promenades ou d'espaces libres.

Serait-il impossible de multiplier ces établissements autour et à une distance convenable des grandes villes, ne laissant dans celles-ci que des dépôts de premiers secours, des services restreints et isolés de médecine et de chirurgie pour les cas urgents, développant d'ailleurs et faisant prédominer le système salutaire et moral de l'assistance à domicile par une judicieuse combinaison de dons et de prêts en nature, de soins et de médicaments gratuits ?

Je ne crains pas de le dire, cet idéal hospitalier aura eneore ses mécomptes et ses infortunes. Nous avons eu en Orient quelques petits hôpitaux : le palais de l'ambassade russe à Constantinople et le Drogmanat russe, dont j'ai provoqué l'affectation au service de nos malades, n'étaient que de petits hôpitaux, puisque ensemble ils ne contenaient que 400 lits ; l'un et l'autre d'une installation confortable, dominant les hauteurs de Péra vis-à-vis de la Corne d'or, entourés de jardins en terrasse ; le premier n'a même reçu d'abord que des officiers blessés en très-petit-nombre, exempts de complications internes : eh bien, là pourriture d'hôpital s'y est développée ; pour la faire naître, il a suffi d'y réunir un certain nombre de blessés, sans encombrement.

Un autre petit hôpital, qui avait moins de 200 lits, une splendide villa jetée sur la rive du Bosphore, à plusieurs lieues de Constantinople, au milieu des jardins et des palais d'été des pachas, espèce d'avant-garde de notre ligne d'hôpitaux de Constantinople, plus rapprochée de la mer Noire, et disposée pour recueillir les blessés et les opérés qu'il était le plus urgent de débarquer, Canlidjé, a été visitéo par le même fléau. A quelques heures de Paris, je sais de petits hôpitaux civils où nos petites garnisons ont compté bien des victimes de la fièvre typhoïde, de la dyssenterie. Tout en accordant la préférence aux petits hôpitaux sur les grands, il ne faut donc pas s'en promettre plus qu'ils ne donneront. Même remarque au sujet des grands hôpitaux disposés en séries parallèles de pavillons indépendants les uns des autres : ce sont, à vrai dire, autant de petits hôpitaux, et quand ils sont bien situés, bien distribués, bien tenus comme ceux du Val-de-Grâce, il y a lieu de les assimiler aux petits hôpitaux. L'ancien couvent du Val-de-Grâce, rectangle à quatre étages, présentait autrefois sur ses quatre côtés quatre rangées de malades superposées ; lors de mes débuts dans cet établissement (1836-37), chargé presque toujours de grands services dans les deux étages supérieurs, j'ai pu vérifier l'exactitude de cette observation déjà ancienne, que dans les hôpitaux l'insalubrité croît en raison directe de la hauteur ; en outre, et sur chaque étage, les salles communiquaient directement entre elles, de manière à échanger leur atmosphère ; c'était la promiscuité du méphitisme avec ses expressions pathologiques bien connues : des formes typhoïdes graves, des complications gangréneuses, des érysipèles, des exsudations diphthéritiques, etc., et comme résultat final une mortalité considérable. Plus tard, et particulièrement sur mes demandes réitérées, les longues salles du couvent furent raccourcies et séparées par des paliers, avec des cabinets pour l'isolement de certains malades. En 1841, on construisit les pavillons sur les anciens jardins, vrais modèles d'installation hospitalière : grâce à ces améliorations, la mortalité a subi au Val-de-Grâce une notable diminution. C'est dans ces locaux que le professeur Legouest a obtenu trois guérisons sur six amputations de la cuisse pratiquées dans ces quatre dernières années, tandis que dans les hôpitaux civils de Paris cette opération n'a donné jusqu'à ce jour qu'une guérison sur trois. Et pourtant, même dans ces pavillons si commodes, qui, séparés par des squares luxuriants de végétation, ne reçoivent chacun que 200 malades dans quatre salles, deux au rez-de-chaussée et deux au premier étage, avec quelques cabinets adjacents, dès que sont occupés tous leurs lits, l'infection nosocomiale se prononce sous des nuances amoindries, et les maladies révèlent alors une gravité particulière.

Ainsi, petits hôpitaux, grands ou moyens hôpitaux en pavillons, ne seront peut-être pas le dernier mot de la solution cherchée ; peut-être s'avisera-t-on un jour de revenir sur la formule du problème, et si pour tous les esprits qui connaissent les maléfices de l'agglomération et de l'infection nosocomiale cette solution consiste à les atténuer, à les réduire au minimum d'activité, la logique sanctionnée par l'expérience ne conduira-t-elle pas à réduire au minimum la source de ces fléaux, c'est-à-dire l'institution hospitalière elle-même ? A ceux qui trouvent quelque hardiesse à poser la question en ces termes, je rappellerai que les économistes, depuis Montesquieu, l'ont fait à un point de vue beaucoup moins respectable que celui de l'hygiène publique. S'il n'est pas démontré, malgré leurs efforts, que l'hôpital favorise le paupérisme, il est évident que l'hôpital entraîne l'agglomération des malades, des blessés, des opérés, et qui dit agglomération dit infection ; il y a toute une pathologie nosocomiale qui s'ajoute à celle de la misère et des excès : l'atténuer sera beaucoup, la supprimer vaudra mieux ; c'est le plus grave sujet qui se puisse proposer à la méditation des administrateurs et des médecins. Au milieu des sociétés demi-barbares du passé, quand l'hygiène publique et privée n'existait point, un immense progrès s'est réalisé par la concentration des secours et des soins nécessaires aux malades dans l'enceinte hospitalière et sous les auspices de la religion ; aujourd'hui, et en présence des résultats statistiques qui se succèdent, n'est-on pas autorisé à se demander si le progrès ne consistera pas dans l'avenir à disséminer l'action secourable et combinée de l'administration et de la science, à individualiser l'assistance, à prendre la famille pour point d'appui de ces interventions ?

Mais j'ai hâte de quitter ces généralités pour un sujet où l'on m'a convié d'apporter des éléments d'observation personnelle. Un de nos collègues, qui a l'heureuse habitude d'aborder de front les questions, M. Renault, après avoir montré par des statistiques de mortalité la puissante influence des divers régimes d'aération sur les chevaux sains et sur les chevaux malades, a demandé si ces faits, d'une signification si évidente, ne trouveraient pas leur confirmation dans les résultats comparatifs des traitements qui, en Italie et en Orient, ont dû se faire sous les tentes, sous des abris improvisés, presque en plein air, et de ceux qui ont eu lieu dans les salles des hôpitaux ou d'autres bâtiments clos, provisoirement affectés au logement des malades. Déjà M. Larrey a répondu à cet appel ; permettez-moi de le faire à mon tour, mais seulement dans la mesure de ce qu'une mission de dix à onze mois m'a donné de voir en Orient.

Pour la solution de la question posée par M. Renault, les matériaux abondent sous ma main, et vers quelque rivage que se reportent mes souvenirs, des Dardanelles au Bosphore, de la Bulgarie à la Crimée, partout les mêmes causes, partout les mêmes effets, partout la même conclusion, qui se résume ainsi : la salubrité nosocomiale dépend presque tout entière des conditions du milieu où sont placés les malades. Loin de moi de nier l'importance du régime, des méthodes curatives, du mode de pansement, des soins, de la composition du mobilier, etc. Mais tous ces éléments du service hospitalier sont dominés par la nécessité d'un air pur ; réunissez-les au degré de la perfection idéale, si l'air est vicié d'une manière permanente ou s'il est insuffisant, ce qui revient au même, ils ne changeront point les chances du traitement, ils ne diminueront point la mortalité.

Ce qu'il y a de puissance toxique dans les agglomérations de malades, l'histoire des épidémies, celle des armées de tous les temps, l'atteste, sous l'autorité des plus grands noms et sous la terreur des plus lugubres commémorations.

Jusque dans les hôpitaux les mieux réglés de l'intérieur, le médecin militaire assiste à une succession non interrompue de formes épidémiques : en temps de paix, les petites épidémies, fièvres palustres, fièvres typhoïdes, méningites cérébro-spinales, affections catarrhales, oreillons, stomatites ulcéro-membraneuses, diphthérites ; en temps de guerre, dyssenterie, scorbut, typhus ; en tout temps le choléra.

Frappé depuis longtemps des influences nosocomiales, il était naturel que, dès ma désignation pour l'armée d'Orient, ma première sollicitude fût de conjurer les catastrophes en déconseillant les grandes réunions de malades ; d'obvier aux encombrements, en proposant aux autorités militaires et administratives une large organisation d'hôpitaux échelonnés et un service régulier d'évacuations.

Ici M. Lévy fait l'histoire de l'organisation hospitalière de l'armée d'Orient.

Voici un résumé sommaire de cet exposé :

Trois ordres d'établissements hospitaliers répondaient exactement aux trois régimes d'aération de M. Renault : bâtiments clos, baraques, tentes.

L'hôpital sous tentes, à titre permanent pendant la saison d'été, est une nouveauté de la campagne d'Orient. De tout temps, dit M. Lévy, nos médecins militaires ont soigné des malades, ont opéré des blessés sous le frêle abri d'une tente ; mais c'est à Varna, pour la première fois, qu'on a constitué régulièrement ce que l'on peut appeler désormais l'hôpital sous toile, avec les seules ressources du service de campement, en attendant l'arrivée d'un complément du matériel réglementaire des hôpitaux en campagne.

Quels ont été les résultats comparatifs de ces trois ordres d'établissements hospitaliers, bâtiments clos, baraques bien aérées, tentes à ventilation permanente ? Disons tout de suite que celles-ci n'ont servi effectivement qu'au traitement des affections internes ; les blessés et les opérés de Crimée n'ont séjourné que très-passagèrement sous la toile, puisque leur évacuation, aussi prompte que possible, était la règle et en même temps la condition du fonctionnement utile des ambulances. Les cas de maladies externes et les fiévreux ordinaires, traités en juin, juillet, août et septembre, en 1854, sous les tentes de Franka et de l'esplanade de Varna, s'y sont comportés sans incidents, sans complications de provenance nosocomiale. En un mot, le traitement sous les tentes, avec les précautions voulues et l'opportunité de la saison, supprime les risques et les inconvénients de l'agglomération. C'est aussi sous les tentes que j'ai fait soigner les cinquante ou soixante premiers cas de scorbut provenant de la flotte où cette maladie a débuté. J'ai remarqué la marche rapide de leur guérison ; tel n'a pas été le sort de tous les marins scorbutiques qu'au mois de novembre suivant nous avons eu à traiter, au nombre de quatre cents environ, dans les bâtiments clos de Daoud-Pacha.

C'est le choléra qui a nécessité l'expérience des hôpitaux sous tentes, et qui l'a justifiée d'une manière frappante par les résultats du traitement. Sans rappeler ses terribles ravages au Pirée, dans un bâtiment clos comme le sont les lazarets en Orient, et à Gallipoli dans les maisons turques enclavées et détériorées que l'on avait affectées au service hospitalier, nous trouvons à Varna les éléments juxtaposés d'une comparaison décisive : les deux hôpitaux intérieurs ont reçu, du 10 juillet au 18 septembre 1854, 2,314 cholériques, dont 1,389 ont succombé, c'est-à-dire que 466 de ces malades ont donné 100 décès. Dans les trois hôpitaux sous tentes, ouverts, le premier, le 5 août et fermé le 28 du même mois ; le second, ouvert le 7 août et fermé le 17 ; le troisième, ouvert le 8 août et fermé le 19 septembre, il est entré 2,635 cholériques qui ont donné 698 décès, c'est-à-dire 100 morts sur 376 malades. Cette proportion est si extraordinairement favorable, qu'en ajoutant au chiffre mortuaire les décès survenus pendant la traversée en mer et pendant la translation des malades du port de Varna aux emplacements du monastère, on la trouvera encore d'une bénignité sans exemple. Autre bénéfice, l'hôpital clos de Varna conserva longtemps, et malgré tous les efforts d'assainissement, une certaine puissance d'infection ; avec les tentes, point d'infection, point de foyers ; pas un officier de santé n'y a succombé, tandis que 17 ont payé de leur vie leur dévouement aux cholériques dans les bâtiments clos de Gallipoli, d'Andrinople, de Varna. La répartition de ces malades, sous les tentes, par groupes de 3 à 8, est une véritable dissémination ; entre deux malades, l'air sans cesse renouvelé ; entre deux tentes, l'air extérieur, les grands courants de l'atmosphère libre ; l'hôpital-bâtiment délimite, condense, accumule les germes morbifiques quels qu'ils soient ; l'hôpital sous tentes les sépare, les disperse, les dissipe.

Il est plus difficile de comparer les hôpitaux en baraques avec les bâtiments clos à Constantinople, sous le rapport des résultats thérapeutiques ; ce qui s'explique par la situation des premiers, rapprochés de la mer, et par conséquent d'un plus facile abord aux blessés et aux malades gravement atteints qui ne pouvaient supporter un long transport en cacolets ou même sur brancards. En tenant compte de la gravité relative des cas, du nombre des opérations pratiquées, etc., on trouvera que l'avantage reste aux baraques...

Voilà donc les effets des traitements dans les trois conditions d'aération difficile, d'aération moins incomplète, d'aération permanente. Le choléra a surtout servi à révéler la salutaire efficacité d'une ventilation continue ; pour la vérifier, je n'avais pas attendu cette épreuve. En 1849, mon service au Val-de-Grâce reçut 1,218 cholériques dont j'ai traité moi-même 1,100 ; il y eut 338 décès, c'est-à-dire la proportion la plus favorable de Paris, et seulement 21 cas intérieurs, tandis qu'ils se comptaient par centaines dans les hôpitaux civils. Pourquoi ? Ma thérapeutique a été celle de mes confrères ; ceux qui s'imaginent que tous les soldats ont vingt ans, une constitution robuste et des joues roses, imputeront ce résultat à la vigueur de mes malades. La vérité est que, connaissant par l'expérience de 1831 la puissance infectante du choléra, témoin de ses ravages à Bourbonne-les-Bains, de ses traînées et de ses foyers multiples autour de cette ville et dans un rayon de plusieurs lieues, j'ai pris, avec le concours d'une administration très-éclairée, les mesures suivantes dès le début de l'épidémie :

1° Traitement des cholériques dans un pavillon isolé ;

2° Aération de jour et de nuit par l'ouverture permanente des compartiments supérieurs des fenêtres des deux rangées à l'opposite et en sens alterne ;

3° Vidange immédiate de tous les *excreta* ;

4° Établissement d'une salle de convalesconts, etc.

Les deux mesures les plus efficaces ont été évidemment les deux premières, et dans sa dernière instruction officielle sur les mesures à prendre contre le choléra, le conseil de santé, sur ma demande, a inscrit celle de l'aération permanente des locaux.

La pratique des temps de paix, le fonctionnement hospitalier des villes et des garnisons de l'intérieur, la médecine civile comme la médecine militaire, sont appelés à profiter des redoutables enseignements de la guerre. Les situations presque inévitables qui se produisent dans les campagnes de longue durée, les catastrophes pathologiques qui jalonnent l'itinéraire des grandes armées jetées au loin et soumises à une longue série d'épreuves, ne sont pour la plupart que le grossissement sur une très-grande échelle des causes et des effets qui agissent petitement, obscurément, dans les hôpitaux plus ou moins encombrés des grandes villes; c'est toujours l'infection, souvent la contagion, qui est le principal artisan de leurs mortalités; ici elle tue en détail, comme ailleurs elle tue en gros; elle paralyse ou détruit l'œuvre du chirurgien; elle frustre le médecin de ses plus légitimes succès; elle frappe de stérilité le zèle et l'activité de l'administrateur. Que tous, administrateur, médecin, chirurgien, s'entendent donc pour neutraliser cette influence la plus générale, la plus active, la plus persistante parmi toutes celles qui contrarient le but secourable de leurs communs efforts.

Je ne voudrais ajouter, en terminant, aucune proposition à toutes celles qui ont déjà été articulées à cette tribune; je les tiens toutes pour excellentes; mais l'Académie entrera-t-elle, sans y être invitée officiellement, dans l'examen et dans la controverse de toutes ces propositions? Nommera-t-elle une commission pour les peser, les grouper, les enchaîner logiquement, et pour les compléter? L'élément militaire y trouvera sa place, car les hôpitaux civils ont beaucoup à emprunter à ceux de l'armée, beaucoup à les imiter en ce qui concerne les prescriptions réglementaires de l'aération, de l'espacement des lits, de l'habillement et du régime alimentaire des malades, le choix et le fonctionnement des infirmiers, etc., etc.

Il me semble que le rôle de l'Académie se borne jusqu'à présent à réunir les communications qui ont été portées à cette tribune pour les adresser aux autorités compétentes; se tenant à leur disposition pour l'examen décisif des questions soulevées, et aussi pour les nouvelles recherches que leur solution pourra nécessiter. Il est impossible que cette discussion, sagement prolongée, sur les conditions actuelles et les conséquences de l'organisation nosocomiale, n'ait pas un salutaire retentissement et ne conduise pas à des réformes.

Parmi ces réformes, il en est qui seront des restitutions. Que sont devenues les assemblées annuelles des médecins, des chirurgiens et des pharmaciens des hôpitaux et des hospices civils de Paris, pour nommer une commission chargée de faire un rapport à l'administration supérieure sur tout ce qui intéresse l'hygiène des malades et l'exécution du service? L'article 18 du règlement de 1830, qui avait institué cette sorte d'enquête annuelle, est-il aboli ou tombé en désuétude? J'ai rendu compte autrefois dans un recueil périodique (1) des rapports émanés de la commission médicale des hôpitaux et hospices de Paris, rapports aussi remarquables par le détail des faits que par l'ensemble et la portée des vues; l'administration centrale les discutait et y répondait même par la voie de la publicité : ils ont dû suggérer maintes améliorations, car tels qu'ils sont aujourd'hui, les hôpitaux et hospices de Paris en ont réalisé beaucoup, et ne s'arrêteront plus dans la voie d'un progrès relatif. Voilà bien des années qu'aucun rapport médical n'a paru, et il semble que la discussion actuelle ait eu pour objet de combler cette lacune.

L'intérêt des malades se lie étroitement à ces consultations périodiques et collectives que l'administration de l'Assistance publique peut demander à notre profession; elles gagneront encore en précision et en indications pratiques si elles résument l'expérience chirurgicale et médicale de chaque hôpital en particulier; à cet effet, il conviendrait de faire cesser l'isolement des services qui y existent, de réunir dans chaque hôpital ou hospice les médecins et les chirurgiens en une commission permanente d'hygiène, qui, suivant les cas définis par un règlement, s'adresserait sur place au directeur de l'établissement ou au directeur général de l'assistance; les commissions médicales et permanentes des hôpitaux et hospices seraient reliées entre elles par un médecin inspecteur général correspondant avec elles directement, comme les officiers de santé en chef des hôpitaux militaires et des corps de troupes communiquent sans intermédiaire avec le conseil de santé des armées. Ce haut fonctionnaire de la profession aurait une mission de centralisation médicale et de contrôle hygiénique dans tous les établissements de l'assistance publique : sa place n'est-elle pas indiquée à côté des inspecteurs administratifs, les seuls qui existent jusqu'à présent au centre de cette vaste organisation? Mais c'est une pente glissante que celle des propositions et des projets d'innovations : je m'arrête, et je termine par cette réflexion qui traduit ma confiance en l'avenir : Il faudrait désespérer du progrès nosocomial s'il ne pouvait s'accomplir largement par le concours d'une administration aussi bien inspirée, aussi sympathique que celle de l'Assistance publique, et d'une réunion d'esprits aussi éminents, aussi compétents, aussi éprouvés et dévoués au bien des malades que le corps médical des hôpitaux et hospices civils de Paris.

(1) *Gazette médicale* de 1839 et 1843.

RAPPORT.

Chlorose chez les enfants. — M. BOUILLAUD, au nom d'une commission composée de MM. Blache, Barth et Bouillaud, rapporteur, lit un rapport sur un travail de M. le Dr Nonat, ayant pour titre : *Etudes sur la chlorose envisagée particulièrement chez les enfants.*

M. Nonat s'est proposé dans ces études de résoudre les onze questions suivantes : 1° Qu'est-ce que la chlorose? 2° La chlorose diffère-t-elle de l'anémie? 3° Quels sont les principaux caractères distinctifs de ces deux états morbides? 4° Y a-t-il réellement deux variétés de chlorose, l'une idiopathique, l'autre symptomatique? 5° La chlorose est-elle exclusivement propre à la femme? 6° La chlorose peut-elle être la conséquence d'une suppression ou d'une rétention des menstrues? 7° Est-il vrai que la chlorose soit une affection de l'âge de la puberté? 8° De la chlorose chez les enfants. 9° Influence de la chlorose sur le développement organique et sur la constitution. 10° Influence du développement organique sur l'état chlorotique. 11° Existe-t-il un traitement spécifique de la chlorose?

Toute la doctrine de M. Nonat, réduite à sa plus simple expression, peut être formulée ainsi qu'il suit :

1° La chlorose consiste anatomiquement en une diminution de la proportion normale des globules du sang, et physiologiquement en une diminution de l'hématose considérée sous le rapport de la formation de cet important élément ci-dessus désigné (les globules);

2° La chlorose est formellement distincte de l'anémie;

3° La chlorose constitue une unité morbide, un état anormal clairement défini, souvent original, natif;

4° La chlorose appartient à l'un et à l'autre sexe, plus fréquente toutefois chez la femme que chez l'homme;

5° Loin d'être la conséquence d'une suppression ou d'une rétention des règles, elle en est le plus souvent la cause;

6° Elle n'est pas propre à l'âge de la puberté; on la rencontre à toutes les périodes de la vie;

7° Elle est très-fréquente chez les enfants, âge auquel elle n'a pas été suffisamment observée jusqu'à ce jour;

8° Le fer n'est point le spécifique de la chlorose au même titre que le mercure pour la syphilis et le quinquina pour les fièvres intermittentes. Néanmoins, il est nécessaire d'administrer les préparations ferrugineuses contre la chlorose, car elles constituent jusqu'à présent la médication auxiliaire la plus efficace de cette maladie.

Nous avons dû, ajoute M. le rapporteur, ne pas nous abstenir de toute critique sous le rapport de la lettre et de la forme du travail de M. Nonat; mais notre critique ne saurait porter sur l'esprit ou le fond même de ce remarquable travail, tel qu'il vient d'être formulé. Sous ce rapport capital, nous reconnaissons très-volontiers que les études de M. Nonat ne pèchent contre aucun des principes de l'orthodoxie médicale au sujet de la chlorose.

Ce n'est pas toutefois par ce seul genre de mérite que se distingue le travail de M. Nonat. En effet, il est, relativement à l'âge, une espèce de chlorose que l'un des premiers, ainsi qu'il en a justement revendiqué l'honneur, il a étudiée d'une manière spéciale, *ex professo*, nous parlons de la chlorose des enfants. Avant lui, la fréquence extrême de la chlorose et de l'anémie, isolées ou réunies, avait été depuis longues années formellement signalée, soit en dehors de cette enceinte, soit dans cette enceinte même. Mais en insistant sur cette fréquence, on avait fait abstraction de l'âge. Or, nul avant M. Nonat n'avait, comme il l'a fait, signalé cette fréquence à l'âge désigné sous le nom d'enfance.

Quoi qu'il en soit, les études de M. Nonat, sous le point de vue fort intéressant qui nous occupe, réunissent donc au mérite que nous leur avons déjà reconnu, celui dont tous les auteurs, presque tous du moins, se montrent généralement assez jaloux, le mérite de la nouveauté.

M. le rapporteur termine en proposant pour conclusions :

1° De déposer très-honorablement le mémoire de M. Nonat dans les archives de l'Académie;

2° D'adresser une lettre de remerciment à son savant auteur. (Adopté.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 20 mars, M. Paul Bérard, licencié ès sciences physiques, attaché au laboratoire de recherches et de perfectionnement de la Faculté des sciences de Paris en qualité de préparateur, est nommé chef des travaux chimiques de ladite Faculté, en remplacement de M. Riche, dont la démission est acceptée.

M. Victor de Luynes, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur du laboratoire de recherches et de perfectionnement de la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Paul Bérard.

M. Sudre est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Marseille, en remplacement de M. Moiroux, démissionnaire.

— Par arrêté du 24 mars, M. le docteur Bergeon père est nommé médecin du lycée impérial de Moulins, en remplacement de M. Bernard, décédé.

— M. le baron Barbier, ancien chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, a légué à la Faculté de médecine de Paris une rente annuelle de 2,000 fr., destinée à être donnée en prix à la personne « qui aura inventé une opération, des instruments, des bandages, » des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité » générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. »

Le prix sera décerné au mois de novembre prochain, dans la séance solennelle de rentrée de la Faculté.

Les pièces des concurrents seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, jusqu'au 31 juillet prochain inclusivement.

Les nationaux seuls auront le droit de concourir, et le prix ne s'appliquera qu'aux inventions faites postérieurement au 8 septembre 1856, date du décret impérial qui autorise l'acceptation du legs.

— La ville de Moulins vient de perdre un de ses plus recommandables habitants et le corps médical un de ses plus dignes représentants. M. le docteur Bernard, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Moulins depuis quarante ans, médecin du lycée impérial, membre correspondant de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, etc., a succombé le 3 mars 1862, dans sa soixante-huitième année.

M. Bernard avait su, dans sa longue et laborieuse carrière, se concilier l'estime et l'affection de tous ceux qui l'ont connu. Aussi sa mort a-t-elle pris les proportions d'un deuil public dans la ville de Moulins. Toutes les classes de la société se trouvaient réunies autour de son cercueil, et le recueillement de ceux qui ont assisté à ses obsèques montrait qu'ils venaient de perdre un ami et un médecin dévoué.

—M. Barth, chargé du cours d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine en remplacement de M. le professeur Cruveilhier pendant le semestre d'été, commencera ses leçons le 1er avril à deux heures, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Rapport fait à la Société de médecine de Versailles sur un monstre double autositaire, né dans cette ville le 21 mars 1861, par MM. les docteurs Paul DAUVÉ et LE DUC. In-8°, 12 p. 1 pl. Prix : 75 c. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tumeur volumineuse du cerveau.
Troubles des fonctions locomotrices; mouvements circulaires.

M. le docteur Mesnet a eu récemment l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service dont il était temporairement chargé, un fait d'un très-grand intérêt pour l'histoire de la pathologie cérébrale, particulièrement au point de vue des troubles particuliers des fonctions locomotrices désignés sous les noms de *mouvements circulaires*, de *mouvements giratoires* ou de *manége*. Voici à peu près en quels termes M. Mesnet a rapporté ce fait devant la Société médicale des hôpitaux.

Un homme âgé de quarante-deux ans entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une maladie dont les débuts remontent à deux ans et demi. Les premiers symptômes ont été des douleurs de tête, avec des exacerbations plus ou moins fréquentes. Dans les paroxysmes les plus violents, la douleur, vague habituellement, semblait se localiser à la région antérieure droite de la tête. Du côté de l'intelligence, on constatait une lenteur extrême dans les conceptions ; pas de délire, mais faiblesse remarquable de la mémoire ; sensibilité exagérée ; tendance à pleurer sans motif ; facies triste ; regard sans expression ; hébétude. — Du côté des fonctions locomotrices, le désordre, marqué d'abord par la perte graduelle des forces, s'accuse aujourd'hui par de la pesanteur dans la marche, une impossibilité presque absolue d'atteindre directement le but vers lequel il tend. Il n'y a pas, à proprement parler, de perte de sensibilité tactile ni de paralysie du côté gauche ; mais toute la somme d'activité dont le malade dispose est dépensée par la moitié droite du corps. Si le malade veut s'enlever pour monter dans son lit, c'est avec la jambe droite ; avec la jambe gauche il retombe. Ce n'est qu'après un examen très-attentif qu'on parvient à constater un peu de déviation dans les traits de la face ; les pupilles sont également dilatées des deux côtés.

Le phénomène le plus important sur lequel M. Mesnet appelle plus particulièrement l'attention, est l'impossibilité absolue où se trouve ce malade de marcher droit devant lui. Une force irrésistible semble l'entraîner de gauche à droite, et la progression se fait toujours suivant une ligne oblique ayant cette direction. On a trouvé plusieurs fois le malade tombé de son lit pendant la nuit, et toujours du côté droit.

Il survient dans les dernières semaines des accès épileptiformes nombreux et rapprochés ; le caractère du malade change ; il devient plus taciturne encore ; quand on lui parle, il se met à pleurer, répondant encore avec justesse aux questions qu'on lui adresse, mais avec une très-grande lenteur. Il tombe enfin dans un état de prostration complète et meurt, ayant perdu depuis déjà plusieurs jours la conscience de tout ce qui se passe autour de lui.

L'autopsie démontre l'existence d'une volumineuse tumeur située dans l'hémisphère droit, moitié environ dans le lobe antérieur, moitié dans la cavité du ventricule latéral ; cette tumeur, du volume d'une bille de billard, n'est annoncée à l'extérieur par aucune altération ni des membranes, ni même de la couche de substance cérébrale qui la recouvre. Les circonvolutions ont bien disparu ; mais il n'y a ni adhérences, ni traces de congestion ni points ramollis, rien autre chose qu'une tumeur dure, d'un blanc nacré, criant sous le scalpel, et sur la nature de laquelle les renseignements fournis par le microscope n'indiquent rien de précis. Les poumons, le foie, la rate, les reins et les testicules ne présentent aucun dépôt de matière tuberculeuse ou cancéreuse.

Les os du crâne sont amincis, surtout du côté droit, au point d'en être réduits à la table externe au niveau de la bosse frontale.

— Les réflexions que ce fait a suggérées à M. Mesnet sont d'un très-grand intérêt au double point de vue physiologique et pathologique. Nous reproduirons ici les principales d'entre elles.

L'une des questions les plus importantes soulevées à cette occasion par M. Mesnet est celle qui est relative à la direction forcée imprimée aux mouvements ; ou à ce que notre confrère appelle le phénomène de l'entraînement.

Dans l'étude qui a été faite de ces mouvements pathologiques, on a distingué des mouvements de propulsion, des mouvements de rétrocession et des mouvements circulaires. Aux yeux de M. Mesnet, on aurait laissé complétement de côté une série importante, celle des mouvements obliques, dont le sujet de cette observation présente précisément un si curieux exemple. Il est vrai, ajoute-t-il, qu'ils pourraient jusqu'à un certain point être rattachés au mouvement circulaire ou giratoire. Mais la question n'en serait ni simplifiée ni beaucoup plus éclaircie, car on est loin d'être d'accord encore sur le mode de production de ce dernier phénomène et sur ses rapports avec la lésion cérébrale à laquelle on le rapporte.

Toutefois, de la discussion des opinions des divers pathologistes qui ont étudié cette question, M. Mesnet conclut que si les mouvements en cercle sont produits par différentes lésions du cerveau, c'est cependant presque toujours du côté de la lésion, surtout quand elle existe dans les parties supérieures de l'organe encéphalique, que s'exécute le mouvement circulaire. La production de ce mouvement n'impliquerait pas toujours pour lui nécessairement l'existence d'une tumeur ou d'une lésion matérielle plus ou moins grave des centres nerveux, car il l'a vu se produire aussi très-nettement alors qu'il n'existait qu'une simple congestion.

M. Delpech, au rapport de notre confrère, aurait observé aussi un cas semblable de déviation locomotrice qui ne serait pas moins curieux que celui-ci. C'était chez une femme âgée de cinquante ans, qui se plaignait depuis quelque temps de violentes douleurs de tête, de névralgies dans la face et dans la région cervicale. On considéra d'abord ces douleurs comme une simple névrose. Mais des douleurs et des troubles survinrent du côté de l'estomac ; les digestions lentes et pénibles, une respiration anxieuse, une toux saccadée, convulsive, rebelle à tous les antispasmodiques, décidèrent cette malade à aller demander l'avis de M. Delpech. Ce médecin apprit alors qu'elle était irrésistiblement entraînée vers sa droite, qu'elle dépassait constamment le but qu'elle se proposait d'atteindre, qu'elle ne pouvait plus diriger librement sa marche à cause de la déviation qu'elle subissait. Le pronostic était grave, et il fut bien vite justifié. La malade succombait au bout de quelques semaines.

M. Mesnet s'est proposé de rechercher quelle peut être la cause de l'entraînement chez les malades qui marchent en déviant toujours du même côté. Faut-il la chercher, dit-il, dans un trouble de la vision, dans une faiblesse d'un des côtés du corps, ou dans une suractivité musculaire? Il était aisé de démontrer que cette cause n'était ni le trouble de la vision, qui n'existait pas d'ailleurs chez l'un des malades en question, ni l'affaiblissement d'un côté du corps, dont on voit si fréquemment des exemples sans déviation dans la marche. Quant à la troisième hypothèse, celle de la musculation irrésistible, nous avouerons qu'elle ne nous a que très-imparfaitement satisfait. C'est expliquer le fait par le fait. Autant vaut se borner à l'énoncer.

Quoi qu'il en soit de ces explications toujours si difficiles, et dont il faut souvent savoir se passer, des considérations cliniques que M. Mesnet a émises au sujet de ce fait intéressant, il ressort les conclusions suivantes, qu'il importe de consigner, savoir :

1° Que le mouvement de déviation dont ce malade a présenté l'exemple est caractérisé par un entraînement irrésistible;

2° Qu'il est probablement lié à l'existence de tumeurs chroniques du cerveau, et qu'il peut servir à éclairer le diagnostic de ces affections;

3° Qu'il se produit le plus ordinairement du côté de la lésion dont le siége semble appartenir de préférence aux parties supérieures du cerveau, lobes antérieurs, ventricules latéraux, lobes postérieurs;

4° Qu'il présente enfin la plus grande analogie avec les mouvements circulaires du tournis, à la différence près de la nature toute spéciale de cette maladie, invariablement caractérisée par des cœnures dont l'existence n'a jamais été constatée chez l'homme.

Luxation sus-acromiale de l'extrémité externe de la clavicule des deux côtés (côté gauche datant de 35 ans; côté droit datant de 8 jours).

Un homme âgé de quarante-quatre ans, brossier, est entré à la Clinique, dans le service de M. le professeur Nélaton, après avoir été renversé violemment sur l'épaule du côté droit. Au moment de son entrée, son bras était pendant, son épaule abaissée, la tête un peu inclinée à droite, symptômes qui, avant tout examen, pouvaient en imposer jusqu'à un certain point pour une fracture de la clavicule. En le regardant avec attention, on constatait que l'épaule droite aussi bien que l'épaule gauche étaient le siége d'une déformation bien apparente à la vue. Comme le malade ne se plaignait que de la chute qu'il avait faite sur le moignon de l'épaule droite, l'exploration ne porta

---

DUMOLLARD.

Chacun sait la profonde émotion qu'a causée le procès si tristement célèbre de Dumollard. En visitant très-récemment l'ouest et le midi de la France, nous avons surpris dans toutes les bouches le nom de cet assassin. En chemin de fer et dans les établissements publics fréquentés par les voyageurs, la conversation était invariablement la même, et la curiosité publique était à Bordeaux et à Toulouse tout aussi éveillée et avide de détails qu'à Montpellier ou à Nîmes ! Nous ne vîmes pas sans un profond regret la foule se passionner ainsi pour ces sanglants débats, et s'entretenir sans cesse des péripéties les plus inattendues que révélait chaque audience. Sans doute, l'homme moral et fort repousse avec horreur la pensée du crime, mais pourquoi familiariser les cerveaux fragiles, les organisations impressionnables, les sujets débiles, méchants ou corrompus, avec d'aussi monstrueux forfaits ?

Nous n'avons point à insister ici sur les impressions si pénibles qu'a soulevées cette déplorable affaire : c'est à un point de vue exclusivement scientifique que nous allons nous occuper de Dumollard.

Sans vice de conformation physique, il était d'une constitution moyenne, d'un tempérament bilieux, d'une charpente anguleuse; ses yeux étaient bleus, fixes et vitreux. Un de ses sourcils plus élevé, une lèvre difforme, un clignotement habituel des paupières, un teint bistre, des cheveux épars couvrant un front étroit et fuyant, une barbe inculte, lui donnaient un aspect sinistre, et cependant une certaine expression de bonhomie paraissait se refléter sur sa physionomie.

D'une santé robuste, d'un inaltérable sang-froid, on l'a vu avec stupéfaction, pendant cinq jours consécutifs, écoutant, plus impassible que Socrate devant ses juges, les plus tragiques récits, les plus écrasantes accusations. Insensible en face de ses crimes, il mange avec beaucoup d'appétit, et ne se plaint que d'une chose..... d'un désagréable courant d'air !

Dans la matinée du 7 mars, Dumollard apprit que le lendemain il aurait cessé de vivre. « Mieux vaut à présent que plus tard, » dit-il avec calme. Dans la soirée il se réconcilia avec sa femme, dîna très-copieusement et s'entretint de ses affaires avec une grande présence d'esprit. Il voyagea pendant la nuit et arriva à quatre heures du matin à Montluel. Introduit dans la salle de la mairie, son premier soin fut de se chauffer. Se tenant debout, tantôt sur une jambe, tantôt sur l'autre, il ne vacilla ni ne faiblit, et approcha alternativement ses pieds du feu. A six heures, il prit avec plaisir une tasse de café noir, puis but *à la santé de la compagnie* un quart de verre de vin de Madère.

MM. les docteurs Chiara et Montvenoux ont constaté que la température du corps était normale et qu'il y avait absence d'agitation et de soubresaut des tendons. Le pouls était régulier, mais il battait cent fois à la minute. Cette accélération circulatoire ne peut-elle pas être autant attribuée aux fatigues du voyage, à l'insomnie et à l'action du café, qu'à l'influence des impressions du moment ?

On fit luire à ses yeux l'espérance d'une commutation de peine, mais la pensée des travaux forcés à perpétuité lui fut des plus pénibles : « Aller par là-bas mourir de faim, s'écria-t-il, oh ! non, j'aime mieux comme ça : ce sera plus vite fait ! »

Au moment où l'on procéda à la toilette, les forces physiques et morales du condamné semblèrent un peu défaillir. A peine l'opération fut-elle terminée, qu'on lui jeta sa veste sur les épaules. Notre confrère, M. Montvenoux, croyant saisir en ce moment un premier frisson de peur, lui demanda s'il avait froid : — « Non, plus maintenant, que j'ai ma veste », répondit-il.

On sait combien les émotions exercent en général d'influence sur l'activité des sécrétions ; eh bien, pendant les trois ou quatre heures qu'il passa à Montluel avant la terrible expiation, le condamné ne ressentit aucun besoin.

Calme, impassible et presque sans trouble, il se rendit à l'échafaud à pied.

La phrénologie avait jeté d'avance son dévolu sur la tête du criminel, et nous n'avons point été surpris de voir discuter les *bosses* de Dumollard. Indulgent pour cette inoffensive réminiscence de doctrines à peu près universellement abandonnées, nous n'aborderons pas les détails trop techniques qu'a donnés M. le docteur Gromier dans la *Gazette médicale de Lyon*, et nous nous contenterons de résumer ici ses appréciations.

La tête de Dumollard est d'une manière absolue plus petite qu'une tête

d'abord que sur cette dernière, et on reconnut facilement à son niveau un aplatissement qui aurait pu faire croire à une luxation de la tête humérale.

Le palper fit constater immédiatement une saillie de l'extrémité externe de la clavicule, au-dessus de l'acromion; on avait affaire évidemment à une luxation sus-acromiale de la clavicule. L'aplatissement dont l'épaule était le siége dans ce cas, était au-dessous de l'extrémité externe de cet os, au niveau de l'acromion, et bien différent de celui qui est dû à une luxation humérale, dont la situation est au-dessous de l'apophyse acromiale.

Ces deux affections, luxation de l'épaule et luxation sus-acromiale de la clavicule, ont été souvent confondues. Galien raconte qu'étant affecté d'une luxation sus-acromiale, il fut traité par son professeur de gymnase, qui, méconnaissant la maladie, crut à une luxation de l'épaule, et soumit Galien à des frictions huileuses et surtout à de fortes tractions dont il se plaint amèrement.

D'autres erreurs du même genre pourraient être commises, et cependant le doute n'est guère possible en pareil cas. On constate toujours une saillie de l'extrémité externe de la clavicule, au-dessus de l'acromion, et cette saillie disparaît quand on vient d'un côté à presser directement sur elle et à saisir l'humérus en l'écartant en dehors et le repoussant un peu en haut : on s'aperçoit alors que la réduction est complète; mais vient-on à laisser retomber le bras, l'acromion s'abaisse, l'extrémité de la clavicule s'élève et la luxation se reproduit.

La difficulté pour une pareille luxation est non pas de la réduire, mais de la maintenir réduite; et ce qui vient bien à l'appui de cette proposition, c'est que ce malade présente, comme coïncidence bien singulière, une luxation sus-acromiale de l'extrémité externe de la clavicule gauche datant de près de trente-cinq ans. Il fit à cette époque une chute d'un lieu élevé; il se luxa la clavicule, et sa luxation fut si peu réduite, qu'il en conserve actuellement les traces les plus évidentes. Du côté de l'épaule gauche, en effet, on trouve une saillie de l'extrémité de la clavicule, saillie bien plus prononcée de ce côté que de l'autre. Il n'y a pas seulement un déplacement de bas en haut, suivant l'épaisseur de l'acromion, il existe un véritable chevauchement de l'extrémité claviculaire sur cette apophyse, de sorte que l'intervalle séparant les deux os et répondant à la face supérieure de l'acromion est à peine de 1 centimètre ou 1 centimètre et demi, tandis que normalement cette largeur est de près de 3 centimètres, comme cela a lieu du côté récemment luxé, où il n'existe pas de chevauchement.

M. Nélaton fait remarquer, pour éviter toute cause d'erreur de diagnostic, que chez certaines personnes l'extrémité externe de la clavicule forme normalement une saillie assez considérable. Cette saillie est symétrique, c'est-à-dire existant des deux côtés. Quoique chez notre malade on la constate à gauche et à droite, il n'est pas possible de croire à une disposition normale, à cause du chevauchement, qui n'a jamais lieu quand il s'agit d'une anomalie.

La difficulté, ou plutôt l'impossibilité où l'on se trouve de ne pouvoir maintenir la luxation réduite, est un fait qui est malheureusement reconnu aujourd'hui par presque tous les chirurgiens. M. Nélaton avoue ne connaître aucun moyen de maintenir les surfaces articulaires en place; et sur vingt luxations de ce genre qu'il a vues, pas une n'a pu être menée à bonne fin.

M. Malgaigne, aux prises avec une difficulté aussi tenace, crut pouvoir agir sur l'extrémité externe de la clavicule en pressant sur elle afin de l'empêcher de se relever, et voici comment il s'y prit; il appliqua à l'aide d'une bande une série de cercles embrassant l'épaule et le coude, en fixant en même temps sur l'extrémité claviculaire le tourniquet de J. L. Petit. Mais les malades ne supportent pas facilement cette pression; ils souffrent au-dessous de la plaque et au niveau du coude. Il en résulte des accidents, tels que des eschares, qui rendent la continuation de la pression impossible. Les résultats constatés démontrent que c'est là un moyen auquel il faut complétement renoncer. M. Nélaton range tous les autres bandages en grand nombre qui ont été proposés, dans une même proscription.

D'un autre côté enfin, il se pose cette question : l'impossibilité dans laquelle on est de maintenir réduit entraîne-t-elle une gêne persistante dans l'accomplissement des mouvements du membre supérieur? Il ne le croit pas; et ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est la grande ancienneté de la luxation du côté gauche, qui n'a pas empêché cet homme de se livrer aux travaux fatigants de la campagne.

Il ne faut donc pas trop s'inquiéter de la persistance du déplacement; il n'en résulte qu'une difformité qui ne porte nullement préjudice aux mouvements du bras sur l'épaule.

De l'action de la digitale dans les pyrexies inflammatoires, et en particulier dans les phlegmasies thoraciques.

Malgré les travaux nombreux et les recherches cliniques et expérimentales multipliées dont la digitale a été l'objet depuis un certain nombre d'années, l'usage thérapeutique de cet agent précieux est loin d'être aussi généralisé en France qu'il l'est dans quelques pays. Tandis qu'en Italie et en Allemagne la digitale est journellement employée dans le traitement des pyrexies et des maladies inflammatoires, les praticiens français n'y ont que très-rarement recours hors des indications fournies par sa double propriété de diurétique et de sédatif du cœur; au point que les auteurs de l'ouvrage classique de thérapeutique, MM. Trousseau et Pidoux, déclarent à l'article *Digitale* qu'ils ne sauraient guère que dire de l'emploi de ce médicament dans le traitement des fièvres et des maladies aiguës. Sans partager les idées contro-stimulistes qui ont fait la fortune de la digitale au delà des Alpes, nous sommes assez disposé à croire que nos confrères de France ne tirent pas de cet agent tout le parti qu'il leur pourrait offrir. Aussi croyons-nous utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs un petit spécimen des expériences que M. le professeur Hirtz (de Strasbourg) a faites à sa clinique, dans le but de vérifier les faits énoncés par les professeurs Schœnlein et Traube (de Berlin) touchant les propriétés antiphlogistiques de ce médicament.

Voici le fait que rapporte M. Hirtz dans une note insérée dans les deux derniers fascicules du *Bulletin de Thérapeutique :*

Une jeune fille de vingt-deux ans, lymphatico-sanguine, entre à la Clinique le troisième jour d'une pneumonie du sommet du côté droit. M. Hirtz l'avait traitée lui-même en ville par une saignée. Elle avait des antécédents tuberculeux; la peau était brûlante, sèche, la toux vive, avec oppression. L'auscultation et la percussion indiquaient du souffle et de la matité dans le tiers supérieur du poumon droit; expectoration sanguinolente, sueur. Voici le tableau résumé de l'histoire de cette malade :

Le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, troisième jour de la maladie, le pouls battant 124, température de la peau à 40,5, on prescrit une saignée et le tartre stibié.

Le deuxième jour, pouls 122, température 40,5, urine sédimenteuse, sueur.

Le troisième jour, pouls 118, température 40,3, urines sédimenteuses, selles aqueuses. Prescription : infusion de digitale (herbe 0,50 sur 120). Décroissance légère du pouls et de la température.

Le quatrième jour, pouls 102, température 39,5. Même potion.

Le cinquième jour, pouls 82, température 37, sueurs copieuses. On remplace l'infusion de digitale par une potion gommeuse.

Le sixième jour, pouls 53, température 36,3. On constate la présence du râle crépitant de retour.

Le septième jour, pouls 54, température 36,8. La résolution continue; on donne des aliments.

Le huitième jour, pouls 48, température 37.

Le neuvième jour, pouls 64. La convalescence est établie.

Ainsi, la saignée et le tartre stibié administrés le jour de l'entrée n'ont produit, au bout de vingt-quatre heures, qu'un effet insignifiant; le pouls, il est vrai, était tombé à 118, mais la température restait à 40,3. Le troisième jour, administration de la digitale, la température étant au maximum, le pouls tombe en vingt-quatre heures à 102, de 118 qu'il donnait la veille, et la température descend de 40,3 à 39,5. Le cinquième jour le pouls est à 82 et la température à 37. Le sixième jour on note le minimum de la température (36,3), et le huitième jour le minimum du pouls 48. Ce même jour la résolution de la maladie commence.

On remarquera que la saignée faite en ville, ainsi que celle qui a été pratiquée le premier jour de l'entrée de la malade, n'ont eu aucune influence sur la fièvre; il en a été de même pour les sueurs et les urines sédimenteuses observées dès le début, tandis que les sueurs du cinquième jour ont, au contraire, accompagné la solution critique.

Quant à la résolution de l'hépatisation, elle n'a commencé à se manifester que deux jours après la chute du pouls et de la température, ce qui tend à confirmer cette observation faite depuis longtemps, que la maladie locale n'est pas la condition unique de la fièvre.

M. Hirtz a appliqué la même méthode de traitement et d'observation à un grand nombre d'affections inflammatoires variant par leur siége, telles que la pneumonie, la pleurésie, les rhumatismes articulaires aigus, etc.

De ses observations, il ressort cette conclusion générale confirmative des faits précédemment constatés, et en cela même bonne à enregistrer, savoir : que la digitale agit dans les pyrexies inflammatoires en modérant la circulation et la température, la circulation d'abord, la température consécutivement, ce qui démontre la subordination du second phénomène au premier; que ce médicament est indiqué surtout dans les inflammations où prédominent la chaleur et la fréquence du pouls, avec intégrité des fonctions cérébrales et digestives; qu'il convient particulièrement aux inflammations thoraciques, parenchymateuses ou séreuses; qu'il peut remplacer avantageusement le tartre stibié, dans certaines circonstances, quand il y a des complications diarrhéiques, par exemple; qu'il est contre-indiqué dans les inflammations avec collapsus profond, tendance à la réfrigération et imminence de suppuration, ainsi que dans les cas d'irritations gastriques concomitantes.

— On se rappelle le malade atteint d'éclampsie saturnine qui est mort dans le service de M. Trousseau, et dont nous avons rapporté l'histoire avec quelques détails. Nous avons dit que nous ferions connaître les résultats de l'examen chimique et microscopique qu'on se proposait de faire de ses organes encéphalorachidiens. Voici quels ont été ces résultats :

M. Chatin a analysé la moelle et le cerveau de ce sujet. Il a trouvé dans la moelle, sur 250 grammes de matière, 3 milligrammes de sulfure de plomb. Le cerveau en a présenté un peu moins. Mais l'organe qui en contenait le plus était le foie; la proportion du plomb y était quatre fois plus considérable que dans la moelle.

M. Luys a examiné au microscope les plaques grisâtres que l'autopsie avait fait constater. A la surface des cordons de la moelle, il les a trouvées presque complétement formées par des congestions capillaires.

— Un fait semblable s'est passé récemment dans le service de M. le professeur Piorry, à la Charité, et l'examen des organes nerveux centraux a conduit au même résultat.

Un malade ayant succombé à une encéphalopathie saturnine, M. Piorry pria le savant pharmacien de cet hôpital, M. Fordos, d'analyser l'encéphale. L'analyse y fit constater la présence du plomb.

Il paraît que précédemment M. Fordos avait déjà eu l'occasion de faire deux fois la même constatation et de retirer une certaine quantité de plomb de la masse encéphalique d'individus atteints d'épilepsie saturnine.

M. le professeur Piorry propose, d'après ces faits, d'avoir recours, dans les cas d'empoisonnement du système nerveux par le plomb, à l'essence de térébenthine inspirée ou donnée en frictions ou à l'intérieur, pour agir par la médiation de la circulation sur le plomb que ces organes pourraient contenir à l'état moléculaire. C'est à l'expérience ultérieure à décider de ce que l'on peut espérer de cette vue de l'esprit.

---

ordinaire. Les masses latérales qui entourent l'oreille sont plus développées que dans l'état normal; la partie postérieure présente au contraire une dépression. « C'est là que siége l'organe de la *combativité* ou du courage, et cette dépression est d'autant plus remarquable, a dit M. Gromier, que Dumollard est un assassin de femmes. »

L'étude de la partie supérieure de la tête n'offre rien de bien particulier, mais l'on trouve fortement accentuées les bosses de la *bienveillance*, de la *vénération* et de la *fermeté*. M. Gromier ne voit là aucune contradiction, et il pense que c'est « *la bienveillance* qui a permis à l'assassin de prendre dans l'occasion des airs du faux bonhomme, et d'inspirer à toutes ses victimes assez de confiance pour qu'elles le suivissent sans difficulté jusque dans les lieux les plus propices à l'exécution de ses crimes ». La *vénération* lui a inspiré du respect et de la crainte pour l'autorité, et la *fermeté* a contribué pour une large part à la réussite de toutes ses entreprises!

La partie du crâne correspondant à la *conscience*, l'*espérance* et la *merveillosité*, est déprimée. « Que peut-on espérer d'un homme qui n'a pas en lui le sentiment profond du juste et de l'injuste, surtout lorsque ses mauvais instincts le poussent du côté du crime? »

L'*individualité*, les *localités*, le *calcul* et l'*ordre* sont représentés par des saillies caractéristiques. La tendresse du Dumollard pour sa vigne se trouve donc largement justifiée.

Le front est bas et déprimé. « Il n'existe de la racine du nez à l'origine des cheveux, que 4 centimètres, tandis que dans une tête ordinaire le front mesure en moyenne 8 ou 9 centimètres, et présente une forme arrondie au lieu de l'aplatissement que nous avons à signaler ici ». Aussi l'intelligence de ce misérable devait-elle, aux yeux de M. Gromier, laisser grandement à désirer.

D'après M. le docteur Foltz, professeur adjoint d'anatomie à l'Ecole de médecine de Lyon, auquel la tête a été remise, lorsqu'on a eu trépané le crâne en arrière de manière à le vider plus complétement, le cerveau s'est fortement affaissé, bien qu'on eût préalablement injecté les artères et les veines avec une solution arsenicale. « Cet affaissement indique que le liquide céphalo-rachidien occupait une large place, et que l'encéphale était encore plus petit que la dimension du crâne ne l'avait fait présumer. »

S'il est consolant pour l'humanité de pouvoir rattacher à une infirmité mentale, à une mutilation morale, quelques-uns des forfaits qui la déshonorent, nous devons dire que cela n'a point été le cas ici. M. le docteur Berthier (de Bourg), aliéniste distingué, qui a déployé dans l'étude de la question un grand zèle scientifique, est arrivé à cette conclusion : « Je le déclare, il n'y a pas eu de folie. Le malheureux a agi en pleine connaissance de cause; il devait satisfaction à la société. » Cette intervention de la part de M. Berthier a été, du reste, purement officieuse et privée, car personne n'a heureusement songé à mettre en cause l'aliénation de l'esprit.

Criminel forcené, Dumollard, au milieu de ses ténébreux attentats, a vu sa raison dominer, sa liberté subsister. Il ne pouvait périr que de la main du bourreau : sa dette est payée. *Di talem avertite!*

Dr LEGRAND DU SAULLE.

DE L'OSTÉOPLASTIE PÉRIOSTIQUE,

Par M. le Dr OLLIER.

(Lu à la Société de chirurgie, le 19 mars 1862.)

J'ai donné le nom d'ostéoplastie périostique à la méthode opératoire qui a pour but de produire du tissu osseux au moyen du périoste transplanté. Ce résultat s'obtient avec des lambeaux de peau ou de muqueuse doublés de périoste qu'on déplace et qu'on fixe là où on a besoin d'un support osseux. Dans cette opération, le périoste est détaché de l'os qu'il recouvre.

Le principe physiologique de cette opération repose uniquement sur les résultats que j'ai obtenus dans les transplantations périostiques. Dans ces transplantations j'ai produit du tissu osseux partout où j'ai pu greffer du périoste.

Personne avant moi n'a pratiqué ces déplacements ou ces transplantations de périoste. On savait depuis Duhamel que le périoste reproduit l'os ou plutôt que l'os se reproduit dans le périoste; mais on ignorait que le périoste privé de ses connexions avec les tissus auxquels il est normalement uni, pût donner naissance à des productions osseuses. On ignorait que cette membrane emporte partout avec elle le pouvoir de faire du tissu osseux.

Cette production artificielle des os par le périoste transplanté a été le point fondamental démontré par mes expériences de 1858.

M. Béraud a prétendu cependant que d'autres expériences avant les miennes ont donné des résultats analogues. Il a cité Duhamel et M. Flourens. Pour Duhamel, je ne connais pas une seule ligne dans tous ses mémoires qui puisse se rapporter à la question. Quant à M. Flourens, j'affirme avec tout autant de certitude que jamais il n'a transplanté ni déplacé du périoste, et, pour faire cesser toute équivoque, je prie ceux qui voudront s'éclairer sur ce point de lire attentivement les pages 9, 10, 11 et 12 de sa *Théorie expérimentale de la formation des os*. C'est là qu'un examen superficiel ou la lecture de quelques phrases détachées pourrait faire supposer des expériences ayant quelque analogie avec les miennes.

Voici ce qu'a fait M. Flourens :

Il enfonce dans le tibia d'un chien une petite canule de 3 ou 4 millimètres de long, et la place de manière qu'une de ses extrémités affleure le périoste et l'autre la moelle. Puis au bout de quelques jours, il trouve que le périoste et la membrane médullaire, chacun de leur côté, se sont introduits dans la canule, allant au-devant l'un de l'autre. Ces deux membranes, le périoste et la membrane médullaire, s'y seraient enfoncées d'elles-mêmes, spontanément, sans que rien les y eût poussées. M. Flourens ne les a jamais détachées dans ce but, il a soin de dire textuellement à quatre reprises différentes *qu'elles se sont introduites* dans la canule.

Y a-t-il là quelque chose qui ait la moindre analogie avec les expériences dans lesquelles j'ai disséqué, déplacé et transplanté du périoste dans les régions voisines ou éloignées ?

Qu'on retourne comme on voudra l'expérience de M. Flourens, on ne peut y voir autre chose qu'un phénomène de cicatrisation commun à tous les tissus, qu'une tendance du blastème sous-périostal à combler les vides qu'on laisse devant lui.

Ce qui fait la distinction fondamentale de mes expériences, c'est, je le répète, le déplacement et la transplantation du périoste.

M. Flourens l'a reconnu lui-même quand M. Velpeau me fit l'honneur de présenter mes pièces à l'Institut le 6 décembre 1858. C'est pour avoir signalé le premier ce fait expérimental, que l'Institut m'a accordé une mention au concours de physiologie expérimentale en 1860.

Après avoir démontré que le fait physiologique n'existait pas avant la publication de mes recherches, je pourrais me dispenser de réfuter l'opinion qui attribue à M. Jordan l'application à la chirurgie de ce même fait physiologique dès l'année 1856 ; mais je dois encore démontrer que l'opération de M. Jordan est aussi éloignée de la méthode que j'ai proposée que les expériences de M. Flourens le sont de mes propres expériences.

En quoi consiste l'opération de M. Jordan? En une résection avec conservation et invagination du périoste. Or quel rapport y a-t-il entre cette opération et ce que j'ai appelé ostéoplastie périostique?

Déplace-t-on, transplante-t-on des lambeaux périostiques dans le but de rétablir la forme d'un organe? Nullement ; on résèque un des bouts de l'os, en conservant une manchette de périoste, et on invagine l'autre bout dans cette manchette. Ce n'est pas avec l'ostéoplastie périostique que cette opération doit être comparée ; c'est avec les résections sous-périostées que Textor, Blandin, et surtout M. Larghi, de Verceil, avaient pratiquées bien avant la publication du chirurgien de Manchester.

L'opération de M. Jordan n'est qu'une résection sous-périostée avec suture du périoste. L'appeler une autoplastie, c'est aller contre toutes les règles de la nomenclature chirurgicale.

Brunninghausen avait proposé, dès 1818, de recouvrir l'os avec un lambeau de périoste après les amputations, et personne n'a eu l'idée d'appeler cela une autoplastie. Si on range l'opération de M. Jordan parmi les autoplasties, il n'y a pas d'opération de synthèse qui ne puisse être classée sous ce titre.

En terminant, nous ferons encore remarquer que nos expériences sur la transplantation du périoste ont eu d'abord pour but de dissiper les doutes que les anciennes expériences laissaient subsister sur le rôle précis de cette membrane.

On savait, surtout depuis Heine, de Wurtzbourg (1832), que l'os se reproduisait après une résection quand on avait conservé la gaîne périostique.

Mais quelle part y prenait le périoste? Servait-il de moule à la production osseuse? Celle-ci venait-elle des bouts de l'os ou des tissus environnants? Nos expériences, en démontrant l'autonomie du périoste, ont fait cesser toute incertitude à cet égard. Nous reconnaissons cependant d'autres sources de reproduction (la moelle, le tissu osseux), mais le périoste est le seul tissu qui emporte partout avec lui cette propriété de régénération osseuse. C'est le seul qu'on puisse efficacement mettre à profit dans les autoplasties, que cette membrane soit détachée de l'os ou soit transplantée avec l'os sous-jacent ; qu'elle soit isolée sur ses deux faces ou bien recouverte de peau ou de muqueuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 mars 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. le président annonce à la Société que M. Rochard (de Brest), membre correspondant, assiste à la séance.

COMMUNICATION.

M. MOREL-LAVALLÉE soumet à l'appréciation de la Société un mode opératoire pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, qui vient de lui réussir dans des circonstances qui seront exposées plus tard, ainsi que le procédé, après la guérison complète du malade.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la note suivante, adressée par M. Fleury (de Clermont).

Observation d'emphysème général et spontané. — La Société de chirurgie a consacré l'année dernière deux de ses séances (8 et 15 mai) à l'étude de l'*emphysème spontané à la suite des plaies*.

Chez quelques blessés, l'infiltration gazeuse est locale et paraît être l'effet de l'introduction de l'air dans l'épaisseur des tissus à la suite d'une plaie ; chez d'autres elle est générale, se développe spontanément, et paraît être la conséquence d'un traumatisme violent qui produit une espèce d'empoisonnement.

C'est un exemple de cette seconde variété que j'ai l'honneur de vous communiquer. Je l'ai observé il y a quelques jours chez un militaire qui, en descendant un escalier, s'était brisé la cuisse. La fracture était grave, il est vrai, mais l'état dans lequel était le blessé devait le mettre à l'abri d'une perturbation nerveuse.

Ce malade, âgé de cinquante et un ans, avait une organisation forte et vigoureuse.

Dans la soirée du 4 janvier dernier, il descendait un escalier, lorsqu'en se retournant pour allumer un cigare son pied porte à faux et il tombe en avant. Le genou supporte tout le poids du corps, le fémur se brise à son quart inférieur ; et le fragment supérieur, poussé par le poids du tronc, traverse les muscles et les téguments.

Le médecin se rend à l'Hôtel-Dieu, et là, avec l'aide de l'interne de garde et de quelques officiers, il parvient à réduire la fracture, qu'il maintient réduite au moyen d'un appareil à dix-huit chefs.

Le blessé dans sa chute n'avait ressenti aucun ébranlement nerveux et avait conservé toute sa connaissance. Il avait été assez peu impressionné par cet accident.

Lorsque je le vis pour la première fois, le lendemain matin, je le trouvai aussi bien que possible. Les fragments de la fracture étaient en place, le gonflement était peu considérable ; les douleurs n'étaient pas bien vives. Je renouvelai le pansement ; la plaie qui existait à la partie interne de la cuisse, à l'union du quart inférieur avec ses trois quarts supérieurs, avait une longueur de 4 centimètres ; sa direction était transversale, ses bords étaient peu contus. Un linge cératé servit à la recouvrir, l'appareil fut remis en place.

Le pouls était fréquent, la soif assez vive. Je me bornai à prescrire des boissons adoucissantes, quelques pilules d'extrait gommeux d'opium et la diète.

Le blessé était bien convaincu qu'il guérirait de cette fracture. L'idée d'une amputation possible dans un avenir plus ou moins éloigné, ne lui vint même pas à l'esprit. Je n'avais donc point à le rassurer et à lui faire espérer la conservation d'un membre qui à ses yeux était si peu compromis.

La journée fut bonne, la nuit suivante fut calme, mais sans sommeil.

Le 6, le gonflement a diminué, aucune douleur ; le bas des reins seul est sensible à la pression, ventre un peu tendu.

Le pouls est moins fréquent, un peu faible ; pâleur du visage. Il existe une ecchymose au pli de l'aine. Mort à sept heures du soir.

Je ne savais d'abord à quelle cause je devais attribuer une issue aussi promptement funeste.

Le cadavre, le lendemain, était dans un état de putréfaction complète.

Un emphysème général existait sur tout le corps, la figure était méconnaissable ; le ventre, tendu, ballonné, faisait une énorme saillie au-dessous de laquelle proéminait le scrotum distendu par du gaz. Au pli de l'aine droite, l'épiderme était détaché, le derme offrait la couleur de la gangrène ; une odeur d'une fétidité extrême s'exhalait. Le corps avait triplé de volume et rappelait celui d'un noyé.

Je me rappelai alors la discussion qui avait eu lieu à la Société, et ce fait me parut devoir prendre place à côté de ceux qui avaient été cités.

J'ai pris quelques informations pour savoir si cet officier n'abusait pas des boissons alcooliques, de l'absinthe en particulier ; je n'ai recueilli que des faits négatifs.

Je comptais peu sur l'autopsie pour élucider la question. Je ne trouvai en effet dans les cavités splanchniques aucune lésion appréciable, mais les désordres locaux avaient été portés plus loin que je ne le pensais. La fracture existait au-dessus des condyles ; ceux-ci avaient été séparés l'un de l'autre comme si un coin les eût partagés ; l'articulation était donc ouverte. La pointe du fragment supérieur était taillée en bec de flûte ; une portion de ses parois était enfoncée dans le canal médullaire.

Le traumatisme avait été porté aussi loin que possible ; c'était donc à cette cause que l'on devait attribuer une issue aussi promptement funeste.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. En voyant la rapide décomposition des cadavres à la suite des violents traumatismes, j'en ai déduit qu'il y avait empoisonnement.

Pour l'expliquer, il faut que les tissus soient dans des conditions spéciales. Si un individu succombe à la suite d'une suppuration chronique, les tissus sont pour ainsi dire desséchés, et la décomposition s'en fera d'une manière lente. Si un individu, au contraire, succombe promptement, la putréfaction est bien plus rapide. Les suppliciés offrent une décomposition très-prompte.

On a invoqué la modification survenue dans le système nerveux pour expliquer cette décomposition. Je n'accepte point cette théorie. J'ai vu cette décomposition chez des cadavres dont le système nerveux n'avait pas été modifié.

J'admets plutôt qu'un grand traumatisme amène une sorte d'empoisonnement dont la nature nous est inconnue.

M. A. RICHARD. Lorsqu'un violent traumatisme s'exerce sur l'organisme, il y a une détérioration profonde des tissus qui amène la mort par un empoisonnement, et cette manière de voir est acceptée de tout le monde.

M. MARJOLIN. Comme M. Richard j'admets l'existence de cet empoisonnement. Lors d'une discussion soulevée par M. Maisonneuve il y a huit ou neuf ans, Roux me cita un exemple de gangrène locale sans qu'il y eût eu application d'un appareil.

Il y a quelque temps, à la suite d'un violent traumatisme, je fis l'amputation du bras qui était le plus affecté. Eh bien, il survint une gangrène dans le bras en apparence le plus sain, et auquel je n'avais pas touché.

Cette manière de voir est importante pour la médecine légale. Lorsqu'un chirurgien sera accusé d'avoir amené la gangrène par l'application d'un appareil trop serré, il y aura à se demander si la gangrène n'est pas survenue sous l'influence exclusive de cet empoisonnement.

Quant aux suppliciés, je pense qu'il faut établir une distinction.

Ainsi les guillotinés se conservent très-longtemps, tandis que les pendus et ceux qui succombent par une balle se décomposent rapidement. Cette différence tient à ce que les premiers ont perdu beaucoup de sang, tandis que les seconds n'en ont point perdu du tout.

M. GUERSANT. Je suis d'avis que les individus qui meurent sans perdre beaucoup de sang se putréfient vite ; il faut cependant en excepter les guillotinés, qui se putréfient promptement. Quant aux malades qui meurent de mort lente, ils se décomposent avec beaucoup de lenteur. Mais je ne pense pas qu'il y ait un empoisonnement.

M. CHASSAIGNAC. Je veux m'expliquer sur la nature de cet empoisonnement. Il consiste dans une intoxication qui survient par le fait seul du traumatisme, sans que rien de local apparaisse. Il y a alors une sorte de préparation à la putréfaction qui se manifeste même avant la mort. Le surmenage conduit au même résultat. Les animaux qui sont dans cet état n'offrent pas de gangrène, et cependant leur sang est profondément altéré, ils ont un véritable empoisonnement.

M. BOINET. Quand les animaux surmenés succombent, ils se décomposent beaucoup plus tôt que des animaux qui sont morts dans les conditions ordinaires. Quelle est la cause de cette différence. Est-ce la crainte? Est-ce la peur ou tout autre sentiment? C'est possible mais il est évident qu'elle est dans le bouleversement du système nerveux, et non dans un état local.

M. BLOT. Il y a cinq ou six ans, j'ai observé un cas qui montre bien toute l'influence de l'ébranlement du système nerveux sur la rapidité de la putréfaction. Une femme en travail offrait une présentation de l'épaule. Un accoucheur extirpa un bras, et ne pouvant terminer l'accouchement, abandonna la femme. Un second médecin fut appelé, il fit l'extirpation du second bras sans plus de succès. Je fus appelé, et je vis cette femme tellement épuisée, que je la fis transporter immédiatement à la Clinique, où je fis l'embryotomie. Elle mourut sans hémorrhagie, sans inflammation.

Dix heures après la mort, la décomposition était très-avancée et les muscles tellement ramollis, que leur tissu se laissait déchirer par la seule pression du bout du doigt. Le système nerveux agit sur les tissus même après la mort, pour les soustraire à la décomposition. S'il vient à manquer, les tissus s'altèrent plus rapidement.

M. GIRALDÈS. Les faits de M. Chassaignac sont bien observés, mais je trouve qu'il en donne une fausse théorie. Voilà une blessure violente, un grand traumatisme exercé sur un individu, il y a un ébranlement profond de tout son organisme, la mort survient, le cadavre se décompose très-promptement, et vous venez nous dire qu'il y a là un empoisonnement. C'est là un faux raisonnement. La conclusion n'est pas dans les prémisses.

M. CHASSAIGNAC. Je reconnais que M. Giraldès a raison si l'on veut prendre le mot empoisonnement dans son acception la plus générale. Mais si l'on veut lui faire signifier une modification toute spéciale, inconnue dans sa nature, offerte par l'organisme à la suite d'un violent traumatisme, alors je maintiens ce mot. Quant à l'explication, je n'en ai point, et je les repousse toutes.

M. GUERSANT. Je trouve plus naturel d'expliquer ces faits par la présence plus ou moins grande des liquides. En effet, qu'un phthisique vienne à mourir, il se décomposera avec une lenteur surprenante. Pourquoi? Parce que tous ses tissus sont pour ainsi dire desséchés. Qu'un homme plein de vigueur vienne, au contraire, à succomber d'une manière prompte, tous ses tissus sont encore baignés de liquides, ses humeurs sont encore abondantes, et sa putréfaction sera d'autant plus rapide.

M. CHASSAIGNAC. M. Guersant vient de nous parler des phthisiques qui, d'après lui, se décomposeraient lentement. Or, son observation n'est pas fondée. Je crois, au contraire, que les personnes qui succombent à la phthisie se putréfient vite, parce que les cavernes de leurs poumons sont pleines de liquides déjà en voie de putréfaction.

COMMUNICATION.

M. BLOT. J'ai l'honneur de vous communiquer deux faits de guérison spontanée de varices chez des femmes enceintes, par un mécanisme rare, c'est-à-dire par une phlébite adhésive.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. L'oblitération des veines par des caillots est loin d'être permanente. Tous les jours nous voyons des sujets affectés de varices avoir des inflammations oblitérantes, et cependant, si l'on examine ces sujets quelque temps après, on s'aperçoit que le sang a repris son cours à travers ces veines momentanément oblitérées. Pour moi, je crois que les substances coagulantes injectées dans les veines variqueuses n'agissent pas autrement ; elles provoquent une inflammation, des caillots se forment, puis ces caillots disparaissent peu à peu par absorption, et la circulation finit par se rétablir dans les veines ; et cependant on nous dit : Voilà une *guérison radicale* des varices!

Je vois des chirurgiens faire un abus réel de cette expression : *guérison radicale*. Ainsi ils ne craignent pas de dire que les injections dans la tunique vaginale amènent une guérison radicale de l'hydrocèle. Rien n'est plus faux cependant. J'ai vu, pour ma part, des tuniques vaginales devenir le siége d'une suppuration abondante à la suite d'injections. Eh bien, le liquide s'est reproduit dans cette tunique, il n'y a pas eu guérison.

M. DEPAUL. Avec le raisonnement de M. Chassaignac, il n'y a pas de vérité thérapeutique possible. Ainsi, voilà une plaie : par un pansement convenable elle guérit ; vous vous dites naturellement : C'est une plaie guérie. Mais M. Chassaignac le nie.

Je vois les choses d'une manière tout opposée. Si après une injection dans la tunique vaginale affectée d'hydrocèle, il n'y a pas de récidive, je dis : Voilà une guérison radicale. Que plus tard il survienne du liquide, c'est là une seconde maladie et non une reproduction.

Je remarque que l'observation de M. Blot manque de beaucoup de détails. Ainsi, à quelle époque de la grossesse les varices se sont-elles montrées? à quel moment a-t-on observé la guérison? est-ce avant ou après l'accouchement? Voilà autant de questions qu'il serait important de connaître. Si M. Blot a constaté la guérison de ces varices après l'accouchement, il n'y a là rien qui doive surprendre.

Il y aurait à savoir comment agit la grossesse pour produire les varices? Est-ce par une compression mécanique ou par une influence particulière? Voilà ce que nous ignorons actuellement.

Dans la communication de M. Blot, il est question de varices des membres inférieurs et de varices du col utérin. Je voudrais savoir sur quoi M. Blot s'est appuyé pour dire qu'il y a une relation entre les varices des membres inférieurs et les varices du col ; ce sont deux états distincts.

M. BOINET. M. Chassaignac dit : Pas de guérison radicale de l'hydrocèle sans adhérences de la tunique vaginale. Cependant des faits observés par M. Velpeau d'abord, et par M. Hutin ensuite, déposent contre cette interprétation. Ainsi, pour ne parler que des faits de

M. Hutin, sur 16 individus qui avaient été opérés et guéris de l'hydrocèle par les injections, 4 seulement offraient une oblitération de la tunique vaginale. Faudrait-il dire, avec M. Chassaignac, que ces quatre derniers seuls étaient guéris? Je ne le pense pas.

M. CHASSAIGNAC. J'ai fait une digression. Il s'agissait de l'adhésion des parois vasculaires, et j'ai parlé de celle des séreuses. Comment des chirurgiens ont-ils pu croire que les cavités séreuses pouvaient s'oblitérer, lorsque chaque jour l'on voit de nouvelles cavités séreuses se former? Il y avait là évidemment une erreur d'observation. Je connais parfaitement les faits cités par M. Boinet, mais je ne les envisage pas comme lui. Tant que la cavité vaginale persiste, vous n'êtes point sûrs d'avoir guéri radicalement.

M. Depaul invoquait un exemple contre ma manière de voir. Je lui réponds tout simplement que dans un varicocèle, si on enlève la veine qui est le siége de cette affection, on aura seulement alors le droit de pouvoir dire qu'on a obtenu une guérison radicale.

M. TRELAT. Sur un point, je m'éloigne de l'opinion de M. Depaul. Ainsi, je lui demanderai pourquoi, rejetant la compression mécanique comme cause, il admet que les varices du col sont indépendantes des varices des membres inférieurs. Tout récemment j'ai vu au Bureau central une femme enceinte de quatre ou cinq mois, et portant des varices énormes des membres inférieurs. Je l'ai examinée, et elle en avait jusque dans le vagin; je n'ai pu constater s'il y en avait au col.

M. DEPAUL. Je ne puis comprendre qu'il y ait relation entre ces deux sortes de varices, et je suis étonné d'être contredit par M. Trélat, qui est un anatomiste. Les vaisseaux veineux des membres inférieurs et ceux de l'utérus n'ont pas de connexions intimes.

M. VELPEAU. Cette guérison des varices par inflammation est généralement connue et assez fréquemment observée. Mais, avec M. Chassaignac, il faut reconnaître que c'est là une guérison temporaire et nullement radicale. En effet, l'oblitération définitive des veines variqueuses par le moyen de l'inflammation est très-difficile à obtenir. On peut en fournir un grand nombre de preuves; mais je me contenterai d'en citer une seule.

Il y a quelques années, M. Follin me remplaçait dans mon service, à l'hôpital de la Charité. Au n° 40 de la salle Sainte-Vierge, se trouvait un homme affecté de varices. Dans le but de le guérir, M. Follin injecta du perchlorure de fer dans ses varices. Il survint une inflammation extrêmement vive qui fut suivie d'abcès nombreux, de sorte que la vie de cet homme fut gravement compromise. Cependant tous ces accidents finirent par disparaître, et la santé se rétablit. Dans le but de l'observer, je le gardai longtemps dans les salles, et ses varices étaient guéries en apparence. Il sortit enfin de l'hôpital dans cet état. Six mois après, il revint à la consultation, et déjà des veines apparaissaient sous la peau. Un an plus tard, ces veines étaient variqueuses.

Ainsi voilà un homme affecté de varices ayant eu une inflammation avec suppuration, chez lequel tout faisait croire à l'existence d'une oblitération veineuse, et cependant, peu de temps après, nous avions encore des varices. J'ai observé une foule de cas semblables.

D'autres observations peuvent nous démontrer cette difficulté d'oblitération des veines. Ainsi, disséquez une des veines du pli du bras, vous la trouverez criblée de cicatrices produites par la lancette. Sur un trajet de moins d'un centimètre, vous trouverez quelquefois la trace de sept ou huit piqûres, et jamais vous ne constaterez d'adhérences entre les parois vasculaires. Je me souviens que des expériences ont été faites dans ce sens par Amussat.

Voyez, d'un autre côté, le résultat des ligatures, des caustiques appliqués sur les veines variqueuses, et vous verrez encore combien il est difficile d'obtenir l'oblitération de ces veines. Pendant quelques années on a eu recours à ces moyens pour guérir les varices. On croyait avoir obtenu un résultat heureux, et au bout de quelque temps les varices revenaient. Ces faits étaient tellement fréquents, qu'on avait cru pouvoir les expliquer en disant que les varices se reproduisaient dans les veines de second ordre.

Voici encore une preuve à l'appui de la proposition que je cherche à établir. J'ai vu des individus affectés de varices; on excisait sur le côté les veines variqueuses dans une assez grande étendue, et les varices se reproduisaient. J'ai vu un autre cas bien plus extraordinaire et que l'on pourrait regarder comme incroyable, mais que j'ai bien constaté. Un individu avait des varices au membre inférieur; on lui fait la résection de ces varices, on enlève la veine variqueuse au mollet. Il avait été guéri à la suite de cette excision; mais quinze ans plus tard la veine s'était reconstituée, et les varices n'étaient pas guéries.

Ainsi M. Chassaignac a raison de s'élever contre cette idée que l'on guérit les varices par oblitération des veines. Mais, d'un autre côté, M. Chassaignac va trop loin en partant de ce fait pour affirmer que les cavités séreuses ne disparaissent jamais. Il me semble, au contraire, que la plèvre, par exemple, contracte facilement des adhérences après la pleurésie. Cela peut se voir tous les jours. Toutes les séreuses participent à cette propriété; la tunique vaginale ne fait pas exception à cette règle. Cependant je reconnais que pour elle cela est un peu plus difficile que pour les autres séreuses. Je crois avoir dit le premier, il y a trente ans, qu'à la suite des injections la tunique vaginale ne s'oblitère pas toujours. Les recherches de M. Hutin sont venues récemment confirmer ce que j'avais dit. Mais dans quelle proportion se fait cette adhésion quand on a injecté de l'iode dans la tunique vaginale? Voilà ce que j'ignore. Voici ce que j'ai observé à cet égard:

Un homme d'un certain âge avait été opéré d'une hydrocèle par l'injection vineuse avant que j'eusse trouvé l'injection iodée. Cet homme mourut d'une attaque d'apoplexie foudroyante vingt jours après cette injection. Je saisis cette occasion pour vérifier l'effet de l'injection sur la tunique vaginale. A mon grand étonnement, je ne la trouvai pas oblitérée comme je m'y attendais. Ainsi voilà un premier fait qui renversait un peu mes croyances. Depuis cette époque, j'ai eu recours à la teinture iodée pour injection, et j'ai pratiqué sept autopsies à la suite de ces injections. Dans trois cas, j'ai constaté que la tunique vaginale n'était pas oblitérée, et dans tous les autres elle l'était complétement.

Parmi ces derniers cas, je me souviens d'un homme qui avait subi une injection iodée. Il revint plus tard dans mon service pour y subir une amputation de jambe. Il succomba, et je constatai à l'autopsie que la tunique vaginale était réellement oblitérée. M. Chassaignac va donc trop loin quand il affirme que cette oblitération n'arrive jamais à la suite des injections.

Quant à l'expression de *cure radicale* appliquée à ces diverses affections, je pense qu'il ne faut pas s'y arrêter davantage; c'est là une dispute de mots: tout le monde s'entend sur la valeur de cette expression. Ainsi voilà un individu qui a une pneumonie; vous la combattez, vous la guérissez, l'individu reprend ses occupations; il est évident que vous l'avez guéri radicalement. Prenez une fracture: vous appliquez un appareil, la fracture se consolide; il est aussi très-évident que vous avez fait une cure radicale. Il en sera de même si pour une hydrocèle vous injectez de la teinture d'iode et vous faites disparaître le liquide contenu dans la tunique vaginale.

Dans tous ces cas, vous avez opéré une guérison radicale. M. Chassaignac le conteste, et il nous dit: Mais le mal peut revenir, la pneumonie peut se déclarer de nouveau, donc vous n'avez pas fait une cure radicale. Je ne dis pas non: une seconde maladie peut revenir dans un même organe, mais la première a été guérie radicalement. En ce qui concerne l'hydrocèle, vous n'avez peut-être pas quatre récidives sur cent opérations. Pouvez-vous alors affirmer que ces individus ne sont pas guéris radicalement, parce que quatre d'entre eux seront plus tard affectés d'une autre hydrocèle? Ce serait certainement aller trop loin.

M. BROCA. Je ne parlerai pas sur l'hydrocèle, mais je fournirai quelques éclaircissements en ce qui concerne les veines. M. Velpeau nous a parlé de veines extirpées, et qui se sont rétablies avec leur perméabilité. Je conçois cette illusion, je l'ai partagée moi-même pendant longtemps. Mais je ne pense pas que l'on puisse admettre la reproduction d'une veine. Les recherches de M. Verneuil sur les varices sont bien propres à lever tous les doutes. Dans l'immense majorité des cas, cette grosse veine qui apparaît à la surface de la peau du membre inférieur, et qui constitue la varice, est prise pour la veine saphène, et cependant il n'en est rien; elle n'en a que le trajet et la direction, ainsi que M. Verneuil l'a démontré. Cette grosse veine variqueuse est la dilatation de veines collatérales à la saphène interne. On n'a qu'à examiner les pièces déposées au Musée Dupuytren par M. Verneuil, pour être convaincu qu'il en est réellement ainsi. Eh bien, les nouvelles varices qui naissent à la suite d'extirpation, et dont M. Velpeau vient de nous parler, ne seraient-elles pas dues à des dilatations de veines collatérales?

Parmi les faits cités par M. Velpeau, il en est dont l'interprétation est parfaitement exacte: ainsi je reconnais avec M. Velpeau qu'il y a des varices qui s'oblitèrent momentanément par un caillot, puis ce caillot disparaissant, que ces veines reprennent leur perméabilité.

Quant aux oblitérations des veines, je les admets, et je crois que l'adhésion de leurs parois est tout aussi solide que dans les plèvres et même davantage. J'ai étudié le caillot produit dans une varice par l'injection de perchlorure de fer: il était d'abord très-solide, puis peu à peu il a diminué de consistance, et il a fini par se dissoudre complétement. L'oblitération de la veine n'a duré que cinq ans.

M. BLOT. Après ce que vient de dire M. Velpeau, je n'insisterai pas sur la guérison des cavités séreuses et vasculaires par l'oblitération.

Je répondrai à M. Depaul que les renseignements qu'il me demande sont pour la plupart dans ma communication.

Quant à l'argumentation de M. Velpeau, je la trouve attaquable sur un point. Ainsi je pense que les preuves apportées par lui sur la guérison des varices ne sont pas convaincantes, parce qu'il n'y a pas eu d'autopsie. Je m'en rapporte à ce sujet aux recherches de M. Verneuil. Quant à la cure radicale des varices sans caillot, je l'admets volontiers; il y a alors adhésion directe des parois. Dans mes deux faits, il y avait adhésion.

M. VELPEAU. Je n'ai pas nié la possibilité de l'adhésion des parois veineuses, j'ai dit seulement que cette adhésion était rare. Les recherches de M. Verneuil peuvent donner la clef de toutes ces difficultés. Je fais donc appel à de nouvelles recherches, à des examens plus sévères.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La *Gazette médicale de l'Algérie* a publié à diverses reprises les noms des médecins français et étrangers qui vont chaque hiver étudier *de visu* le climat de notre colonie.

Dans son dernier numéro, elle cite les noms de M. le docteur Rayé (Belgique), de MM. les docteurs Waugh, Bayldon et Frank (Angleterre), et de M. le docteur Gillebert d'Hercourt (Lyon), qui ont visité avec un grand intérêt les hôpitaux et l'Ecole de médecine.

Nous croyons fermement, quant à nous, que notre belle possession africaine, qui expédie déjà à Paris et à Londres des quantités considérables de primeurs de toutes sortes, deviendra d'ici à peu d'années la station d'hiver de tous les gens riches ou malades de la France et des contrées septentrionales de l'Europe.

— MM. les professeurs particuliers qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours public à l'École pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres pour le semestre d'été aura lieu lundi prochain 31 mars dans la salle du conseil de la Faculté, à midi précis.

— M. H. Blot, agrégé chargé pendant le semestre d'été du cours d'accouchements à la Faculté de médecine, en remplacement de M. le professeur Moreau, commencera ses leçons le lundi 7 avril à deux heures, et les continuera à la même heure les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

— *Erratum.* Dans l'extrait que nous avons publié du travail lu mardi à l'Académie par M. le docteur Trélat, on lui a fait dire par erreur (3e paragraphe, ligne 2): « Le premier, c'est que l'homme ne résiste » pas également bien aux amputations de 20 à 25 ans. » — C'est de 20 à 50 qu'il faut lire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches faites à Saint-Lazare sur la vaccination et la revaccination, par M. le docteur COMMENGE, ancien interne de Saint-Lazare, etc. Mémoire, prix: 75 cent. *franco*. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Clinique chirurgicale, par M. le docteur L. VOILLEMIER, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Un volume in-8° de 472 pages, avec 2 planches. Prix: 6 fr. Chez J. B. Baillière.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 38. — MARDI 1er AVRIL 1862. (35e ANNÉE.) N° 38. — MARDI 1er AVRIL 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 MARS 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans la précédente séance, à l'occasion de la lecture du dernier mémoire de M. Jobert (de Lamballe) concernant la reproduction des tendons, M. Velpeau avait présenté quelques réflexions indiquées dans le Compte rendu en termes tellement laconiques, qu'il était difficile d'en saisir parfaitement toute la portée. Le dernier cahier du Compte rendu ayant rétabli l'allocution textuelle de l'éminent professeur, nous nous empressons d'autant plus volontiers de la reproduire, qu'elle formule très-nettement les deux doctrines principales qui règnent à ce sujet dans la science, et indique les points litigieux qu'il importerait plus particulièrement d'éclaircir pour conduire à une solution définitive de cette question.

L'Académie a reçu dans cette dernière séance deux mémoires qui méritent d'être mentionnés ici : l'un de M. Chauveau (de Lyon), sur le nerf pneumo-gastrique considéré comme agent excitateur et comme agent coordinateur des contractions œsophagiennes dans l'acte de la déglutition ; le second, de MM. Demarquay et Leconte sur le traitement par l'acide carbonique et l'oxygène des plaies rebelles exposées.

— MM. Demarquay et Leconte, dans un mémoire adressé à l'Académie il y a deux ans, concernant les modifications que l'air, l'oxygène, l'azote, l'hydrogène et l'acide carbonique font à la cicatrisation des plaies sous-cutanées, avaient déjà appelé l'attention des savants sur l'influence cicatrisante que l'acide carbonique exerce sur l'organisation des tissus de formation nouvelle. Ces premières observations ont conduit naturellement ces deux auteurs à étudier l'action de l'acide carbonique dans le traitement des plaies rebelles.

Tel est l'objet de leur nouveau travail, dont la conclusion est : « que l'acide carbonique non-seulement favorise l'organisation des plaies sous-cutanées, mais de plus que c'est le plus puissant agent de cicatrisation des plaies exposées au contact de l'air, lorsque ces plaies, par suite d'un vice local ou général, sont rebelles à tous les moyens ordinaires de traitement. » — Dr Brochin.

LES MÉDECINS
et les Compagnies d'assurances sur la vie.

Depuis quelque temps il s'est fait beaucoup de bruit autour d'une des questions les plus élémentaires de l'exercice professionnel, et que le simple bon sens avait résolue bien avant l'intervention de la presse médicale et des sociétés savantes.

Les rapports des médecins avec les compagnies d'assurances sur la vie n'exigent point, à notre avis, de délibération publique; aucune règle absolue de conduite ne doit leur être tracée d'avance, et ils connaissent assez l'importance de leur intervention dans les questions d'intérêt privé pour qu'une *entière liberté* leur soit laissée dans la solution de ces questions.

Cela dit, exposons l'état de la cause.

Plusieurs compagnies, à l'imitation de ce qui se fait pour l'incendie, l'inondation, la grêle ou la tempête, font des assurances sur la vie. Ces sociétés ont intérêt à ne traiter qu'avec des individus sains et bien portants, et elles n'ont de bénéfice à espérer que lorsque l'assuré, par sa constitution, sa santé, ses habitudes, paraît réunir des probabilités pour ne pas vivre moins longtemps que la moyenne des hommes de son âge.

La personne qui veut se faire assurer doit donc établir la réalité physiologique de la bonté de sa constitution et de sa santé habituelle, et c'est à son médecin ordinaire qu'il appartient surtout de témoigner de ce fait.

Quelques journaux ont exhumé à ce sujet la formule d'un certificat qui était, paraît-il, autrefois exigé par les compagnies; mais ce certificat a été modifié, et voici celui qui est demandé par la Compagnie d'assurances générales, la plus ancienne et l'une des plus honorables qui existent en France :

1° Depuis quand connaissez-vous M. (noms et prénoms)?
2° Lui avez-vous donné des soins? A quelle époque?
3° Quelles maladies a-t-il eues, à votre connaissance?
4° Quelles sont sa constitution et sa santé habituelle?
5° Est-il sujet à des maladies, indispositions ou infirmités habituelles?
6° A-t-il une hernie? Est-elle bien contenue?
7° Existe-t-il, à votre connaissance, dans sa famille des maladies héréditaires?
8° A-t-il encore ses père et mère?
S'il ne les a plus, à quel âge sont-ils morts, et de quelle maladie?
9° Si c'est une femme, est-elle enceinte? A-t-elle eu des enfants; ses couches ont-elles été heureuses?
10° Quelles sont ses habitudes de régime et de vie?
11° Pensez-vous que l'on puisse sans crainte placer des capitaux sur sa tête?

Il est évident qu'un médecin ne peut pas déclarer par écrit que M. A... est épileptique, M. B... cancéreux, M. C... monorchide, ou que les plus proches parents de M. D... se sont suicidés ou sont morts à Charenton. Même devant la justice du pays nous savons, quand il le faut, rester silencieux par devoir. N'avons-nous pas d'ailleurs toujours présentes à l'esprit les sévères conséquences résultant de la violation de l'article 378 du Code pénal, relatif au *secret médical?*

En Angleterre, les compagnies d'assurances sont nombreuses; elles fonctionnent à merveille et rendent des services signalés aux familles. Nous sommes encore moins avancés sous ce rapport; cependant plusieurs de ces sociétés ont pris depuis quelques années une extension considérable, et à force d'imiter nos voisins, peut-être finirons-nous par les égaler. Or, s'il nous est démontré que les transactions passées entre les compagnies d'assurances et nos clients tournent sérieusement au profit de ces derniers, pourquoi ne chercherions-nous pas le moyen de rendre notre intervention possible? Rien n'est plus déplorable, à notre avis, qu'une opposition systématique.

Les compagnies d'assurances ont peut-être le tort de poser elles-mêmes les questions, et de s'y prendre de telle façon que, dans l'état actuel des choses, il est extrêmement difficile d'y répondre sans s'exposer à commettre des indiscrétions qui peuvent conduire fort loin. Mais, qu'elles modifient la rédaction du certificat, ou qu'elles laissent chaque praticien libre de formuler son opinion dans les termes qu'il lui conviendra d'employer, et alors la médiation du médecin aura parfaitement sa raison d'être. Il n'apposera plus sa signature au bas d'une sorte d'enquête de police, et sa déclaration, renfermée dans les limites du droit, ne l'exposera point à des récriminations ultérieures.

Assurément le certificat exigé par les compagnies a son importance, mais elles ont leurs médecins officiels qu'elles chargent d'un examen contradictoire et définitif. Ces derniers procèdent à la contre-visite, et comme ils ne sont point tenus aux mêmes réserves que le médecin ordinaire, ils ne se font aucun scrupule de marquer à l'encre rouge les vices rédhibitoires, et de congédier le candidat, s'il y a lieu. Les intérêts des compagnies sont donc sauvegardés.

En résumé, nous pensons que le médecin doit, en toute occasion, rester libre d'accorder ou de refuser son concours, et nous ne voulons pas qu'il abdique l'une des plus précieuses prérogatives de notre profession.

Voilà pourquoi nous regrettons qu'on ait porté à la barre d'une des Sociétés médicales de Paris la question des rapports des médecins avec les compagnies d'assurances sur la vie; et pourquoi nous déplorons que la société du 2e arrondissement ait pu accueillir et voter cette conclusion :

« *Refuser tous les certificats demandés par les compagnies d'assurances.* »

C'est certainement à travers un verre fort grossissant que l'on a envisagé la question, et nous craignons bien que la délibération suivante n'ait été prise sous l'empire d'un sentiment peu réfléchi :

« 1° Tous les membres de la société médicale du 2e arrondissement, se fondant sur l'obligation du secret médical, prennent l'engagement de ne délivrer aucun certificat demandé par les compagnies d'assurances sur la vie, quel que soit l'état de la santé du postulant.

» 2° Cette décision sera transmise à toutes les sociétés d'arrondissement de Paris, en les invitant à prendre une détermination semblable. »

Nous nous élevons de toutes nos forces contre un pareil engagement, et nous formons des vœux pour qu'il ne soit point souscrit par un plus grand nombre de médecins. Autant nous croyons utile de prévenir nos confrères du danger qu'ils peuvent courir en délivrant certains certificats, autant nous regardons comme important que chacun se garde des engagements votés d'enthousiasme, et conserve toujours sa liberté d'action et sa responsabilité. Dr F. AUBRY.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Hémorrhagie cérébrale des deux côtés : un foyer dans l'hémisphère gauche, un second dans le lobe antérieur droit.

(Observation recueillie par M. OBÉDÉNARE, externe du service).

L... (Jean), âgé de soixante-deux ans, est apporté à l'hôpital sans connaissance, le 25 février, à quatre heures du soir.

Pour tout renseignement, sa femme dit qu'il est tombé sans connaissance l'avant-veille.

Voici quel est son état au moment de son entrée : Il est plongé dans le coma; sa respiration est stertoreuse. Aux interpellations qu'on lui adresse, il répond toujours les mots suivants : « C'est bien, c'est bien, laissez-moi. » Quand on le pince avec une certaine force, il cherche à éloigner l'observateur avec son bras gauche. Les yeux sont fermés ; en soulevant les paupières, on voit que les globes oculaires se meuvent librement ; il n'y a point de strabisme ; les pupilles sont contractées ; à l'approche d'une bougie l'iris reste immobile ; la commissure labiale est légèrement tirée en dehors du côté gauche ; le sillon naso-labial droit est un peu moins apparent que le gauche. On ne parvient pas à faire sortir la langue de la bouche. Dans tout le côté droit la sensibilité est émoussée, mais non abolie ; les mouvements des deux membres droits sont presque abolis ; à peine observe-t-on quelques légers mouvements dans les doigts lorsque le malade est fortement pincé. Sensibilité et motilité conservées dans tout le côté gauche. Rien d'appréciable au cœur ni dans les organes respiratoires. Pouls à 56, ample. La vessie est pleine ; on en retire par la sonde une urine épaisse, fortement colorée et d'une odeur ammoniacale.

Toute la nuit suivante le malade a eu le délire; il proférait des phrases sans suite.

Le 26 février, le malade est assoupi ; dans tout le côté gauche paralysie complète du mouvement, incomplète de la sensibilité. Pressé de questions, le malade répond quelques mots sans suite, mais bien articulés. — Saignée, quatre palettes ; limonade citrique, deux pots ; lavement purgatif ; une potion avec tartre stibié, 0,15 centigr.; diète.

Le 27 au matin, le malade paraît plus tranquille; sommeil léger. On parvient à lui faire sortir la langue, qui ne présente pas de déviation notable. *Il articule toujours bien*, mais ne répond pas aux questions. Le sang de la saignée est couvert d'une légère couenne.

Le soir, contracture dans les membres du côté gauche ; la sensibilité est très-émoussée ; résolution des membres du côté droit ; sommeil profond.

Le 28, coma; pouls à 124, petit; malgré les questions les plus pressantes, le malade ne répond rien; les membres sont dans le même état que la veille au soir. — Vésicatoires à la partie interne des cuisses.

Le soir, coma stertoreux ; traits décomposés ; sueurs abondantes, froides ; pouls imperceptible ; paralysie complète dans le côté droit ; contracture dans les membres du côté gauche. Le malade succombe à neuf heures du soir.

L'autopsie a été faite trente-six heures après la mort.

Du sang est épanché dans la grande cavité de l'arachnoïde, dans le côté droit. Dans le lobe antérieur droit du cerveau il existe un foyer du volume d'un petit œuf de poule; tout à fait en avant, la substance cérébrale, qui formait la paroi antérieure de ce foyer, est détruite, de sorte que l'intérieur du foyer communique avec la cavité de l'arachnoïde ; c'est par là que le sang est sorti.

Le sang contenu dans le foyer est noir ; il offre la consistance de la gelée de groseille ; les parois du foyer sont irrégulières. Dans une épaisseur de 4 millimètres, la substance cérébrale qui entoure le foyer est ramollie, colorée en rouge jaunâtre, et sablée d'un piqueté rouge. Cette coloration se prolonge en arrière jusqu'à 5 millimètres du corps strié.

Rien dans le corps strié, la couche optique et le ventricule du côté droit.

Dans l'épaisseur de l'hémisphère gauche, à sa partie moyenne, et au-dessous du corps strié, on trouve un second foyer hémorrhagique du volume d'une grosse noix. Le caillot a la même couleur et la même consistance que celui du côté opposé. Ici encore les parois du foyer sont inégales ; la substance cérébrale qui entoure le foyer est ramollie et d'un piqueté rouge. Le sang n'a pas détruit la substance cérébrale pour faire irruption dans la cavité de l'arachnoïde, comme dans le foyer du côté opposé. Rien dans le ventricule gauche.

Dans le lobe gauche du cervelet, on trouve un foyer hémorrhagique du volume d'un gros pois ; le sang qui y est contenu est noir, coagulé ; la substance cérébrale qui entoure le foyer est à peu près dans son état normal.

D'après ce qui précède, il est à présumer que le malade a son entrée n'a dû avoir que le foyer de l'hémisphère gauche. En

effet, il présentait une paralysie complète du mouvement et une paralysie incomplète du sentiment dans le côté droit. Le malade ne répondait pas aux questions, parce que l'intelligence lui faisait défaut; il possédait encore la faculté de parler, et, comme nous l'avons dit précédemment, il articulait bien. De plus, il a parlé beaucoup (des phrases sans suite, il est vrai) dans la nuit du 25 au 26. Et ceci vient à l'appui de cette vérité si bien établie par M. Bouillaud; à savoir : que la faculté de parler réside dans les lobules antérieurs du cerveau.

Ce n'est que dans la journée du 27 que l'hémorrhagie du côté droit paraît avoir eu lieu. En effet, on a observé ce jour-là de la contracture et de la perte de la sensibilité dans le côté *gauche*.

Dès ce moment le malade a cessé d'articuler, puisque le lobule antérieur *droit* était le siége d'une hémorrhagie qui avait même détruit en partie la substance cérébrale.

Quant au petit foyer du cervelet, nous ne pouvons lui attribuer aucun des symptômes observés, attendu qu'il y a eu un foyer de chaque côté du cerveau.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE LYON.

(ENSEIGNEMENT LIBRE.)

Examen des opinions émises récemment par M. Ricord, à l'Hôtel-Dieu de Paris (1).

Leçon faite par M. A. VIENNOIS, le 8 février, à l'École de médecine de Lyon.

Une jeune femme de dix-huit-ans entre le 6 septembre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Trousseau, pour y être soignée d'une métrite. Cette jeune femme a été vaccinée dans son enfance, et porte sur les deux bras les traces manifestes de l'inoculation vaccinale.

En octobre 1861, dans le service de M. Trousseau, salle des femmes et salle de la Crèche, il existait une épidémie de variole. M. Trousseau ordonna de revacciner cette femme en même temps qu'on vaccinerait quatre petits enfants. Le vaccin fut emprunté à un enfant de bon aspect de la salle Saint-Bernard, dont la mère était saine. La vaccine fut très-régulière chez le vaccinifère et chez les petits vaccinés. Mais chez la jeune femme, au contraire, il y eut fausse vaccine; les piqûres faites avec la lancette s'enflammèrent légèrement, démangeaison vive, et, quatre ou cinq jours après l'inoculation, pas de traces de l'irritation passagère produite à la peau. Ce fait rentrait dans la règle, la femme ayant été vaccinée : la malade sort le 9 novembre, un grand mois après l'inoculation, sans avoir présenté aucune lésion au lieu des piqûres vaccinales.

Dans les premiers jours de décembre, on constate sur le bras gauche, au niveau des inoculations vaccinales, deux ulcérations recouvertes de croûtes épaisses.

Vers le 15, au dire de la malade, apparaît une roséole sur tout le corps.

Le 11 janvier 1862, la malade rentre à l'Hôtel-Dieu; on constate qu'il y a de l'adénopathie dans l'aisselle.

M. Ricord, appelé à donner son avis, déclare que la malade porte sur le bras un *ulcus elevatum* double, variété de chancre induré, avec la pléiade ganglionnaire dans l'aisselle et une roséole spécifique : chancre infectant suivi d'accidents généraux, tel est le diagnostic de M. Ricord.

D'où est venu ce chancre du bras?

Et M. Ricord de se demander : Faudra-t-il accuser un chancre infectant du bras du vaccinifère, ou une plaque d'ecthyma, ou le vaccin pur, ou au contraire le vaccin présumé syphilitique, ou enfin le sang, le sang!

Suivons M. Ricord dans son argumentation.

Ce ne peut pas être un chancre du bras du sujet vaccinant ni une plaque d'ecthyma, car une pustule vaccinale régulièrement développée ne ressemble ni à l'un ni à l'autre; nous partageons ce sentiment.

Faut-il accuser le liquide vaccinal pur?

Mais non, dit M. Ricord en m'empruntant un argument qu'il trouve dans mon mémoire de 1860, car, dans ce cas, ce n'est pas un sur cinq, mais cinq sur cinq qui eussent été contaminés. Je rappelle, Messieurs, pour mémoire, les expériences de Bidart, 1831, celles qui lui sont analogues et dont je vous ai déjà entretenus.

Est-ce le vaccin pur, mais renfermant virtuellement un principe syphilitique quelconque?

Pas davantage, car l'argument précédent peut être invoqué. (Je cite la *Gazette hebdomadaire*, 24 janvier).

« Enfin, peut-il y avoir transmission de la syphilis par le sang? Le sang d'un individu syphilitique peut-il, lorsqu'il est inoculé, transmettre la vérole au même titre que le pus, le virus du chancre infectant? Le sang d'un syphilitique est-il contagieux?

» Evidemment non, s'écrie M. Ricord; s'il en était ainsi, le sang modifierait d'abord d'une façon spéciale les plaies des syphilitiques eux-mêmes : il n'en est rien; que de fois des sangsues, des vésicatoires, ont été appliqués sur des syphilitiques sans aucun accident spécifique!

» Hunter avait déjà fait cette remarque, et il n'est point de clinicien qui, faisant appel à sa mémoire, ne puisse fournir de nombreux faits semblables. »

La *Gazette des Hôpitaux* du 30 janvier n'est pas moins explicite.

« Pendant trente ans j'ai fait toutes les opérations chirurgicales possibles sur des individus atteints de syphilis; pendant trente ans j'ai rencontré chez eux des plaies de toute nature; jamais, je le déclare, je ne les ai vues subir l'influence de la diathèse. »

Subir l'influence de la diathèse, c'est-à-dire devenir ulcérés à la façon d'une plaie syphilitique, en d'autres termes, se transformer en chancres. Mais, Messieurs, si le sang peut être contagieux chez les syphilitiques, comme nous allons le prouver, il ne peut pas plus être inoculé au porteur, c'est-à-dire à un sujet sous l'influence de la diathèse, qu'on ne peut inoculer à ce même individu du pus de chancre induré ou du pus d'accidents secondaires; et cela en vertu d'une loi dont M. Ricord dispute la priorité à un de ses élèves, M. Clerc, de Paris (1).

M. Ricord, en déclarant que les plaies accidentelles des syphilitiques devraient s'ulcérer d'une manière spécifique, a donc méconnu une des premières lois de la pathologie générale, je me trompe; M. Ricord a commis une grave inconséquence; et remarquez, Messieurs, que ce n'est pas une légèreté, un oubli, un lapsus de la part de l'ancien chef de l'école du Midi, c'est une opinion, j'allais dire une idée, que vous retrouverez dans tous ses ouvrages et à chaque édition.

Puis M. Ricord examine les expériences directes tentées avec le sang des syphilitiques.

« Des inoculations de sang syphilitique ont cependant été répétées, dit-il; je ne pense pas qu'on doive tenir compte des observations de l'anonyme du Palatinat. » (*Gazette hebdomadaire*, 24 janvier, page 54.)

Je sais bien que les expériences de l'anonyme du Palatinat ont été racontées sommairement. Cependant je crois n'être pas très-difficile en ne me contentant pas de l'argumentation par trop facile de M. Ricord.

Essayons de tirer quelque chose des faits laconiques de l'anonyme du Palatinat. Et d'abord voyons le fait en lui-même.

« Neuf individus furent inoculés avec du sang; chez trois il y eut un résultat positif, et ceux-là seulement chez lesquels une large surface absorbante avait été frictionnée. »

Les renseignements de ces trois individus sont englobés par l'anonyme du Palatinat avec les renseignements relatifs à quatorze individus inoculés; mais de ce qu'on les a englobés afin de présenter un résultat total, s'ensuit-il que ces trois faits n'aient aucune signification? Je ne le pense pas.

Eh bien, quels sont les renseignements généraux relatifs aux sujets inoculés avec résultats positifs?

« C'est d'abord qu'on s'est assuré de l'état sain des sujets soumis aux expériences, que les sujets ont été soumis à l'observation pendant trois ans. Quand l'inoculation réussit, la marche de la maladie fut presque identique dans tous les cas. »

Dans les trois ou quatre premiers jours les piqûres s'enflammaient légèrement, formant comme de petites pustules qui disparaissaient rapidement; il s'écoulait un certain temps pendant lequel on ne constatait aucun phénomène particulier aux points inoculés, jusqu'à ce qu'il survînt une nouvelle réaction; les piqûres s'enflammaient alors, formaient des taches d'un rouge foncé, bien limitées, s'élevant en quelques jours au-dessus du niveau de la peau, augmentant de consistance, et se desquamant en général à leur sommet.

Les tubercules ainsi formés suppuraient et se couvraient d'une croûte sous laquelle le pus se ramassait.

Pendant que les tubercules s'ulcéraient, il survenait après un espace de temps plus ou moins long, le plus souvent avec fièvre et malaise général, des taches à la peau; lorsqu'on abandonnait la maladie à elle-même, ces taches duraient des semaines, pour passer ensuite à l'état de psoriasé ou de tubercules cutanés; l'angine survenait ensuite en général.

Tous les inoculés furent inoculés de nouveau avec le pus de leurs ulcérations avant l'apparition des accidents généraux, mais sans résultat.

Le premier stade d'incubation ne fut jamais moindre de quinze jours, ou de plus de quarante-deux; le second varia entre vingt-six et cent sept.

J'extrais ces détails de la *Revue critique* de M. Lasègue, *Archives générales de médecine*, 1858, t. I, p. 603.

J'oubliais de vous dire que les liquides contagieux avaient été pris sur une femme de vingt-deux ans, syphilitique à la période secondaire.

Et comme les détails que vous venez d'entendre sont relatifs aussi bien aux trois inoculés avec le sang qu'à ceux inoculés par le pus d'ulcérations secondaires, j'en conclus qu'un tubercule ulcéré, précédé d'une incubation de quinze à quarante-deux jours, suivi d'accidents généraux syphilitiques, a été inoculé à trois individus, et je dis que le tubercule ulcéré représente pour moi le chancre infectant avec sa longue incubation, et le mot tubercule est peut-être ici le synonyme de papule indurée.

Ainsi donc, dans trois cas sur neuf, le sang d'un syphilitique ayant des accidents secondaires a été contagieux, et il a produit d'abord une lésion locale qui a les caractères essentiels des chancres infectants : ulcération, longue incubation, et enfin accidents généraux, taches cuivrées arrivant du vingt-sixième au cent septième jour, c'est-à-dire dans un délai à peu près compris entre un et six mois.

Vous voyez donc qu'il n'est pas permis de faire table rase des observations de l'anonyme du Palatinat. Mais si celles-là n'ont pas eu les honneurs de la discussion, ou ne peut pas en dire autant de celle de Waller, de Prague.

« Quant à l'observation de Waller, si souvent citée, doit-elle, dit M. Ricord, être prise en grande considération, lorsqu'on remarque d'une part la cicatrisation rapide des scarifications pansées avec de la charpie imbibée de sang syphilitique; d'autre part, l'apparition de plaques muqueuses *in situ inoculationis* vingt jours après l'expérience, et de plus lorsqu'en même temps se développe sur l'une des épaules un tubercule plat de nature syphilitique? Il faut, dit M. Ricord, rejeter cette observation parce qu'elle est en opposition avec ce que l'expérience apprend de l'incubation de la syphilis et de l'époque d'apparition des accidents secondaires. » (*Gazette hebdomadaire*, n° du 24 janvier, p. 54.)

Et d'abord, permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler en peu de mots cette importante observation de Waller, dont on s'est trop vite et surtout trop légèrement moqué, il y a une dizaine d'années.

Le 27 juillet 1850, Waller, de Prague, fit publiquement, en présence d'un certain nombre de médecins, l'expérience suivante. Il plongea les lames d'un scarificateur dans la cuisse d'une femme atteinte de syphilis secondaire, et l'instrument ainsi teint de sang fut plongé dans la cuisse gauche d'un garçon indemne de vérole et âgé de quinze ans.

Il ne survint sur les plaies formées par le scarificateur sur l'enfant ni inflammation, ni suppuration. Au bout de trois jours les plaies étaient complétement fermées.

Le 31 août 1850, trente-quatre jours après l'inoculation, Waller remarqua à la cuisse gauche, là où l'inoculation avait été faite, deux tubercules distincts, ayant la largeur d'un pois, d'une teinte rougeâtre, pâles, secs à leur surface, sans démangeaison ni douleur. Les jours suivants, ils s'agrandirent, se réunirent par leur base, se couvrirent d'écailles, et une auréole d'un rouge obscur les entoura tous deux.

La base des tubercules, c'est-à-dire la peau sous-jacente et la trame cellulaire sous-cutanée, devint ferme, résistante; et à la surface des tubercules une ulcération se forma, qui donna lieu à la production d'une croûte mince et brune.

C'est de cette façon que se forma, vers le 15 septembre, un ulcère dont la base avait les dimensions d'un œuf de pigeon dont une auréole cuivrée entourait les bords, et qui était recouvert par la croûte en question.

Cette croûte étant enlevée, le fond de l'ulcération devint visible.

Depuis quelques jours il s'était formé aussi à l'épaule droite un tubercule isolé, gros comme un pois, rougeâtre et couvert de rares écailles, sans que le malade pût préciser le jour de la première apparition de cet accident.

La santé générale se maintient. Le 26 septembre et les jours suivants, le jeune garçon se plaint d'inappétence et d'insomnie. Le 1er octobre, soixante-cinq jours après l'inoculation et trente-deux jours après l'apparition des premiers tubercules, roséole syphilitique générale des mieux caractérisées. Bientôt l'éruption est tellement confluente que la peau de l'enfant a un aspect tigré. Il n'y a pas de démangeaison ni de fièvre. Le 6 octobre, quelques-unes des taches de la partie interne des cuisses et du ventre se soulèvent en papules et en tubercules. Cette observation est relatée dans Cazenave (*Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, octobre et novembre 1851). Voici mon appréciation :

M. Ricord s'étonne d'abord de la cicatrisation rapide des plaies produites par le scarificateur pansées avec de la charpie imbibée de sang syphilitique. Mais pourquoi s'en étonner? Le scarificateur n'était pas chargé du pus de chancre simple, de chancre mou, pour produire un résultat immédiat, le plus ordinairement au bout de vingt-quatre heures. Vous savez parfaitement que le sang inoculé ne pouvait donner un résultat qu'après une incubation toujours longue, analogue à l'incubation qui précède l'accident transmis par des plaques muqueuses, et qui, pour les cas d'inoculation artificielle connus, authentiques, a été évaluée par M. Rollet à vingt-quatre jours en moyenne. Le sang virulent introduit sur la cuisse de l'enfant ne pouvait donc rien donner immédiatement. Les plaies formées par le scarificateur n'auraient pu suppurer que par une cause mécanique, irritante, mais nullement par la cause que M. Ricord invoque.

Mais M. Ricord va plus loin. Il déclare que l'observation de Waller ne doit pas être prise en grande considération, à cause de l'apparition des plaques muqueuses *in situ inoculationis* vingt jours après l'expérience, et de plus lorsqu'en même temps se développe sur une des épaules *un tubercule plat de nature syphilitique*.

Il y a là, Messieurs, une triple erreur. Et d'abord, ce n'est pas vingt jours après qu'un résultat a été obtenu; c'est trente-quatre jours après, du 27 juillet au 31 août. Il suffit, pour en convaincre M. Ricord, de le renvoyer aux sources. En second lieu, après trente-quatre jours d'incubation, ce ne sont pas des accidents secondaires qui ont été produits, mais bien un véritable chancre syphilitique, accident primitif. Je le prouve.

En effet, qu'est-ce qui caractérise un accident primitif? C'est d'abord l'ulcération au point inoculé naturellement ou artificiellement. Cette ulcération est quelquefois précédée de la papulation; c'est justement le cas ici, et si le nom de tubercule dont se sert l'expérimentateur, qui a parlé ainsi parce qu'il ne se doutait pas de la nature de l'accident qu'il avait produit, peut un instant être invoqué au profit de notre adversaire, on voit tout de suite que ce petit artifice ne peut tenir devant ce double fait : 1° la longue incubation qui a précédé l'accident primitif, trente-quatre jours; 2° l'induration de l'accident primitif.

Sans doute, l'induration n'est pas appelée ici par son nom; mais qui ne la reconnaît dans le mot tubercule d'abord, et sur-

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 mars.

(1) Voir le mémoire de M. Clerc, lu le 3 octobre 1855 à la Société de chirurgie.

tout dans les expressions mêmes de l'observation, expressions que je souligne.

« La base des tubercules, c'est-à-dire la peau sous-jacente et la trame cellulaire sous-cutanée, devint *ferme, résistante*, et à la surface du *tubercule* une ulcération se forma, etc. »

Ainsi donc, l'accident primitif produit par Waller (de Prague) a tous les caractères essentiels du chancre infectant : 1° incubation, et incubation longue ; 2° ulcération, ici précédée de la papulation ; 3° induration, puis les accidents généraux, roséole sur le ventre, le dos, la poitrine, les cuisses, un mois après, c'est-à-dire dans le délai classique, délai d'un à six mois fixé par l'enseignement même de M. Ricord.

Ainsi nous voyons que déjà le prétendu accident secondaire de M. Ricord *in situ inoculationis* a tous les caractères essentiels du chancre infectant. Mais ce n'est pas tout. M. Ricord, pour soutenir son opinion, déclare que vers la même époque où on vit apparaître l'accident de la cuisse, on vit un autre accident secondaire sur l'épaule de l'inoculé ; M. Ricord a dit que cet accident secondaire était *un tubercule plat syphilitique*. Je rappelle une seconde fois à M. Ricord qu'il a mal relu l'observation ; les mots tubercule plat syphilitique n'ont pas été imprimés. Voici la phrase entière qui parle de l'accident de l'épaule :

« Depuis quelques jours il s'était formé à l'épaule droite un tubercule isolé, gros comme un pois, rougeâtre et couvert de rares écailles, sans que le malade pût préciser le jour de la première apparition de cet accident. »

Où voit-on dans cette phrase les mots tubercule plat syphilitique? Mais je ne me contente pas de ces explications gratuites.

Vous dites que l'accident de l'épaule est un accident syphilitique. Eh bien, moi, je prétends qu'il ne l'est pas. En effet, si l'accident de l'épaule était syphilitique, il ne pouvait être, vu l'état récent de la maladie, qu'un accident secondaire ou un accident primitif.

Etait-ce un accident secondaire? Mais non, car si cela était on aurait vu venir vers le même temps un accident primitif à la cuisse, dont l'existence est déjà démontrée, et à l'épaule un accident secondaire, ce qui est à la fois contraire à l'observation journalière, à l'expérimentation et à l'enseignement de M. Ricord.

L'accident de l'épaule était-il un chancre primitif? Non encore, car ce qui caractérise l'accident primitif, c'est-à-dire un chancre, c'est l'ulcération, et il n'y a qu'à lire l'observation de Waller pour s'assurer que le mot ulcération n'est pas prononcé.

Donc, l'accident de l'épaule ne pouvait être ni un accident primitif ni un accident secondaire ; donc je suis en droit d'affirmer que l'accident de l'épaule n'appartenait à la syphilis à aucun titre.

Il faut, ajoute M. Ricord, rejeter l'observation de Waller, parce qu'elle est en opposition avec ce que l'expérience apprend de l'incubation de la syphilis et de l'époque d'apparition des accidents secondaires.

De quelle expérience M. Ricord veut-il parler? Car il y en a deux : l'expérience clinique et l'expérimentation.

La première est sujette à l'erreur pour des causes que M. Ricord et son élève distingué M. Fournier ont suffisamment fait connaître.

Quant à la seconde, elle a toujours été univoque ; elle est infaillible ; elle ne trompe pas ; on en peut lire les résultats dans la thèse de l'un de vous, M. Guyenot : *De l'inoculabilité de la syphilis constitutionnelle* ; Paris, 1859.

Il existe dans la science trois faits incontestables d'inoculation pratiquée avec le pus de chancre primitif, et douze où le pus provenait d'accidents secondaires ; en tout quinze observations où le temps d'incubation a été noté à un jour près. Dans ces quinze observations, l'incubation a été de 18, 24, 25, 29, 27, 35, 9, 33, 27, 15, 42, 28, 17, 25 et 34 jours.

Dans les douze inoculations syphilitiques pratiquées avec le pus des accidents secondaires, la maladie étant abandonnée à elle-même, la syphilis secondaire a éclaté au bout de 37, 26, 92, 42, 31, 128, 26, 107, 48, 37, 12 et 33 jours.

Dans l'inoculation de Waller (de Prague), que s'est-il passé? Incubation du chancre infectant de la cuisse, 34 jours ; incubation des accidents secondaires, 31 jours.

Comparez les chiffres, et voyez si M. Ricord pouvait se permettre le jugement qu'il a porté!

Ainsi donc, du sang d'une femme syphilitique ayant au moment de l'expérience des accidents secondaires, a été inoculé à un sujet de quinze ans, indemne de vérole, et a produit la vérole à son commencement, à savoir : le chancre induré.

Mais comment M. Ricord ne s'est-il pas rappelé, à propos de l'expérience de Waller, le principe qu'il a formulé depuis si longtemps, pour lequel il a tant lutté, à savoir : que la vérole commence toujours par le chancre? Et l'observation de Waller viendrait juste faire une exception? M. Ricord veut que l'accident produit soit un accident secondaire, *in situ inoculationis*, et l'enseignement de trente ans est oublié pour proclamer une pareille proposition! Ce n'est pas soutenable. Et je le répète une première fois, Messieurs, que l'observation de Waller, de Prague (27 juillet 1850), est ainsi commentée :

Incomprise par son auteur, qui nous a raconté ce qu'il avait vu en 1850 ; incomprise de M. Ricord, dont elle a tant exercé la verve en 1851, je la crois désormais inattaquable.

Ainsi donc le sang d'un syphilitique s'est montré contagieux et a produit la syphilis, la maladie tout entière en commençant par le commencement, à savoir : une lésion qui avait tous les caractères que l'on reconnaît au chancre induré, lésion qui a été suivie dans le délai ordinaire d'accidents constitutionnels.

Mais si le sang des syphilitiques s'est montré contagieux à un moment donné, l'est-il toujours? Non, l'expérience a prouvé le contraire. Faut-il donc nier la contagion du sang? Non, parce qu'un fait bien établi est inébranlable ; mais nous devons rechercher quelles sont les conditions de la contagion du sang chez les syphilitiques.

J'ai déjà essayé d'éclairer cette difficile question dès l'année 1860, dans une lettre insérée dans la *Gazette médicale de Lyon*, 1er décembre, p. 537.

« En soutenant l'idée de la contagion du sang dans les maladies virulentes ; en soutenant que la syphilis, qui est une maladie virulente par excellence, rentrait dans cette grande loi de pathologie générale, je n'ai point dit, comme on pourrait le croire en lisant M. Diday, que le sang était fatalement contagieux dans tous les cas ; tout au contraire, j'ai soigneusement indiqué dans ma thèse que si le sang était contagieux, j'ignorais dans *quelles limites*. »

Et plus loin :

« Pour moi, le sang n'est pas également contagieux à toutes les périodes d'une maladie virulente ; la propriété contagieuse du sang semble être à son maximum à la période aiguë ; elle semble, au contraire, décroître, disparaître même, lorsque la maladie passe à l'état chronique. Les accidents tertiaires de la syphilis représentent la période chronique de la maladie. C'est pendant cette période que la contagiosité du sang tendrait à décroître, et sinon à disparaître, du moins à n'être plus appréciable.

» L'étude de la pathologie générale, la clinique et l'expérimentation me prêtent leur concours pour appuyer cette manière de voir.

» En effet, si l'on peut observer des individus qui peuvent prendre deux fois dans leur vie un chancre infectant (comme on prend deux fois la variole), il faut bien admettre que les individus n'étaient plus sous l'influence de la diathèse le jour où ils ont contracté un second chancre infectant. Par conséquent le sang de ces individus, qui participait des propriétés virulentes de l'économie à un moment donné, n'était plus contagieux, n'était plus diathésé, à l'instant où un second chancre *infectant* pouvait être gagné par eux. »

Je faisais remarquer ensuite que les femmes qui avaient eu depuis peu de temps ou qui avaient au moment de l'accouchement des accidents secondaires, accouchaient ordinairement d'enfants qui avaient plus tard la syphilis, tandis que la même chose était très-rare chez les femmes atteintes d'accidents tertiaires ; qu'une chose analogue se passait dans la médecine vétérinaire à propos de la morve chronique.

Je citais les expériences de Rainard et Lecoq (1829), de ces deux juments atteintes de morve chronique qu'on fit saillir par un étalon, et qui mirent bas l'une un poulain sain, l'autre un poulain qui eut une maladie qu'on soupçonna être la morve, mais qui en guérit.

Enfin une expérience personnelle pratiquée à Lyon (20 novembre 1859), dans laquelle du sang d'un cheval atteint de morve chronique n'avait produit aucun résultat sur un âne vigoureux âgé de trois ans.

Tous ces faits et ceux bien plus nombreux que renferment les recueils de médecine vétérinaire, mis en regard de l'activité du principe morbide à la période aiguë, me paraissaient établir une différence radicale entre ces périodes ; et par analogie je croyais pouvoir conclure d'une manière analogue pour la syphilis.

CALCUL URINAIRE DANS UNE VESSIE BIFIDE CONGÉNITALE.

Par M. Ange Scarenzio (de Mantoue).

Ce cas, probablement unique dans les fastes de l'art, concernait un paysan de dix-neuf ans, à aspect de crétin, à facultés intellectuelles peu développées, et qui avait un prépuce fendu inférieurement faisant place à l'ouverture d'un hypospadias au premier degré. Diverses séances de lithotritie furent suivies d'une opération de taille, après laquelle on constata de nouveau des accidents qui eussent nécessité une nouvelle opération à laquelle le malade se refusa : il succomba à une péritonite.

A l'autopsie, M. Borchetta, qui avait succédé à l'auteur dans le service chirurgical de l'hôpital de Mantoue, trouva la vessie divisée en deux poches latérales, au-dessous desquelles existait un troisième renflement relativement peu considérable et correspondant au col de la vessie : à l'entrée de la poche du côté droit se trouvait un calcul de 30 millimètres de diamètre qui n'avait pu être trouvé lors de la taille, l'auteur, après avoir parcouru toute la poche gauche de la vessie, ayant dû croire qu'il avait examiné la vessie urinaire tout entière.

(*L'Echo médical.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 mars 1862. — Présidence de M. Duhamel.

Après la lecture du procès-verbal, M. Velpeau dépose sur le bureau les remarques suivantes, qu'il avait faites de vive voix dans la séance du 17 sur le Mémoire de M. Jobert (de Lamballe) concernant la reproduction des tendons :

« Avant qu'il ait donné ses conclusions, je demande à soumettre quelques remarques à M. Jobert eu égard à ce qu'il vient de dire sur la reproduction des tendons.

» Deux doctrines principales règnent à ce sujet dans la science.

» L'une, en faveur de laquelle semblent plaider les expériences de notre collègue, veut que le tendon nouveau résulte de la transformation, de l'organisation du sang épanché entre les deux bouts et dans la gaîne de l'organe divisé ; l'autre attribue le phénomène à l'hypertrophie, à l'exsudation d'une lymphe plastique, à la raréfaction, à l'imbibition, puis à la reconstitution de tous les éléments du tendon, sous l'influence de sa propre enveloppe, qui joue alors relativement au tendon le même rôle que le périoste relativement aux os.

» La première rentre dans l'ancienne théorie de Hunter sur la transformation du sang hors de ses voies naturelles. Ses partisans, au point de vue de la ténotomie, sont encore nombreux. Un de ceux qui l'ont le plus vivement défendue, M. d'Ammon, de Dresde (dont la science déplore la perte récente), se fonde sur des expériences presque en tout semblables à celles de M. Jobert : expériences sur des chevaux, sur des moutons, sur des chiens, etc., et cependant il n'a point entraîné la conviction générale.

» Les observateurs modernes objectent que le fait est absolument *impossible*, que le sang épanché, coagulé hors de ses voies naturelles, a cessé de vivre, est un corps étranger, inerte, tout à fait incapable de se revivifier, de s'organiser ; en un mot que la doctrine de Hunter est fausse de tous points sous ce rapport.

» On le voit, il s'agit là d'une grande question d'histologie et de pathogénie. Avec l'idée de Hunter, idée que de mon côté j'ai défendue, propagée depuis 1830, on s'explique l'origine d'une foule de maladies, de tumeurs, de produits morbides.

» Je devrais donc voir avec bonheur l'appui que lui apporte en ce moment M. Jobert. Mais comme dans les sciences, qu'elle plaise ou non, c'est la vérité qui importe, je dois avouer que les arguments opposés à cette doctrine sont très-sérieux et d'une grande force : ainsi, pour le cas actuel, ses antagonistes peuvent soutenir que dans une ténotomie bien faite sous la peau, sans destruction de la gaîne, avec repos complet du membre immédiatement après l'opération, il n'y a point de caillot, que le caillot est un accident, et que la résorption, la disparition s'en effectuent graduellement, à mesure que le travail plastique de la gaîne avance et se complète, qu'on s'en est laissé imposer par des apparences, par des observations incomplètes ; aussi me suis-je rangé à l'autre théorie de l'année 1839 en ce qui concerne les sections ou les ruptures de tendons.

» Etant persuadé que ces difficultés vont surgir de nouveau à l'encontre des expériences de M. Jobert, je me permets de les lui rappeler, afin qu'il les discute, qu'il les détruise ou qu'il y réponde à l'avance. »

Nerf pneumo-gastrique. — Son rôle dans l'acte de la déglutition. — M. A. Chauveau communique l'extrait suivant d'un mémoire sur le nerf pneumo-gastrique considéré comme agent excitateur et comme agent coordinateur des contractions œsophagiennes dans l'acte de la déglutition :

M'étant proposé d'étudier dans l'un des mouvements les plus simples de l'économie la déglutition œsophagienne, l'influence des deux ordres de fibres du système nerveux périphérique sur l'excitation et la coordination des contractions musculaires, mon premier soin a été de déterminer, par l'anatomie et la physiologie, l'origine et le trajet des fibres motrices de la portion trachéale de l'œsophage ; celle qui a été plus spécialement l'objet de mes investigations.

Les nerfs moteurs de l'œsophage viennent tous des racines propres du pneumo-gastrique. Ainsi, en pratiquant sur un animal récemment tué l'excitation localisée des racines du spinal, de l'hypoglosse, du glosso-pharyngien, du facial, et celle des divers filets sympathiques communiquant avec le pneumo-gastrique, on ne provoque ni mouvements de l'estomac, ni mouvements de l'œsophage ; mais en agissant sur les racines propres de la dixième paire, on fait naître dans ces deux organes les plus énergiques contractions.

Chez le lapin, et probablement chez l'homme, celles de ces fibres nerveuses motrices qui sont destinées à la portion trachéale de l'œsophage n'abandonnent le tronc du nerf pneumo-gastrique qu'avec le récurrent. Aussi, quand sur un lapin on électrise légèrement ce dernier nerf à son origine, détermine-t-on la tétanisation énergique de cette région trachéale de l'œsophage. Dans les autres animaux que j'ai pu examiner (chien, cheval, âne, mouton), les fibres motrices œsophagiennes qui ont la même destination passent toutes dans les nerfs pharyngien et laryngé externe, pour descendre ensuite le long de l'œsophage jusqu'auprès de la base du cœur ; en sorte que si l'on galvanise sur un sujet récemment tué, soit les récurrents, soit le tronc du pneumo-gastrique au milieu du cou, on n'obtient, même avec les plus fortes machines, aucune contraction dans la portion trachéale de l'œsophage ; tandis que la galvanisation la plus légère du nerf pharyngien et du laryngé externe, ou celle du pneumo-gastrique pratiquée au-dessus de l'origine de ces deux branches collatérales, tétanise instantanément cette partie du conduit œsophagien.

Il résulte de ce qui précède que la section des pneumo-gastriques au milieu du cou, sur un lapin vivant, paralyse les nerfs moteurs de l'œsophage, et laisse à ces nerfs l'intégrité de leur action fonctionnelle chez les autres animaux. Par conséquent, on est amené à supposer que dans ces derniers, après une semblable opération, la portion trachéale de l'œsophage doit continuer à exécuter son mouvement péristaltique. L'expérience enseigne que les choses se passent effectivement ainsi chez les chiens. Mais il en est autrement du cheval, de l'âne et du mulet. Chez ces animaux, la section des pneumo-gastriques porte les plus graves atteintes à la déglutition œsophagienne. Observé directement pendant le repas sur le côté gauche et en bas du cou, l'œsophage reste flasque, sans mouvements, et se laisse distendre passivement, comme dans le lapin, par les aliments qu'y poussent les contractions pharyngiennes ; ou bien, ce qui est beaucoup plus rare, il se contracte encore, mais sans produire de mouvement péristaltique capable de faire cheminer régulièrement le bol alimentaire. Ainsi, paralysie absolue ou parfois ataxie sans paralysie, voilà ce qu'on observe dans l'œsophage des solipèdes à la région cervicale inférieure après la section des pneumo-gastriques pratiquée au-dessus de l'origine des récurrents.

Cette section cependant, d'après les expériences *post mortem* rapportées plus haut, respecte aussi bien que chez le chien l'intégrité des nerfs moteurs de toute la portion trachéale de l'œsophage. Pourquoi cette différence dans les résultats? Fallait-il l'expliquer par l'existence, dans le pneumogastrique des solipèdes, de fibres nerveuses motrices récurrentes dont l'excitabilité ne pourrait être mise en jeu que pendant la vie? Je fus un moment sur le point de l'admettre, ayant vu une électrisation légère du pneumo-gastrique gauche vers le milieu du cou provoquer sur un cheval vivant, dans toute la portion cervicale de l'œsophage, des contractions énergiques indépendantes des mouvements de déglutition spontanés qui surviennent toujours en pareil cas. Mais je vis bientôt que ces contractions devaient s'expliquer autrement. En effet, après avoir coupé en travers les deux nerfs pneumo-gastriques au cou, sur plusieurs chevaux, je n'obtins ja-

mais la moindre contraction œsophagienne (région cervicale) en galvanisant le bout périphérique, même quand j'employais des courants assez forts pour paralyser le cœur. Au contraire, une légère électrisation du bout central excitait les mêmes contractions violentes que l'électrisation des nerfs intacts. Ce sont donc là des contractions réflexes qu'il faut attribuer à l'irritation des fibres centripètes dont la distribution à l'œsophage n'est pas faite par le pharyngien ou le laryngé externe, mais bien par le récurrent. Rien de semblable n'a lieu chez le chien quand on galvanise les pneumo-gastriques au cou, ce qui veut dire que dans cet animal les nerfs pharyngien et laryngé externe distribuent à la portion trachéale de l'œsophage, non-seulement ses nerfs moteurs ou centrifuges, mais encore tous ses nerfs centripètes. D'où l'on arrive à conclure que la paralysie ou l'ataxie observée dans la portion cervicale de l'œsophage du cheval, après la section des pneumo-gastriques, dépend de l'interruption de la continuité des fibres centripètes fournies à l'œsophage par les récurrents.

En résumé, chez le lapin, après la section des pneumogastriques au milieu du cou, la portion trachéale de l'œsophage est entièrement paralysée, parce qu'elle est privée de l'action et de ses nerfs centrifuges et de ses nerfs centripètes, qui lui viennent tous des récurrents.

Chez le chien, après la même opération, cette portion trachéale du conduit œsophagien a gardé l'énergie et la régularité de ses mouvements, parce que le conduit a conservé l'intégrité de ses nerfs centrifuges et centripètes, qui sont tous fournis par le pharyngien et le laryngé externe.

Enfin, chez les solipèdes, tous les nerfs moteurs de la même portion de l'œsophage ont bien cette dernière source; mais certaines fibres nerveuses centripètes viennent des récurrents; et comme l'interruption de la continuité de ces fibres, opérée par la section transversale du pneumo-gastrique au milieu du cou, est toujours suivie de symptômes de paralysie, ou tout au moins d'ataxie, présentés par la tunique charnue de l'œsophage, on est forcé d'admettre que ces fibres jouent dans la production du mouvement péristaltique un rôle aussi essentiel que les fibres motrices elles-mêmes : conclusion tout à fait en accord avec celle des expériences de M. Claude Bernard sur les racines spinales. (Commissaires : MM. Serres, Flourens et Claude Bernard.)

Traitement par l'acide carbonique et l'oxygène des plaies rebelles exposées. — MM. DEMARQUAY et CH. LECONTE adressent sous ce titre la note suivante ;

Nous avons eu, il y a deux ans, l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences un mémoire sur les modifications que l'air, l'oxygène, l'azote, l'hydrogène et l'acide carbonique faisaient subir à la cicatrisation des plaies sous-cutanées, lorsque ces plaies sont mises en contact avec ces gaz. Parmi ces modifications, dont nous publierons bientôt les détails avec tout le développement que comporte le sujet, il en est une qui, dès le début de nos recherches, nous a vivement frappés : c'est l'influence cicatrisante que l'acide carbonique exerce sur l'organisation des tendons de formation nouvelle. Ces observations nous conduisirent naturellement à étudier, d'après le programme développé dans notre premier mémoire, l'action de l'acide carbonique dans le traitement des plaies rebelles.

Pour arriver à ce résultat, nous avons fait fabriquer par M. Galante des appareils en caoutchouc dans lesquels on place la partie malade, puis avec un appareil gazogène spécial et très-simple on fait arriver l'acide carbonique dans le manchon de caoutchouc; tantôt on se contente d'une application dans les vingt-quatre heures, tantôt le gaz est renouvelé toutes les six ou huit heures, suivant les indications à remplir.

Nos appareils sont d'une application tellement facile, que ce nouveau mode de traitement des plaies par l'acide carbonique peut être confié à toute personne intelligente. Lorsque le manchon qui doit contenir l'acide carbonique est appliqué, une large bandelette de diachylon est placée sur le bord du manchon, afin de prévenir la sortie du gaz. Il importe que la compression ne soit pas assez forte pour gêner la circulation du membre. Il faut donc avoir des appareils proportionnés au volume des parties sur lesquelles on fait les applications. Le membre malade étant placé dans un de nos appareils en caoutchouc rempli d'acide carbonique, voici les phénomènes physiologiques que l'on observe :

1° Le malade accuse une sensation de chaleur et de picotement dans toute l'étendue du membre soumis à l'action du gaz, et surtout à la plaie; de plus on observe une légère injection de la peau.

2° Après quelque temps d'application de l'appareil, on y trouve une quantité plus ou moins grande de liquide fournie par l'exhalation de la plaie et la transpiration sensible et insensible du membre. Cette circonstance oblige à laver un peu l'appareil avec une petite éponge, toutes les douze ou vingt-quatre heures, suivant l'étendue de la plaie, si l'application doit être continue.

L'excitation que produit l'acide carbonique sur les plaies indique que cet agent ne doit être appliqué qu'aux plaies anciennes atoniques, rebelles, et non pas aux plaies récentes, pour la cicatrisation desquelles la nature fait tous les frais. Toutefois, l'excitation produite par l'acide carbonique est bien plus faible que celle de l'oxygène, dont l'application dans certains cas spéciaux doit précéder celle du premier gaz. Sous l'influence de l'acide carbonique les plaies se détergent et prennent une teinte rosée, leurs bords s'affaissent, et dans un temps très-court une pellicule cicatricielle se forme sur le pourtour de la plaie, en même temps qu'apparaissent sur divers points de la surface des îlots de cicatrisation qui, marchant du centre à la périphérie, viennent s'unir avec les bords. Nous avons constaté bien souvent ces phénomènes, sur lesquels nous appelons l'attention de l'Académie.

Ainsi, il résulte des faits que nous avons communiqués il y a deux ans à l'Académie, et de ceux que nous faisons connaître aujourd'hui, ce fait incontestable : que l'acide carbonique non-seulement favorise l'organisation des plaies sous-cutanées, mais de plus que c'est le plus puissant agent de cicatrisation des plaies exposées au contact de l'air, lorsque ces plaies, par suite d'un vice local ou général, sont rebelles à tous les moyens ordinaires de traitement. D'ailleurs, les faits que nous avons recueillis depuis plusieurs années seront publiés prochainement et compléteront cette série de recherches que nous avons entreprises sur les gaz.

— **M. PICARD** adresse un appendice à son *Mémoire sur le traitement du choléra-morbus*. (Commission du prix Bréant).

Et **M. POLLI** une addition à ses deux communications du 27 septembre *sur les maladies à ferment morbifique et sur les sulfites médicinaux*. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

L'Académie renvoie à l'examen de la même commission deux ouvrages présentés, l'un par **M. LANGLEBERT** : *Nouvelle doctrine syphilographique ;* l'autre par **M. VIOLETTE** : *Etudes sur la parole et ses défauts.*

— **M. FLOURENS** présente au nom de M. Rosensthal un mémoire *sur le nerf vague ;* et de M. Wolf un mémoire *sur le bégayement et sa guérison par une nouvelle méthode.*

L'auteur, dans la lettre d'envoi, rappelle de précédentes communications qu'il a faites à l'Académie, et dans lesquelles, comme dans celle qu'il fait aujourd'hui, on peut voir comment les progrès de nos connaissances en physiologie contribuent aux progrès de la thérapeutique.

— L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'une commission de neuf membres pour l'examen des pièces admises au concours Montyon, prix de médecine et de chirurgie. Sont élus MM. Rayer, Bernard, Velpeau, Serres, Cloquet, Andral, Jobert, Flourens et Coste.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société des Amis des Sciences a tenu le 13 mars sa cinquième séance publique. Cette utile Société, dont la fondation est due, comme on le sait, à la bienfaisante initiative de l'illustre Thénard, prend chaque année une importance plus considérable ; en 1860, les plus zélés de ses membres assistaient seuls à sa séance publique; en 1861, son quatrième anniversaire était célébré avec un éclat inaccoutumé ; la grande salle de la Société d'encouragement suffisait à peine pour contenir un auditoire curieux d'entendre le compte rendu de ses travaux, l'éloge du savant mathématicien Laurent, par M. Bertrand, de l'Institut, et une allocution de M. Dumas sur les principales découvertes de Thénard et leurs remarquables développements.

Cette année, la séance avait pris le caractère d'une solennité scientifique; le grand amphithéâtre de la Sorbonne avait été choisi pour réunir les amis des sciences, et au moment où la séance a été ouverte, plus de douze cents auditeurs en remplissaient la vaste enceinte.

Le maréchal Vaillant, président de la Société, a rappelé par quelques mots heureux le but de cette institution, les nombreux services qu'elle a déjà rendus et ses rapides progrès.

Le secrétaire, M. Félix Boudet, a ensuite rendu compte de la gestion du conseil d'administration.

Au 1er mars 1861 le capital placé par la Société était de 172,812 fr.; dix mois plus tard, le 31 décembre, ce capital s'élevait à 205,753 fr. 80 c. Il s'était donc augmenté de 31,941 fr., et en même temps la Société avait distribué 18,848 fr. en secours. Aujourd'hui le nombre des familles qu'elle protége est de 14, et le chiffre des secours annuels votés par le conseil monte à 22,362 fr.

L'année dernière, le nombre des membres de la Société était de 1,547; il dépasse actuellement 2,000.

M. Boudet, en signalant le rôle que la Société joue dans le monde savant, les bienfaits qu'elle a répandus, les touchantes infortunes qu'elle a soulagées, a excité à plusieurs reprises dans l'assemblée une émotion sympathique.

M. Wurtz a pris la parole après M. Boudet, et a lu l'éloge des chimistes Laurent et Gerhardt. L'auditoire, par ses applaudissements unanimes, a rendu hommage tout à la fois à la mémoire de ces deux hardis novateurs et à l'éloquence de leur savant panégyriste.

La séance a été terminée par une exposition des expériences et des théories de MM. Bunsen et Kirhhoff, sur le spectre, faite par M. Jamin, professeur de physique à l'École polytechnique.

La nouveauté et l'éclat de ces expériences ont produit un grand effet, et l'assemblée s'est retirée en applaudissant les orateurs qu'elle avait écoutés avec le plus vif intérêt, et les magnifiques découvertes dont M. Jamin avait été l'éloquent interprète.

— Une Société locale agrégée à l'Association générale vient de se fonder pour les médecins de l'arrondissement de Castres (Tarn).

Elle a désigné pour président, au choix de l'Empereur, M. le docteur Combes, professeur honoraire de l'Ecole de médecine de Toulouse, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, et a nommé vice-président M. Sicard; secrétaire, M. L. Paillé; trésorier, M. A. Bru.

Les membres de la commission administrative sont : MM. Lautard, à Mazamet ; Lavergne, à Labessonce ; Sers, à Castres.

— M. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera son cours théorique et clinique sur les maladies de l'enfance, le mercredi matin 9 avril, à l'hôpital Sainte-Eugénie, et le vendredi 11, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, pour le continuer les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 39. — JEUDI 3 AVRIL 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 AVRIL 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous exprimions, il y a huit jours, le désir que l'Académie mît prochainement un terme à la discussion sur l'hygiène des hôpitaux, qui nous paraissait ne pouvoir que peu gagner désormais à se prolonger. Nous avions compté sans M. Malgaigne. Assurément nous regretterions fort pour notre satisfaction personnelle d'avoir été pris au mot. M. Malgaigne a été rarement mieux servi par son rare talent d'improvisation ; si l'heureux agencement d'un discours, si l'habileté d'une argumentation vive et pressante, si la richesse et la variété des tons, depuis les tableaux les plus sombres et les plus pathétiques, depuis l'expression digne et chaleureuse des plus nobles pensées et des sentiments les plus élevés, jusqu'à la plus petillante gaieté, et à ce que l'ironie a de plus sarcastique, si l'éloquence de la tribune, en un mot, suffisait pour entraîner toutes les convictions et résoudre en dernier ressort toutes les difficultés d'une question, il ne resterait plus qu'à clore la discussion et prendre le discours de M. Malgaigne pour le programme des réformes à opérer dans nos établissements hospitaliers. Mais la prudence veut qu'on se défie un peu de l'éloquence, qu'on s'en défie même d'autant plus qu'on la goûte davantage.

Toutefois, il y a dans le discours de M. Malgaigne un argument d'une grande valeur, c'est celui qui se tire des chiffres dont il a discuté avec une très-grande habileté et maintenu avec une grande force toute la valeur première contre les suspicions et les dénégations même dont ils ont été l'objet. Et à ce propos, l'assemblée tout entière s'est sympathiquement associée, par ses marques unanimes d'approbation, au noble langage dans lequel M. Malgaigne a relevé le corps médical de Londres des insinuations peu flatteuses à son égard échappées à l'improvisation de l'un des précédents orateurs.

Mais pour apprécier à sa véritable valeur et à sa juste portée le fond de l'argumentation de M. Malgaigne, il faudrait la dépouiller préalablement du prestige de la forme, et se défendre soi-même de la première et invincible impression de l'audition. Ce sera donc sur le texte imprimé que nous devrons faire cette appréciation.

Le moment est venu d'ailleurs d'en faire autant pour les autres discours et de résumer l'ensemble de cette discussion, qui, après quelques courtes répliques, sera probablement terminée dans la prochaine séance. C'est ce que nous ferons dans l'un des prochains numéros. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

D'une variété de vertige que l'on observe chez certains dyspeptiques.

(Vertige stomacal, *vertigo a stomaco læso*.)

Il existe une forme d'affection nerveuse à laquelle Bretonneau a donné le nom de vertige stomacal, que l'on connaît encore sous la dénomination de *vertigo a stomaco læso*, et que les anciens ont étudiée et appelée *vertigo gyrosa*. L'illustre médecin de Tours a pendant très-longtemps mal connu et mal soigné cette maladie ; il la considérait comme étant unie par des liens très-étroits avec la pathologie du système cérébral. Une circonstance que je vous rapporterai bientôt fit heureusement évanouir cette hypothèse.

Bretonneau fut le contemporain et l'antagoniste de Broussais. Je ne suis cependant pas bien sûr qu'il n'ait pas jusqu'à un certain point subi l'influence des doctrines régnantes, et qu'il n'ait pas un peu cru alors que l'*estomac est le gouverneur général de l'économie*. Mais j'arrive au fait clinique.

Vous avez vu depuis quelque temps, au n° 2 de notre salle Saint-Bernard, une femme âgée de soixante-trois ans ; elle nous a dit, à son entrée à l'hôpital, qu'elle avait été menstruée à treize ans, et que jusqu'à l'âge de quarante-neuf ans, temps pendant lequel s'était très-régulièrement accomplie la grande fonction physiologique, elle n'avait jamais manqué une seule fois d'éprouver à chaque époque cataméniale une migraine des plus pénibles, accompagnée de nausées et de vomissements. L'âge de la ménopause survint, et la migraine cessa. A partir de ce moment, la malade ressentit de douloureuses coliques hépatiques ; puis ces accidents finirent par disparaître d'eux-mêmes, lorsqu'il y a cinq ou six mois débuta chez elle un vertige tout particulier.

Vous avez entendu cette femme nous dire qu'elle avait de l'incertitude dans la marche, des bruissements dans les oreilles, des troubles de la vue, quelquefois des maux de cœur, des vomissements, mais qu'elle était principalement en butte à des tournoiements continuels. Elle a chancelé très-souvent, est tombée une fois et a été relevée dans un certain état d'engourdissement. Lorsqu'elle rentrait chez elle dans la soirée, elle avait la plus grande peine à marcher et ses escaliers *dansaient* devant ses yeux.

Nous avons constaté l'absence de tout indice de paralysie, de tout signe pathognomonique de lésion cérébrale, de tout désordre du côté de l'intelligence. J'ai écarté alors de mon esprit la pensée d'une congestion cérébrale, et je me suis mis à prescrire la médication qu'a imaginée Bretonneau contre le vertige stomacal : l'événement a répondu à mon attente, la malade va bien et elle quittera aujourd'hui l'Hôtel-Dieu.

La variété de vertige dont nous parlons est de courte durée, très-rare dans l'adolescence, et s'observe surtout vers l'âge de cinquante ans et dans le décours de la vie. Les fonctions digestives sont préalablement troublées, et l'on vous parlera d'un sentiment de chaleur inusitée, d'ardeur à l'épigastre, d'éructations acides, de constipation ou de diarrhée.

Les troubles qui frappent l'appareil nerveux se traduisent par des étourdissements qui vous apparaîtront ordinairement de la manière suivante : le malade reste-t-il dans l'immobilité, il n'éprouve rien ; mais veut-il regarder au-dessus de lui, aussitôt tous les objets semblent tourner, et à ce moment même il survient des maux de cœur. Il n'a alors qu'à incliner la tête en bas, à fermer les yeux, à rester immobile pendant une minute, et tout disparaît. S'agite-t-il brusquement pour regarder ce qui se passe derrière lui, le vertige, les maux de cœur et les vomissements ne se font point attendre. Est-il couché, a-t-il un sommeil agité, un rêve pénible qui lui fasse faire de rapides mouvements, le lit tournera de haut en bas, dans le même sens que la verticale, et le malade, comme à la broche, croira décrire un cercle rotatoire. Passe-t-il dans une rue dans laquelle se trouve un mur grillagé, une longue file de barreaux ; entre-t-il dans une antichambre aux tentures bariolées de lignes verticales un peu miroitantes ; ses yeux viennent-ils à se fixer sur des étoffes glacées, enluminées de couleurs vives et représentant des groupes de fleurs très-voyantes, les nausées et les accès vertigineux manqueront rarement.

Quelques individus pourront encore vous dire qu'ils éprouvent comme une sorte de trémulation, de trépidation ; que les pavés, les becs de gaz et les maisons tremblotent devant eux ; qu'une sorte d'incertitude les porte à se diriger plutôt d'un côté que de l'autre, et que l'éternument, la toux ou quelque brusque mouvement, augmentent tout à coup leur vertige.

Le malade se baisse-t-il en ployant son corps, rien de semblable ne se manifeste, alors même que la face se serait injectée et que les veines du front seraient devenues fort saillantes ; mais vient-il à se relever et à regarder en haut, le vertige apparaît presque infailliblement. Le mal de cœur, dans tous les cas que je viens de citer, est intolérable ; il ressemble au mal de mer, ou plutôt à l'incertitude odieuse qui précède le mal de mer.

Qu'est-ce en somme que ce bizarre phénomène ? Je le compare à la maladie du vaisseau, à la sensation toute spéciale qu'on éprouve après avoir valsé, à l'engourdissement qui succède au jeu de l'escarpolette, à ces éblouissements qui vous obligent à fermer les yeux lorsque vous tournez sur des chevaux de bois ; mais il n'y a pas dans tout cela imminence de congestion cérébrale, menace d'apoplexie. C'est un phénomène nerveux se passant dans l'appareil nerveux, une affection temporaire et superficielle de ce système.

Lorsqu'un homme accuse un mouvement violent de sang aux yeux, qu'il a des éblouissements, des tintements d'oreilles, de la rougeur à la face, des battements artériels très-forts, une pesanteur universelle, de l'hébétude, des fourmillements dans les pieds et dans les mains, qui augmentent au lit, et qu'il n'a ni nausées ni vomissements, j'avoue que cet ensemble de prodromes m'en impose, et que je songe, en ce cas, à une congestion probable ; mais est-ce la même chose ici ? D'ailleurs, le mouvement congestif auquel je fais allusion est un acte rapide, soudain, qui s'observe chez les femmes à l'âge de la ménopause ou quelques heures avant l'écoulement des menstrues ; chez les goutteux, les hémorrhoïdaires, les sujets à affections fluxionnaires quelconques ; mais vous ne voyez point de phénomènes nerveux, et surtout le vertige qui nous occupe, venir se greffer sur ce concours de dispositions particulières.

Lorsque le vertige stomacal survient chez des hommes jeunes, c'est en général après des excès de table ou de coït : il dure alors un ou plusieurs jours, et tout est dit, sauf les récidives possibles, sous l'influence de causes analogues. Mais lorsqu'il se reproduit un certain nombre de fois, qu'il s'accompagne de violente hémicrânie, d'engourdissement et de somnolence, vous devez voir là autre chose qu'un simple vertige *a stomaco læso ;* aussi, tout en portant un pronostic défavorable, songerez-vous à un retentissement direct sur l'encéphale. Du reste, après tous les détails dans lesquels je suis entré, il vous sera facile dans ce cas d'établir le diagnostic différentiel.

Certes il est des maladies que l'on traite bien piteusement ; mais je ne sache pas qu'il en soit une dans tout le cadre nosologique plus mal soignée d'ordinaire que le vertige stomacal. Un malade vient vous consulter, il est effrayé, il vous effraye vous-même. Vous croyez découvrir dans ce qu'il éprouve l'avertissement précurseur d'une apoplexie imminente, et vous vous empressez de lui ouvrir la veine, de lui poser des sangsues, de lui administrer des purgatifs drastiques. Vous avez aggravé sa position ; il va tomber dans un état de vertige continuel. Rien n'est cependant plus facile à guérir, à la condition expresse de ne point perdre de vue l'existence des troubles gastriques.

En 1822, Bretonneau avait pour ami intime un naturaliste éminent, membre de la section de botanique à l'Académie des sciences. Après avoir commis des excès de travail intellectuel, ce savant devint sujet à des vertiges qui lui parurent d'une haute gravité : il se retira dans une propriété en Touraine. Il subit tour à tour des saignées du bras, des applications de sangsues, des purgatifs et la diète. Une certaine amélioration était constatée de temps à autre, mais la rechute ne tardait pas à arriver. Ne pouvant plus se lever, il restait couché dans l'obscurité et causait les yeux fermés. En s'entretenant un jour avec Bretonneau, il lui dit qu'il avait des vomissements glaireux et acides, et il le pria de remédier à cet accident. Ce fut pour mon illustre maître un véritable trait de lumière : il comprit que la manifestation vertigineuse pouvait tenir à l'état de l'estomac, et il marcha résolûment à la recherche de son hypothèse. Se plaçant donc au point de vue d'une dyspepsie acide, il prescrivit un mélange de carbonate de magnésie et de bicarbonate de soude. Les vertiges diminuèrent, mais ils ne cessèrent pas. Bretonneau joignit à cette médication l'usage des amers, fit prendre au malade une infusion de *quassia amara*, et la guérison fut obtenue. Des récidives eurent lieu, mais cette fois on sut comment il fallait les attaquer. Le naturaliste auquel je fais allusion parvint à une grande vieillesse.

Dans un grand nombre de circonstances, lorsque le diagnostic n'est pas évident, il faut se mettre avec courage à la poursuite de l'inconnu. Les essais thérapeutiques sont quelquefois couronnés d'un éclatant succès. Écoutez plutôt le fait que voici : En 1830, mon ami le docteur X. reçut la visite d'un habitant de l'île Maurice, que le soin de sa santé avait déterminé à faire le voyage de France. Il s'agissait d'un sarcocèle : Dupuytren, Antoine Dubois et Lisfranc furent consultés séparément. Ces trois chirurgiens se prononcèrent en faveur d'une opération immédiate. Le malade, préférant se brûler la cervelle plutôt que de se laisser enlever son testicule, vint de nouveau trouver mon ami le docteur X., qui à toutes ses doléances répondit seulement par ces paroles : « Oui, je crois effectivement que vous avez un cancer du testicule; mais en admettant l'hypothèse possible d'un testicule syphilitique, peut-être pourriez-vous suivre un traitement mercuriel. » Cela fut fait; trois mois après, la guérison était complète. L'ingratitude seule du client put égaler l'importance du service rendu.

Chez la femme du n° 2 de la salle Saint-Bernard, vous m'avez vu prescrire le bicarbonate de soude et le carbonate de magnésie : les vertiges ont diminué ; mais comme cela n'a pas été suffisant, il m'a fallu combiner les amers et les alcalins, et la guérison s'est alors prononcée tous les jours davantage. Du reste, voici la formule qui donna à Bretonneau des résultats constamment heureux :

Bicarbonate de soude. .	de 0,50 à 1 gramme.
Carbonate de magnésie. .	de 0,25 à 0,50

Mettez en paquets; en prendre un le matin, un dans la journée et un le soir, à un moment éloigné des repas.

L'infusion amère se prépare ainsi :

Copeaux de *quassia amara*. . . 2 grammes.

Infusez à froid pendant douze heures, puis décantez et sucrez. Boire une et quelquefois deux tasses de cette infusion pendant dix ou douze jours.

Dans la presque universalité des cas, ces moyens réussiront à merveille.

Vous le voyez, le vertige *a stomaco læso* est une névrose sans gravité, mais qui ne laisse pas que de porter l'épouvante avec elle. Son traitement est des plus simples, mais comme les récidives s'observent très-fréquemment, il vous faudra tous les deux ou trois mois recourir préventivement à la médication amère et alcaline.

Si vous vous êtes trompé dans votre diagnostic, et si le vertige est symptomatique d'un calcul renfermé dans le rein ou la vésicule biliaire, ou d'une lésion encéphalique commençante, vous aurez du moins la consolation de penser que la thérapeutique mise en œuvre n'aura point aggravé la situation.

Dr Legrand du Saulle.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Léger.

Douleurs de nature névralgique du membre abdominal droit, suivies d'atrophie des masses musculaires.

Perte de l'usage du membre; marche impossible sans béquilles; traitements divers sans succès; guérison sous l'influence des bains de Pennès.

(Observation recueillie par M. Marcovitz, interne des hôpitaux.)

Le nommé D..., ancien jardinier au Muséum d'histoire naturelle, âgé de cinquante ans, de taille moyenne, mais d'un tempérament sec et vigoureux, d'une bonne santé habituelle, ressentit pour la première fois, il y a six ans, une douleur à la partie supérieure de la cuisse droite. Cette douleur, assez forte pour l'empêcher de marcher, ne s'amenda pas sous l'influence des vésicatoires; bien au contraire, elle se généralisa dans tous les muscles externes de la cuisse et de la jambe qui correspondent.

C'est dans ces conditions qu'il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu. En dehors d'un traitement local, on lui aurait administré dans cet hôpital de la térébenthine, que des accidents forcèrent de suspendre. Dans un autre service du même hôpital, après des essais également infructueux, on le renvoya dans l'état où il était entré. Un traitement hydro-sudopathique, ordonné par M. Becquerel, à la Pitié, lui procura quelque soulagement. Il entra ensuite à la Charité, où l'on essaya plusieurs moyens sans succès : les *vésicatoires*, l'*iodure de potassium*, la *cautérisation transcurrente*, les *injections de sulfate d'atropine*, *rien n'y fit*. En même temps, le défaut d'exercice, et probablement aussi un vice de nutrition, amenèrent l'atrophie du membre.

Il y a près d'un an, il entra à Bicêtre comme infirme, ou pour mieux dire, comme incurable; *des bains sulfureux lui furent administrés en nombre considérable* sans succès; ce fut alors que, sous l'indication de M. Léger, il fut soumis à l'action des bains, préparés avec le sel de Pennès. Il prit successivement douze séries de bains de six chaque, avec intervalle de huit jours entre chaque série, et d'un jour entre chaque bain. Au commencement, un seul flacon était versé dans la baignoire, mais la dose fut progressivement augmentée jusqu'à six flacons par bain. Au début de ce traitement, des picotements, des fourmillements dans les membres, et particulièrement dans le droit, incommodèrent le malade; mais bientôt tous ces symptômes disparurent, et, après quelques bains, la dose considérable de six flacons ne lui causait aucune gêne et plutôt de la faiblesse que de l'excitation, car il était forcé de prendre du repos pendant quelques heures.

Le succès de ces bains a été remarquable. D..., qui pendant deux ans s'est servi de béquilles, marche actuellement sans aucun soutien en conservant un peu de roideur articulaire et une très-légère claudication, quoique les deux membres soient de même longueur. La douleur ne revient plus que d'une manière insignifiante, puisqu'elle n'empêche plus le malade de se livrer à ses anciennes occupations; de plus, les masses musculaires ont repris leur volume : il y avait huit centimètres de différence dans la circonférence des deux cuisses, mesurées au-dessus du genou, il n'y en a plus que quatre actuellement.

Réflexions. — Nous reconnaissons volontiers que cette observation est incomplète, puisque les symptômes mentionnés ne permettent pas de déterminer à quel genre précis d'affection nous avons affaire; mais si incomplète qu'elle soit au point de vue nosologique, et forcés que nous sommes de nous en rapporter aux souvenirs du malade, lesquels datent de plusieurs années, il n'en reste pas moins acquis et démontré que D... souffrait horriblement dans son membre abdominal droit, dont il n'a pu se servir pendant plus de deux ans; qu'une dégénérescence atrophique avait suivi cet état d'inaction, et que les traitements les plus variés, *y compris les bains sulfureux, dont il a pris plus de cent, ont été mis en usage sans une amélioration notable.* Deux moyens seuls ont rendu des services au malade : l'hydro-sudopathie, qui lui a procuré un soulagement de peu de durée, et les bains de Pennès, qui l'ont guéri (1).

(1) En comparant cette observation avec celles qui ont été recueillies dans les hôpitaux Saint-Antoine, Lariboisière, Saint-Louis, des Enfants malades, du Midi, à la Maison de santé municipale, à l'Asile impérial de Vincennes, à l'hospice même de Bicêtre, dans les services de MM. Duplay et Marce, on ne peut que désirer voir le corps médical chercher à propager l'usage de ces bains sous d'autres formes.

M. Pennès vient de faire un grand pas dans cette voie en dissolvant son produit salin dans un véhicule approprié, ce qui constitue un *topique stimulant*, pouvant se prêter aux applications locales les plus variées et les plus commodes, *sous formes de compresses, embrocations, fomentations* ou *lotions stimulantes*. Évidemment cette dernière préparation sera préférée dans les localités dépourvues de baignoires et par les malades peu fortunés, ou bien par ceux qui ont de la répugnance pour les bains. (*Note de la Réd.*)

DE L'ÉLECTRICITÉ

comme moyen d'accélérer l'élimination des calculs ou concrétions biliaires.

Par le Dr Abeille, ancien médecin de l'hôpital du Roule.

Il y a huit ans environ je démontrais, par quelques observations cliniques, que l'électrisation est un moyen souverain pour triompher de certaines constipations opiniâtres. Ces résultats, contrôlés par de nouvelles observations tant en France qu'à l'étranger, demeurent actuellement comme faits acquis à la science.

Je veux aujourd'hui signaler une nouvelle application de l'électricité; si les résultats venaient à être confirmés ultérieurement, la thérapeutique des concrétions biliaires aurait fait un grand pas.

On a proposé une foule de moyens pour obtenir la fonte, la dissolution des concrétions biliaires qui obstruent les conduits biliaires et tourmentent quelquefois si longtemps les pauvres malades. On a tout récemment encore préconisé l'action dissolvante du chloroforme : illusion. Des portions de concrétions biliaires abandonnées par nous pendant trois jours dans le chloroforme pur, sont restées insolubles. Que pourrait faire le chloroforme au sein de l'organisme, si on l'y introduisait en quantité notable, sinon que de le détériorer?

Il y a un traitement prophylactique pour empêcher la nouvelle formation ou la continuation de formation des concrétions biliaires, tous les médecins le connaissent et l'appliquent; mais dès que des concrétions sont formées et obstruent les conduits, la seule chance de guérison est leur élimination.

Plus les concrétions sont volumineuses, plus de temps elles mettent à tomber dans l'intestin et plus les malades ont à subir des tortures qui les plongent dans un état de marasme inquiétant.

Tout le monde connaît les accidents auxquels donnent lieu les calculs biliaires, nous ne les rappellerons même pas. Si la terminaison est généralement heureuse, quelquefois l'issue se fait attendre bien longtemps, jusqu'à une année, comme nous en avons observé un exemple. En outre, il n'est pas extrêmement rare de voir des péritonites par perforation du canal cholédoque, ou des abcès enkystés qui s'ouvrent heureusement au dehors à travers les parois abdominales et laissent échapper le calcul par le trajet fistuleux qui persiste plus ou moins longtemps.

Dans la pathologie des concrétions biliaires il y a donc deux circonstances capitales :

1° La disposition à la formation des concrétions;

2° L'obstruction des conduits biliaires par les concrétions engagées.

Comme nous l'avons dit, la prophylaxie s'adresse à la disposition; trouver le moyen de dégager le plus promptement les conduits obturés par les concrétions est la tâche que doit s'imposer le médecin qui ne court pas après des illusions.

L'électricité nous semble appelée à remplir ce dernier but. Un fait qui jusqu'alors, à cause de son unicité, ne peut être considéré que comme une coïncidence, vient de nous mettre sur la voie. Nous allons le relater. A d'autres d'expérimenter dans des cas semblables, pour contredire ou corroborer le résultat. On ne se trouve pas tous les jours en présence de ces cas pathologiques; en faisant un appel aux cliniciens, nous soumettons donc ce fait au contrôle.

Calcul biliaire extrêmement volumineux expulsé après quatre mois d'accidents et à la suite de deux électrisations.

Mme L..., 20, rue de Villejuif, à Passy, est âgée de quarante-cinq ans. Elle est d'une vigoureuse constitution, brune, chargée d'embonpoint. Elle n'a jamais été malade.

En octobre 1861, Mme L..., éprouve un peu de malaise, de l'inappétence, de l'amertume à la bouche, une légère barre oppressive à l'épigastre. — Un purgatif est prescrit, c'était le 15.

Le 17, il se déclare un ictère, qui arrive en trois jours à une grande intensité. L'appétit se perd complétement, des envies de vomir surviennent, la barre épigastrique persiste; absence de fièvre. Nous croyons à un ictère idiopathique. Nous faisons vomir la malade; deux jours après nous la purgeons avec la limonade Rogé. — Nous la soumettons à l'eau de Vichy, à la limonade citrique.

Sous l'influence de ce traitement, l'ictère commençait à décroître le 25; les digestions étaient meilleures et la barre épigastrique avait disparu.

Le 30, la malade part pour la campagne à peu près guérie, car il ne lui restait plus qu'une légère teinte jaune à la peau.

De retour à Paris le 20 novembre, Mme L... est reprise d'ictère et de tous les accidents qui s'étaient manifestés la première fois. — Nouveau vomitif suivi de purgation deux jours après; 4 grammes de bicarbonate de soude tous les matins, un verre d'eau de Vichy dans la journée, limonade au citron : tel est le traitement suivi.

Le 30, persistance des accidents, vomiturations presque continuelles, barre épigastrique très-prononcée, exaspérée par moments, appétit nul, rapports acides, brûlants.

La percussion ne révèle pas d'augmentation dans le volume du foie; il n'y a rien à noter dans les poumons. La pression est douloureuse à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. En palpant profondément, nous percevons un développement anormal de la vésicule biliaire, et la percussion donne une matité en rapport avec le développement supposé. Nous diagnostiquons des concrétions biliaires encastrées dans la vésicule. — Prescription : tous les deux jours un verre d'eau de Sedlitz; trois bains alcalins par semaine; bicarbonate de soude et eau de Vichy; frictions à l'épigastre avec un liniment anodin et belladoné; cataplasmes de farine de lin.

Ce traitement est suivi pendant trois semaines. Voici ce que nous avons noté :

Tous les deux ou trois jours au plus il survient une crise caractérisée par la barre oppressive à l'épigastre, le redoublement des vomissements et des rapports acides, la perte de l'appétit, le dégoût des aliments, le ptyalisme, et de plus une céphalalgie pondérative avec éblouissements et tintements d'oreilles. Le pouls, ordinairement calme, bat alors avec fréquence, jusqu'à 110 pulsations, et prend du développement. Les matières fécales évacuées par suite de purgations ou de lavements sont couleur de plâtre, grenues, non liées; l'urine est très-pure, foncée en couleur, elle est légèrement rouge orangé. La coloration jaune de la peau augmente avec une étonnante rapidité, en une heure la malade est méconnaissable.

Le lendemain, on perçoit un commencement de décoloration à la peau; le pouls a baissé à 76-80, la céphalalgie a disparu, la barre épigastrique et l'angoisse se calment, les urines sont fortement colorées de vert brun, et l'acide nitrique y détermine un précipité vert foncé, preuve matérielle qu'elles contiennent de la matière colorante de la bile.

La malade s'inquiète beaucoup de sa position, parce qu'elle maigrit à vue d'œil. Nous la rassurons en lui disant qu'il s'agit de concrétions biliaires. — Le même traitement est suivi jusqu'au 15 décembre.

A cette date, la marche des accidents n'a pas changé. Il y a des crises tous les deux ou trois jours, puis un peu de rémission comme par le passé. Nous avons recherché tous les jours dans les matières fécales quelque concrétion biliaire, nous n'avons trouvé que de petites portions de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille au plus; jamais de vrai calcul.

Sur ces entrefaites, la famille, alarmée de cette position, consulte un médecin qui déclare qu'il s'agit d'une affection organique du foie. L'ignorance n'a pas de peine à obtenir du crédit en pareil cas.

Bref, le 25 décembre, nous avons une consultation avec M. Trousseau, consultation nécessitée par les alarmes de la famille, impressionnée par le malencontreux confrère plus que par la maladie.

Le résultat de cette consultation est qu'on continuera d'une manière absolue le traitement institué; qu'il s'agit bien d'un ictère symptomatique de concrétions biliaires, et que la maladie se terminera heureusement, suivant toute probabilité.

Depuis le jour de la consultation jusqu'au 1er mars, rien n'est changé dans la position de la malade; les crises ictériques se sont reproduites presque régulièrement tous les deux ou trois jours. Comme l'alimentation est presque nulle, l'amaigrissement est arrivé à un tel point qu'il y a un demi-marasme. De plus des phénomènes toxiques sont apparus. Ainsi la malade éprouve des fourmillements et une anesthésie prononcée à la main et à l'avant-bras gauches, avec faiblesse prononcée dans tout le membre thoracique de ce côté. Il y a aussi quelques fourmillements dans les extrémités inférieures; la mémoire est en partie perdue et l'intelligence est obtuse. Il y a de fréquents bourdonnements d'oreilles avec un peu de surdité. La vue reste intacte. Nous nous proposons d'électriser la malade.

Le 2, l'électricité à courants continus est portée sur le membre thoracique gauche et sur les deux jambes; puis, comme il y a toujours constipation, nous portons les courants sur les parois abdominales, en les promenant dans tous les sens et à un très-haut degré.

Le soir même, une heure après l'électrisation, la malade évacue spontanément et copieusement, ce qui ne lui était pas arrivé depuis le commencement de la maladie.

Le 4, nouvelle électrisation sur les membres et sur les parois abdominales, comme la précédente fois; évacuations spontanées trois quarts d'heure après.

Le lendemain matin 5, évacuations spontanées. Cette fois la malade entend le choc d'un corps dur sur les parois du vase de nuit. Comme elle attendait depuis longtemps l'expulsion de quelque grosse concrétion biliaire, elle fait chercher au milieu des matières fécales; et on découvre en effet un calcul de la grosseur d'un œuf de perdrix, évalué du poids de 25 grammes, lisse à sa surface, mais sillonné et grenu. On distingue très-bien les granulations, polies, agrégées ensemble. En le coupant horizontalement, on perçoit une coque de 4 à 8 millimètres d'épaisseur, plus dure, comme plâtreuse, renfermant à son intérieur une matière saponeuse blanchâtre, de la stéarine condensée.

Quelle est la part qui revient à l'électrisation pour l'expulsion de ce calcul? Nous n'oserions le dire. Jusque-là nous voulions bien ne voir qu'une coïncidence entre l'élimination du calcul et l'emploi de l'électricité, parce que ce fait est unique. Mais ne peut-on pas supposer qu'un calcul aussi volumineux, engagé depuis longtemps dans les conduits biliaires, ayant cheminé très-lentement, et arrêté à l'embouchure du canal avec l'intestin, ait pu être délogé plus promptement par suite des contractions énergiques imprimées à tous les muscles de l'abdomen, au diaphragme et à la tunique musculeuse intestinale elle-même? Cette hypothèse ne répugne nullement à la raison. Et quand on songe à cette longue série d'accidents que cause la présence d'un calcul biliaire volumineux; quand on réfléchit que tous les moyens dits dissolvants sont illusoires, et qu'il faut de toute nécessité que le calcul soit expulsé dans l'intestin pour que la guérison s'ensuive; n'est-on pas puissamment autorisé à recourir à l'électrisation dans la pensée de hâter l'expulsion du calcul engagé?

Il y a plus; s'il est de règle de voir guérir après un temps plus ou moins long les malades affectés de concrétion biliaire, il n'est cependant pas sans exemple de voir survenir des accidents compromettants, par la non-possibilité de l'expulsion de concrétions trop volumineuses.

Ainsi nous connaissons une dame qui depuis neuf ans est atteinte d'une fistule à l'hypochondre droit, par suite de l'ouverture spontanée d'un abcès profond dans cette région. La nature de cet abcès fut longtemps méconnue; pendant longtemps on fit des injections iodées dans le but d'oblitérer la poche; vains

efforts, la fistule a toujours persisté. Il y a deux ans, après de grandes souffrances et la formation d'une nouvelle poche purulente, la malade vit, entraînés par la suppuration, quatre fragments de calcul biliaire, qui par leur réunion représentaient une concrétion du volume d'un œuf d'alouette. Cette dame nous a montré ces portions de calcul, et nous avons pu reconnaître alors que la fistule était le résultat d'un abcès enkysté, par suite de la rétention de concrétions biliaires.

SUR L'EMPLOI DU LACTATE DE FER.

(Lettre du Dr Santanera au directeur de la *Gazette médicale* de Turin.)

J'ai lu avec satisfaction ce que vous avez publié dans votre estimable journal, au sujet des dragées de Gélis et Conté, parce que cela confirme l'opinion que je m'étais formée sur le lactate de fer dès les premières années où j'exerçais la médecine.

Ne voulant pas répéter ici tout ce qui a été dit sur les ferrugineux en général et sur le lactate de fer en particulier, je me borne à constater que l'expérience m'a démontré que ce sel, sous forme de dragées ou de pastilles, ainsi qu'il est préparé par ces habiles chimistes, et administré à doses progressives, est bien préférable aux autres ferrugineux au point de vue de l'assimilation.

J'ajouterai qu'il convient non-seulement dans les cas où les ferrugineux sont préconisés, mais que dans d'autres cas on obtient des résultats tout à fait imprévus.

C'est en 1845 que j'ai employé pour la première fois les dragées de Gélis et Conté. J'ai eu souvent depuis l'occasion de les prescrire, et le résultat a toujours répondu à mon attente.

Craignant d'abuser de votre complaisance, je me bornerai à citer quelques-unes des observations recueillies par moi.

Obs. I. — Mlle D..., âgée de vingt ans environ, bien faite, de tempérament sanguin, assez bien constituée, n'ayant pas encore ses règles malgré les tentatives faites dans ce sens, souffrait d'un battement cardio-carotidien, d'anorexie, de dyspepsie, de dysphagie, d'une céphalée continuelle et fort pénible, tout indiquait en elle un état chlorotique; son visage était gonflé, son humeur toujours sombre. Les dragées de Gélis et Conté, d'abord en très-petites doses (2 par jour seulement) dans le peu de cuillerées de potage qu'elle pouvait avaler et encore difficilement, puis augmentées jusqu'à 14 et 16 par jour, eurent le pouvoir de la guérir au bout de trois mois. Par ce traitement, tout symptôme morbide disparut, les menstrues arrivèrent et la santé devint florissante.

Obs. II. — J'ai observé un cas fort remarquable au commencement de 1847. Mlle R..., âgée de vingt-cinq ans, avait été atteinte de dysménorrhée de dix-huit à vingt-deux ans, puis d'aménorrhée; lymphatique, très-frêle, affectée presque continuellement depuis trois ans d'une prosopalgie très-prononcée, épuisée et réduite à un état d'extrême maigreur, elle faisait vraiment pitié. Je lui prescrivis les dragées de lactate de fer, et elle en continua l'usage pendant un an. Sous leur influence et sans qu'il fût nécessaire d'avoir recours à d'autres médicaments, non-seulement la prosopalgie cessa, mais les règles reparurent, même avec abondance; l'appétit revint avec les forces, et avec elles la santé la plus parfaite.

Obs. III. — La troisième observation a été prise par moi pendant l'été de 1849, sur un malade, M. P..., âgé de trente ans, très-vigoureux et d'une constitution assez bonne dans le principe.

Par prédisposition héréditaire, il souffrait d'hémorrhoïdes: soit par le sang qu'elles lui faisaient perdre, soit par celui qu'on lui avait tiré dans des saignées et des applications de sangsues répétées, il était réduit à un état d'hydro-anémie extrême vraiment alarmant.

Le bruit des battements du cœur, l'œdème du visage, l'extrême épuisement du sujet, avaient même décidé d'habiles praticiens à diagnostiquer un vice organique et leur avaient fait prévoir un dénoûment fatal. Dans ce cas, pourtant, les dragées de Gélis et Conté furent l'unique médicament que j'employai, et la guérison fut complète et durable.

Obs. IV. — En 1851, pendant que je soignais M. le comte P... d'une blessure légère à une jambe, l'on me fit voir une de ses filles, âgée de dix-neuf ans, malade depuis quatre années, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution assez bonne, et n'ayant pas encore ses règles. Comme la malade de la première observation, elle souffrait surtout d'une prosopalgie très-aiguë, se déclarant à chaque époque de menstruation (menstruation qui, je le répète, manquait entièrement). Cette prosopalgie avait constamment résisté à tous les moyens de l'art médical; la malade, saignée une fois par mois pendant les trois premières années de la maladie, était chloro-anémique au plus haut degré; le visage était gonflé, le corps l'était un peu dans toute son étendue: la malade était réduite à un état tel qu'elle inspirait les plus sérieuses inquiétudes. J'éprouvai une grande difficulté à lui faire essayer des dragées de Gélis; elle les croyait inutiles et les redoutait même, car elle avait employé, me disait-elle, les ferrugineux sous toutes les formes et n'avait jamais pu les supporter; aussi, ajoutait-elle, finissaient-ils par lui être plus nuisibles qu'avantageux. Le résultat fut cependant, cette fois, tel que je le prévoyais. La guérison fut obtenue en peu de mois, et, m'a dit la malade, elle continua, par reconnaissance, à en faire usage pendant deux années. Elle s'est mariée depuis; c'est aujourd'hui Mme la comtesse de R..., elle est déjà mère de quatre enfants.

Obs. V. — Pour terminer, je vais vous rapporter brièvement une dernière observation faite en 1853. Il s'agit d'une demoiselle de douze ans, fille du professeur A...; mort d'apoplexie il y a peu d'années. Cette enfant, assez robuste de tempérament, souffrait de palpitations de cœur; sa respiration était un peu gênée, son visage pâle. A l'auscultation, on entendait un bruit de souffle à l'aorte et le long des carotides; elle se plaignait de battements encéphaliques. Enfin on l'eût crue atteinte d'un vice organique précordial, comme le pensèrent et le dirent deux praticiens distingués, qui déjà même avaient prononcé cet arrêt terrible et fatal: Elle est atteinte d'un anévrysme au cœur. Et pourtant, tous ces symptômes réunis, d'abord si graves, disparurent par l'usage du lactate de fer. Dans ce cas encore, la guérison fut prompte et parfaite.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er avril 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports de M. le docteur Suquet sur une épidémie de fièvres continues qui a régné à Beyrouth pendant les trois derniers mois de l'année 1861;

2° Un rapport de M. le docteur Rebori sur le service médical gratuit des circonscriptions de Digne et de Mezel (Basses-Alpes) pour l'année 1861. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Barthez, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale;

2° Une note sur une épidémie de colique saturnine qui règne dans les environs de Chartres, par MM. Maunoury et Salmon (commissaires : MM. Rayer, Robin et Vernois);

3° M. J. Charrière adresse la note suivante :

Le lithotome double, que Dupuytren a figuré et désigné dans son mémoire sous le nom de lithotome double de M. Charrière, était resté dans la pratique générale depuis 1827, époque à laquelle mon père en a proposé le modèle à l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Ce n'est que dans ces dernières années que M. Nélaton désirant que les parties à introduire soient d'un moindre volume, nous avons, d'après ses indications, supprimé les trois quarts de la longueur de la partie postérieure de la gaine, ce qui réduit le volume de l'instrument de plus d'un tiers, en augmentant cependant la résistance des lames, qui du reste sont parfaitement protégées.

De cette manière le même instrument peut servir pour les adultes et les enfants; il a été ainsi employé par plusieurs chirurgiens.

Fig. 1. Lithotome double vu fermé, prêt à servir.

Fig. 2. Le même vu ouvert.

E. Coupe de la gaine et des lames du premier modèle.

F. Coupe du nouveau modèle.

4° M. le docteur Paul Topinard adresse la lettre suivante, relative à la statistique communiquée à l'Académie par M. Trélat.

« Plusieurs orateurs, dans le cours de la discussion actuelle sur l'hygiène nosocomiale, ont daigné accepter l'une des conclusions de ma thèse inaugurale publiée en février 1860, savoir : que la mortalité dans diverses opérations, les amputations en particulier, est moins élevée dans les hôpitaux de Londres que dans ceux de Paris.

» Cette opinion me fut suggérée dès les premiers temps de mon séjour à Londres, et ensuite démontrée par des statistiques relevées dans le journal *Medical Times and Gazette*, et qui embrassaient la pratique chirurgicale des quinze principaux hôpitaux de cette ville de janvier 1854 à juillet 1857 inclusivement. Les seuls éléments de comparaison auxquels je pus recourir à Paris furent les remarquables statistiques d'amputations, de 1836 à 1841, insérées par M. Malgaigne dans les *Archives générales de médecine*.

» L'Assistance publique, en effet, m'avait refusé, en vertu, disait-elle, d'un « arrêté de principes », les documents qu'elle vient de livrer à M. Ulysse Trélat. Ce refus me parut d'autant plus regrettable qu'un intervalle de dix ans environ séparait mes statistiques à Londres de celles de M. Malgaigne à Paris, et que les probabilités permettaient d'espérer une diminution de mortalité depuis 1836.

» Je saisis donc avec empressement l'occasion que m'offre M. Ulysse Trélat d'atténuer ce que mes chiffres et mes conclusions d'il y a deux ans avaient de pénible pour la chirurgie française, ou mieux pour les hôpitaux de Paris.

» Dans mes statistiques de Londres, 543 grandes amputations m'ont donné 160 décès, c'est-à-dire 29 1/2 pour cent. Dans celles de Paris, par M. Malgaigne, 509 cas de même genre lui ont donné 280 décès, ou 55 pour cent. Dans celles de M. Trélat, qui représentent la pratique de nos hôpitaux pour ces dernières années, environ 1,144 amputations ont fourni 522 morts, ou 45 pour cent.

» De ce rapprochement, il résulte que la mortalité chez les amputés ne serait plus dans le rapport de 29 1/2 pour cent à Londres à 55 pour cent à Paris, mais bien comme 29 1/2 est à 45 1/2.

» Si l'on suit M. Trélat dans quelques-unes de ses divisions, les mêmes rapports se confirment.

» Ainsi, 214 amputations traumatiques à Londres m'ont donné une mortalité de 39 pour cent, tandis que M. Malgaigne, à Paris, a trouvé sur 166 cas semblables 62 pour cent, et M. Trélat, sur 470 cas, 55 pour cent.

» De même, 317 amputations pour cause pathologique m'ont fourni 22 pour cent de mortalité, tandis que 343 cas analogues ont donné à M. Malgaigne 51 pour cent, et 568 cas à M. Trélat 41 pour cent.

» Ce parallèle, que nous pourrons poursuivre plus loin, prouve donc péremptoirement :

» 1° Que la mortalité chez les amputés dans les hôpitaux de Londres, comparée à celle des statistiques anciennes de M. Malgaigne ou des statistiques nouvelles de M. Trélat, est moins élevée que dans les hôpitaux de Paris;

» 2° Que les laborieuses et intéressantes recherches de M. Ulysse Trélat modifient à peine et confirment, au contraire, la conclusion fondamentale du travail que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie à l'occasion de la présente discussion en novembre 1861. »

(Renvoyé à M. Gosselin.)

LECTURE.

M. le Dr Bérier, candidat pour la section de pathologie médicale, donne lecture d'un travail sur le traitement des péritonites puerpérales par l'application continue de l'eau froide. (Nous exposerons dans le prochain numéro les principaux faits invoqués par l'auteur à l'appui de cette méthode.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. La parole est à M. Malgaigne.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. Malgaigne. Cette discussion semblait toucher à sa fin; les orateurs ne différaient que sur quelques points et se réunissaient dans l'ensemble, quand surgirent deux adversaires : M. Trébuchet, dont l'autorité en matière de statistique et d'hygiène est considérable, et M. Briquet.

Nous avons comparé, selon M. Trébuchet, ce qui n'était pas comparable; nos chiffres sont sans valeur et ne permettent aucune conclusion sérieuse. Pourtant, à la fin de son discours, et sans doute pour nous consoler, M. Trébuchet dit que cette discussion portera de hauts enseignements; mais comment? à moins que ces enseignements ne sortent uniquement du discours de l'honorable orateur.

Nos hôpitaux, dit-il, sont splendides et très-bien situés; et les étrangers nous les envient. Oui; mais il serait à souhaiter que leur beauté extérieure ne fût pas achetée par d'aussi grands vices intérieurs.

Les hôpitaux, même les mieux construits pour la gloire des architectes et le plaisir des touristes, ne valent rien s'ils sont meurtriers. J'ai dit qu'ils étaient meurtriers, et je l'ai prouvé avec des statistiques françaises et anglaises; ce sont ces statistiques que l'on me conteste. M. Trébuchet, il est vrai, n'en nie pas l'exactitude; mais c'est une pure politesse à laquelle je ne me laisse pas prendre. Qu'est-ce qu'une statistique exacte, si ce n'est une statistique bien faite? et les miennes ne le sont pas, puisqu'elles additionnent des quantités dissemblables!

Je demanderai pourtant à M. Trébuchet s'il connaît deux choses qui soient plus comparables qu'une amputation et une amputation, surtout quand on a soin de distinguer les amputations pathologiques des amputations traumatiques, et de ne placer à côté l'une de l'autre que celles qui sont faites dans le même âge et le même sexe?

M. Briquet va plus loin que M. Trébuchet; il attaque les chiffres eux-mêmes, non pas les nôtres, mais ceux des statistiques anglaises.

Aux conditions connues des bonnes statistiques M. Briquet en a ajouté une nouvelle : Pour qu'une statistique soit bonne, il faut qu'il en connaisse les auteurs. Aussi il accepte volontiers les chiffres de M. Bouillaud, ceux de M. Louis, et même les miens. En vérité, nous avons eu bien du bonheur de rencontrer un beau jour M. Briquet! Sans cette rencontre, nous n'eussions fait, MM. Bouillaud, Louis et moi, que de la triste besogne, ou plutôt nous n'eussions pas plus que les chirurgiens anglais trouvé grâce devant lui. Je veux bien qu'on ait fait en tout temps et par tout pays de ces statistiques à la façon de celle de Dupuytren, que M. Briquet appelle spirituellement des statistiques adoucies. L'Angleterre en a vu faire comme la France, et Persival Pott à propos des hernies étranglées, Benjamin Bell à propos des grandes amputations, ont eu à se reprocher de ces fanfaronnades chirurgicales. Mais les choses ont bien changé. B. Philippe, dès 1837, a fait justice de ces brillants et commodes à-propos, et lorsqu'il a apporté devant la Société médico-chirurgicale de Londres une vraie statistique établissant la vraie proportion de la mortalité après les grandes opérations, il suscita au sein de cette Société, bien que sa statistique fût moins triste que la mienne, une révolte semblable à celle que j'ai soulevée moi-même en 1842 quand je suis venu dire que nous perdions 56 opérés sur 100 après les grandes opérations.

Depuis ce temps, il y a dans ces hôpitaux un élève de clinique (clinical clerc) qui tient note de toutes les observations. Le registre de l'hôpital ainsi tenu sous la surveillance du maître et sous l'inspection des élèves a une telle valeur en Angleterre qu'il fait foi en matière civile; puis plusieurs journaux donnent tous les mois des listes de toutes les opérations faites dans les hôpitaux. M. Briquet a fait de la critique cartésienne. Nous savons, a-t-il dit, comment se font ces statistiques. Non, vous n'en savez rien, et l'ignorance où vous étiez de ce qui se passe en Angleterre aurait dû vous faire abstenir d'un jugement plus compromettant pour vous-même que pour la chirurgie anglaise. Vous avez cru nécessaire de nous laver du reproche de perdre plus d'opérés que vos confrères d'outre-Manche; nous n'avons nul besoin d'une pareille défense et nous ne l'acceptons pas.

Quant aux statistiques anglaises, il est impossible qu'elles présentent plus de garanties, et il faut accepter des chiffres pareils ou renier les fondements de la médecine.

M. Briquet s'est égayé ensuite à propos de l'hôpital de Massachusetts; il a eu le temps de fonder une ville et de la détruire, en attendant qu'il ait découvert qu'il s'agissait d'un hôpital élevé à Boston, et portant le nom de la province dont Boston est la capitale.

Je m'étonne un peu que M. Briquet, bien qu'il ne soit pas chirurgien, ne se soit pas rappelé que c'est dans cet hôpital de Massachusetts que l'éthérisation fut appliquée pour la première fois par M. Eward. C'est ce même M. Eward qui est l'auteur des statistiques très-détaillées et très-bien faites dont j'ai emprunté les résultats généraux, résultats qui, comme ceux obtenus en Angleterre, sont bien préférables aux nôtres.

Je dois cependant dire que la statistique de 1842 est aujourd'hui remplacée par une statistique qui établit une moindre mortalité. Au lieu de 56 p. 100, la statistique de M. Trélat n'indique plus que 47 p. 100. Cette amélioration, je l'avais prédite il y a vingt ans, lorsque j'ai insisté sur la nécessité d'une alimentation substantielle pour les opérés. Aujourd'hui, presque tous les chirurgiens ont adopté le régime tonique pour leurs opérés. C'est un grand progrès accompli, et grâce à ce progrès, on sauve un plus grand nombre de malades. Je réclame ma part de ces malades sauvés.

La meilleure preuve, en effet, que l'amélioration constatée par les chiffres de M. Trélat tient à une réforme des habitudes chirurgicales, c'est qu'aucune réforme n'a été faite depuis 1842 dans l'organisation intérieure des hôpitaux.

On n'a pas diminué l'étendue des salles, étendue qui est une des conditions les plus fâcheuses qui puissent se rencontrer. Les raisons en sont nombreuses; et d'abord, les grandes salles sont faites pour les grands services, et il est impossible à un seul chirurgien, quelle que soit son activité, de s'occuper avec assez de soin, dans l'espace d'une matinée, de plus de cent malades. Lorsque Dupuytren dirigeait à lui seul tout le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, il perdait 1 opéré

sur 44. La mortalité est tombée à 4 sur 49, quand au lieu d'un seul chef il y en eut trois.

Plus une salle est grande, plus elle contient de lits, et avec le nombre de lits (ceux-ci fussent-ils très-espacés) s'accroît le nombre des foyers d'infection. La viciation de l'air dans une salle d'hôpital tient à des causes multiples, physiologiques et morbides, et indépendamment des miasmes de toute nature qui s'y développent en tout temps, il se développe parfois, dans un point, un miasme, un poison particulier qui passe d'un malade à l'autre, et va de proche en proche, de lit en lit, infecter toute la salle : s'il n'y a que 40 lits au lieu de 80, c'est 70 individus qui sont mis à l'abri de la contagion.

Ce n'est pas en ouvrant les fenêtres qu'on assainira les grandes salles. A la place des miasmes qui s'en vont arrive le plus souvent un air froid qui est fatal aux opérés, comme il l'est aux nouvelles accouchées, car le refroidissement est une des causes les plus actives d'infection purulente et de fièvre puerpérale.

Ce qui prouve, selon M. Trébuchet, en faveur de nos hôpitaux et de leur organisation actuelle, c'est que les opérations y réussissent aussi bien qu'en ville, quoique les malheureux qui viennent y réclamer les secours de la chirurgie n'y arrivent qu'épuisés par la misère et la maladie. Il est certain, au contraire, qu'en ville on meurt moins que dans les hôpitaux ; par exemple, les opérations de lithotritie et de taille donnent en ville une mortalité moitié moindre que dans les hôpitaux. Quant à l'état d'épuisement des malades à opérer, loin d'être défavorable, il est favorable aux succès de l'opération ; tout le monde le reconnaît aujourd'hui.

M. Trébuchet a voulu expliquer la différence de la mortalité, en 1844, dans les abattoirs et dans les hôpitaux, par le meilleur état des blessés transportés aux abattoirs. Il suffit de relire le compte rendu du service de l'administration de l'Assistance publique dans cette malheureuse année, pour se convaincre que les blessés arrivaient, pour la plupart, aux abattoirs dans un état pitoyable, et qu'on a fini par loger là, tant bien que mal, 40,000 soldats, sur lesquels 9,000 ont été plusieurs jours après la bataille trouvés gisant sans secours dans les carrières des environs de Paris.

Lorsque M. Trébuchet a fait sa statistique générale de la mortalité dans les hôpitaux de Paris, il est tombé complétement dans le travers qu'il nous reproche, et il a tout confondu; il a comparé des choses qui ne sont nullement comparables. C'est ainsi que, plaçant la statistique chirurgicale de l'hôpital Cochin à côté de celle de la Charité, il a trouvé que dans le premier hôpital la proportion des morts était de 1 sur 16, tandis qu'elle était de 1 sur 29 à la Charité. Résultat inouï et radicalement opposé à l'opinion que nous soutenons sur la supériorité des petits hôpitaux. Malheureusement M. Trébuchet a oublié que la clientèle de l'hôpital Cochin est composée, comme celle de presque tous les hôpitaux excentriques, d'ouvriers travaillant dans des usines ou dans des carrières, et que les lésions graves, suites de grands accidents, y sont beaucoup plus communes qu'à l'hôpital de la Charité. Pour avoir quelque donnée positive sur la mortalité dans les hôpitaux, il faudrait que les médecins, qui jusqu'à présent ont assisté un peu trop paisiblement à ces débats, se donnassent la peine d'apporter aussi leurs statistiques.

Ce que nous en savons rétablit la supériorité des petits hôpitaux. C'est ainsi que la mortalité, qui est de 1 sur 8 à l'Hôtel-Dieu, n'est que de 1 sur 13 à l'hôpital Cochin. Elle est de 1 sur 5 ou 6 à Lariboisière; c'est donc cet hôpital qui perd le plus de malades dans ses services de médecine, comme il en perd le plus dans ses services de chirurgie, puisque la mortalité, qui est ailleurs de 47 pour 100, est là de 59 pour 100.

La même supériorité des petits hôpitaux et des petites salles se retrouve encore à propos des services d'accouchements. La Maternité, si vaste, si bien située, a une mortalité de 1 sur 13, tandis que la Clinique, de si misérable aspect, a une mortalité de 1 sur 32, différence considérable qui ne peut tenir qu'à une meilleure distribution des salles, qui, à l'hôpital de la Clinique, sont plus petites et contiennent moins de lits. A l'hôpital de la Charité, il y avait une salle d'accouchements qui, Dieu merci, s'est effondrée. Elle était basse, encombrée de lits, et communiquait largement avec une salle immense. Rien de plus détestable. Aussi la mortalité s'y est-elle élevée à 1 sur 5. Maintenant que la Providence nous a débarrassés de cette salle meurtrière, le plus meurtrier de tous les services d'accouchements est encore dans le plus beau de nos hôpitaux, à Lariboisière, où il meurt 1 accouchée sur 11.

Voilà, Messieurs, ce qu'est cet établissement splendide que les étrangers contemplent avec envie : on y a élevé avec profusion des colonnes élégantes, on y a prodigué le marbre, et l'administration, qui a déployé dans cet hôpital un luxe scandaleux, manquait alors et manque encore de chemises. Lariboisière est le Versailles de la misère : tout y est brillant et magnifique; mais les latrines y sont infectes, et l'encombrement est partout. On m'accuse d'être l'ennemi de l'administration, parce que je signale les dangers qu'il lui faut éviter, les imperfections dans lesquelles elle ne devra pas retomber. Si l'administration veut des flatteries, elle peut les demander à d'autres ou se les demander à elle-même, et répéter, avec M. Trébuchet et avec M. Pastoret, qu'elle compte ses jours par ses bienfaits.

Toutes les administrations se sont dit de ces choses-là. Mais le public!...

Ici l'orateur fait un court historique de l'administration des hôpitaux avant 1789, et fait voir quelles difficultés a rencontrées l'adoption des réformes même les plus urgentes. Un édit de Louis XVI n'a pu empêcher qu'on couchât plusieurs malades dans un lit à l'Hôtel-Dieu, et il n'a fallu rien moins qu'une révolution comme celle de 89 pour détruire cet abus.

Pour ma part, ajoute M. Malgaigne, je suis le promoteur d'une petite réforme dans l'administration des hôpitaux, réforme relative à la distribution des bandages, mais la façon dont j'ai obtenu cette réforme ne m'encourage pas à en demander d'autres.

Je sais bien que les intentions des administrateurs sont toujours excellentes, que c'est par charité qu'ils augmentent le nombre des lits. On gagne un lit, mais combien de morts ont payé ce lit-là!

Les seules lumières qui manquent à l'administration sont les lumières médicales et chirurgicales : nous les lui offrons, qu'elle s'en serve dans l'avenir. Les réformes que M. Renault a faites à Alfort, on les fera dans les hôpitaux, et les malades de la cité parisienne guériront en plus grand nombre ; ils auront le même bonheur que les chevaux d'Alfort.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 mars 1862, M. Léon Foucault, chargé du service de la physique à l'Observatoire impérial de Paris, a été promu au grade d'officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Par arrêté du 31 mars 1862, M. le docteur Gros est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire d'Alger, pour les chaires de médecine proprement dite, en remplacement de M. Ehrmann, démissionnaire.

M. Malherbe, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de Nantes, est nommé professeur de clinique interne à ladite École, en remplacement de M. Thibeaud, décédé.

M. Pihan-Dufeillay fils, professeur suppléant pour les chaires de médecine, est chargé du cours de pathologie interne, en remplacement de M. Malherbe.

M. Viaud-Grandmarais est nommé suppléant pour les chaires de médecine, en remplacement de M. Pihan-Dufeillay.

— Par décision de M. le ministre de la guerre, en date du 13 mars, M. le docteur Verjon, médecin aux eaux de Plombières, est nommé médecin des salles militaires de l'hôpital thermal de cette station.

— M. le docteur Devay (de Lyon), vient d'être nommé membre associé national de la Société d'anthropologie de France.

— Un praticien universellement apprécié à Lyon pour la rare sûreté de son jugement et sa parfaite honorabilité, M. le docteur Nicod (d'Arbent), vient de mourir dans un âge avancé.

— La Société médico-psychologique ayant reçu une somme de mille fr. pour l'affecter comme prix à la description de la *manie raisonnante*, a accepté le legs du donateur, M. Eug. André, et la destination qu'il lui a assignée. Elle a, en outre, décidé que la question serait traitée dans sa généralité, et que M. le secrétaire général communiquerait aux concurrents, à titre de renseignement, le programme de l'auteur, tout en leur laissant la plus entière liberté dans la manière d'envisager la question.

En conséquence, la Société médico-psychologique met au concours la question de la *manie raisonnante*. Les mémoires devront être adressés avant le 31 décembre 1863, à M. le docteur Th. Archambault, secrétaire général de la Société. Les membres titulaires sont seuls exclus du concours.

— La Société impériale des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille, décernera en 1862 une médaille d'or à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« 1° Faire connaître les accidents dus à une diète prolongée, et les distinguer de ceux qui sont propres à la maladie;

» 2° Rechercher les troubles imprimés à l'organisme par suite de l'emploi exagéré des médications altérante, antiphlogistique, vomitive et purgative. »

— M. le professeur Ambroise Tardieu commencera le cours de médecine légale à la Faculté de médecine le lundi 7 avril 1862, à quatre heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. Emile Goubert, professeur de sciences physiques et naturelles, commencera le mercredi 9 avril prochain, à sept heures du soir, de nouvelles conférences de physique, chimie et histoire naturelle médicale, pour le premier examen de fin d'année et le troisième de doctorat en médecine. Les conférences seront continuées deux fois par jour jusqu'à l'époque des examens. Les élèves seront exercés par de nombreuses interrogations et par des excursions botaniques aux environs de la capitale.

S'inscrire soit chez M. Eloffe, rue de l'Ecole-de-Médecine, 20, soit chez M. Emile Goubert, rue du Cherche-Midi, 23.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebordà, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Anatomie pathologique du tubercule, par M. le docteur Laveran, médecin principal, sous-directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires. In-8° de 16 pages. Prix : 75 c. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

De la thrombose et de l'embolie cérébrales considérées principalement dans leurs rapports avec le ramollissement du cerveau, par M. le docteur Lancereaux, ancien interne, lauréat des hôpitaux, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine de Paris, etc. Mémoire de 136 pages et tableaux. Prix : 3 fr. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de Médecine.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par M. Ch. Deval, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique ophthalmologique. Un très-fort volume grand in-8° de 1,056 pages, contenant : 1° 44 figures intercalées dans le texte; 2° 6 planches destinées à l'appareil instrumental; 3° 6 planches coloriées représentant les principales altérations constatables à l'ophthalmoscope; 4° l'épreuve de la vue ou échelle typographique d'E. Jaeger. Prix : 15 fr.; *franco* 16 fr. Chez Albeissard et Bérard, éditeurs, rue Guénégaud, 8, à Paris; même maison à Marseille, rue Pavillon, 25.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 40. — SAMEDI 5 AVRIL 1862. (35e ANNÉE.) N° 40. — SAMEDI 5 AVRIL 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Traitement des péritonites puerpérales par les applications froides continues.

Les beaux résultats qu'a donnés en chirurgie et dans le traitement d'un certain nombre de maladies internes l'usage de l'eau froide employée soit en irrigations, en affusions ou en application topique continue ou plus ou moins prolongée, devaient naturellement conduire à l'idée d'essayer l'effet de ce puissant agent sédatif dans le traitement des métro-péritonites puerpérales, ces affections si graves et si multipliées dans nos hôpitaux, et auxquelles la thérapeutique n'a à opposer que des moyens d'une action si peu certaine. M. le docteur Béhier a eu cette idée et l'a mise en pratique sur un très-grand nombre de malades de son service d'accouchements de l'hôpital Beaujon. Nous n'examinerons pas ici si M. Béhier n'a pas été déjà devancé dans cette voie, cela importe peu au fond ; ce qui importe, c'est le résultat obtenu. Or, nous ne croyons pas qu'aucune expérience de ce genre ait été faite jusqu'à présent dans des proportions telles qu'il ait été possible d'en déduire une appréciation pratique suffisante de l'action de ce moyen. La vaste épreuve faite par M. Béhier, et les faits nombreux dont il a exposé les résultats dans sa communication à l'Académie de médecine, permettront mieux désormais d'en juger la valeur. C'est ce qui nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs les faits principaux qui font la base de son travail.

M. Béhier, après un certain nombre d'essais par les irrigations froides, ayant reconnu à ce moyen des avantages réels, mais aussi quelques inconvénients inhérents au procédé lui-même, en est arrivé, après quelques tâtonnements, à pratiquer l'application continue du froid humide à l'aide des dispositions suivantes :

Une compresse pliée en plusieurs doubles, largement imprégnée d'eau, sans en laisser cependant écouler, est appliquée sur le ventre, et une ou deux larges vessies de caoutchouc, aux deux tiers remplies de fragments de glace et bien fermées, sont placées par-dessus le linge mouillé. Une alèze rabattue exactement et épinglée au besoin, maintient l'appareil tout entier en place, et sans se déranger en rien, permet aux malades d'exécuter dans leur lit tous les mouvements nécessaires. Elles peuvent même, au besoin, se mettre à genoux et descendre du lit sans cesser l'application du froid humide.

Le premier effet de l'emploi de ce moyen est l'amendement rapide de la douleur. Il est assez complet pour que les malades même très-gravement atteintes, puissent supporter sans plainte le poids des vessies et de l'alèze qui les maintient. Toutes les deux heures environ la glace doit être renouvelée, la compresse mouillée à nouveau.

Depuis le moment où M. Béhier a pratiqué l'emploi de ce moyen (c'est-à-dire depuis octobre 1858), 801 femmes ont accouché à l'hôpital Beaujon, et il a recueilli par écrit l'histoire de chacune d'elles. Sur ce nombre, la glace a été appliquée sur l'abdomen à 355 femmes; 244 d'entre elles ne présentaient, au moment de ces applications, qu'un gonflement qui disparut rapidement.

Chez 68 autres, les phénomènes furent plus menaçants; un mouvement fébrile marqué, avec commencement d'altération des traits, se manifesta. Voici, à titre d'exemple, le récit de l'état dans lequel se trouvait une de ces malades au moment où fut appliquée la glace :

Une femme de vingt-cinq ans accouche le 12 juin dernier d'un enfant à terme (présentation d'un pied). L'accouchement est long et douloureux, et suivi d'inertie de la matrice avec un peu de perte. Des compresses d'eau froide sont appliquées momentanément sur le ventre et sur les cuisses : la perte s'arrête.

Le 13 juin, l'utérus volumineux, ayant environ 13 centimètres de largeur, remonte à 15 centimètres au-dessus du pubis; gonflement très-marqué et douloureux des annexes, surtout du côté gauche; langue sèche, couverte d'un enduit blanc épais; soif ardente; pouls irrégulier, petit, peu perceptible : 100 pulsations; écoulement lochial abondant. — Application de la glace.

Le 14, la douleur est diminuée, ainsi que le gonflement; plaques diphthéritiques sur les grandes lèvres; lochies fétides; pouls à 120, plus résistant; moins de malaise. — Injections chlorurées; continuation de la glace.

Le mieux se prononce de plus en plus et la malade guérit; elle sort quatorze jours après.

Chez une autre femme accouchée le 7 février, et qui le 8 ne présentait aucun accident notable, dans la nuit du 8 au 9 on voit se développer tout à coup un frisson violent qui persiste, mais avec moins d'intensité pendant le reste de la nuit. En même temps, douleurs très-aiguës dans le ventre, qui arrachent des cris incessants à la malade, et que le moindre mouvement, la plus légère pression exaspèrent encore. Nausées accompagnées de vertiges; pas de vomissements; céphalalgie intense; face altérée et grippée; peau chaude; soif vive; bouche amère; pouls petit : 120 pulsations. — On applique des vessies de glace pendant la nuit. On continue ce seul moyen le 9.

Le 10, mieux très-marqué; la douleur n'existe presque plus, n'était à la pression et surtout à gauche. Un peu de diarrhée; pouls à 112; peau normale. — Glace; extrait aqueux thébaïque, 0,10; extrait de ratanhia, 2 grammes.

Le 12, le seul symptôme qui trouble un état satisfaisant est un léger frisson, et la malade sort le 22.

Ces symptômes, on le voit, étaient sérieux et menaçants; la glace les a arrêtés assez rapidement.

M. Béhier ne prétend pas dire que l'application du froid humide guérira tous les accidents survenus chez les femmes en couche. Il est des cas où rien ne réussit à prévenir l'infection purulente. 39 femmes sur les 801 accouchées ont succombé à l'hôpital Beaujon, depuis l'époque où les applications froides ont été mises en usage. Mais, même dans ces cas, il y a eu une certaine action ; la durée de la maladie a été prolongée au delà de ce qu'elle était avant l'emploi de ce mode de traitement. C'est surtout pour les cas exempts de toute affection généralisée à toute l'économie que le moyen a paru applicable.

Depuis qu'il a substitué l'application de la glace aux irrigations, M. Béhier y a eu recours avec succès, comme unique moyen de traitement, dans trois cas de péritonite grave dont une chez un homme, et dans quatre cas de phlegmon de la fosse iliaque avec symptômes très-graves de péritonite. Chez un de ces malades, la mort paraissait imminente; la guérison des accidents péritonéaux était un fait assuré après deux jours.

M. Béhier a retiré du même moyen de très-notables résultats dans cinq à sept cas de métrites sérieuses survenues après des causes variables (excès de coït ou refroidissement au moment des règles).

Un enfant nouveau-né, pris d'une péritonite non douteuse et très-intense, a guéri sous l'influence de l'application de la glace sur l'abdomen.

Dans sept autres exemples de ces engorgements subaigus des fosses iliaques si fréquents chez les femmes, la résolution a été obtenue de la même manière.

Dans ces nombreuses applications (elles s'élèvent au chiffre total de 382 observations), M. Béhier n'a rencontré aucune complication dont le froid humide appliqué d'une façon permanente pût être accusé. Il n'a vu qu'un seul exemple de pleurésie chez une femme en couche d'ailleurs profondément atteinte, puisqu'elle succomba avec du pus dans les veines, dans les lymphatiques et une gangrène de la face interne de l'utérus. Quatre autres femmes avaient présenté cette complication du côté de la plèvre dans l'année qui précéda le moment où a été tentée l'application de cette méthode. Il n'a jamais constaté la moindre complication thoracique chez d'autres malades.

En résumé, les applications prolongées du froid humide sur l'abdomen ont été inefficaces dans un certain nombre de cas, mais M. Béhier ne les a jamais vues nuire une seule fois, et n'a jamais dû les abandonner à cause de leur mauvais effet. Jamais elles n'ont entravé l'écoulement des lochies ou la sécrétion du lait. Il a vu assez souvent, au contraire, les lochies, suspendues par le fait des accidents auxquels il cherchait à remédier à l'aide des applications de glace, reparaître par l'emploi de ce moyen, comme il a vu l'écoulement menstruel, suspendu au moment du développement d'une métrite, reparaître quand le froid humide avait calmé la douleur et fait taire les accidents utérins.

Il n'a jamais vu non plus la peau se gangrener même après dix ou douze jours d'application de vessies de glace sur un même point. Il lui a paru même qu'il valait mieux prolonger trop longtemps l'emploi de ce moyen plutôt que de le suspendre prématurément. Il a souvent été obligé, enfin, de revenir à de nouvelles applications à cause du retour d'accidents sérieux, même dans des cas où il n'avait cessé l'usage de la glace que par suite de l'effacement complet en apparence de tous les symptômes.

Maladie lardacée, ou altération cireuse des viscères.

Les médecins allemands ont désigné sous les noms d'*altération cireuse des viscères*, de *dégénération lardacée* ou *amyloïde*, ou de *maladie lardacée* (speckrankhert), une lésion de divers viscères, plus particulièrement du foie, qui paraît liée à un état diathésique. Nous empruntons à la *Gazette hebdomadaire* la description suivante de cet état pathologique, traduite d'un travail récemment publié sur ce sujet par M. E. Wagner.

La *maladie lardacée*, d'après ce médecin, est rarement une affection primitive; presque toujours elle se lie à des maladies qui entraînent une suppuration prolongée des parties molles ou des os. C'est ce qui ressort de l'examen et de la catégorisation des 48 observations rapportées dans ce travail, et qui ont été toutes recueillies par M. Wagner lui-même. Sur ces 48 cas, on trouve : suppuration des os, 16 cas; suppuration des parties molles, 35 cas. Dans 5 cas, il y avait à la fois suppuration des os et des parties molles. Les 37 cas de la deuxième catégorie sont répartis ainsi qu'il suit : 27 cas de tuberculose pulmonaire chronique; dilatation bronchique sacciforme, 3 cas; cancer ulcéré, 3 cas; tuberculisation intestinale ulcéreuse, 1 cas; syphilis constitutionnelle coïncidant dans un cas avec un cancer, 2 cas; ulcération intestinale syphilitique, 1 cas; abcès du psoas de date ancienne, 1 cas; pyélite guérie ou hydronéphrose, 1 cas.

L'altération lardacée ne peut être sûrement reconnue sans l'intervention de certains réactifs chimiques. Le principal réactif à l'aide duquel on peut constater l'existence de cette altération, est la solution aqueuse d'iode ou la teinture d'iode ordinaire convenablement diluée. Une tranche mince du tissu suspecté devra être trempée à plusieurs reprises dans la préparation iodée, puis convenablement exprimée, et enfin mise avec précaution en contact avec quelques gouttes d'acide sulfurique concentré. Dans le premier temps de l'expérience, et sous l'influence de la seule solution d'iode, les parties dégénérées prennent une *coloration rouge* toute particulière; après l'action de l'acide sulfurique, elles prennent, au bout de quelques minutes ou seulement d'une ou plusieurs heures, une coloration *violette*, rarement une coloration *bleue*.

Les organes où l'on rencontre le plus communément cette dégénération sont, en premier lieu, la rate, le foie et les reins. Viennent, en seconde ligne, les ganglions lymphatiques, la membrane muqueuse du canal intestinal, l'épiploon, les capsules surrénales. La peau, les os, les cartilages, les muscles de la vie animale enfin, sont peut-être les seuls organes où la dégénération lardacée n'ait pas été encore signalée.

Les organes affectés, lorsque l'altération est suffisamment prononcée, prennent un aspect particulier; ils présentent habituellement une coloration gris pâle; ils ont une surface de section homogène, sèche; une consistance compacte, quelquefois pâteuse ou comme œdémateuse. L'organe lui-même, tout en conservant sa forme, subit un notable accroissement de volume. Habituellement, l'altération n'occupe pas indistinctement toutes les parties d'un viscère; dans le foie, par exemple, on la voit souvent concentrée sur quelques acini; dans la rate, elle occupe surtout les follicules; dans les reins, la substance corticale, etc. Les viscères atteints de l'altération lardacée sont pâles, anémiques; le sang qui s'en écoule est habituellement peu épais.

La dégénération lardacée porte primitivement, dans la majorité des cas, sur le système vasculaire, et en particulier sur les petites artères et les capillaires des organes.

Relativement à la nature de la substance particulière qui joue le rôle principal dans la dégénération lardacée, elle se rapprocherait, d'après les analyses chimiques, des matières albuminoïdes.

On ignore complétement jusqu'à présent si cette matière se forme sur place dans les tissus, par suite de la métamorphose des substances protéiques qui les constituent, ou si elle se produit primitivement dans un point de l'organisme, pour être déposée ensuite, par le mécanisme des métastases, dans les divers organes.

Il ne paraît pas exister de symptômes qui appartiennent en propre à la maladie lardacée; celle-ci peut être soupçonnée quelquefois cependant à l'aide de certains signes dans des cas où les conditions qui semblent présider à sa production se trouveront réunies; ainsi l'accroissement de volume du foie ou de la rate, la présence d'une albuminurie chez un individu atteint d'une suppuration prolongée, pourraient, suivant M. Wagner, conduire dans certaines circonstances données à supposer l'existence d'une altération lardacée portant sur les reins, la rate ou le foie. La diathèse hémorrhagique, l'anasarque, l'ictère, un

état de cachexie plus ou moins profonde, ont paru être dans plusieurs cas la conséquence immédiate de la dégénération lardacée des principaux viscères.

Voici, enfin, le résumé analytique des faits sur lesquels est fondé le travail de M. Wagner :

La tuberculose pulmonaire chronique paraît avoir été dans 27 cas la cause de la dégénération lardacée. Dans 20 cas il n'existait pas d'autre affection qui pût expliquer son développement. Dans 7 cas, la tuberculose pulmonaire chronique se montrait combinée à des affections qui à elles seules auraient pu produire la dégénération lardacée. La fréquence de cette dégénération dans la phthisie pulmonaire chronique peut être représentée par le rapport de 7 pour cent.

Dans les 20 cas où la tuberculose chronique était la seule affection primitive, il existait de nombreuses cavernes de moyenne grosseur, ou seulement une caverne unique très-volumineuse. Plusieurs fois il y avait en même temps des ulcérations intestinales. Dans tous les cas de ce groupe, il existait une rate cireuse; dans 12 cas, les reins étaient en outre affectés; le foie a présenté la dégénération lardacée dans 9 cas seulement.

La cause de la maladie lardacée paraît avoir été dans 11 cas une suppuration osseuse chronique sans complication. Dans la plupart des cas, le foyer purulent était encore en pleine activité à l'époque de la mort; dans un cas, l'affection viscérale se développa alors que la suppuration, liée à une coxalgie, s'était tarie depuis cinq ans déjà. Ces 11 cas se sont fait remarquer par l'intensité et l'étendue de la dégénération. 11 fois la rate a été atteinte, le foie l'a été 10 fois, les reins 9 fois, dans plusieurs cas, il y a eu en outre dégénération lardacée des ganglions lymphatiques.

Un troisième groupe comprend les faits où la dégénération lardacée a reconnu les causes les plus diverses. Dans 3 cas, elle a paru être la conséquence de la syphilis constitutionnelle. — Sur 109 cas de cancer, M. Wagner n'en a rencontré que 3 qui fussent compliqués de dégénération lardacée. Dans 2 de ces cas, il s'agissait d'un cancer de l'utérus; le troisième est relatif à un cancer de l'estomac. — Une fois la bronchiectasie sacciforme, une fois de vastes ulcérations tuberculeuses de l'intestin, une fois, enfin, de volumineux abcès siégeant dans les deux muscles psoas, ont été la cause de la dégénération lardacée. Elle s'est rencontrée encore dans un cas où il existait une pyélite compliquée de distension rénale.

Hydrocèle congéniale avec hernie; ponction; injection iodée.

Nous avons vu à la Pitié, dans les salles de M. Gosselin, un jeune garçon de quinze ans qui portait depuis longtemps dans le côté gauche du scrotum une tumeur allongée bilobée. Cette tumeur avait depuis quelques mois pris un développement plus considérable, et gênait pendant la marche.

En examinant le malade debout, M. Gosselin reconnut tout d'abord la consistance et la fluctuation d'une hydrocèle. Puis il trouva de la transparence dans la moitié inférieure seulement de la tumeur, mais point dans la moitié supérieure. En faisant coucher le malade, il reconnut que cette moitié supérieure se réduisait facilement dans le ventre, et que la moitié inférieure se réduisait aussi, mais à la condition de presser un peu longtemps et d'une manière soutenue. La tumeur une fois affaissée par cette double réduction, l'on sentait un testicule parfaitement sain et complétement descendu.

La tumeur se reproduisait avec les mêmes caractères aussitôt que le malade marchait; les efforts de toux en ramenaient une partie, mais ne la reproduisaient pas complétement, et surtout n'en reproduisaient pas la portion transparente, laquelle, au contraire, se montrait de nouveau aussitôt que le malade avait marché.

Il était donc évident qu'ici l'on avait affaire à une hernie et une hydrocèle existant simultanément dans le sac non oblitéré de la tunique vaginale. C'était, pour nous servir de l'expression consacrée par M. Chassaignac, une hernie et une hydrocèle péritonéo-vaginale, double lésion que les auteurs ont signalée, mais qu'on observe rarement, surtout avec un testicule complétement descendu.

L'indication en pareil cas ne fait doute pour personne. La ponction et l'injection iodée sont d'autant plus avantageuses que, si une oblitération de la tunique vaginale est obtenue, la hernie peut se trouver guérie, ou si elle n'a pas entièrement disparu, elle ne descend plus du moins dans le scrotum, et reste dans le canal ou à l'anneau, où sa contention est beaucoup plus facile.

Mais ici une difficulté se présentait : lorsque le malade était couché, position habituellement choisie et la plus commode en effet pour l'opération de l'hydrocèle, la hernie rentrait, et avec elle une partie du liquide. La poche alors restait flasque, et le testicule était exposé à être atteint par la pointe du trocart.

Pour éviter cet inconvénient, M. Gosselin fit placer le malade debout sur une chaise, le dos appuyé contre le mur; il refoula la hernie avec beaucoup de précaution, de manière à ne pas faire rentrer de liquide dans le ventre, fit comprimer solidement par deux mains le cordon spermatique au-dessous de l'anneau et le trajet inguinal. Refoulant alors avec la main gauche le liquide de haut en bas, il produisit une certaine tension de la tumeur, et ponctionna. La sérosité une fois évacuée, l'aide qui pressait avec les deux mains sur le trajet du cordon et sur celui du canal inguinal, fut engagé à presser plus fort encore pendant que le chirugien poussait lui-même une injection de teinture d'iode (un tiers de teinture pour deux tiers d'eau). De cette façon l'on eut la certitude que le liquide n'était pas projeté dans le péritoine. Après quatre minutes de séjour dans la tunique vaginale, ce liquide fut évacué.

Les jours suivants, il n'y eut ni péritonite ni accidents inflammatoires sérieux. Pour empêcher l'intestin de descendre, un spica fut appliqué; M. Gosselin plaça même un bandage herniaire par-dessus le spica, et assujettit ce dernier par de nouveaux tours de bande. Cette précaution était d'autant plus nécessaire que le malade avait été pris d'une toux fréquente.

Aujourd'hui la tumeur vaginale diminue, et l'on a lieu d'espérer la guérison de l'hydrocèle. Quant à la hernie, malgré la compression, l'épiploon paraît être redescendu, et former une hernie irréductible. Mais l'intestin reste réduit, et il est permis de penser que les adhérences qui s'établiront à la suite de l'injection iodée entre l'épiploon et le sac péritonéal formeront une barrière à l'intestin. Toutefois personne ne peut avoir de certitude à cet égard, et M. Gosselin ne manquera pas de recommander au malade l'usage habituel d'un bandage.

Fracture sous-trochantérienne spontanée du fémur gauche.

Dans le même service se trouve un homme de trente ans environ, qui a raconté, le jour de son entrée, il y a près de trois mois, et a répété à diverses reprises les détails suivants :

Il marchait tranquillement un matin sur le pont de Grenelle; lorsque tout à coup, sans faux pas, sans chute imminente, il ressentit une douleur très-vive à la partie supérieure de la cuisse gauche, et fut sur le point de tomber. Il s'affaissa, fut obligé de s'asseoir, et attendit qu'on vînt l'aider à se relever.

Il se trouva, à partir de ce moment, dans l'impossibilité de marcher, se fit transporter chez lui, et de là au Bureau central, puis à la Pitié, où il fut placé d'abord dans une salle de médecine, tant on était loin de soupçonner une fracture. Cependant, en l'examinant, M. Gosselin reconnut un raccourcissement du membre inférieur gauche, une légère rotation en dehors, et une mobilité anormale avec crépitation au tiers supérieur de la cuisse gauche.

Il devint donc évident que ce malade s'était fracturé le fémur au-dessous du grand trochanter en marchant, et que, sans aucun doute, cette fracture avait été préparée par une lésion de l'os, savoir : un cancer, une ostéomalacie partielle, ou une destruction lente par suite de cette ostéite spéciale, difficile à caractériser, que M. Malgaigne a signalée dans son *Traité des fractures*. Impossible à M. Gosselin de déterminer laquelle de ces lésions préparatoires avait eu lieu.

Aucun signe physique n'autorisait à croire à un ostéosarcome. Mais il était possible que l'os eût été détruit par un cancer central inappréciable à la vue et au toucher. Quant à l'ostéomalacie et à l'ostéite spéciale, rien n'autorisait à y croire. Il n'était pas possible d'ailleurs de faire intervenir la syphilis constitutionnelle; car le malade n'accusait aucun antécédent de ce genre, et on n'en trouvait actuellement aucune manifestation.

Dans cet état de choses, M. Gosselin se décida à traiter cette fracture comme une fracture ordinaire, en laissant au temps le soin de décider s'il fallait admettre une lésion irrémédiable du fémur. La cuisse fut donc placée dans un appareil de Scultet, et l'immobilité fut assurée au moyen d'un lit mécanique. Plus tard le malade fut soumis à l'emploi du phosphate de chaux.

Aujourd'hui, plus de soixante-quinze jours après l'accident, le cal paraît solide; le malade soulève et remue le membre dans son lit; le raccourcissement est un peu plus considérable que le jour de l'entrée; les mouvements imprimés au bas de la jambe se communiquent au grand trochanter. En un mot, les choses se sont passées chez ce malade comme chez un autre que M. Gosselin a eu l'occasion de traiter à l'hôpital Cochin en 1858, et dont M. Robert a parlé dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 février 1859, malade qui s'était également fracturé la cuisse très-facilement en marchant tranquillement dans la rue, et qui néanmoins a eu une consolidation aussi prompte que dans les fractures de cause ordinaire.

M. Nélaton vient de recevoir dans son service une femme atteinte d'une affection qui emprunte aux circonstances actuelles un haut degré d'intérêt. Il s'agit d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. La tumeur présente le volume d'un utérus au septième mois de la grossesse; elle est manifestement constituée par trois lobes : le premier, de forme ovoïde, se trouve situé dans la région épigastrique, et s'incline un peu du côté droit; le second descend vers le flanc gauche; le troisième, plus volumineux et d'une consistance plus ferme que les autres, occupe la région sous-ombilicale.

Bien que la palpation abdominale n'ait fait constater que ces trois poches, il est infiniment probable qu'il en existe beaucoup d'autres encore, et que chacun de ces lobes est constitué par une foule de petites cavités distinctes. Les kystes rapportés de Londres par M. Nélaton, et celui que M. Demarquay a récemment extrait à Saint-Germain, offraient des exemples de cette disposition.

Depuis quatre ou cinq ans cette femme s'est aperçue que son ventre grossissait; mais cette tuméfaction a suivi une marche lente, et ce n'est que depuis quatre mois à peine que l'abdomen s'est considérablement développé. L'état général de cette femme est excellent; elle semble se trouver dans les meilleures conditions possibles pour subir une opération. M. Nélaton a agité la question de l'ovariotomie, et il est bien déterminé à la pratiquer dans le cas actuel. Une seule chose suspend sa détermination. Pendant plusieurs années, le développement du kyste s'est fait avec une telle lenteur, la vie de cette tumeur a été si latente, que la femme ne s'en préoccupait même pas. Il pourrait donc se faire que l'on se trouvât en présence d'un de ces cas de kystes ovariques bénins dont les progrès sont si lents que l'économie s'accoutume en quelque sorte à la présence de cette masse qu'elle doit alimenter. Les asiles ouverts aux vieilles femmes offrent de pareils exemples. Ces faits sont rares, à la vérité, mais ils n'en doivent pas moins entrer en ligne de compte quand il s'agit d'une opération aussi grave que l'ovariotomie.

Dans le cas présent, il faut s'assurer si les renseignements fournis par la malade sont exacts, s'il est vrai que son kyste soit entré dans une phase nouvelle, et que ses progrès, autrefois si lents, soient désormais devenus rapides. Pendant un mois, M. Nélaton la gardera dans son service; pendant ce temps, le développement de la tumeur sera soigneusement observé, et si les indications fournies par la malade sont réelles, l'opération sera faite.

Tandis que les chirurgiens français sont en proie à tant d'hésitations, nos confrères d'outre-Manche continuent à pratiquer l'ovariotomie, et dans l'immense majorité des cas, le succès vient couronner leur hardie tentative. M. Baker-Brown a tout récemment communiqué à la Société d'obstétrique de Londres les résultats des ovariotomies qu'il a pratiquées dans son hôpital. Sur 19 opérées, 13 ont été parfaitement guéries; 6 sont mortes. Voilà donc plus des deux tiers de succès, et cette proportion se trouve encore augmentée si l'on ajoute à ce chiffre deux autres opérations faites dernièrement par le même chirurgien sur deux femmes qui sont en ce moment en voie de guérison.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Rétrécissemeent squirrheux de l'œsophage; autopsie (1).

M. X., âgé de cinquante-neuf ans, médecin, entre à la Maison de santé le 28 février 1862 dans le service de M. Demarquay, pour se faire traiter d'un rétrécissement de l'œsophage.

C'est un malade d'une constitution délicate, d'un tempérament nervoso-bilieux, et qui de plus a éprouvé dans sa vie de violents chagrins. Il a beaucoup voyagé, et est tombé sérieusement malade pour la première fois de sa vie à l'île Maurice. Le médecin qui le traita lui fit subir de fréquentes saignées. Après avoir passé sept ans de sa vie à l'étranger (principalement dans les pays chauds), il rentra en France jouissant d'une santé médiocre. Il n'a jamais fait d'excès, et n'a jamais présenté le moindre accident vénérien.

Il y a dix ans, à la suite d'un froid aux pieds, il éprouve de très-vives douleurs dans le bas-ventre, ainsi qu'une sorte d'anxiété générale, indéfinissable, survenant tous les soirs. C'est alors qu'il se met à l'usage de la morphine. Il en prend d'abord de petites quantités, et arrive par gradation jusqu'à l'énorme dose de 10 ou 12 grains par jour.

Il a continué cet abus de l'opium depuis cette époque jusqu'aux derniers moments de son existence.

A l'époque de son mariage, on s'aperçut que tous les matins il expectorait une abondante quantité de mucus à son lever.

Il y a un an, à la suite de l'immersion de sa tête dans de l'eau très-froide (habitude qu'il avait contractée pour empêcher ses cheveux de grisonner, d'après l'avis d'un coiffeur), il contracte un mal de gorge assez violent.

Enfin, au mois de mars dernier 1861, il s'empoisonne involontairement à la suite de l'ingestion de trois cuillerées à café de laudanum de Rousseau. Trois litres de café pur et des applications de linges chauds et secs sur le corps le rappelèrent à la vie. Il s'en ressentit pendant trois mois, étant d'une faiblesse extrême, obligé de garder le repos dans sa chambre. Quelque temps après il risqua de s'empoisonner de nouveau avec des pilules de morphine et de jusquiame.

En août 1861, on commence à s'apercevoir de sa difficulté à avaler. Il se lève souvent de table pour cracher les aliments qu'il vient d'ingérer. Il lui fallait une mastication prolongée pour rendre possible le passage du bol alimentaire. Un médecin consulté diagnostiqua un rétrécissement de l'œsophage, et passa une petite sonde. Depuis il n'a plus voulu se soumettre au cathétérisme.

Les difficultés dans la déglutition ont été en augmentant. On ne le nourrissait plus que de perdrix et de riz très-fortement réduits en bouillie, encore n'avalait-il qu'avec une extrême lenteur.

Du 24 au 25 février, le spasme fut si intense qu'il ne put même introduire une seule goutte d'eau dans son œsophage.

Enfin, le jeudi 27 février 1862, il consulte M. le professeur Trousseau, qui l'adresse à la Maison de santé.

Le lendemain vendredi 1er mars, nous le voyons à notre première visite. Il s'offre à nous dans un état de maigreur excessive; son visage offre une coloration jaune terreuse, et porte l'empreinte de la souffrance.

En examinant sa cavité buccale, on la trouve libre jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. Elle n'offre pas de coloration pathologique. Le cou ne présente extérieurement aucune tumeur. M. Demarquay pratique alors le cathétérisme de l'œsophage avec une sonde en caoutchouc. Avec un peu de difficulté et de résistance, il parvient cependant à la faire passer deux fois. Elle donne pendant son passage la sensation de filières successives, ou de nœuds d'étranglement, situés à des hauteurs différentes.

La seconde fois, elle cause des nausées très-intenses, qui obligent à suspendre l'expérience, et à remettre au lendemain l'exploration du conduit œsophagien.

Il se trouve assez bien dans la journée, mais le soir on peut constater un appareil fébrile assez prononcé. Le pouls est plein et vi-

(1) Observation recueillie et rédigée par M. Ch. Bernadet, interne du service, lue à la Société de chirurgie dans la séance du 26 mars.

brant; la peau est chaude et humide; la langue sèche; la soif intense.

Le samedi 2 mars à neuf heures et demie, nouvelle tentative de cathétérisme. Cette fois M. Demarquay, pour se rendre un compte exact de l'obstacle et de son siége, emploie une tige en métal, surmontée d'une petite boule en ivoire. Celle-ci, de forme olivaire, offre 1 centimètre dans son plus grand diamètre, qui se continue avec l'axe de la tige, et de 5 ou 6 millimètres dans son petit diamètre horizontal.

Après un moment de lutte contre un obstacle qui paraît situé tout à fait à l'orifice supérieur de l'œsophage, au niveau du cartilage cricoïde, la boule franchit le canal. Mais cette tentative est si douloureuse pour le malade, que l'on est obligé de la suspendre pour n'y plus revenir.

Le malade, en effet, régurgite aussitôt, et avec violence, quelques glaires pharyngés; il devient pâle; sa figure se couvre de sueurs, et il accuse une angoisse inexprimable dans la poitrine. On replaça le malade dans son lit.

A une heure de l'après-midi, il ne s'est produit aucune amélioration. Les douleurs sont toujours très-violentes. Interrogé sur leur siége, le malade, dont la voix a beaucoup faibli, indique toute sa poitrine, notamment la région sternale, où il éprouve une sensation d'anxiété indicible. Le pouls n'est pas élevé au-dessus de la normale. On prescrit : bain de son prolongé; cataplasmes laudanisés sur le thorax.

A six heures du soir, il y a un mieux léger; les cataplasmes laudanisés ont déterminé un peu de soulagement. Il a pris quelques cuillerées de bouillon et de vin. — 30 grammes de sirop de morphine sont donnés pour la nuit.

Le lendemain matin dimanche 3 mars, le malade est dans un affaissement profond; les yeux sont excavés et le teint plombé. Il est presque aphone, et nous prie par des signes d'examiner la région du cœur, où il dit souffrir beaucoup. L'oreille, appliquée dans cette région de la poitrine, ne perçoit point de bruits anormaux. Les mouvements du cœur paraissent seulement tumultueux et irréguliers. Le pouls est un peu plein et vibrant. La respiration ne paraît pas lésée fonctionnellement, bien que ses deux temps soient accompagnés d'un râle trachéal humide, percevable à distance. La chaleur de la peau paraît abaissée. L'aspect général du corps revêt une teinte cyanosée. On prescrit, sur la demande du malade, de la glace à sucer; lavements de vin et de bouillon, car la déglutition de la moindre goutte de liquide est impossible; potion au chlorhydrate de morphine pour la nuit.

La prostration et l'adynamie augmentent graduellement dans la journée, et le malade expire dans la nuit, à une heure moins un quart, en conservant l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Autopsie pratiquée le mardi 5 mars, à huit heures du matin.

Le sternum étant enlevé, on trouve immédiatement au-dessous de lui une vaste nappe de pus occupant toute l'étendue du médiastin antérieur, et remontant vers la région cervicale d'où il paraît avoir fusé. La plèvre droite et gauche renferment chacune de 158 à 200 grammes de sérosité albugineuse, jaunâtre. Il y a de plus deux ou trois fausses membranes blanchâtres au niveau de la plèvre costale gauche, en arrière et vers la sixième côté du même côté.

Tout le poumon droit est fortement congestionné dans sa moitié inférieure. Son parenchyme offre une coloration rouge foncé, et les tranches ou coupes qu'on y pratique tombent au fond de l'eau. Le sommet est presque exsangue; il contraste fortement par son gris jaunâtre avec le rouge brun des parties déclives. A gauche, tout le lobe postérieur est atteint d'une congestion semblable; mais le lobe antérieur donne à la coupe des canaux d'où suinte une sérosité purulente; il offre, en un mot, les signes d'une broncho-pneumonie à sa dernière période.

Le cœur est sain; il y a un peu de sérosité dans le péricarde.

L'œsophage enlevé avec la trachée, on peut constater qu'aucune tumeur ne vient comprimer leur calibre. En fendant l'œsophage sur sa ligne médiane et postérieure, on voit que depuis l'anneau cricoïdien jusqu'à son entrée dans l'estomac, la muqueuse ainsi que les parois du canal sont saines, si ce n'est quelques arborisations vasculaires, traces légères d'une subinflammation occasionnée par le cathétérisme. Le calibre du canal, régulier dans toute sa longueur, paraît un peu diminué par suite de l'abstention de tout passage des aliments.

Au niveau du cartilage cricoïde, c'est-à-dire à la partie commençante du canal, s'observe un rétrécissement circulaire, d'une hauteur de 3 centimètres 1/2, si considérable qu'un tuyau de porte-plume le franchit tout juste. Les parois, au niveau de cet étranglement, paraissent fortement épaissies; au toucher, elles donnent la sensation du tissu squirrheux ou cartilagineux. C'est sur les parties latérales qu'elles revêtent surtout leur plus grande épaisseur. La muqueuse sous-jacente est blanchâtre : elle a l'apparence du tissu cicatriciel, et offre des plis longitudinaux analogues et fort comparables à ceux qu'on observe au rectum au niveau du sphincter anal.

Immédiatement au-dessous de ce rétrécissement et en dehors du canal œsophagien, entre lui et la trachée, à gauche, et dans le tissu cellulaire qui les sépare, existe une vaste traînée purulente qui s'étend jusqu'au médiastin antérieur. Le nerf récurrent, compris dans les parois de ce kyste purulent, paraît avoir été comprimé. Son névrilème est fortement injecté. Enfin il n'y a aucune trace de communication de cette cavité purulente, soit avec la trachée, soit avec l'œsophage.

L'examen microscopique du rétrécissement, pratiqué par M. Luys, nous a montré ce qui suit :

« Le tissu morbide se présente sous l'aspect d'une plaque lardacée, de coloration blanc jaunâtre. La muqueuse du larynx, au niveau des bords de cette plaque, présente un aspect sanieux foncé, quelques bourgeonnements et une vascularisation médiocre.

» Une incision verticale intéressant toute l'épaisseur du produit morbide révèle qu'il est constitué par un tissu blanc grisâtre de consistance moelleuse, peu vasculaire, principalement sur les limites de la portion saine.

» Au niveau de la portion médiane, le tissu est presque complétement fibroïde, et rappelle l'aspect du tissu squirrheux proprement dit. Les éléments histologiques que l'on y rencontre consistent en une forte proportion de cellules de tissu conjonctif en voie de solidification. Les unes contiennent des noyaux doubles, triples; d'autres offrent dans leurs parois un développement insolite d'éléments fusiformes qui sont disposés en couches concentriques, et qui çà et là passent à l'état de fibres libres et indépendantes. Dans les régions qui sont relativement les plus anciennes comme date, les éléments conjonctifs sont pressés les uns à côté des autres et complétement condensés en tissu fibroïde résistant. »

DU MODE D'ADMINISTRATION DU COPAHU,

Par M. le docteur Louis BLANCHARD.

C'est seulement dans les dernières années du siècle passé, vers 1787, que Jacquin vint nous donner la description de l'arbre véritable qui produit le copahu, et qu'il entra dans des détails si curieux relativement à la manière hardie dont certains habitants de l'Amérique s'administraient en injections ce remède, dont l'action spéciale sur la membrane muqueuse du canal de l'urèthre n'a plus aujourd'hui besoin de démonstration. Des voyageurs nous ont rapporté depuis plus d'une circonstance sur ces pratiques lointaines.

Si tant d'essais ont été tentés à l'étranger sur le mode d'administration du copahu, il nous faut convenir que la France n'a pas suivi cette voie d'expérimentation : la capsule gélatineuse a été imaginée, et nous en sommes restés là. Or, n'est-il donc plus possible de faire mieux ?

Notre pratique spéciale nous a démontré depuis longtemps que ces capsules gélatineuses occasionnaient des nausées et finissaient par amener une excessive fatigue de l'estomac. Aussi avons-nous sincèrement applaudi à l'innovation de M. Fortin. Ce pharmacien-chimiste a résolu de préparer une médication agréable, et qui fût susceptible de déterminer la guérison des écoulements récents ou chroniques, mais qui ne causât aucun désordre dans l'organisme. Il a donc remplacé cette substance dure, indigeste et irritante, dont on recouvre le copahu, par une couche de sucre : le bol médicamenteux demeure inaltérable, devient d'une déglutition facile, et n'en masque pas moins complétement l'odeur et la saveur du copahu.

Ce n'est pas tout : le copahu, lorsqu'il est pris seul, a parfois plus d'un inconvénient, et l'on sait combien il irrite les voies digestives des malades. Afin de parer à cet inconvénient si souvent fâcheux, M. Fortin associe le copahu soit à la magnésie, soit au cubèbe, au fer, à la rathania ou au sous-nitrate de bismuth, et il parvient ainsi, selon les indications qui se présentent, à agir sur l'économie d'une façon efficace, sûre et appropriée à chaque individu.

Comme on imite toutes les bonnes choses, les *dragées de Fortin* n'ont pas manqué de faire naître des préparations rivales; mais la forme seule du médicament a pu en imposer au public et même à quelques-uns de nos confrères, car dans les imitations de ces dragées, l'enveloppe ne recouvre qu'une masse dure, sèche, d'une insolubilité avérée dans les sucs de l'estomac, et est par conséquent d'une action thérapeutique nulle.

M. Fortin, au contraire, s'est appliqué *à donner au noyau médicamenteux une consistance molle comme le miel*, condition indispensable pour qu'il y ait absorption, assimilation et action spécifique.

La matière médicale ne possédait autrefois que des remèdes très-difficiles à prendre et d'une saveur détestable. Une réaction en sens opposé a lieu aujourd'hui, et il nous semble que c'est là un progrès. Plus on arrivera à préparer nos médicaments les plus actifs d'une façon agréable, et plus le médecin pourra compter sur des succès; aussi sommes-nous convaincus que les *dragées de Fortin*, qui nous ont si souvent réussi, seront désormais recherchées par ceux de nos confrères qui tiennent à propager les choses bonnes et utiles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 mars 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. le docteur Dolbeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, se porte candidat à la place de membre titulaire, qui vient d'être déclarée vacante.

COMMUNICATION.

M. ROCHARD (de Brest), chirurgien en chef de la marine, membre correspondant de la Société, fait la communication suivante :

J'ai déjà eu l'occasion de présenter à la société, il y a trois ans, un travail sur l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre et sur les résultats remarquables dont j'avais été témoin à Brest. J'avais à cette époque pratiqué deux fois cette opération sans succès, j'ai été plus heureux depuis.

Le 15 octobre 1859, j'ai opéré par cette méthode un enfant du sexe masculin, qui est en ce moment dans un état de santé parfaite et sur lequel j'ai pu suivre jour par jour les transformations intéressantes par lesquelles passe l'anse intestinale maintenue au dehors, et les figures que je mets sous vos yeux retracent d'une manière assez exacte les phases successives de cette évolution.

Quelques jours avant mon départ, j'ai fait photographier le petit malade, aujourd'hui âgé de deux ans et demi; voici l'épreuve que j'ai obtenue; j'y joins le dessin d'après nature de l'anus artificiel de la femme opérée par Secaud, en 1813, et aujourd'hui âgée de quarante-neuf ans, afin de faire apprécier les différences que l'âge amène dans la forme et dans le volume de la tumeur.

J'attribue le succès que j'ai obtenu dans ma dernière opération, en premier lieu à ce que j'ai agi très-peu de temps après la naissance. L'enfant, né à quatre heures du matin, a été opéré à neuf heures du soir. Il en est un peu de l'anus artificiel comme de la hernie étranglée, on a d'autant plus de chances de réussir qu'on prend son parti plus promptement, et que le malade a moins souffert. Il y a toutefois cette différence que dans le cas de hernie étranglée on peut avoir des raisons pour différer, tandis que dans ce cas d'anus artificiel, on n'en a aucune. Il n'y a rien à attendre, ni des ressources de la médecine ni de celles de la nature.

En second lieu, je crois m'être placé dans de meilleures conditions, en rétrécissant notablement l'étendue de l'incision faite aux parois abdominales; je l'ai réduite à 25 millimètres; je n'ai passé qu'un seul fil dans le mésentère, au lieu de deux, et j'ai évité avec le plus grand soin de froncer l'intestin. J'ai cautérisé le moins possible.

DISCUSSION.

M. DEPAUL. M. Rochard vient de dire qu'il ouvrait la paroi abdominale dans le but de découvrir l'S iliaque à son origine. Dans l'opération d'anus artificiel chez les enfants dont le rectum est imperforé, je crois qu'on n'est jamais sûr de ce qu'on va découvrir. Dans quatre ou cinq opérations que j'ai faites, je n'étais jamais sûr de ce que j'allais rencontrer après l'incision de la paroi de l'abdomen. J'ai donné quelques indications, mais il n'y a jamais certitude.

M. ROCHARD. J'ai pratiqué trois opérations pour des rectums imperforés. Deux fois j'ai rencontré l'S iliaque bien conformée et bien située. Dans un cas il y avait rétrécissement filiforme du côlon, la mort survint. Il est évident qu'on n'est pas sûr de rencontrer l'S iliaque; mais dans quelle opération chirurgicale est-on toujours sûr de trouver ce que l'on cherche ?

M. GIRALDÈS. La remarque de M. Depaul est fort juste; il est, en effet, très-difficile de dire à l'avance ce que l'on va ouvrir. La conformation et les rapports de l'S iliaque sont très-variables. Il y a quelques années, à la suite d'un rapport de M. Robert à l'Académie de médecine, M. Huguier montra que l'S iliaque était plutôt à droite qu'à gauche, et il proposa de faire l'incision de la paroi abdominale à droite. J'ai voulu vérifier ce qui était fondé dans cette manière de voir. J'ai fait cent autopsies à l'hôpital des Enfants assistés, et le résultat de mes recherches a été que l'S iliaque se rencontre plus souvent à gauche qu'à droite. Il faut se méfier des coïncidences; ainsi, dans une circonstance, je pris cinq enfants, et tous les cinq avaient l'S iliaque à droite. Celui qui serait tombé sur cette série aurait peut-être, mais à tort, conclu que M. Huguier avait raison.

M. DEPAUL. L'opération de M. Rochard serait à peu près impossible s'il y avait oblitération de l'intestin. Je crois que la nature a des ressources et qu'elle présente elle-même ce qui doit être ouvert.

M. BLOT. La nature du mucus trouvé dans l'anus avec oblitération au-dessus peut servir à diagnostiquer cette oblitération. Ainsi, dans ce cas, le mucus est parfaitement incolore. M. Rochard a-t-il fait une statistique des faits dont il parle ?

M. HUGUIER. J'ai vu tant de fois à l'hôpital de Lourcine que l'S iliaque était à droite, que je ne fais aucun doute à cet égard. Plus tard, à Beaujon, j'ai eu l'occasion de me confirmer dans cette opinion. A l'occasion du rapport de M. Robert sur le fait de M. Rochard, je fis de nombreux dessins que je pourrais communiquer à la Société. Peut-être cette disposition est-elle moins constante que je ne l'ai dit; mais, en tout cas, elle est très-fréquente, et je crois que l'incision à droite a de grands avantages. Hier matin encore, à l'hôpital Beaujon, on m'a amené un nouveau-né qui avait une oblitération du rectum avec un anus bien conformé. Il était né depuis huit jours; il avait des vomissements, et le ventre était ballonné. L'oblitération existait à 2 centimètres au-dessus de l'anus. J'ai pratiqué l'incision à droite, au-dessus de l'arcade crurale.

Cet enfant m'a démontré qu'il n'est pas toujours facile de déterminer le point vers lequel la tumeur du méconium fait saillie, à cause de la distension de l'abdomen. Il n'y a pas un seul point qui offre de la matité, et la tension cache le relief de la tumeur. Par la présence de gaz, l'intestin est porté en haut et en avant, tandis que la tumeur fécale est en arrière, inaccessible à nos moyens physiques d'investigation.

Quoi qu'il en soit, je reconnus chez cet enfant que l'intestin manquait dans une grande étendue. Je parvins à trouver le bout distendu; je le fixai à la paroi abdominale et j'en fis l'ouverture. Je ne connais pas le résultat.

M. BÉRAUD. Il s'est élevé entre M. Huguier et M. Giraldès une discussion sur un problème anatomique à l'égard duquel je puis fournir quelques éclaircissements. Depuis que je suis attaché à la Maternité, j'ai examiné une cinquantaine d'enfants nouveaux-nés dans le but de me faire une opinion personnelle sur la situation de l'S iliaque à la naissance. Je dois déclarer que, d'après ces recherches, je pencherais plus volontiers vers la manière de voir de M. Huguier. Cependant, je ne pense pas que M. Giraldès ait mal observé. Comment alors expliquer cette dissidence ? Je pense que les observations n'ont pas été faites dans les mêmes conditions. J'ai remarqué, en effet, que si au moment de la naissance l'S iliaque est à droite, il quitte bientôt cette situation pour se rapprocher de la ligne médiane et se fixer à gauche définitivement. Ces changements s'opèrent promptement dès que les fonctions s'établissent, dès que le rectum se vide. Or, je me demande si M. Giraldès, qui a pris ses observations à l'hôpital des Enfants assistés, n'a pas vu des S iliaques ayant déjà subi cette évolution. C'est la seule manière de se rendre compte de la divergence d'opinion entre de si bons observateurs que M. Giraldès et M. Huguier.

M. CHASSAIGNAC. La position de M. Rochard est forte, il a pour lui le succès. Que sont les faits anatomiques en présence de ses résultats ? Quant aux cas qui offrent des oblitérations multiples, ils sont malheureux; mais on ne peut en faire une objection à M. Rochard.

M. GIRALDÈS. Je maintiens mon opinion : c'est à gauche que l'on trouve le plus fréquemment l'S iliaque. Sur les cent faits que j'ai vus, il s'agissait d'enfants ayant trois ou quatre jours. M. Bastien, en France, M. Curling, en Angleterre, sont arrivés au même résultat que moi. J'ai compulsé les observations publiées sur ce point, et on a toujours trouvé l'intestin à gauche. Un seul fait publié par M. Tardieu a offert l'intestin à droite. Dans deux opérations que j'ai pratiquées récemment à l'hôpital des Enfants malades, j'ai toujours rencontré l'S iliaque à gauche.

M. ROCHARD. Je réponds à M. Depaul que tous les cas que j'ai vus offraient le cul-de-sac rectal imperforé. Je dirai à M. Blot que j'ai quinze observations avec guérison ou non-guérison. Quant aux rétrécissements multiples, je suis de l'avis de M. Chassaignac, ce sont

des cas malheureux encore au-dessus des ressources de l'art. Quand j'ai dit que j'allais chercher l'intestin, voici ce que je voulais dire : je cherche la fin du côlon descendant, et après l'avoir trouvé je m'en sers pour tirer au dehors l'S iliaque.

LECTURE.

M. ROCHARD (de Brest) fait une lecture sur l'*ulcère dit de Cochinchine.* (Nous publierons ce travail dans le prochain numéro.)

DISCUSSION.

M. CULLERIER. M. Champenois a envoyé à la Société un mémoire sur le même sujet. Je vois que M. Rochard professe les mêmes opinions que lui. Il me semble, d'après la description que je viens d'entendre, que l'ulcère de Cochinchine est à peu près la même affection que l'ulcère de Mozambique. A propos de ce dernier, j'ai regretté qu'on n'eût pas employé le microscope, et je demanderai à M. Rochard s'il a porté ses investigations de ce côté.

M. ROCHARD. Non. L'ulcère ne débute ni par une pustule ni par un tubercule; c'est toujours une blessure qui en est le point de départ.

M. BROCA. Je veux demander à M. Rochard quelle est la gravité relative de cet ulcère chez les indigènes.

M. ROCHARD. Elle est plus considérable que chez les étrangers.

M. BROCA. Si cette affection est plus grave chez eux, il faut qu'ils aient contre elle une sorte d'immunité, quand je vois que sur notre contingent il y a eu 700 cas.

M. ROCHARD. Cette grande quantité tient aux conditions dans lesquelles le corps expéditionnaire s'est trouvé. Il a fallu tout créer, travailler sous la pluie, dans des buissons qui produisaient des piqûres. Les Annamites, au contraire, vivant tranquilles, n'ont pas eu autant de malades. Du reste, parmi les 700 cas, il y en a eu de peu graves. Il n'y a eu en somme que 400 cas graves sur nos 2,000 soldats.

M. BROCA. Y a-t-il une anesthésie semblable à celle de l'ulcère de Cochinchine, dans l'ulcère de Mozambique étudié aussi par M. Rochard ?

M. ROCHARD. C'est là un fait spécial à l'ulcère de Mozambique, et qui n'a pas été observé dans l'ulcère de Cochinchine par nos confrères.

M. CULLERIER. M. Azéma n'a pas signalé cette anesthésie dans sa description de l'ulcère de Mozambique.

M. LARREY. Il ne faut pas s'exagérer ce caractère. Il est constaté dans tous les ulcères atoniques. Mon père, qui a fait un emploi excessif du fer rouge, a souvent constaté l'anesthésie de certains ulcères.

M. ROCHARD. L'anesthésie dont il s'agit ne siége pas seulement dans les surfaces ulcérées, mais aussi dans les parties circonvoisines n'ayant avec l'ulcère aucune relation nerveuse.

M. LE PRÉSIDENT propose le renvoi du travail de M. Rochard aux *Bulletins*.

La Société adopte.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. ROCHARD. Les deux pièces que je présente sont deux fragments de fémur dont j'ai pratiqué la résection sur deux sujets qui avaient subi longtemps auparavant l'amputation de la cuisse pour cause de tumeur blanche. Tous deux avaient guéri de leur amputation, mais pas radicalement; la maladie de l'os s'est reproduite, et j'ai dû en venir à la résection de son extrémité. Le premier de ces sujets, opéré en ville, a succombé à un érysipèle. Je me hâte d'ajouter que c'est la seule fois qu'il me soit arrivé, dans une pratique déjà assez étendue, de perdre un opéré de la suite de cette complication, et ce n'était pas à l'hôpital.

La seconde pièce, qui présente des désordres si complexes, provient d'un sujet auquel j'avais amputé la cuisse dix-huit mois auparavant par la méthode oblique elliptique; l'os, largement recouvert par les parties molles, n'avait pas été exposé à l'air un seul instant, la cicatrice s'étant faite d'une manière régulière dans presque toute son étendue. Il restait cependant un petit trajet fistuleux qui arrivait sur l'os dénudé.

DISCUSSION.

M. MARJOLIN. Je voudrais savoir s'il s'agit d'une ostéo-myélite ou d'une ostéite, dans le premier fait que vient de nous communiquer M. Rochard.

M. ROCHARD. Il s'agissait, en effet, d'une ostéite.

M. MARJOLIN. C'est là une affection très-fréquente chez les enfants. J'ai remarqué qu'elle est très-sujette à des récidives, et de là la nécessité des résections pour les inflammations osseuses.

M. ROCHARD. J'ai eu l'occasion de constater la justesse de l'observation faite par M. Marjolin.

— M. DEMARQUAY présente les pièces anatomiques relatives à un rétrécissement de l'œsophage, et remet en même temps l'observation. (Voir plus haut.)

Cure radicale des varices volumineuses par phlébite adhésive spontanée. — M. BLOT communique le résumé de deux observations de cure radicale de varices volumineuses, chez des femmes enceintes, par phlébite adhésive spontanée.

Les deux femmes qui font le sujet de ces observations sont toutes deux grandes, fortes et bien portantes; l'une est primipare, l'autre multipare. Elles sont toutes deux parvenues au septième mois de la grossesse quand elles viennent à la clinique. Chez toutes deux, les paquets variqueux enflammés ont pour siége le jarret et la malléole interne. Chez l'une et l'autre, une rupture peu étendue de ces varices a eu lieu avant l'entrée à l'hôpital. A ce moment, voici ce qu'on peut constater : varices volumineuses dans les jarrets et sur la face interne de la jambe droite surtout. Chez l'une, les veines qui répondent à la malléole interne sont très-vivement enflammées; on sent là plusieurs cordons durs avec rougeur et chaleur de la peau, qui est légèrement ulcérée en un point. Chez l'autre, c'est sur le côté interne du jarret qu'on trouve les mêmes phénomènes. Le traitement appliqué consiste uniquement en des cataplasmes sur les parties malades et l'élévation du membre tout entier au moyen d'un plan incliné. Chez la nommée P..., il existe en outre des varices du col de l'utérus que le toucher fait saigner, quelle que soit la douceur avec laquelle on le pratique.

Quinze jours après l'entrée de P..., et trois semaines après celle de F..., les tumeurs variqueuses enflammées sont guéries et les veines qui les formaient ont disparu; on n'en sent plus d'autre trace qu'une plaque dure, comme cicatricielle, au niveau de l'endroit où primitivement existaient les cordons noueux et saillants. Les caillots qui s'étaient formés au niveau des points rupturés ont complétement disparu; une partie du sang s'est écoulée au dehors, comme on pouvait le voir sur les cataplasmes; une autre a été probablement résorbée, et un mois avant l'accouchement le calibre des veines enflammées a complétement disparu.

Ces femmes, qui restèrent soumises à notre observation jusqu'après leur accouchement, sortirent bien portantes, l'une le 24, l'autre le 26 décembre 1860. Elles étaient entrées à l'hôpital, l'une le 15 septembre, l'autre le 18 du même mois.

Ces deux faits, qui se sont offerts en même temps à notre observation, nous ont paru présenter quelque intérêt à cause de la rareté de la guérison spontanée des varices par phlébite adhésive, surtout pendant la grossesse.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour une place de chirurgien au Bureau central s'ouvrira à l'administration générale de l'Assistance publique, le 29 avril. Le registre d'inscription sera clos le 12 avril.

— Un concours pour une place de prosecteur et un autre concours pour deux places d'aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, s'ouvriront le 15 avril prochain.

— M. Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine, a été nommé commandeur de l'ordre de Charles III d'Espagne.

— La Société de médecine pratique, dans sa séance du 3 avril, a nommé M. Magne secrétaire général, en remplacement de M. Foucart, décédé.

— Nous rappelons à nos confrères que c'est le 28 avril prochain que s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le concours pour deux places de médecin des hospices civils de cette ville.

— M. Bouchut commencera son cours clinique des maladies de l'enfance le mercredi 9 avril, à neuf heures, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour le continuer toutes les semaines, et son cours théorique le vendredi 11, à trois heures, à l'Ecole pratique, amphithéâtre no 3, pour le continuer les lundis et vendredis à la même heure.

— M. le docteur Moura-Bourouillou reprendra son cours public de laryngoscopie le mardi 8 avril à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre de la rue Larrey, 8, et le continuera les samedis et mardis suivants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Roger, né à Vessigny (Aude); *Quelques mots sur la rougeole et ses complications.*

Marcailhou-d'Aymerie, né à Ax (Ariége); *Des alcooliques et de leur abus.*

Phalippou, né à la Salvetat (Hérault); *De l'inertie de l'utérus pendant l'accouchement.*

Ducuror, né à Biscle (Gers); *Des indications thérapeutiques.*

Raspail, né à Aurel (Vaucluse); *De la médecine comparée aux autres sciences sous le rapport de son objet, de sa méthode et de ses difficultés.*

Dangereux, né à Calmont (Haute-Garonne); *Du noma, ou gangrène de la bouche.*

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

MM. Dartigue, à Villefranche.	5 fr.
Loffel, étudiant en médecine, à Paris. .	5
C. Delvaille, à Montpellier.	10
Total.	20 fr.
Total de la liste précédente.	260
Total jusqu'à ce jour.	280 fr.

De la Digitale et du meilleur mode d'emploi de cette plante, par LABÉLONYE, pharmacien de l'Ecole spéciale de Paris, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine, etc. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — M. Labélonye, qui s'est particulièrement occupé de l'étude de la digitale, démontre, dans cette brochure, que cette plante doit ses propriétés si diverses et qui en font à la fois un excellent sédatif et un puissant diurétique, non à un principe unique, mais à la réunion des divers principes qui entrent dans sa composition, et que l'alcool à 60° en est le meilleur dissolvant. — Il prépare, à l'aide de ce menstrue, dans le vide, à l'abri de toute altération, un extrait qui contient tous les principes auxquels on peut attribuer les propriétés de la digitale, et, pour en rendre l'emploi plus facile, il l'unit à un sirop dans la proportion de 5 centigrammes pour 31 grammes de sirop. — Les succès qu'obtiennent tous les jours les praticiens de l'emploi du Sirop de Labélonye (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19) dans les maladies organiques ou non organiques du cœur, dans les affections pulmonaires, bronchiques, et dans les hydropisies, prouvent, en effet, qu'il jouit de toutes les propriétés sédatives ou diurétiques de la digitale.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Richet). D'une nouvelle variété de luxation de l'épaule, dite luxation sus-costale. — ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE LYON. Examen des opinions émises récemment par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris. — Note sur l'ulcère de Cochinchine. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 31 mars. — Nouvelles. — FEUILLETON. Hygiène de l'Algérie.

PARIS, LE 7 AVRIL 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture de la dernière partie du mémoire de M. Jobert (de Lamballe), sur la régénération des tendons ; c'est la conclusion des recherches expérimentales et cliniques contenues dans ce travail.

L'espace nous manque aujourd'hui pour apprécier comme ils le méritent les résultats de ces intéressantes recherches et pour examiner les questions historiques qu'elles peuvent soulever. Nous renvoyons ce double examen à l'un des prochains numéros. Nous nous trouvons dans la même nécessité pour quelques-unes des autres communications de cette même séance qui ne peuvent trouver place dans le compte rendu d'aujourd'hui. — Dr Brochin.

L'administration de l'Assistance publique s'occupe avec une persévérance soutenue du perfectionnement de ses services et des améliorations qu'il convient d'introduire dans ses établissements.

Déjà, en 1860, elle a amélioré notablement le sort des sous-employés, des infirmiers et des serviteurs de toutes les classes. Les salaires ont été augmentés ; l'avancement hiérarchique a été institué pour ceux des serviteurs ayant les connaissances nécessaires, qui se rendraient dignes d'être élevés au grade de sous-employé. Cette mesure, si favorable d'ailleurs à la bonne exécution du service, a eu et aura pour résultat d'accroître de 60,000 francs en 1861, le montant des salaires de ces utiles agents, et d'y ajouter chaque année, par des augmentations périodiques, de nouvelles allocations qui placeront les serviteurs des hôpitaux et hospices dans une position à peu près égale à celle des serviteurs de la ville, avec des droits à la pension et la perspective que n'ont pas ceux-ci, d'un avancement assuré dans des postes meilleurs et plus relevés.

Mais ce sont surtout les améliorations matérielles qui fixent en ce moment l'attention de l'administration.

Depuis 1848, elle a adopté pour les denrées principales, telles que la viande, le vin, les achats de halle, les légumes frais et secs, etc., un nouveau mode d'approvisionnement par service central, qui a réalisé un progrès considérable, en rehaussant très-sensiblement la qualité de la nourriture. Il n'est point douteux que ces réformes et l'emploi des agents anesthésiques ne soient pour beaucoup dans les atténuations de mortalité que M. le docteur Trélat a signalées récemment, à l'occasion de la statistique des opérations chirurgicales. L'administration ne s'arrêtera pas là : elle a étudié et même expérimenté des modifications très-appréciées de la plupart des médecins et chirurgiens, dans le régime alimentaire actuel. Quelques incertitudes sur le rendement des viandes, ont ajourné la solution qui doit intervenir à la suite de ces essais.

Les lieux d'aisances sont, on le sait, dans les grands établissements, une source d'embarras difficiles à surmonter ; une commission composée d'hommes compétents, choisis parmi les chimistes et pharmaciens des hôpitaux, et parmi les employés supérieurs de l'administration chargés des bâtiments, recherche, depuis le commencement de l'année dernière, les moyens de prévenir les émanations qui, dans le système des fosses étanches, s'exhalent nécessairement à l'extérieur, proportionnellement à leur capacité et à l'insouciance des personnes qui en font usage.

L'administration ne se borne pas à cette recherche, elle a pratiqué des essais : aux Incurables (femmes), à la Salpêtrière, ils ont réussi jusqu'à ce jour, et on les applique en ce moment à quelques hôpitaux dont la population nomade et peu soucieuse des avantages de la propreté, est le principal obstacle à leur entier succès.

L'administration a expérimenté en grand, dans l'un de ses principaux hospices, une simplification de la literie. Cette mesure, si elle est adoptée définitivement et étendue aux hôpitaux, sera le point de départ de certains perfectionnements hygiéniques très-utiles.

On se propose d'établir partout où les localités nouvelles le permettront, dans le voisinage ou en contiguïté des salles de malades, des cabinets pour les soins de propreté et de petites salles pour les repas et la distraction des malades levés et des convalescents.

En 1861, l'administration a fondé à la mer, dans le Pas-de-Calais, un hôpital pour les enfants scrofuleux ; elle a ainsi créé un moyen puissant de thérapeutique, qui s'ajoute aux précieuses ressources que M. Davenne a procurées à la science, en établissant l'hôpital de Forges, qui a la même destination.

Dans la même année, on a édifié à l'hôpital Saint-Antoine un nouveau pavillon de malades, et l'on a fait établir à Saint-Louis, pour le service intérieur de cet hôpital, un vaste système de balnéation qui est sur le point de fonctionner.

L'administration va ouvrir Sainte-Périne reconstruit ; elle termine l'hospice des Ménages, transporté à la campagne et agrandi ; elle poursuit l'étude des deux nouveaux hospices d'incurables et celle de l'Hôtel-Dieu. Elle va réédifier et régulariser une partie de l'hôpital de la Charité.

D'autres travaux moins importants, imputables sur la subvention d'un million que la ville accorde chaque année, sont en cours d'exécution ou en projet. Parmi les premiers que 1862 verra s'accomplir, sont compris la construction d'un deuxième pavillon à l'hôpital Saint-Antoine et des bâtiments qui permettront de loger dans plusieurs hôpitaux, au grand avantage du service, un nombre assez notable d'élèves internes, que l'insuffisance des locaux disponibles n'avait pas permis de faire résider à l'intérieur.

L'administration ne se borne pas à ces améliorations toutes pratiques ; elle a commencé l'étude théorique des principes à observer et des bases à adopter dans la construction des nouveaux hôpitaux, ainsi que dans l'aménagement des hôpitaux anciens. Voulant, selon ses précédents, associer ses médecins et ses chirurgiens à cette étude, et recueillir les lumières des hommes les plus compétents en matière d'hygiène, elle a institué, pour la mener à bonne fin, une commission hospitalière où le corps médical des hôpitaux est largement représenté. Cette commission, dont la tâche est spéciale et définie, se réunira sous la présidence du directeur de l'administration ; elle se compose : pour la médecine, de MM. les docteurs Grisolle, Guérard, Vernois, Tardieu, Bergeron et Delpech ; pour la chirurgie, de MM. les docteurs Cullerier, Danyau, Richet, Gosselin et Broca ; pour la pharmacie, de MM. Regnauld, Bouchardat et Réveil ; pour l'administration enfin, de MM. Blondel, inspecteur principal ; Labrouste, architecte en chef ; Ser, ingénieur, et Dubost, chef de division, secrétaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. RICHET.

D'une nouvelle variété de luxation de l'épaule, dite luxation sus-costale.

(Observation recueillie par M. L. DUCHESNE, interne des hôpitaux.)

Le 14 février 1861, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 25, service de M. le docteur Richet, le nommé L... (François-Etienne), âgé de quarante-huit ans.

Ce malade nous raconte que dans la fabrique où il travaille comme chauffeur, il a été saisi par l'arbre de couche. Il a perdu immédiatement connaissance, et a été transporté de suite à l'hôpital. Il ne peut nous donner aucun autre renseignement.

Nous examinons le malade, et nous constatons les phénomènes suivants :

L'aspect du bras ferait plutôt croire à une fracture qu'à une luxation ; en effet, le moignon est arrondi, le deltoïde soulevé et comme ramassé sur lui-même. Au-dessous de son insertion humérale est un pli profond oblique en bas et en avant, au niveau duquel existe une excoriation, trace de la pression qui a déterminé la lésion.

Si maintenant on pratique la mensuration, on trouve entre l'épicondyle et l'acromion du côté malade 26 centimètres 1/2, et du côté sain 31 centimètres, ce qui fait un raccourcissement de 4 centimètres 1/2. En imprimant des mouvements à l'humérus, on ne perçoit aucune crépitation. Le membre reste dans l'abduction forcée. Le

---

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de l'Algérie, par M. le docteur MARIT, médecin principal, professeur à l'École de médecine d'Alger (1).

Il est de règle pour le général qui a souci de la conservation des hommes qu'il commande, de se munir, avant d'entrer en campagne, de documents topographiques relatifs à l'état des contrées où les troupes doivent opérer. De même, le marin qui s'engage dans un voyage de long cours ne manque jamais de se pourvoir de plans sur lesquels sont indiqués les courants, les récifs, la configuration des côtes, etc., afin d'éviter les sinistres. Le colon qui s'éloigne de la mère patrie, entre lui aussi en campagne ; il a donc besoin d'être renseigné sur la nature du conflit dans lequel il va se trouver engagé, sur les conditions de la métamorphose qu'il va subir et que l'on nomme l'*acclimatement*.

Depuis trente ans, le sol algérien fixe les regards de nos compatriotes par le luxe de sa fécondité. Ceux qui obéissent à cette fascination marchent pour la plupart à la rencontre des surprises ou des dangers du climat, sans autre préoccupation que celle du lucre. L'intention qui les a mis en mouvement étouffe toute pensée de prudence ; mais il faut dire, à leur décharge, que si par hasard le désir de se prémunir contre la maladie entrait dans leurs calculs, les guides leur feraient défaut.

Ce n'est pas que les matériaux manquent à l'étude hygiénique de l'Algérie ; mais les mémoires, les documents, d'ailleurs fort instructifs qui ont été publiés, ne comprennent guère que des détails et non la question d'ensemble ; jusqu'à présent il n'en avait été déduit que de vagues formules de préservation. C'est à ces inconvénients que M. Marit a voulu remédier en publiant un livre qui mérite d'être bien accueilli, non-seulement parce qu'il est le premier venu de cette espèce, mais parce qu'il se recommande par de sérieuses qualités. Certes, je ne prétends pas que M. Marit a découvert l'Algérie, que le premier il en a donné une description exacte : ce que je lui attribue, c'est d'avoir bien déterminé les qualités du climat de cette contrée, et d'avoir mis en lumière certaines influences obscurcies sous la main d'écrivains infidèles ou malhabiles à observer.

Les enquêtes de cette nature comportent plusieurs *manières*. Ainsi, un médecin quelconque (je proteste ici contre toute allusion), propre à faire de la science comme un Turc à prêcher l'Évangile, tourmenté par le besoin de se mouvoir ou de se grandir sous les dehors d'une investiture officielle, rêve que tout est en feu aux Batignolles, quoique rien n'y brûle. A peine éveillé, il se rend chez le ministre chargé du département des incendies, et sollicite avec instance, avec importunité même s'il le faut, la mission de rechercher sur place les causes du sinistre et les moyens d'en prévenir le retour. Comment refuser à ce pauvre visionnaire un laisser-passer qui fera sa gloire et son bonheur ? Mais, dans l'attente de cette faveur, que d'heures, que de jours stoïquement passés dans la Mare aux Hérons, c'est-à-dire dans l'antichambre de Son Excellence ! Qu'importe l'épreuve au praticien philanthrope : il a réussi, il fait sonner les cloches ; d'un seul regard il a tout vu, d'un coup de main il a ramassé tout ce qui est à recueillir, et bientôt il revient les épaules chargées d'un sac où il y a du blé, des glands, de l'orge, des lentilles, des châtaignes, etc. ; semez le tout ensemble, et vous verrez quelle moisson impossible on vous a rapportée.

Cette manière n'est pas celle qu'a suivie M. Marit ; la mission qu'il remplit est celle qu'il s'est donnée lui-même. Un séjour de dix ans en Algérie, où il a été successivement attaché aux ambulances, aux hôpitaux, lui a permis de tout observer à loisir, de se familiariser avec les phénomènes météorologiques et avec les influences morbides propres à tous les points de cette vaste contrée.

Pour être complet dans son œuvre, M. Marit n'y a point fait entrer seulement ses recherches personnelles ; il y a admis également les faits observés avant lui, après en avoir toutefois vérifié l'exactitude.

L'intention de l'auteur, en entreprenant un semblable travail, a été, comme il le dit lui-même, de vulgariser une science qui enseigne à n'employer que les choses utiles à l'homme vivant ou destiné à vivre sous le climat de l'Algérie ; car ce climat, comme celui d'autres pays situés dans les parages de l'équateur, exige des règles spéciales de conduite et de préservation.

Un livre conçu et rédigé sur ce plan suffit, en effet, pour donner aux personnes nouvellement établies en Afrique et à celles qui se proposent d'habiter cette colonie, les notions qui leur ont manqué jusqu'ici et en vertu desquelles chacun devient apte à se gouverner au milieu des écueils de l'acclimatement. Cet ouvrage peut même avoir de l'intérêt pour les médecins européens appelés à décider du choix à faire entre les diverses provinces de l'Algérie, comme but d'émigration coloniale.

La méthode adoptée pour la distribution des matières dans ce livre est simple et rationnelle. Après une esquisse topographique des principales localités, l'auteur en décrit la météorologie ; puis il relie à cette étude préliminaire, comme à leur point de départ naturel, toutes les modifications que subissent l'organisme et la santé au contact des agents extérieurs.

La population d'une colonie comprend des individualités bien diverses quant à l'âge, à la provenance, etc. ; toutes ces individualités ne sont pas influencées de la même manière par les actions climatériques. De là la nécessité, en hygiène, de déduire des préceptes généraux, des règles applicables à la variété des espèces. C'est ce qu'a tenté M. Marit, et il y a fort bien réussi.

On accuse le climat algérien d'être particulièrement nuisible aux

(1) Paris, 1862, un vol. in-8°. Prix, 5 fr. Chez J. B. Baillière et fils.

coude est très-écarté du tronc, et il est impossible de le rapprocher, même au prix de violentes douleurs. En portant la main dans le creux de l'aisselle, on trouve l'humérus qui le traverse, et si on le poursuit, on sent, à égale distance de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de l'aisselle, la tête de l'humérus immédiatement appliquée contre les côtes. Le doigt introduit sous l'acromion pénètre dans la cavité glénoïde, évidemment vide. Il est clair que le deltoïde se trouve ainsi soulevé parce que ses deux insertions sont rapprochées, vu la direction qu'a actuellement l'humérus, que par suite il se trouve rétracté, ce qui détermine un pli profond au-dessous de son insertion humérale, et qui, d'autre part, fait manquer la dépression sous-acromiale. Quand on examine le malade par la partie postérieure, on voit que l'omoplate fait une saillie plus prononcée que du côté opposé. Le grand pectoral n'est nullement soulevé. On ne trouve la tête ni en avant ni en arrière de l'aisselle; elle est, en effet, appliquée contre les côtes. Elle a passé au-dessous et en arrière du col de l'omoplate. Quand le malade est couché, si on soulève l'humérus en le portant en avant, on peut séparer la tête de l'humérus des côtes, tellement que le doigt peut se loger entre eux. Si maintenant on enlève le doigt, on entend la tête retomber sur les côtes.

On chloroformise le malade, et M. Richet procède à la réduction de la manière suivante :

Le malade étant soumis à une contre-extension pratiquée sur le tronc, une traction assez énergique est faite sur le bras, de telle manière que ce membre soit dans une direction perpendiculaire aux côtes. Pendant ce temps le chirurgien, embrassant dans la concavité de sa main la tête humérale, la fait remonter. Lorsqu'elle est arrivée immédiatement au-dessous de la cavité glénoïde, M. Richet ordonne aux aides de pratiquer une traction plus énergique; il continue lui-même à diriger la tête, et lorsque cette dernière a franchi le rebord de la cavité, on cesse brusquement l'extension, et la luxation se trouve réduite.

Pendant ces manœuvres, on sent de la crépitation qui annonce une fracture du rebord de la cavité cotyloïde ou un arrachement du grand trochiter dû à ce que le muscle sus-épineux n'a pu suivre l'humérus dans la position anormale qu'il avait avant la réduction de la luxation.

On se contente de maintenir le bras appliqué contre le corps et de mettre une écharpe.

Le 15 février, le malade n'a pas souffert.

Le 16, le bras est un peu gonflé, mais la tête n'a pas quitté la cavité cotyloïde.

Le 18, la luxation se maintient réduite. On aperçoit une vaste ecchymose le long du bras, surtout à sa face interne. A la partie inférieure et postérieure de l'avant-bras est une plaie profonde et qui suppure. Elle a été produite au moment de l'accident.

Le 22, en imprimant des mouvements au bras, on ne sent plus de crépitation. La conformation de l'épaule est parfaite. La fosse sus-épineuse est plus gonflée, plus dure que celle du côté opposé. On y sent comme un épanchement sanguin ou une rétraction musculaire.

Le 6 mars, le malade a une paralysie complète du deltoïde. Il lui est impossible de porter le bras sur sa tête.

Le 9, nous l'envoyons à Vincennes, en lui recommandant bien de venir nous voir à son retour. *Exeat.*

Six semaines après nous revoyons le malade; sa paralysie est presque aussi complète qu'avant. On le soumet à l'électricité pendant un mois. Il en éprouve une légère amélioration.

Le 30 décembre, le malade vient nous revoir. Il se sert mieux de son bras. Il effectue tous les mouvements, sauf celui d'élévation directe.

Comme on le voit, cette luxation n'est que le premier degré de ce que M. Sédillot a nommé luxation intra-costale.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE LYON.

Examen des opinions émises récemment par M. Ricord, à l'Hôtel-Dieu de Paris (1).

Leçon faite par M. A. Viennois, le 8 février, à l'École de médecine de Lyon.

Mais ce n'est pas tout, j'arrive aux expériences directes de M. Diday, ce vétéran de l'enseignement libre à Lyon, qui vous a si souvent captivé par le charme de sa parole et de son esprit, et qui non moins souvent vous a montré qu'il n'était besoin ni de la toge ni de l'hermine officielles pour faire un délicieux professeur.

Ces expériences furent instituées le 26 juin 1848, et ont été consignées dans un mémoire fort remarquable inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, 1849.

M. Diday ayant choisi un sujet syphilitique tertiaire, dont le diagnostic fut contrôlé, prit du sang autour d'une exostose que portait cet individu et l'inocula à seize malades et à lui-même. Un de ces seize malades avait un chancre induré, celui-là fut mis hors de cause; les quinze autres n'avaient que des chancres mous, et par conséquent étaient vis-à-vis de l'expérience comme autant de sujets sains.

M. Diday croyait à cette époque imprimer à ses malades un certain *mode diathésique* qui devait les préserver d'accidents constitutionnels ultérieurs.

Le savant et modeste M. Bassereau, qu'on ne comptera certes pas parmi les ingrats de l'hôpital du Midi, ne devait éclairer que quatre ans plus tard l'immense question de la dualité chancreuse.

Le sang du tertiaire fut déposé avec la lancette à l'avant-bras. Aucun traitement ne fut fait; chaque sujet fut surveillé pendant six mois, il n'est jamais survenu le plus léger accident local ni général.

L'expérience fut renouvelée le 1er septembre 1849 sur un client qui la réclamait. Le résultat fut négatif.

On voit donc que les expériences de M. Diday qu'on m'oppose, loin de m'être défavorables, confirment ma manière de voir de la façon la plus éclatante.

Mais la période aiguë de la syphilis n'est peut-être pas la seule condition qui favorise la contagion. Je remarque que dans presque tous les cas de syphilis transmise par la vaccination, le sujet vaccinant avait la syphilis héréditaire? Y a-t-il là une condition spéciale?

Je remarque encore que les vaccinations se font au printemps ou au commencement de l'été, c'est-à-dire à un moment où toutes les fonctions organiques sont surexcitées. Y aurait-il dans cette condition particulière que subissent tous les êtres vivants de la création, le secret de l'énigme?

Enfin, les sujets vaccinants, dans la plupart des observations où le sang s'est montré contagieux, étaient en bas âge.

Nous nous contenterons d'indiquer cette voie nouvelle aux investigateurs qui, loin de nier systématiquement un fait clairement établi, voudront bien chercher les conditions de la contagion du sang.

Après avoir réhabilité les observations de l'anonyme du Palatinat et surtout celle de Waller (de Prague), montré que celles de M. Diday, loin de m'être contraires, venaient donner à la doctrine que j'enseigne une consécration éclatante, j'arrive aux expériences qu'un chirurgien d'Albi, M. Lalagade, a fait connaître dans ces derniers temps.

Première expérience. — Le 29 octobre 1860, nous nous sommes inoculé, par deux larges et profondes piqûres, le sang du nommé X..., soldat au 1er régiment des cuirassiers, 6e escadron, en garnison à Clermont-Ferrand, d'un tempérament lymphatique, âgé de vingt-six ans. Ce militaire, en congé de convalescence à Albi, est entré dans notre service le 23 octobre dernier, salle Saint-Augustin, n° 2.

Le malade a été traité à l'hôpital militaire de Lyon, en 1857, pour cinq chancres. Le principal traitement, pendant vingt-neuf jours, aurait consisté dans de fréquentes cautérisations.

Depuis cette époque, le malade aurait été toujours souffrant. Il est en congé de convalescence de six mois à Albi, pour un rhumatisme chronique rebelle à toute action médicatrice.

Le jour de notre expérimentation nous constatons les phénomènes syphilitiques qui suivent : taches cuivrées sur le corps, ganglions engorgés plus particulièrement au cou, aux aisselles et aux plis des aines; douleurs ostéocopes très-pénibles la nuit.

Ce syphilitique accuse des douleurs sourdes au larynx; il y a aphonie; la salive s'échappe de la bouche involontairement et en très-grande abondance; il éprouve une grande difficulté pour avaler les aliments.

Il porte à la partie antérieure de la langue une ulcération à caractère de chancre induré, très-accentuée; bords de la plaie coupés à pic, d'un fond grisâtre, etc.

La plaie syphilitique a 3 centimètres 5 millimètres de la partie antérieure à la partie postérieure, et 3 centimètres 2 millimètres dans le sens transversal; elle a 5 millimètres de profondeur; c'est l'ulcération syphilitique à la langue que nous avons vue la plus grande et la plus hideuse : l'aspect en est repoussant.

Nous piquons avec notre lancette la langue à 6 millimètres de la plaie, et avec le sang qui en sort nous nous faisons deux larges et profondes piqûres.

Nous avons laissé le sang se sécher sur nos piqûres; nous avons veillé à ce que tout frottement de notre linge ne l'enlevât point.

Nous avons pris toutes nos précautions, comme si nous avions désiré que notre expérience fût affirmative; chaque jour nous avons contrôlé nos piqûres avec des confrères qui, nous sommes heureux de l'écrire, portaient comme nous une double sollicitude à notre épreuve.

Aujourd'hui, 10 février 1861, nous n'avons eu sur nos bras aucune ulcération chancreuse d'insertion locale à l'endroit des piqûres. Nous affirmons que nous n'avons sur aucune partie de notre corps ni roséole ni éruption à caractère syphilitique. Nous n'avons point à nous préoccuper du moindre épiphénomène suspect d'empoisonnement.

Je dis que dans cette première expérience l'état pathologique du malade n'est pas parfaitement défini.

Ce malade, dit l'observation, a eu cinq chancres à Lyon. Le nombre de ces chancres me donne déjà à penser qu'ils étaient simples; mon sentiment se fortifie du traitement employé, qui a été surtout local : la cautérisation. Mais il semble que M. Lalagade, en soulignant que le rhumatisme du malade était *rebelle* à toute action médicatrice, ait douté de la nature de ces chancres, en donnant à penser qu'il y avait entre la lésion du genou et les chancres de 1857 une certaine relation.

Le jour de l'expérimentation, le malade présente bien des symptômes de syphilis secondaire, *taches cuivrées* sur le corps. Ces taches cuivrées seraient-elles la conséquence des chancres de 1857? Ce n'est pas la première fois que des taches cuivrées persistent après trois ans, surtout en l'absence de traitement ou avec un traitement défectueux.

Nous nous demandons jusqu'à quel point nous devons prendre l'ulcération de la langue, ulcération à dimensions insolites, pour un chancre primitif. Nous avons pensé que ce serait peut-être là un accident de transition, une gomme suppurée. Enfin la présence des douleurs ostéocopes concomitantes, accident tertiaire ici précoce, nous paraît fortifier cette manière de voir.

Ce malade était-il davantage sous l'influence de la syphilis tertiaire que de la syphilis secondaire? Et par suite, d'après les considérations que nous avons présentées, son sang devait-il être contagieux?

Nous nous contentons de poser cette question. Mais en supposant, ce qui n'est pas prouvé, que le sang du sujet fût dans les conditions voulues pour être contagieux, on se demande si le sang supposé contagieux n'aurait pas pu subir l'influence du traitement mercuriel, traitement qui modifie à un si haut degré tout l'organisme? On est en droit de se poser cette question devant cette assertion que le malade salivait en très-grande abondance.

Mais supposons encore que du mercure n'ait pas été ingéré et que le sang fût bien dans les conditions voulues pour être contagieux, je dis que l'opérateur en s'inoculant par deux larges et

(1) Fin. — Voir les numéros des 25 mars et 1er avril.

enfants d'origine européenne. Pour justifier et accréditer cette opinion, on s'est basé sur des récits exagérés, sur des faits mal interprétés. Ces artifices de logique, fortifiés par la statistique comparée, produisent toujours un grand effet comme moyen de persuasion. La méthode numérique a ses bons côtés; mais si peu qu'on lui rende trop la main, elle se dérègle ou se déprave. Pour connaître les faits simples dans leur nature, il suffit de les grouper; mais les faits de qualités multiples ou complexes ne peuvent guère être appréciés par un simple calcul. C'est en vain que l'on trace des tableaux où les chiffres sont habilement mis en valeur, l'on n'obtient souvent de la sorte que les apparences d'un chef-d'œuvre. Généralement nous sommes peu tentés de nous pencher au-dessus du creuset fétide où l'on prétend que s'élabore une vérité. Les chimistes seuls ont cette intrépidité, et nous nous en rapportons aux chimistes. De même pour la méthode numérique. On nous dit, par exemple, que telle année la France a produit 88,915,119 gerbes et demie de blé; qui s'avisera jamais de vérifier l'exactitude de ces chiffres? On s'incline devant une telle précision qui n'est souvent que de l'audace, et les esprits faciles n'exigent rien de plus pour se trouver satisfaits.

M. Marit n'est pas de ceux qui confondent l'art de guérir avec l'art de nombrer. Il reconnaît que beaucoup d'enfants meurent sur le sol algérien avant d'avoir atteint leur troisième année; il recherche, il découvre, il dit les causes de cette mortalité, qu'il nous présente dépouillée de la rigueur absolue, du caractère tout spécial que lui attribuent aveuglément les statistiques; en un mot, il analyse au lieu de compter. Suivant l'auteur, les enfants qui meurent en Algérie succombent pour la plupart aux accidents de la dentition, à l'habitude des sevrages prématurés, au peu de soins qu'ils reçoivent de la famille, presque toujours préoccupée des conditions matérielles de son existence.

Est-ce que les choses se passent autrement aux portes mêmes de Paris, où la bonne moitié des nourrissons succombe aux mêmes influences? Faut-il, pour cela, déclarer le climat du département de la Seine incompatible avec la prospérité des nouveau-nés?

La seule chose qu'il est permis d'affirmer, c'est que les enfants résistent mal, en Afrique, à la fièvre et à la dyssenterie d'origine paludéenne.

On attribue aussi à la température du climat une influence pernicieuse pour le jeune âge. Voilà un de ces refrains que l'on entend invariablement, dès que le premier venu s'avise de tourner la manivelle. Il faut pourtant que l'on sache une bonne fois qu'en Algérie les poules ne pondent pas des œufs durs; que sur le littoral la chaleur est moins accablante, moins fâcheuse qu'à Paris pendant certains jours de l'été; que l'intensité de la température n'est pas la même sur tous les points de nos possessions africaines. Ainsi, dans la province de Constantine, on rencontre, même au mois de juin, des montagnes dont la cime est couverte de neige, dont les flancs sont ornés de verdure, et dont le pied est cerné par de plantureuses moissons.

Etudiant la question de l'acclimatement dans ses rapports avec les autres âges de la vie, M. Marit fait ensuite bonne justice de toutes les exagérations au moyen desquelles on s'est plu à décourager l'émigration. Pour lui, l'implantation des colons sur la terre d'Afrique ne met en péril la vie des nouveaux venus que par leurs propres fautes ou par l'effet d'insalubrités locales. Il est de fait que parmi les colons il en est beaucoup qui, par leurs excès, leur manière de vivre, deviennent eux-mêmes les instruments de leur misère, de leurs souffrances et de leurs maladies. A côté d'une population sobre et laborieuse s'agite, en effet, une foule d'individus déclassés qui par leurs déréglements, ont rendu la dénomination de colon presque offensante. Et si la mort décime leurs rangs, est-on bien fondé à prendre prétexte de ces désastres volontaires pour déclarer impossible l'acclimatement de la race européenne en Algérie?

Quant aux causes d'insalubrité locale, il est facile d'y remédier; il suffit d'appliquer aux cantons marécageux un procédé quelconque d'assainissement. Aujourd'hui, des plaines réputées jadis insalubres, mortelles même pour les animaux, sont déjà couvertes de riches moissons, première condition de la prospérité d'un peuple. Il ne faut que continuer l'œuvre commencée; les résultats n'en peuvent être équivoques.

Ainsi donc, les affections principales dont souffrent les nouveaux venus dans notre colonie, sont précisément celles dont l'homme peut se préserver.

Les divers chapitres consacrés dans le livre de M. Marit au régime, aux vêtements, à l'habitation, aux bains, à l'exercice, aux professions, etc., sont remplis de détails extrêmement intéressants sur les habitudes des indigènes, abondent en sages recommandations que les colons pourront utiliser comme un talisman pour se préserver des maux qui ont affligé leurs devanciers. Dr C...

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le mardi 29 avril 1862, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à une place de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 12 avril inclusivement, de une heure à trois heures de relevée.

profondes piqûres s'est mis dans les conditions les plus défavorables pour que l'opération réussit, lorsqu'elle doit réussir. En effet, quand on inocule un virus quelconque, le virus-vaccin, par exemple, ce n'est pas une incision que l'on fait, que l'on doit faire sur le sujet que l'on vaccine, mais bien une piqûre sous-épidermique; on évite avec grand soin de faire une large et profonde piqûre, parce que des piqûres pareilles amènent du sang, et que ce sang tend à chasser le virus introduit, virus toujours en petite quantité au bout d'une lancette, et surtout en petite quantité relativement au sang que l'on fait sortir par une piqûre large et profonde, et qui devient une incision.

Cette expérience ne me paraît donc pas irréprochable, et on voit combien, sans être sévère, on peut l'accuser d'être peu probante.

Passons à la seconde expérience.

François X..., soldat au 80e régiment de ligne, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin lymphatique, est entré dans notre hôpital, salle Saint-Augustin, 2, pour y être traité de nombreuses végétations et d'une dartre syphilitique.

Nous nous sommes inoculé, le 8 septembre 1860, par deux larges et profondes piqûres, du sang de ce militaire atteint de syphilis constitutionnelle, et nous n'avons eu à constater que des résultats négatifs.

Voilà, Messieurs, toute l'observation. Eh bien, ce malade était-il syphilitique? Les détails indispensables manquent pour se prononcer. On ne parle pas d'accident primitif, si on l'a vu ou non, quelle a été la forme des accidents secondaires. Le mot *dartre syphilitique* est loin d'être précis, à supposer qu'il signifie quelque chose. Quant aux végétations, tout le monde sait qu'elles ne sont pas un symptôme essentiellement syphilitique.

Enfin, je rappelle encore les larges et profondes piqûres comme étant des conditions contraires à une expérimentation sérieuse.

La deuxième expérience peut donc être considérée comme non avenue.

Troisième expérience.

Le nommé X... (Jean), d'un tempérament sanguin lymphatique, âgé de 25 ans, soldat au 71e régiment de ligne, est entré à l'hôpital, salle Saint-Augustin, n° 3, le 24 octobre 1860. Ce militaire est atteint de trois chancres indurés depuis deux mois et demi. Nous constatons l'engorgement des ganglions des aines.

Le 10 novembre, nous nous sommes inoculé, par deux piqûres, du sang de ce syphilitique.

Nous sommes heureux de dire qu'il ne reste chez nous aucune trace de cette expérimentation.

Je dis que cette observation est incomplète. Dans quelle région étaient les trois chancres indurés? Probablement à la verge, puisqu'on parle de l'engorgement des aines; mais pourquoi ne pas le dire?

Ce malade avait-il pris le mercure ou non? Et les incisions? Voilà, Messieurs, les expériences qu'on a qualifiées de très-remarquables, et que l'on ose opposer à celle de Waller! Tout cela n'est pas sérieux.

En résumé, dans le fait de M. Trousseau, le vaccin du vaccinifère de la salle Saint-Bernard n'a rien transmis de syphilitique à la jeune femme de dix-huit ans, parce que si le vaccin pur eût pu transmettre quelque chose autre que la vaccine, aucun des cinq vaccinés n'eût échappé.

Du moment que le vaccin ne peut être incriminé, il ne reste à accuser que le sang.

Le sang des syphilitiques peut être, en effet, contagieux à certains moments, comme le prouve l'expérience de Waller (27 juillet 1850). On peut se rendre compte des résultats négatifs en recherchant les conditions de la contagion du sang des syphilitiques.

Il est probable que le sang devient moins contagieux à mesure que la maladie ayant dépassé l'époque des accidents secondaires, arrive aux tertiaires. Les expériences de M. Diday confirment cette manière de voir.

Enfin, les expériences de M. Lalagade ne présentent pas des garanties suffisantes pour entrer en ligne de compte, parce que, à supposer que le sang eût dû être dans ces conditions contagieuses, ce qui est loin d'être démontré, le procédé opératoire n'est pas irréprochable.

A force de vouloir fermer les yeux pour ne pas voir la contagion de la syphilis secondaire dans ses conséquences, on en arrive à croire à des histoires comme celles de ce Galanthus, qui infecta neuf petits enfants dans l'acte de la circoncision. On ne comprend rien à l'infection de ces petits êtres; on oublie l'explication qu'on a donnée en 1851, et on descend dans une écurie pour rechercher si la morve ou le farcin n'ont pas donné la syphilis! Est-ce là ce qu'enseigne la pathologie générale? Pourquoi ne pas se demander alors si Galanthus n'aurait pas été mordu jadis par un chien enragé?

M. Ricord nous accuse, à propos de la contagion des accidents secondaires, de retourner au quinzième siècle. Mais les explications de M. Ricord pour ne pas admettre la contagion comme nous, valent-elles donc mieux que celles que les auteurs de ce temps-là nous ont laissées? Valent-elles mieux, par exemple, que celle de ces nonnes qui disaient avoir contracté la vérole malgré les barreaux de leurs cloîtres?

Mais ce qui est pis, c'est que M. Ricord recommande l'impassibilité devant les faits; il veut qu'on reste calme devant les malheurs qui s'accumulent; et en présence de cette énorme question : La syphilis peut-elle être transmise par la vaccine? il croit s'acquitter en posant, comme il le dit, un immense point d'interrogation. Il oublie qu'un instant avant il a déclaré que le vaccin était innocent, en rappelant que dans le fait de Cerioli et dans celui de M. Trousseau, si le vaccin eût donné la syphilis, personne n'eût échappé.

Cette contradiction ne m'a pas surpris lorsque je lisais les leçons sur le chancre de M. Ricord, formant 322 pages in-8°. Les 321 premières pages sont consacrées à se déclarer dualiste plus que l'inventeur; mais la 322e renferme cette phrase, qui est la négation de tout le volume; la voici;

« La dualité du virus chancreux est une hypothèse que l'avenir jugera; l'unicité du virus syphilitique, croyez-le bien, est une vérité jugée par l'expérience et par le temps. »

Vous voyez donc, Messieurs, que ce n'est pas à la suite de cette question : La syphilis peut-elle être transmise par la vaccine? qu'il faut mettre un point d'interrogation, mais à côté de celle-ci : Quelles sont les conditions encore mal déterminées qui président à la contagion du sang chez les syphilitiques?

Vous voyez donc qu'en proclamant l'innocuité du liquide vaccinal, même pris sur un syphilitique, loin de chercher à briser la statue de Jenner, comme on nous en accuse, nous conservons tout son prestige au préservatif que nous a légué le médecin anglais. Bien plus, nous allons au-devant du découragement qui pourrait s'emparer des vaccinateurs et du légitime effroi des populations.

NOTE SUR L'ULCÈRE DE COCHINCHINE.

Par M. Rochard (de Brest), chirurgien en chef de la marine.

Lue à la Société de chirurgie, dans sa séance du 26 mars 1862.

Je vous demande la permission, Messieurs, d'appeler un instant votre attention sur une maladie chirurgicale exotique que je crois avoir le premier décrite d'une manière complète : c'est une forme d'ulcère grave qui paraît particulière à la Cochinchine, qui y règne à l'état endémique, et qui a fait de grands ravages dans le corps expéditionnaire que la France entretient depuis quelques années dans ce pays.

J'ai eu l'occasion de l'étudier pour la première fois, à la fin de l'année 1859, sur des matelots et sur des soldats dont elle avait nécessité le retour en France; depuis cette époque, j'en ai observé une dizaine de cas dans les mêmes circonstances, et les renseignements détaillés qui m'ont été adressés par les confrères qui ont été appelés à la traiter à son début dans le pays où elle prend naissance, ainsi que la lecture de leurs rapports de fin de campagne, m'ont permis d'en compléter l'histoire.

Au mois d'octobre dernier, j'ai adressé sur ce sujet à l'Académie de médecine un Mémoire détaillé, et M. le baron Larrey, auquel j'en avais montré un cas lors de son passage à Brest, a bien voulu se charger de le lui offrir en mon nom. Nos confrères de l'armée de terre ont eu l'occasion de l'observer depuis, et M. le docteur Champenois, médecin-major de 1re classe, chef de l'ambulance du corps expéditionnaire, a adressé récemment à M. Larrey un Mémoire accompagné de dessins qu'il vous a présenté.

Cette maladie n'a encore été rencontrée qu'à Touranne et à Saïgon. Elle s'est montrée beaucoup plus fréquente dans la première de ces localités que dans la seconde. Elle reconnaît pour causes prédisposantes l'insalubrité du climat, et l'état d'anémie, de débilité profonde qu'elle entraîne. Elle se montre plus grave à l'époque de la saison des pluies; l'âge et la constitution n'ont aucune influence sur sa production. Il en est de même de la race.

Les Tagals du corps espagnol venus de Manille, les Chinois arrivés d'Hong-kong à la suite de l'expédition, en ont été atteints aussi bien que les Européens et que les Annamites, parmi lesquels elle existe de temps immémorial, ainsi que l'a affirmé à M. de Comeiras, chirurgien principal de la division navale, un missionnaire établi depuis vingt-cinq ans dans le pays. Elle revêt même chez eux un caractère plus grave en raison de leur misère, de leur insigne malpropreté, des maladies de peau auxquelles ils sont sujets, de la faiblesse de leur constitution et de l'absence de tout traitement méthodique.

Aucun fait de contagion n'a été signalé ni dans les ambulances de Touranne ni à l'hôpital de Macao, bien que les malades atteints d'ulcères de Cochinchine séjournassent au milieu des nombreux blessés par armes à feu qui y étaient traités en même temps.

L'ulcère de Cochinchine ne se montre pas d'emblée. Il a toujours pour point de départ une lésion préalable de la peau; mais chez les sujets placés dans les conditions de débilité que j'ai indiquées, la plaie la plus insignifiante, l'érosion la plus superficielle, suffisent pour lui donner naissance.

Il siége exclusivement aux membres inférieurs. Les malléoles, le cou-de-pied, la face antérieure de la jambe, au-dessous du tiers moyen, la face dorsale du pied, sont les régions qu'il affecte de préférence. On ne l'a jamais vu, que je sache, à la face plantaire.

Il est le plus souvent solitaire; cependant plusieurs soldats du corps expéditionnaire en ont été atteints aux deux jambes à la fois.

Ses dimensions sont extrêmement variables. Il a rarement moins de 5 centimètres de diamètre; mais il s'étend parfois à tout le pourtour de la jambe, et dans quelques cas très-rares on l'a vu envahir le membre inférieur tout entier.

Sa forme est irrégulière, anguleuse; il borne généralement ses ravages à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané; mais dans les cas graves, il dépasse cette limite, s'étend aux muscles, qu'il dissèque, aux tendons, qu'il exfolie, aux os, dont il détermine la nécrose ou la carie. Lorsque les désordres sont arrivés à ce point, l'amputation devient la seule ressource, et pratiquée dans ces conditions elle a rarement été suivie de succès.

C'est, on le voit, une affection extrêmement grave. Elle a toujours figuré en première ligne parmi les causes d'exemption de service, tant à terre qu'à bord des bâtiments; elle a été la source d'embarras sérieux pendant le cours de l'expédition. M. de Comeiras en a constaté environ 700 cas parmi les Européens seulement. Il a dirigé sur Macao quatre convois de 100 à 120 blessés chacun; il en a renvoyé 250 en France.

Le nombre des morts s'est élevé à une centaine, celui des amputations à 30 à peu près. A bord du *Primauguet*, en neuf mois, et sur un équipage dont la moyenne a été de 450 hommes, M. Autric en a observé 83. Enfin, dans le rapport médico-statistique du docteur Pascual de Torrejon, chirurgien en chef des troupes espagnoles, dont l'effectif n'a pas dépassé 1,500 hommes, on voit figurer 540 cas de plaies avec nécrose, carie, gangrène, dont la plupart doivent se rapporter à l'affection dont je parle, et qui ont causé 14 décès.

Cette maladie affecte une marche rapide. Sous l'influence des causes que j'ai signalées, la lésion insignifiante, qui en est le point de départ s'enflamme, devient douloureuse; elle s'entoure d'une auréole d'un rouge sombre, et se transforme en quelques jours en un large ulcère d'aspect gangréneux, d'où s'écoule un ichor d'une extrême fétidité. Cette période inflammatoire s'accompagne de vives douleurs qui contrastent avec l'insensibilité complète que nous aurons l'occasion d'indiquer à une période plus avancée.

Au bout d'un temps variable, suivant les cas, l'ulcère cesse de s'accroître; il se déterge; une eschare, qui comprend le plus souvent toute l'épaisseur de la peau, se détache des parties sous-jacentes et laisse à découvert une surface sanieuse qu'une nouvelle couche pultacée ne tarde pas à recouvrir.

Dans les cas les plus graves, la maladie poursuit son cours; elle gagne en surface comme en profondeur; elle amène les désordres effrayants que j'ai déjà indiqués, et ne tarde pas à se terminer par la mort, lorsque l'amputation ne vient pas en entraver la marche. Dans les circonstances les plus heureuses, après de nombreuses alternatives d'amélioration et de recrudescence, la cicatrisation finit par s'opérer, et si le malade peut quitter le pays, s'il parvient à rétablir ses forces, la guérison est définitive.

Dans quelques cas enfin, la maladie passe à l'état chronique et persiste indéfiniment. C'est sous cette forme seulement qu'il m'a été donné de l'observer, et la description qui précède est empruntée aux rapports des confrères qui l'ont traitée sur les lieux mêmes.

Les sujets qui me l'ont offerte en étaient atteints depuis vingt ou trente mois.

Chez tous elle présentait les mêmes caractères, et sa physionomie est assez nettement accusée pour qu'on puisse la reconnaître d'un coup d'œil, avant même d'avoir interrogé le malade. Le dessin que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, et qui représente la jambe du malade que M. Larrey a bien voulu examiner à Brest, ne peut en donner qu'une idée fort incomplète. C'est un ulcère dont le fond déprimé, inégal, bosselé, est parcouru par des stries longitudinales d'un rouge vif, constituées par de petits vaisseaux sanguins anastomosés entre eux, et séparées par des lignes jaunâtres d'un aspect pultacé.

Cette disposition alternative donne à l'ensemble l'aspect de la chair du jambon. Les bords en sont calleux, nettement taillés à pic, irréguliers; les téguments environnants sont ridés à la surface, et ces plis superficiels rayonnent vers le centre de l'ulcère comme s'il avait attiré à lui la peau voisine pour supporter les frais de sa séparation incomplète.

Enfin, et c'est là surtout le caractère sur lequel je dois insister, cette maladie détermine un état d'anesthésie complète non-seulement dans les parties dont elle a profondément modifié la texture, mais encore dans celles qui l'environnent, et parfois dans la section du membre qui s'étend au-dessous. Chez un de nos malades l'ulcère siégeait au-dessous de la malléole externe, et l'immobilité s'étendait à toute la partie correspondante du pied, tant à la face dorsale qu'à la région plantaire. L'anesthésie est complète; les caustiques les plus énergiques ne sont pas sentis. L'application du fer rouge lui-même n'est pas perçue par le malade. Parfois les muscles sous-jacents sont eux-mêmes atteints de paralysie. Chez le malade que je viens de citer, ceux de la région plantaire externe n'obéissaient plus à l'action de l'électricité. Le muscle pédieux était dans le même cas.

Tous les traitements sont venus échouer contre cette maladie. La cautérisation au fer rouge et les excitants locaux, joints à un régime tonique et réparateur, sont les moyens qui ont paru donner les moins mauvais résultats; mais le plus souvent il a fallu pour obtenir la guérison évacuer les blessés sur l'hôpital de Macao. Je n'ai pas été plus heureux à l'hôpital de Brest. Les malades qui y sont arrivés étaient, il est vrai, au nombre des cas les plus graves parmi ceux qui ont survécu; mais quelque précaution que j'aie prise, j'ai presque toujours vu survenir la récidive aussitôt que le malade commençait à marcher.

Quelle place convient-il d'assigner à cette affection dans le cadre nosologique?

Pour résoudre cette question, il faudrait d'abord en établir avec soin le diagnostic différentiel; c'est ce que j'ai fait dans le mémoire que j'ai adressé à l'Académie; mais cette note, déjà trop longue, ne comporte pas de pareils développements. Qu'il me suffise de dire qu'on ne peut la comparer à aucune des maladies qui règnent sous nos latitudes. La pourriture d'hôpital seule présente avec elle quelques points de contact, et l'analogie est même assez frappante à la première période, pour que les confrères distingués qui l'ont observée dans le pays aient cru d'abord n'avoir affaire qu'à une forme particulière de pourriture d'hôpital modifiée par le climat; mais la pourriture d'hôpital ne se montre pas comme l'ulcère de Cochinchine chez des hommes encore au travail, qui n'entraient habituellement à l'ambulance que lorsque le mal avait fait assez de progrès pour rendre la progression impossible. La pourriture d'hôpital peut se déclarer partout où il existe une plaie; elle est, quoi qu'on en ait dit, éminemment contagieuse, tandis que l'ulcère de Cochinchine ne siége qu'aux membres inférieurs, et ce que j'ai dit précédemment prouve qu'il ne se communique pas. La pourriture d'hôpital n'a jamais été, que je sache, signalée à l'état endémique dans la population d'aucun pays, et l'ulcère de Cochinchine existe de temps immémorial chez les Annamites. La pourriture d'hôpital enfin est une maladie à marche aiguë et ne laisse jamais après elle des ulcères interminables, à caractères aussi tranchés que celui que je viens de décrire.

Parmi les maladies chirurgicales exotiques, il est inutile de démontrer que celle dont il s'agit ne présente aucune analogie avec le pian, le bouton d'Alep, de Biskara, etc., puisqu'elle ne débute jamais par une pustule ou un tubercule et qu'elle n'affecte que les membres inférieurs.

Les ulcères des jambes sont extrêmement communs dans tous les pays chauds dont le rivage est couvert de coraux, et particulièrement à Madagascar, aux îles Viti, à l'archipel des Amis; mais jamais ils n'atteignent ni les proportions ni la gravité de celui que je viens de décrire.

Cette remarque s'applique aux ulcères de la Nouvelle-Calédonie signalés par M. Penard, chirurgien principal de la marine, et par

M. Vinson, chirurgien de 2e classe, ainsi qu'au Tonga, que M. de Rochas a observé dans cette colonie.

Il est toutefois deux maladies exotiques dont l'ulcère de Cochinchine se rapproche beaucoup ; la première est l'ulcère de Mozambique, décrit pour la première fois par M. le docteur Vinson, médecin à la Réunion, en 1857, étudié par M. Azéma, médecin de cette même colonie, dans un travail qu'il vous a adressé et qui a été l'objet d'un rapport extrêmement important lu par M. Cullerier à la séance du 25 septembre 1861 ; la deuxième est la plaie de l'Yémen, signalée pour la première fois par Lachène dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine, et qui n'est connue que par le rapport de Pariset, décrit depuis par Petit, par Harris et par M. Aubert Roche. Cette ressemblance a été déjà signalée du reste. M. Azéma l'a fait ressortir en ce qui concerne l'ulcère de Mozambique et la plaie de l'Yémen, et M. Champenois, dans le mémoire qu'il nous a adressé, compare la maladie qui fait le sujet de ce travail à la première de ces deux maladies.

Je craindrais d'abuser de l'attention que vous voulez bien me prêter, si j'entrais dans l'examen détaillé des différences qui les séparent et des analogies qui les réunissent. Ce ne sont là peut-être que des manifestations quelque peu dissemblables d'une seule et même affection modifiée par le climat, par la race sur laquelle on l'observe, et reconnaissant une même cause qu'il n'a pas été donné jusqu'ici de découvrir ; mais c'est incontestablement un sujet intéressant qu'il faut chercher à approfondir à une époque où il n'est plus permis de se renfermer dans le cadre trop étroit de la pathologie européenne.

Le malade auquel a appartenu cette pièce pathologique est un robuste artilleur de marine, atteint d'ulcère de Cochinchine à Touranne au mois d'octobre 1858, évacué sur Macao, amputé du deuxième orteil par M. de Comeiras à bord de *la Gironde* pendant la traversée, renvoyé en France au mois d'août 1859, et dirigé sur l'hôpital de Brest pour y subir l'amputation partielle du pied. C'était, en effet, la seule ressource. Son ulcère, large comme une pièce de 5 francs, siégeait à la face dorsale du pied, près de la naissance du gros orteil : il avait atteint les os et les articulations sous-jacentes dont il avait amené l'ankylose. L'insensibilité du gros orteil était complète, même à la région plantaire.

J'enlevai l'ulcère par une incision curviligne, et pour combler cette perte de substance, je taillai une sorte de demi-lambeau comprenant toute l'épaisseur des parties molles de la plante du pied ; pénétrant ensuite à la réunion de ces deux incisions entre le troisième et le quatrième orteil, je divisai avec la scie à chaînette les trois métatarsiens correspondants dans une direction oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans. Le lambeau plantaire relevé fut maintenu par des points de suture. La guérison s'opéra rapidement, et le malade marche aujourd'hui sans gêne, sans fatigue et sans claudication.

Cette pièce pathologique présente des désordres assez singuliers. Les deux premiers métatarsiens et la première phalange du gros orteil, atteints de carie, sont unis et forment un massif osseux auquel est venue se joindre la première phalange du troisième orteil. Celui-ci s'est dévié depuis l'ablation du deuxième faite en Cochinchine, et est venu se placer entre les têtes du deuxième et du troisième métatarsien ; il s'est soudé avec le deuxième, en conservant toute sa mobilité sur le troisième.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 mars 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Régénération des tendons. — M. JOBERT (de Lamballe) donne lecture de la suite de son mémoire sur le mécanisme et l'évolution de la régénération des tendons. Voici, dit M. Jobert, quels sont les phénomènes que l'expérimentation chez les animaux, l'examen direct et microscopique chez l'homme, ont fait ressortir d'une manière constante :

1° L'écartement plus ou moins considérable des deux bouts divisés immédiatement après la solution de continuité ;

2° Le rétablissement de continuité de la gaîne, rétablissement qui se produit avec une rapidité et une perfection telles, que souvent, au bout de peu de jours, il est absolument impossible de retrouver le point par où l'instrument a pénétré pour couper le tendon ;

3° Le dépôt du sang dans l'intérieur de la gaîne et dans l'intervalle qui sépare les bouts rétractés du tendon.

C'est de ce liquide que naît le produit tendineux, sur la nature, l'origine et les caractères duquel nous allons fixer notre attention.

L'observation nous montre que cette substance que renferme la cavité de la gaîne n'est autre que du sang liquide dans le principe, qui ne tarde pas à se solidifier. On découvre alors un caillot dans lequel se développent des lamelles qui s'étendent d'une paroi de la gaîne à l'autre, de manière à former des cloisons incomplètes qui deviennent des cellules régulières communiquant toutes entre elles et contenant chacune de petits caillots, lesquels subissent ensuite une transformation. La structure en adhérant aux cellules présente un aspect fibrineux. Par le lavage, on en détache les caillots, et les cellules se détruisent elles-mêmes d'autant plus facilement qu'on est plus près du début de ce travail d'organisation. La partie la moins résistante est celle qui occupe le centre du canal ; la plus solide adhère aux bouts du tendon divisés.

Bientôt cette substance se solidifie davantage, acquiert une densité remarquable et forme à son point de jonction avec l'ancien tissu tendineux un renflement dur et résistant.

Examiné anatomiquement à cette époque, ce tissu nouveau se présente avec une apparence fibreuse un peu plus rouge au centre qu'à la circonférence, mais sans aucune trace de cellules et de cavités.

L'aspect propre au tissu tendineux normal ne s'y montre pas encore ; mais on y constate des fibres de nouvelle formation se continuant avec celles du tissu ancien et les parois de la gaîne.

On observe facilement alors dans ce tissu des fibres longitudinales, obliques et transversales, qui établissent une continuité parfaite entre les parois de la gaîne et les bouts du tendon.

Le caillot ainsi organisé ne forme donc plus qu'une masse charnue représentée par des fibres élastiques rouge-brun, adhérant fortement à l'intérieur de la gaîne et aux extrémités tendineuses. Ce n'est qu'après cette transformation accomplie que l'on voit apparaître une coloration d'un blanc terne qui s'étend des deux bouts du tendon vers le centre et de la superficie vers la profondeur du nouveau tissu.

L'exposition précédente représente la marche ordinaire que suit la nature dans l'évolution du caillot, et cependant le mécanisme peut subir des variations dans la succession des phénomènes, lorsque la quantité de sang est insuffisante ou que celui-ci a subi une altération quelconque.

Lorsque la quantité de sang est insuffisante, les métamorphoses du caillot sont les mêmes, mais il y a arrêt dans son organisation, et il n'y a qu'une continuité incomplète dans la longueur du caillot ou absence de continuité.

Tels sont d'une manière sommaire les phénomènes qui se sont constamment offerts à notre observation sur les animaux, et qui prouvent incontestablement que le tissu tendineux, de même que les autres tissus simples, est susceptible d'une régénération sinon parfaite, du moins comparable à la formation première ou embryonnaire.

Cet ensemble et cette succession de faits m'ont amené à une conception théorique de leur origine et de leur cause. Il ressort, selon moi, de l'examen des faits, que le tendon se reproduit, se régénère directement et complètement au moyen du sang qui vient, après la section sous-cutanée, remplir l'espace laissé par la rétraction tendineuse. Indépendamment des preuves résultant de l'inspection directe et qui ont été suffisamment accumulées, je dois encore citer un argument tiré de l'anatomie et qui établit que c'est bien dans le sang que le tendon puise son origine et son organisation progressive. Il ne faut pas croire, en effet, que ces phénomènes de régénération puissent se produire sur tous les points du système tendineux. Ils n'ont été observés que là où il existe un degré de vascularisation et de vitalité, c'est-à-dire là où l'abord du sang a lieu en suffisante abondance. Plus cette abondance sera grande, plus grande sera l'activité et la perfection du travail régénérateur. Il y a aussi une conclusion chirurgicale à tirer de là : c'est que toutes les fois qu'il s'agira de pratiquer la ténotomie sur des tendons dont le tissu et les gaînes seront riches en réseaux sanguins, on aura de grandes chances de réussite, tandis que là où le sang artériel n'arrive qu'en très-petite quantité, comme dans les tendons longs et grêles, et qui glissent dans des coulisses séreuses, l'opération sera d'autant plus compromise qu'il y aura moins de sang pour remplir l'espace laissé par la rétraction des deux bouts. C'est précisément dans ces cas qu'au lieu d'une régénération on aura de simples cicatrisations, c'est-à-dire que chacun des deux bouts ira isolément se fixer sur une des parties voisines, et la continuité ne sera pas rétablie.

C'est donc du sang sorti de ses vaisseaux que découlent tous les phénomènes de régénération du tissu tendineux.

Le sang étant l'origine et l'agent de cette matière organique, il reste à apprécier la série des métamorphoses que cette matière subit depuis le moment où elle n'est encore que du sang sorti des vaisseaux jusqu'à celui où elle est devenue un nouveau tendon.

Ces transformations peuvent être classées en périodes distinctes, que je désignerai sous les noms suivants :

1° Période liquide ;

2° Passage de l'état liquide à l'état de caillot ;

3° Transformation du caillot en fibrine organisée ;

4° Transformation tendineuse.

Dès que le sang a fini de sortir des vaisseaux et qu'il a rempli la gaîne, il tend à se transformer et à passer à l'état de caillot. La limite entre l'état liquide et celui de caillot est presque impossible à déterminer. C'est d'abord une sorte d'amas de sang qui constitue cet état transitoire que l'on pourrait désigner sous le nom de *caillot naissant*.

Dans la seconde période, on trouve un caillot sans apparence de trame organique, n'ayant encore établi que de très-faibles rapports avec les parties voisines. Cette substance commence seulement à prendre la forme de l'enveloppe, ou plutôt de l'espèce de moule dans lequel elle est enfermée.

Cette seconde période, qui débute avec la formation du caillot, c'est-à-dire au plus tard au bout des six premières heures qui suivent l'opération chez les chevaux, paraît prendre la forme complétement solide et contracte des adhérences avec la gaîne et les bouts du tendon sur ces mêmes animaux au bout de vingt-quatre heures.

Souvent, au bout des premières vingt-quatre heures, le coagulum a déjà tous les caractères d'un caillot. Il est élastique, résistant, et présente avec les surfaces qui l'entourent des adhérences souvent assez fortes pour n'être rompues qu'avec un certain effort de traction. A ce degré, il n'y a pas encore d'organisation régulière appréciable. On voit seulement la fibrine se déposer çà et là sous forme de lamelles ou de fibres affectant des directions variées, et au voisinage des extrémités tendineuses on la voit se disposer comme une couche membraniforme adhérant à la surface tendineuse vulnérée.

C'est pendant la troisième période que le caillot se transforme en fibrine organisée et que la matière déposée commence à prendre les apparences d'un tendon nouveau. C'est alors qu'il est aisé de s'assurer que le nouveau tendon est entièrement fourni par la fibrine provenant du sang.

La quatrième période se caractérise par la transformation tendineuse du produit épanché ; transformation qui, de même que les précédentes, est plus lente chez l'homme que chez les animaux, et s'opère en procédant de la circonférence vers le centre. A ce degré, les fibres du tendon nouveau ont la même structure que celles de l'ancien tendon.

Mortalité des enfants. — M. VELPEAU présente, au nom de M. Lebarillier, un travail sur la mortalité des enfants assistés de Bordeaux.

Ce travail se compose d'une série de tableaux offrant l'état comparatif par catégories, sexes et âges des enfants au-dessous d'un an admis et décédés dans l'hospice et à la campagne pendant la période 1850-1861.

Ce travail, dont nous publierons un court résumé dans l'un des prochains numéros, est renvoyé à l'examen des commissaires désignés pour le mémoire de M. Bouchut, MM. Dupin, Rayer, Bienaymé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 2 avril, M. Woll-Moreau, médecin-major de 1re classe au 3e régiment des voltigeurs de la garde impériale, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 22 mars, M. le docteur Fevez (d'Amiens) a été nommé président de la Société de secours mutuels du département de la Somme.

— Les membres du jury pour le concours de prosecteur à l'École anatomique des hôpitaux, sont : MM. Guérard, Nonat, Broca, Velpeau, Ricord, *titulaires*. MM. Serres et Depaul, *suppléants*.

Les candidats pour le même concours sont : MM. Auger, Bodin, Labeda et Simon.

— M. le docteur Cazenave, médecin consultant des Eaux-Bonnes, vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine et de chirurgie de Valence et de Grenade (Espagne).

— L'Association générale des médecins de France, dans sa dernière séance, a prononcé les admissions de MM. Allaire, Duperthuis, Aubin, Grenet, Lancereau et Fouquier.

La Société centrale compte maintenant 600 sociétaires.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 42. — JEUDI 10 AVRIL 1862. (35e ANNÉE.) N° 42. — JEUDI 10 AVRIL 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — L'enseignement de la médecine légale à Paris. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Hernie crurale droite étranglée. — Un mot sur le traitement de la fièvre puerpérale par le sulfate de quinine à haute dose. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 8 avril. — Nouvelles. — FEUILLETON. Essai d'une bibliographie universelle de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie militaires.

PARIS, LE 9 AVRIL 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Diverses présentations faites par des membres de l'Académie, une communication officielle de M. Tardieu, relative au service des eaux minérales, et deux lectures de candidature, l'une de M. Nonat, sur la coexistence des maladies de l'utérus et des lésions de la région péri-utérine et sur les indications thérapeutiques qui en résultent; la seconde, de M. Barthez, sur le traitement de la pneumonie chez les enfants, ont occupé la première moitié de cette séance, dont la seconde moitié a été consacrée à la lecture, en comité secret, du rapport de la section de pathologie médicale, et à la discussion des titres des candidats à la place vacante dans cette section.

Si nous sommes bien informé, la liste de candidature proposée par la section et adoptée sans modification par l'Académie, porterait : en 1re ligne, M. Roger; en 2e ligne, M. Monneret; en 3e ligne, M. Nonat; en 4e ligne, M. Barthez; en 5e ligne et *ex æquo*, MM. Béhier et Hardy.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Parmi les pièces de la correspondance, nous signalerons comme document important relatif à la question de l'hygiène des hôpitaux, une lettre de M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, en réponse au dernier discours de M. Malgaigne. Nous reproduisons textuellement cette lettre, ainsi que la réplique qu'y a faite M. Malgaigne. Il y a toute apparence que cette discussion sera close dans la prochaine séance. — Dr Brochin.

L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE LÉGALE A PARIS.

La Faculté de médecine présentait lundi dernier une animation peu commune : son grand amphithéâtre, comme en un jour de fête, suffisait à peine à contenir la foule. Plusieurs notabilités médicales avaient pris place au milieu des élèves. A quatre heures, M. le professeur Tardieu est venu prendre possession de sa chaire et ouvrir un cours qu'il n'avait fait jusqu'alors que comme agrégé de l'Ecole et suppléant du vénérable M. Adelon. Le public s'attendait à un discours sur la pratique de la médecine légale en général et sur certains points de jurisprudence médicale et d'exercice professionnel : le public n'a point été trompé.

Pour M. Tardieu, la médecine légale est une application des sciences médicales à l'étude et à la solution de toutes les questions spéciales que peuvent soulever l'institution des lois et l'action de la justice. Cette branche particulière de notre art n'est point, comme on se le figure trop volontiers, hérissée de difficultés, et beaucoup de médecins ont encore aujourd'hui le tort de décliner l'honneur de remplir un mandat judiciaire. Les qualités requises pour être médecin légiste consistent dans le bon sens, l'instruction et l'honnêteté; or, ces conditions, dans la très-grande majorité des cas, étant loin de faire défaut au corps médical, il est regrettable qu'un excès de modestie ou qu'un éloignement irréfléchi pour les formalités usitées dans les procès criminels, déterminent si fréquemment l'abstention systématique d'hommes instruits, honorables et dignes, sur lesquels le choix du juge d'instruction devrait naturellement se porter. M. Tardieu convie donc ses confrères et les élèves à l'étude sérieuse et approfondie de la médecine légale, et il reste convaincu que l'élévation du niveau de nos connaissances sur la matière constitue la première et la plus importante réforme à opérer.

Le mot *réforme* une fois prononcé, M. Tardieu s'est trouvé amené à faire allusion à l'idée que nous avons émise le 22 mars dernier, dans le feuilleton de ce journal, et qui était conçue dans les termes suivants :

« On parle à Paris de reconstruire très-prochainement la Morgue. Au lieu d'une humble maisonnette baignée par la Seine, qu'est-ce qui empêcherait nos édiles de bâtir un grand amphithéâtre? M. Tardieu établirait là le chef-lieu de son enseignement, et sa voix si autorisée s'appuierait sur des faits pratiques visibles et tangibles. Les jeunes docteurs alors ne quitteraient plus comme aujourd'hui la Faculté sans jamais avoir vu un seul cas de médecine légale, eux qui, dès le lendemain de leur arrivée en province, sont exposés à prendre une part si active dans le dénoûment de quelque drame de cour d'assises! »

M. Tardieu, tout en appréciant les services importants que pourrait rendre une clinique médico-légale, rappelle que l'honorable M. Devergie avait institué à une certaine époque des conférences de cette nature : la Morgue était précisément le théâtre de ses démonstrations.

Mais, en face d'avantages aussi précieux pour les élèves, se dressent des difficultés de plus d'un genre. La justice procède avec gravité, et son silence pendant l'instruction d'une affaire n'a d'égal que son culte pour la vérité. Une expertise à laquelle assisteraient plusieurs centaines de jeunes gens serait impossible, d'abord à cause de l'exiguïté des locaux, puis parce qu'elle porterait atteinte à l'ordre public et enlèverait à la police judiciaire ses moyens d'investigation. Le secret est la base principale d'une information; or, l'excessive publicité que l'on demande rendrait impraticable la mission des magistrats, annihilerait leurs recherches minutieuses, mystérieuses même parfois, et entraverait les allures normales de la procédure criminelle.

A cette brillante argumentation de M. Tardieu, nous répondrons par une nouvelle proposition : Que le professeur de médecine légale conserve sa chaire dans le grand amphithéâtre de l'Ecole, mais qu'il ait à la Morgue un chef d'autopsies qui, une ou deux fois par semaine, initierait les élèves à la connaissance de toutes les lésions anatomo-pathologiques du ressort de la médecine légale. Les corps *non réclamés* des suicidés serviraient seuls à ces exercices pratiques. Quelles indiscrétions aurait-on alors à redouter?

Si, d'après les plans adoptés pour la reconstruction de la Morgue, la salle à autopsies n'offre pas des dimensions en rapport avec l'affluence possible de l'auditoire, que l'on n'admette que les élèves *en cours d'examens* et munis d'une carte spéciale délivrée *ad hoc* par le secrétaire de la Faculté : on éliminera de cette façon les onze cents élèves *en cours d'inscriptions* et qui ne doivent se familiariser que plus tard avec l'étude de la médecine légale. A notre avis, une concession aussi importante satisferait à toutes les exigences et concilierait les droits de la justice avec les véritables intérêts de la science.

Notre manière de voir une fois soumise à l'examen de l'éminent professeur, nous nous hâtons de reprendre l'analyse de la leçon d'ouverture du cours de médecine légale.

M. Tardieu, justement préoccupé de la grandeur de sa mission, et désireux de vulgariser le plus possible la pratique de la médecine légale, crée en ce moment un musée d'anatomie pathologique spéciale, et il espère pouvoir rapidement augmenter le nombre de pièces qu'il a déjà pu recueillir. Il s'engage, en outre, à poser très-souvent aux élèves des problèmes médico-légaux, à faire corriger sous ses yeux les compositions qui lui seront remises, et à les rendre avec des notes en marge. Ces innovations réuniront certainement toutes les sympathies des travailleurs, et seront susceptibles d'exciter leur émulation.

On a beaucoup vanté le système de pratique médico-légale qui est en honneur dans les États de l'Allemagne. Loin de partager cet enthousiasme, M. Tardieu pense que nous sommes beaucoup plus avancés que nos voisins d'outre-Rhin. Il existe chez eux dans chaque circonscription un *médecin physicien* chargé des rapports; il fait l'office du premier degré de la juridiction. Quelques praticiens représentant une juridiction supérieure sont chargés, véritable tribunal d'appel, d'émettre un avis sur les rapports adressés. Enfin, une sorte de cour médicale suprême intervient d'une façon souveraine.

L'auteur de quelques lettres très-spirituelles sur la pratique de la médecine légale, M. le docteur Louis Pénard, de Versailles, a proposé pour la France un système presque analogue. Il voudrait qu'il y eût un médecin-légiste dans chaque chef-lieu d'arrondissement, un comité au chef-lieu du département et un conseil supérieur à Paris. M. Tardieu désapprouve formellement ces vœux de centralisation, et il est contraire, en matière scientifique, à la subordination hiérarchique. Il a d'ailleurs remarqué que lorsque plusieurs opinions médico-légales se trouvent en présence, les contradictions et les critiques font rarement défaut, et que plus il y a de médecins pour résoudre la difficulté, et plus il y a de chances pour qu'il ne jaillisse qu'une *lumière obscure* de la discussion.

Rien n'est plus déplorable que la confusion dans les interprétations et que les assertions diamétralement opposées des experts désignés. Que de fois ce manque d'entente n'a-t-il pas servi de prétexte à la justice ou au barreau pour accuser d'insuffisance ou de stérilité les investigations qui nous sont confiées au nom de la loi! Lorsqu'un médecin prête des armes à l'ignorance ambitieuse d'hommes incompétents, sa déposition court

BIBLIOGRAPHIE.

Essai d'une bibliographie universelle de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie militaires (1).

Parmi les préoccupations médicales de notre temps, il n'en est peut-être pas de plus remarquable que la tendance aux recherches d'érudition. Les textes des vieux auteurs sont reproduits ou traduits, en même temps que chaque année voit paraître des publications destinées à enregistrer scrupuleusement les nouveaux venus de la littérature médicale. Ces recherches s'étendent même déjà aux productions scientifiques des nations voisines; il semble qu'on ait hâte d'ouvrir les frontières aux ouvrages de l'esprit comme aux produits des manufactures, et que le temps ne soit pas loin où s'inaugurera cette république des lettres qui existait peut-être plus autrefois que de nos jours, quand on ne pouvait se dire savant sans avoir étudié sous les grands maîtres des principales universités de l'Europe.

Parallèlement à ce grand travail de généralisation du savoir, on doit aussi constater un autre mode de la même tendance; je veux parler des essais d'inventaires partiels de la science sur tel ou tel point de la médecine.

Parmi ces derniers, nous devons citer honorablement l'ouvrage dont nous avons donné plus haut le titre et que vient de publier M. Victor Rozier, le consciencieux éditeur de la plus grande partie des travaux de la chirurgie militaire.

Ce premier volume d'un ouvrage sans précédent et d'une difficulté que chacun peut apprécier en consultant seulement le chiffre énorme des numéros d'ordre de la table des matières (4,424), renferme déjà des documents d'un haut intérêt.

On comprend en effet, ainsi que l'auteur l'indique dans sa préface, quels services immenses rendrait une bibliographie générale et universelle de la médecine, c'est-à-dire la table méthodique et complète des livres, mémoires, thèses, brochures ou articles livrés au grand vent de la publicité sur tel sujet donné de cette science.

Chacun sait par expérience ce que les recherches personnelles et isolées de ce genre entraînent de peine, de pertes de temps, et, il faut le dire, de déceptions en l'absence d'un guide assuré.

Ce qu'on peut deviner aussi, c'est le nombre de travaux originaux et intéressants qui ont en quelque sorte disparu, faute du catalogue universel que tout chercheur a rêvé et que ne peuvent remplacer les efforts de quelques bibliophiles qui, découvrant ces travaux par hasard, ne peuvent leur rendre le mérite de l'invention qui leur était propre.

L'œuvre dont nous parlons est donc éminemment utile, et l'on ne saurait trop encourager les tentatives des éditeurs dans une voie dont les résultats définitifs seraient considérables.

Il est certainement impossible d'analyser, même sommairement, le premier volume qui vient de paraître; il faudrait nommer tous les grands noms de la médecine militaire ancienne et moderne, y compris ceux que les dernières guerres ont rendus célèbres.

Le médecin des camps ou des flottes grandit en effet aux combats ou dans les expéditions lointaines comme les capitaines sous les ordres desquels ils exercent leur profession d'abnégation et de dévouement; la mort les frappe aussi souvent que ces derniers, mort moins glorieuse peut-être aux yeux de la foule, mais qui a pourtant ce double caractère, qu'elle est reçue de sang-froid, loin de tout enivrement, et que celui qui disparaît laisse souvent dans ses travaux, médités en face du danger, des instructions précieuses, destinées à combattre le mal qui l'a frappé.

C'est ainsi, pour ne parler que des livres récents, qu'un grand nombre de chirurgiens des guerres d'Algérie, de Crimée, de la Baltique ou d'Italie, trop tôt enlevés à la science, nous ont laissé d'importants mémoires sur les maladies qu'ils avaient observées et auxquelles quelques-uns d'entre eux ont précisément succombé.

Il n'est pas d'ailleurs une expédition, pas une guerre, pas un combat qui n'ait sa relation ou son histoire dans le livre que nous signalons à l'attention du public médical; on comprendra dès lors que l'énumération des articles principaux qu'il contient, et qu'il sauvera désormais de l'oubli, dépasserait certainement les bornes de cet article.

(1) Tome I. Paris, 1862. Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

le risque d'essuyer des blessures dont le temps sera peut-être inhabile à dissimuler les cicatrices.

M. Tardieu n'est donc point d'avis d'établir un monopole en faveur de quelques hommes de l'art, et de frapper tous les autres d'ostracisme.

La pratique de la médecine légale est tellement accessible à tous que les officiers de santé, et dans certains cas les sages-femmes, sont officiellement chargés d'expertises, rédigent des rapports et figurent avec honneur dans des procès criminels. Carrière est ouverte à tous, même aux étrangers ayant obtenu en France le diplôme de docteur en médecine : ainsi l'a décidé la Cour de cassation, à propos du très-honorable médecin de l'ambassade anglaise, M. le docteur Oliffe.

Dans une habile péroraison, M. Tardieu a rappelé la décision récente de M. le ministre de la justice, en vertu de laquelle le médecin-légiste ne dépose plus aujourd'hui comme témoin, mais comme expert, et, avec une modestie de bon goût, il a reporté sur l'Association générale des médecins de France l'honneur d'une démarche à laquelle il a cependant été si loin de rester étranger. Il parait du reste très-convaincu que l'Association générale est appelée à étendre les droits et les devoirs du médecin, à sauvegarder sa dignité et à rehausser l'éclat d'une profession qui doit occuper le premier rang dans la société.

Ces dernières paroles ont été suivies des marques les plus vives d'approbation.

M. Tardieu a pris déjà depuis longtemps la tâche glorieuse de reculer les limites de la science. La grande netteté de son esprit lui fait projeter une clarté précieuse sur les enquêtes. Au palais, comme à la Faculté, il est écouté et apprécié. Ceux qui ne peuvent fréquenter ni le prétoire ni l'amphithéâtre ont la ressource de juger l'écrivain fécond et ingénieux, et depuis plusieurs années nous n'avons point manqué de faire passer sous les yeux des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* une analyse étendue des mémoires de M. Tardieu sur la *pédérastie*, l'*avortement simulé*, sur un *signe caractéristique très-important dans l'histoire médico-légale de l'attentat à la pudeur*, sur les *sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants*, et enfin sur la *strangulation*.

Parvenu très-jeune encore aux plus hautes positions officielles, M. Tardieu peut beaucoup pour la science et pour la profession. Nous pensons qu'il n'oubliera pas les chaleureux applaudissements qui ont accueilli son premier début professoral, et qu'il réalisera largement toutes les espérances qui reposent sur lui.

Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Hernie crurale droite étranglée.

(Leçon recueillie par M. P. Gillette, interne de service.)

Il est entré hier matin, au n° 30 de notre salle des femmes, une malade âgée de cinquante-six ans, qui porte depuis une douzaine d'années une hernie crurale droite maintenue incomplétement par un mauvais bandage.

Il y a neuf jours, sa hernie, qui sortait de temps en temps et rentrait facilement, s'échappa en présentant un volume plus considérable que d'habitude, et ne put rentrer malgré les efforts de la malade, qui fut prise immédiatement de douleurs abdominales, de constipation, de nausées et de vomissements de matières verdâtres n'offrant pas l'odeur du liquide intestinal. Les vomissements ont été simplement bilieux, tels qu'on les constate dans les inflammations du bas-ventre : ce sont des vomissements dits porracés, c'est-à-dire constitués par un liquide transparent, incolore, au fond duquel se trouve une couche de mucus coloré en vert. Avec les vomissements survint une interruption au cours des matières stercorales, une tension et un ballonnement du ventre assez prononcé pour qu'on vît les anses intestinales dessinées à travers la paroi de l'abdomen. Des douleurs se faisaient sentir dans tout le ventre et principalement dans les régions sus et sous-ombilicales : tels étaient les symptômes locaux que présentait la malade.

On remarquait de plus une altération profonde des traits ; une coloration ardoisée de la face, comparable à la teinte cyanosée des cholériques ; une coloration de même nature au niveau de la face dorsale des mains et un léger refroidissement, qu'il était surtout facile de constater au niveau des extrémités, là où la masse du sang qui arrive n'est pas assez considérable pour entretenir une température analogue à celle des parties centrales, par exemple, au bout du nez, des doigts et de la langue.

C'est là un mauvais signe, indice d'une hématose incomplète et d'une calorification qui ne s'accomplit pas avec toute la régularité désirable.

Elle accusait aussi des douleurs au niveau de la région de l'aine, où existait une tumeur de la grosseur d'une petite orange. Cette tumeur, qu'on a diagnostiqué être une hernie crurale, présentait quant à son siége quelque chose de particulier. Elle paraissait située au-dessus du pli inguino-crural, et reposer plutôt sur la paroi abdominale que sur la cuisse; elle semblait même jusqu'à un certain point s'engager dans la partie supérieure de la grande lèvre correspondante, comme une hernie inguinale.

On avait d'un autre côté, cependant, quelques raisons pour la supposer plutôt crurale; aussi fallait-il pour arriver à la détermination précise de l'espèce de tumeur, analyser les symptômes que l'on avait sous les yeux, et établir bien nettement la situation de la hernie, qui semblait, comme nous l'avons dit, empiéter sur la paroi abdominale.

Il est un principe qui a été surtout bien établi par M. Nivet, ancien interne de l'Hôtel-Dieu; c'est de rechercher ses points de repère, pour le diagnostic d'une hernie, dans les parties fixes du bassin, les os, et non dans les parties molles extérieures. En effet, chez les personnes âgées, surtout si elles ont été grasses étant jeunes, comme notre malade, les parties molles de la région inférieure de l'abdomen deviennent flasques, pendantes; le mont de Vénus éprouve une espèce de prolapsus en avant et en bas, et se trouve alors plus bas que la symphyse pubienne.

Chez cette femme, la symphyse était placée bien plus haut qu'on n'aurait pu le supposer en examinant seulement la position du mont de Vénus et des poils. Ces derniers étaient en effet bien plus bas que le détroit supérieur du bassin, et si après avoir bien reconnu, à l'aide du palper, la symphyse pubienne, on tirait une ligne partant de l'épine iliaque antérieure du pubis et aboutissant à cette dernière, on voyait parfaitement que la hernie était située au-dessous.

En résumé, il faut rechercher toujours la symphyse pubienne, ne pas se laisser induire en erreur par l'abaissement du mont de Vénus, et voir si la tumeur est au-dessus ou au-dessous de la ligne tirée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis.

Il est de toute nécessité de fixer l'esprit du chirurgien sur les erreurs de diagnostic que peut entraîner la locomotion des parties abdominales par rapport aux os. C'est ainsi que dans la ponction de la vessie, si on ne se guide que par l'apparence extérieure des parties molles, on peut se croire au-dessus de la symphyse, quand par suite du relâchement du mont de Vénus on est au-dessous. Si on ne recherche pas à l'aide du palper le bord supérieur du pubis, on peut très-bien être induit en erreur et être amené à ponctionner au-dessous de la symphyse. Ce fait a été observé par M. Nélaton pendant qu'il faisait le service de Saint-Antoine et de Bon-Secours dans les journées de juin. Un jeune sous-officier avait reçu à la partie supérieure de la cuisse une balle qui s'était engagée obliquement dans le périnée et était allée ressortir par la fesse du côté opposé. Ce jeune homme était tourmenté par une impossibilité complète de l'émission de l'urine. M. Nélaton le vit, l'examina, et chargea l'interne de faire la ponction de la vessie. Ce dernier, trompé par la procidence des parties molles de la région inférieure de l'abdomen, se crut au-dessus de la symphyse quand il n'était qu'au-dessous, et ponctionna à ce niveau : il ne sortit, comme on le comprend, aucun jet d'urine.

M. Nélaton a vu encore une erreur de ce genre chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans, chez lequel un embonpoint considérable datant déjà de longtemps avait amené un abaissement et une flaccidité des tissus de la région pubienne telle que l'on fit la ponction au-dessous de la symphyse.

Un autre symptôme qui ne plaidait pas non plus en faveur d'une hernie crurale était la forme de la tumeur. Elle n'était pas globuleuse, marronnée, comme le sont les hernies crurales; elle ne se réfléchissait pas en haut et en dehors, comme le font bien souvent ces dernières; elle formait, au contraire, une tumeur oblique en bas et en dedans, et simulait jusqu'à un certain point, comme nous l'avons dit, une hernie inguinale.

Il existe un signe bien franchement accusé chez la plupart des sujets et qui est d'une grande ressource quand on est en présence d'une hernie sur le diagnostic de laquelle on peut élever quelque doute : ce signe, qui est en général trop négligé et qui cependant est bien important, est relatif au point d'attache de la portion herniée au reste des viscères contenus dans l'abdomen. Ce point d'union est le pédicule herniaire, qui peut, comme on l'a observé ici, être senti à travers les parois abdominales, et se présenter sous la forme d'un cordon arrondi et cylindrique. Chez notre malade, malgré la distension du ventre, on pouvait trouver ce cordon, qui venait aboutir à l'anneau herniaire.

Les conditions dans lesquelles se trouvait cette femme étaient mauvaises : étranglement remontant à neuf jours; pouls petit, cyanose; disteusion abdominale par les gaz; vomissements incessants; douleurs généralisées.

Tels étaient les symptômes de péritonite déjà avancée qu'elle présentait. Que faire en semblable occurrence? Attendre la mort? On ne crut pas devoir le faire : il restait une chance de salut, quelque faible qu'elle fût : c'était l'opération.

La malade fut opérée trois quarts d'heure après son entrée à l'hôpital.

Opération assez simple : incision intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané; chemin faisant, on voit sortir sous les coups de bistouri un liquide séro-sanguinolent semblable jusqu'à un certain point au liquide contenu dans le sac. La présence de ce liquide résulte de ce que l'étranglement existe déjà depuis un certain temps. Cet écoulement pouvait à la rigueur faire croire que l'on était arrivé dans le sac, d'autant plus qu'après l'incision des tissus sous-cutanés couche par couche, on vit s'offrir aux regards une masse arrondie assez semblable à de l'épiploon. Comme elle n'offrait pas cette coloration gris bleuâtre caractéristique des sacs herniaires, on crut devoir l'inciser, puis couper deux dernières couches, et on arriva sur le sac. Il est bien difficile de donner par des paroles une idée de l'aspect qu'il présente : on ne peut guère s'en convaincre que par la vue. Il diffère des couches extérieures non pas par une couleur tirant sur le jaune avec des marbrures comme on l'a déjà dit, mais bien par une coloration uniforme, d'un gris bleuâtre : on ne saurait mieux employer comme terme de comparaison, que l'aspect d'une veine vue par transparence à travers une peau assez fine, ou d'un corps foncé en couleur aperçu derrière une couche translucide.

On le ponctionna; il sortit un liquide sanguinolent un peu visqueux, et on agrandit en haut et en bas.

Le contenu du sac était de l'épiploon, situé, comme toujours, en avant de l'intestin, et adhérant en partie aux parois du sac. Une difficulté que l'on rencontra alors fut la profondeur à laquelle le pédicule s'enfonçait. On a attiré le sac, fait saisir une paroi par un aide, et, tenant l'autre, on a incisé aussi loin que l'on a pu avec des ciseaux.

Cette manœuvre est quelquefois suffisante pour faire cesser l'étranglement; cependant on fut obligé de débrider à l'aide d'un bistouri courbe, dans une étendue de 2 ou 3 millimètres au plus, et on s'assura en dernière analyse que le débridement était porté assez loin en passant le doigt : si l'indicateur en pareil cas peut être introduit dans l'ouverture, on est sûr que les viscères herniés passeront. La réduction fut facilement achevée.

Il est de toute utilité de revenir sur quelques temps de l'opération.

Cet écoulement de sérosité sanguinolente survenu à la suite de l'incision successive des différentes couches est un indice que le taxis a été prolongé assez longtemps. Il peut-être le point de départ d'une erreur de diagnostic suivie de manœuvres imprudentes de la part du chirurgien; en effet, cet écoulement pourrait dans certaines circonstances faire croire à l'ouverture du sac, et on serait d'autant plus disposé à prendre le change que l'on trouve après l'incision de ce qu'on croit être le sac, un globe bien net et bien isolé comme chez notre malade. Si alors on cherche à réduire, on fait rentrer la hernie avec son sac, dont le pédicule continue à l'étrangler, seulement avec cette différence que l'étranglement a lieu dans l'abdomen au lieu d'être à l'extérieur.

Le débridement a porté sur la partie interne de l'infundibulum, sur le ligament de Gimbernat, de façon qu'aucune artère importante ne pouvait être lésée. Chez la femme, le ligament rond ne possède pas autour de lui des branches artérielles assez importantes pour qu'il y ait grand inconvénient à les couper. Chez l'homme, le danger est beaucoup plus à redouter, à cause de l'artère testiculaire. Ainsi donc aucune crainte à avoir quand on débride en dedans, la hernie étant étranglée très-souvent, comme on sait, au niveau d'un des orifices du *fascia cribriformis* en dedans des vaisseaux fémoraux.

On a examiné avec soin l'état de l'anse intestinale; pour cela, on l'a attirée, et on a constaté son intégrité au niveau du cercle constricteur. Quelquefois, on se le rappelle, on trouve dans certains cas une légère ulcération correspondant au point étranglé; mais ici il n'en était pas ainsi, par suite de la circonstance

---

Tous ces faits sont rangés et classés dans deux parties distinctes de l'ouvrage, l'une destinée à les enregistrer alphabétiquement d'après le nom de leur auteur, l'autre, plus importante à notre avis, adoptant de préférence les titres ou indications des sujets traités.

C'est surtout cette dernière partie que nous voudrions voir développer dans les publications qui suivront celles que nous annonçons, et peut-être serait-elle avantageusement placée en tête de l'ouvrage, au lieu de n'occuper que la seconde place.

Elle répond en effet plus directement, plus simplement, et j'ajouterai plus sûrement, aux *desiderata* signalés par M. Rozier dans sa préface.

Quelque intérêt qu'on attache à pouvoir embrasser d'un coup d'œil toutes les publications d'un auteur, la même vue d'ensemble devient certainement plus précieuse quand elle a telle maladie, tello considération chirurgicale pour objet.

La lecture attentive de cette seconde partie peut avoir de plus un résultat dont nous soumettons l'utilité au lecteur.

Il sera sans doute frappé comme nous du chiffre énorme des mémoires ou travaux inspirés par certains sujets, et nous croyons pouvoir avancer sans crainte d'être contredit que, si les auteurs de ces mémoires avaient pu consulter à l'avance une aussi formidable liste de noms et d'œuvres, ils auraient certainement choisi l'examen de questions moins explorées.

Les articles scorbut et dyssenterie, par exemple, justifieraient notre opinion. Le premier n'a pas eu moins de 152 historiens, le second 129, sans compter que nous n'analysons encore que le premier fascicule d'un ouvrage qui doit en compter plusieurs.

Nous ne nous plaindrons pas, au contraire, du nombre considérable aussi de topographies médicales. C'est, à notre avis, une mine inépuisable de renseignements originaux où l'on est sûr de puiser avec fruit.

En résumé, la publication de M. Rozier nous paraît devoir être le livre indispensable de toute bibliothèque médicale; l'immense quantité de documents dont il apprend l'existence, non-seulement sur ce qui a trait à la médecine militaire, mais encore sur l'ensemble de la science, nous le fait considérer comme une des œuvres dont la continuation et l'achèvement doivent être fortement encouragés et applaudis.

Dr Seaman.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du choix du soldat ou Etude sur la constitution des hommes de vingt ans, appliquée au recrutement de l'armée, par M. le docteur Vincent, médecin major de première classe. In-8° de 42 pages. Prix : 1 fr. Chez Victor Rozier, editeur, rue Childebert, 11.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André Lebel. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

suivante : le pédicule épiploïque entourait tout l'intestin au niveau du cercle constricteur, et le protégeait de manière que l'anse n'était pas comprimée immédiatement et avait échappé en partie à l'action de l'étranglement.

On a beaucoup discuté pour savoir quels sont les signes anatomiques qui caractérisent d'une manière évidente la gangrène intestinale ; on a dit que l'anse avait une coloration brune comparable à celle de la feuille morte : ce n'est pas là un signe bien précis. M. Nélaton, après la dissection d'un grand nombre de hernies étranglées, a pu formuler le principe suivant : Ayant attiré l'anse intestinale et reconnu le lieu de la constriction à la présence d'une bande caractéristique, on examine avec attention, et si une portion est gangrenée, s'il y a eschare, on reconnaît qu'elle a subi les conditions du tissu modifié, c'est-à-dire qu'en contact avec le liquide intestinal elle a macéré dans ce liquide, s'en est imbibée, *et présente alors la couleur de la matière intestinale elle-même.* C'est cette substance qui colore l'eschare, et on comprend facilement le nom de coloration feuille morte que l'on a donné à l'anse gangrenée.

Après l'opération, M. Nélaton, contre son habitude, n'a pas prescrit de purgatif, et cependant la malade a eu quatre selles abondantes. Il a été ordonné un immense vésicatoire couvrant tout l'abdomen. On sait, en effet, qu'au moment de l'opération, la malade présentait une péritonite généralisée. Or, il est reconnu que le vésicatoire est un moyen indiqué dans les phlegmasies des séreuses ; il est employé dans la pleurésie ; pourquoi n'étendrait-on pas son application à la péritonite? Ce sont deux membranes de même ordre, et par conséquent soumises à des phlegmasies semblables qui doivent comporter l'emploi des mêmes moyens thérapeutiques.

M. Nélaton a vu réussir ce moyen deux fois dans sa pratique civile. Dans l'un des cas, on avait affaire à un jeune homme opéré de hernie étranglée qui présentait des signes de péritonite aiguë, et qui guérit parfaitement après l'application d'un large vésicatoire.

Aujourd'hui, lendemain de l'opération, la malade ne va pas plus mal ; elle est peut-être un peu mieux qu'hier, et souffre beaucoup moins du ventre, quoique les douleurs soient très-profondes. Elle se plaint souvent de ne pas pouvoir beaucoup uriner. Le vésicatoire en est peut-être la cause. Sondée, elle a été soulagée. Le pouls n'est pas très-mauvais, mais assez développé, de 108 à 110 pulsations. Un symptôme de mauvais augure est la soif ardente que présente la malade, et qui est l'indice de phlegmasie péritonéale grave. L'altération des traits existe moins, mais persiste toujours. Le nez n'offre pas à un degré aussi prononcé qu'hier cette coloration violacée froide sur laquelle M. Nélaton insiste beaucoup.

Ce matin, en examinant la hernie, on vit que les bords cutanés étaient presque complétement réunis, et son volume assez considérable pouvait faire croire à une nouvelle sortie de viscère à l'extérieur ; ce qui, du reste, n'aurait pas été cause de grands dangers.

On a alors supposé que cette réapparition de la tumeur était due à l'exhalation de sérosité sanguinolente. On a désuni immédiatement les lèvres de la plaie, et on a donné issue à une grande quantité de sérosité sanguinolente mêlée à des bulles de gaz. C'est là un fait journalier que de voir la reproduction de ce liquide dans les sacs herniaires. Il peut, si on ne lui donne pas jour au dehors, s'infiltrer dans les parois abdominales et filer en haut jusqu'à la partie postérieure du tronc, de manière à y déterminer des phlegmons diffus terribles.

Ce liquide, exhalé par un sac péritonéal enflammé, est plus délétère que l'urine même, et se conduit comme elle, c'est-à-dire produit des accidents terribles, par exemple, la gangrène des tissus dans lesquels il s'infiltre.

On s'est donc empressé, chez notre malade, de donner issue à ce liquide délétère qui aurait pu être la cause :

1° D'une péritonite suraiguë par suite de la réintroduction du liquide dans la cavité abdominale ;

2° D'infiltration dans les couches superficielles du périnée, et de production de phlegmon diffus.

La malade meurt deux jours après, et on constate les lésions d'une péritonite généralisée.

UN MOT SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE

par le sulfate de quinine à haute dose.

Par M. le Dr O. COMMENGE.

Dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. le docteur Cabanellas a donné lecture d'une note sur le traitement de la fièvre puerpérale par le sulfate de quinine. L'intéressante communication de notre confrère, en venant confirmer les faits déjà connus, aura le mérite d'appeler de nouveau l'attention des médecins sur un médicament fréquemment efficace dans une maladie où la thérapeutique est malheureusement si souvent impuissante. Élève de M. Beau, à l'époque où le traitement par le sulfate de quinine fut institué à l'hôpital Cochin, j'ai consacré ma thèse inaugurale à relater les faits observés et les résultats obtenus dans cet établissement ; aussi ai-je été surpris, comme on l'a été au sein de l'Académie et au dehors, d'entendre préconiser comme nouvelle une méthode de traitement employée depuis longtemps, et de lire que le médecin de la Charité avait abandonné un traitement qui lui semblait le seul possible en 1856.

M. le docteur Cabanellas a été mal renseigné.

M. Beau n'a pas abandonné le traitement par le sulfate de quinine ; il a seulement renoncé au mode d'administration préconisé par M. Cabanellas : à cette méthode, qui a été la première mise en usage à l'hôpital Cochin, il a substitué, comme donnant des résultats plus efficaces, les fortes doses de sulfate de quinine administrées en trois ou quatre doses dans la journée. Je dois ajouter que loin d'abandonner le traitement par le sulfate de quinine, M. Beau l'emploie même dans la péritonite non puerpérale : j'ai publié dans ma thèse deux exemples remarquables de l'efficacité de ce traitement dans ce cas.

M. Beau, faisant partie de la commission chargée d'examiner le travail de notre confrère, n'a pas voulu sans doute anticiper sur l'appréciation qu'il aura à faire à l'époque du rapport, et protester, dès aujourd'hui, de sa fidélité au traitement par le sulfate de quinine. La réserve momentanée imposée à M. Beau par sa position académique m'a paru n'avoir rien d'obligatoire pour ses élèves ; il m'a semblé, au contraire, que je devais, dans l'intérêt de la vérité, dire ce que je savais sur cette question.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 avril 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements du Gard, de la Lozère, de Seine-et-Marne et de la Charente ;

2° Des rapports d'épidémies, par M. le docteur Dauvin, de Saint-Pol. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Une note relative à la question de l'hygiène des hôpitaux, par M. le docteur Mordret, du Mans. (Commissaire : M. Gosselin.)

2° Un mémoire de M. le docteur Mascarel, médecin en chef de l'hôpital de Châtellerault, sur les effets des eaux thermales du Mont-Dore dans le traitement du coryza et de l'aphonie. (Commission des eaux minérales.)

3° M. Mathieu présente un nouvel attractif, qu'il a construit pour M. d'Estanque, médecin à Mont-de-Marsan.

Cet instrument, destiné à pratiquer l'extraction des dents et des racines, peut remplacer avantageusement, suivant son auteur, toutes les clefs et la série de daviers en usage aujourd'hui.

Avec cet instrument, il n'y [illegible] point d'appui pris sur la mâchoire ; la dent à extraire est saisie entre les mors, dont l'un a la forme d'un crochet ordinaire ; une fois ce premier temps de l'opération exécuté, il suffit de rapprocher les deux branches D D par une simple pression de la main, et l'extraction se fait naturellement, la dent étant attirée par un mouvement d'élévation, et glissant en même temps sur le plan incliné du second mors, qui sert de point d'appui.

Cet instrument est armé d'une série de crochets indépendants A, B, C, qui sont coudés à droite et à gauche, de manière à opérer sur les molaires et les dents du fond de la bouche. Il se démonte de toutes pièces, afin d'en permettre facilement le nettoyage et la conservation dans un état convenable de propreté.

4° M. J. Charrière présente un nouvel appareil pulvérisateur des liquides médicamenteux du docteur Sales-Girons, construit sur les mêmes principes que son modèle de pompe à douches.

La pompe dont il s'agit ici n'est autre, sauf les dimensions, que celle que M. J. Charrière a soumise à l'appréciation de l'Académie de médecine le 5 mai 1857, et qui n'a cessé depuis lors d'être employée dans la pratique pour les douches ascendantes et les injections de toutes sortes.

La simplicité de son mécanisme, qui rend son entretien très-aisé, et la facilité de son emploi, lui ont donné la pensée d'en généraliser l'usage. En voici la description succincte :

La fig. 1 est composée de la pompe, de son tuyau F monté sur la fig. 5, d'une canule d'ivoire, fig. 6, et de la canule droite en gomme, fig. 7, le tout pour les divers usages indiqués.

Fig. 2. L'appareil de M. Sales-Girons pour la pulvérisation des liquides médicamenteux, que l'on monte sur la pompe fig. 1.

Le tuyau C garni de son bouchon.

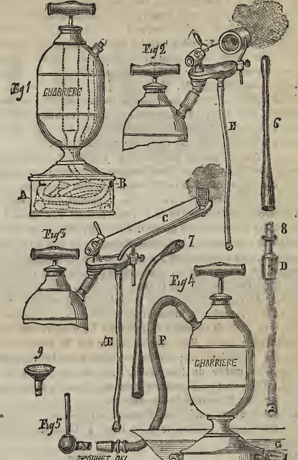
Fig. 3. Le robinet de M. Sales-Girons se montant seul sur la pompe.

Fig. 4. Le petit appareil de M. Fournier, qui se monte sur le robinet précédent pour la pulvérisation des liquides portés directement dans l'arrière-bouche.

Fig. 6 et 7. Canules droite et courbe en gomme.

Fig. 8. Tuyau évacuateur.

Fig. 9. Canule métallique à arrosoir.



5° **Hygiène des hôpitaux.** — M. LE DIRECTEUR de l'administration générale de l'Assistance publique adresse à M. le président de l'Académie la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

« Monsieur le président,

» Il ne m'est pas permis de laisser sans réponse les allégations sans fondement produites par M. Malgaigne dans un discours véhément qu'il a prononcé mardi dernier à l'Académie de médecine. L'Académie trouvera bon, sans nul doute, que l'administration de l'Assistance publique, avec la modération dont elle entend ne jamais se départir, malgré d'injustes attaques, tienne à opposer aux allégations de ce chirurgien des faits et des chiffres qui établiront suffisamment de quel côté est la vérité.

» M. Malgaigne, si j'en crois la *Gazette des Hôpitaux*, a dit, à l'occasion de l'hôpital Lariboisière, que « l'Administration, qui a déployé » dans cet hôpital un luxe *scandaleux*, manquait alors et manque en» core de chemises. »

» Dans aucune partie de nos vastes services on ne manque ni de chemises ni d'aucune autre chose. A l'hôpital Lariboisière, il y avait en service, d'après le Compte moral de 1860, que M. Malgaigne [illegible] chemises. A raison de 14 chemises par lit de malade et de 8 chemises par lit d'employé, il aurait dû y avoir 9,646 chemises dans la lingerie. Il en manquait donc 807, c'est-à-dire 8,39 p. 100, ce qui représentait l'usure de l'année. En 1861, l'usure s'est accélérée, le linge de l'hôpital datant de 1854, époque de sa fondation. Mais le renouvellement de 1862 permettra de maintenir le nombre des chemises au chiffre de onze chemises et demie par malade (1). C'est assez dire qu'en aucune circonstance les malades de Lariboisière ne peuvent être exposés à en manquer.

» Faisant allusion à quelques lits supplémentaires existant dans plusieurs salles, M. Malgaigne affirme que « l'encombrement est partout. » On va en juger.

» Les salles uniformes de l'hôpital doivent contenir ordinairement 32 lits, plus 2 lits dans une chambre particulière. La salle Sainte-Jeanne, que je prends pour exemple, offre un cube d'air représenté par 52m429 pour chaque malade. L'espacement moyen de chaque lit est de 1m50 sur les côtés. Au pied, il y a, entre les deux rangées, un intervalle de 4m 75. Dans les salles de chirurgie, le nombre des lits est resté normal ; le service d'accouchement ne compte que 28 lits au lieu de 32. Mais, par suite de la recrudescence des maladies, ordinaire à cette époque de l'année, l'Administration a dû placer momentanément, dans les salles de médecine affectées aux hommes, 7 ou 8 lits disposés aux deux bouts des salles, sans diminution de l'espacement des autres lits ; dans les salles de femmes, il y a seulement 3 ou 4 lits supplémentaires. Là où il existe 40 lits au lieu de 32, le cube afférent à chaque malade est encore de 41m 94. Je ne crois pas qu'il y ait à Paris beaucoup d'habitants, même dans la classe aisée, dont la chambre à coucher contienne une plus grande quantité d'air respirable.

» En parlant de la cour centrale de l'hôpital, M. Malgaigne fait remarquer que les malades n'y sont pas admis, et il donne à entendre que ceux-ci n'auraient point de préau à leur disposition.

» Les malades ne sont point admis à circuler dans la cour centrale, parce que les sexes y seraient confondus, et surtout parce qu'ils ont, pour la promenade et le repos, un jardin dont la superficie est de 10,582 mètres pour les hommes, et de 10,625 mètres pour les femmes N'est-il pas surprenant que dans sa récente visite à Lariboisière, M. Malgaigne ne se soit pas aperçu de l'existence de ces vastes préaux?

» M. Malgaigne dit encore qu'à l'hôpital Lariboisière « on a élevé avec profusion des colonnes élégantes, et qu'on y a prodigué le marbre. » On compte à Lariboisière six colonnes décoratives *en pierre* : deux à l'entrée de l'hôpital, et quatre au vestibule extérieur de la chapelle. Quant au prétendu marbre des escaliers et des salles, M. Malgaigne s'est mépris ; car ce n'est pas du marbre, mais simplement une peinture qui recouvre le stuc dont toutes les commissions d'hygiène ont recommandé l'emploi.

» En résumé, Monsieur le président, que veut M. Malgaigne qui

(1) Les prévisions du budget pour l'entretien du linge sont aujourd'hui basées sur l'évaluation des quantités à détruire annuellement par suite d'usure. Il est pourvu aux manquants antérieurs qui n'ont pas été remplacés au moyen d'un crédit extraordinaire. Mais le déficit n'est jamais considérable, et l'activité du blanchissage ne permet pas qu'il y ait jamais disette dans les lingeries.

ne se rencontre à Lariboisière? Des pavillons séparés, des salles moyennes contenant un petit nombre delits, est-ce ce qu'il demande? Si, comme il paraît le croire, chaque lit était un foyer infectieux se multipliant par le nombre des malades qui les occupent, il faudrait, à Paris et dans toutes les grandes villes d'Europe, se hâter de supprimer les rassemblements de malades, c'est-à-dire tous les hôpitaux. Je ne suppose pas que M. Malgaigne aille jusqu'à demander de multiplier assez, à Paris, les maisons de traitement pour donner l'équivalent de 9 à 10,000 chambres qu'il nous faudrait; autrement, ce n'est plus, selon sa pompeuse expression, un *Versailles* que nous aurions à y fonder, mais une ville, une véritable ville.

» Sans recourir à de tels moyens, et en s'éclairant, comme elle l'a fait en toutes circonstances, des lumières des savants et du corps médical des hôpitaux, l'Administration remplira la mission qui lui est confiée : elle saura pourvoir, dans la mesure des besoins et de ses ressources, aux nécessités de l'avenir comme elle satisfait aujourd'hui aux obligations du présent. Pour cela, elle ne demande pas de flatteries, comme M. le docteur Malgaigne se plaît à l'insinuer; elle accepte, non sans examen, mais avec une reconnaissance non équivoque, les conseils qui lui sont donnés dans la seule vue du bien public, et ce n'est pas elle qui traîne à sa suite la foule bruyante des adulateurs. Au reproche durement formulé qui lui est fait de déployer un luxe assurément innocent dans l'érection de quelques colonnes, elle pourrait répondre en montrant les dangers des injustes agressions de la parole. Mais elle ne suivra pas M. Malgaigne dans la voie des récriminations; elle se contentera de lui rappeler ce précepte d'un maître de l'antiquité, qu'il ne faut jamais, dans le discours, si l'on veut qu'il conserve avec son éclat sa force de persuasion, sacrifier la vérité à l'effet oratoire.

» Je vous serai reconnaissant, Monsieur le président, si vous voulez bien faire donner lecture de cette lettre à l'Académie dans sa prochaine séance.

» Agréez, etc. A. HUSSON,

» Directeur de l'administration de l'Assistance publique. »

M. MALGAIGNE. Je demande à faire une courte réponse à la lettre de M. le directeur général de l'Assistance publique. Et d'abord, je n'ai pas dit qu'on avait prodigué le *marbre* à l'hôpital Lariboisière. Plusieurs journaux m'ont gratuitement prêté cette assertion; mais on verra par le *Bulletin de l'Académie* que cette accusation ne se trouve pas dans mon discours.

Quant au cubage de l'air et à l'encombrement, je maintiens que je n'ai rien dit d'exagéré à cet égard; je n'en veux pour preuve qu'une déclaration contenue dans la lettre que vous venez d'entendre, et dans laquelle M. Husson vous parle de salles contenant 40 lits, et même des lits supplémentaires. J'ai parlé du déficit des chemises dans les hôpitaux, et on m'en fait un crime; mais j'ai un excellent garant de ce fait, c'est le *Compte moral* de 1860, rédigé par M. Husson lui-même, et dans lequel il est dit (p. 47) qu'il manque 27,787 chemises au service des hôpitaux. M. Husson ne s'est pas souvenu de ce qu'il avait fait imprimer.

M. ROBINET. Le déficit des chemises dont parle M. Malgaigne est loin d'avoir la signification qu'il lui donne. Supposez qu'au lieu d'avoir 14 chemises, chaque malade n'en ait que 13, dira-t-on pour cela

— **M. DEPAUL**, au nom de M. le docteur Koslowski (de Forges-les-Bains), met sous les yeux de l'Académie la photographie d'un fœtus mort-né, non viable. (Commissaires : MM. Depaul et Béclard.)

— M. Depaul présente ensuite, de la part de M. le docteur Violette, un ouvrage intitulé *Études sur la parole et ses défauts, et en particulier du bégayement.*

En faisant cette dernière présentation, M. Depaul expose à peu près en ces termes l'objet de cet ouvrage :

C'est surtout au point de vue physiologique que l'auteur a dirigé ses recherches dans les études qu'il a faites sur la parole.

Il a établi une action corrélative de la branche interne et de la branche externe du nerf spinal.

La branche interne exerce une action directe sur la phonation; la branche externe, toute motrice, se rendant aux muscles trapèze et sterno-cléido-mastoïdien, détermine synergiquement avec d'autres nerfs une action aux différents muscles appelés à mouvoir la tête et le membre supérieur. Mais son action se fait surtout sentir, alors que la branche interne agit pour produire la voix, et les mouvements déterminés par la branche externe concourent à produire la voix *articulée* ou parole.

Ces mouvements produits par la tête ou le membre supérieur sont des *gestes* qui concordent toujours avec la parole. Quand les bras se meuvent pour aider la parole, la tête demeure immobile; et quand les bras demeurent immobiles, c'est la tête qui bat les syllabes.

Le geste est donc nécessaire pour la bonne articulation des sons.

Lorsque cette concordance du geste et de la parole n'existe pas, il y a un vice pathologique, caractérisé soit par du bredouillement, soit par du bégayement.

De ces données physiologiques l'auteur en a tiré des conséquences thérapeutiques très-heureuses pour le traitement des vices de la parole. Ce traitement consiste à rétablir l'harmonie de la parole et du geste, autrement dit, le rapport de l'action de la branche interne et de la branche externe du nerf spinal.

Les bègues possèdent ainsi le moyen de régulariser leur parole sans avoir recours à aucun instrument ou artifice extérieur.

En étudiant la parole au point de vue philosophique, l'auteur l'a considérée dans toutes les phases qu'elle a dû parcourir chez tous les peuples pour arriver à un certain degré de perfection, depuis les simples cris des hommes à l'état primitif, jusqu'aux formes dont s'est revêtu le langage de la civilisation la plus avancée.

C'est ainsi qu'il a reconnu combien s'était modifiée la gesticulation : le geste, qui, en principe, était toute l'expression du langage, n'est plus devenu qu'un agent de la phonation, un puissant auxiliaire de la parole, appelé à vaincre les difficultés qui pouvaient se présenter dans l'articulation des sons.

— M. Depaul présente enfin, au nom de M. le docteur Desparquets, une brochure ayant pour titre : *L'électricité appliquée au traitement des maladies.*

— **M. TARDIEU** fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la 2e édition de son *Dictionnaire d'hygiène et de salubrité publique.*

Eaux minérales. — M. Tardieu lit, au nom de la commission des eaux minérales, un projet de réponse à M. le ministre du commerce relativement à l'analyse des eaux minérales. (L'Académie approuve.)

LECTURE.

Maladies de l'utérus. — **M. LE Dr NONAT**, médecin de la Charité, candidat pour la place vacante dans la section de pathologie interne, lit un mémoire intitulé : *De la coexistence fréquente des maladies de l'utérus et des lésions de la région péri-utérine; des indications thérapeutiques qui en résultent.*

« Depuis longtemps, dit l'auteur, je m'applique à fixer l'attention sur la coïncidence fréquente des maladies de l'utérus avec certaines lésions de la région péri-utérine; sur la nécessité d'explorer avec un soin rigoureux cette région; sur le danger de recourir au cathétérisme ou à la cautérisation de la matrice, à l'emploi de la curette, à l'application des pessaires et des redresseurs, quand il existe une phlegmasie péri-utérine; et sur l'urgence de combattre cette dernière affection, de la guérir ou tout au moins de l'amender suffisamment, avant d'instituer le traitement direct des maladies mêmes de la matrice, avant de pratiquer sur cet organe une opération, quelque inoffensive qu'elle paraisse.

» Ces préceptes, que je n'ai jamais cessé de développer devant mes élèves, je les ai posés nettement et très-catégoriquement formulés dans mon *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes.* »

Ici M. Nonat cite divers passages de son ouvrage qui se rapportent à ce sujet. Puis il expose l'analyse résumée de dix observations.

Passant ensuite à l'interprétation de ces faits, il ajoute : « La congestion des ovaires, l'engorgement du tissu cellulaire péri-utérin, le phlegmon péri-utéain chronique, sont des lésions beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, et méritent plus d'importance qu'on ne leur en accorde généralement.

» Ces complications péri-utérines, malgré leur fréquence, sont souvent méconnues, et passent souvent inaperçues, parce que l'attention se porte trop exclusivement sur la matrice et que l'exploration est rarement poussée plus loin.

» Il résulte de là un diagnostic incomplet, insuffisant, qui a pour la thérapeutique les inconvénients et les dangers que je me suis proposé plus spécialement de faire ressortir dans cette note.

» En résumé, des considérations contenues dans ce mémoire, l'auteur tire les conséquences pratiques suivantes :

» 1° Les affections de l'utérus se compliquent souvent de lésions du tissu cellulaire péri-utérin, des ligaments larges et des ovaires.

» 2° Il importe de ne pas se borner à explorer l'utérus, soit par le toucher, soit à l'aide du spéculum; il faut aussi examiner avec le plus grand soin les parties qui entourent la matrice, s'assurer par le palper abdominal, le toucher vaginal et le toucher rectal, tantôt isolés, tantôt combinés, s'il n'existe pas autour de l'utérus soit un état congestif, soit un engorgement inflammatoire.

» 3° Si l'on ne rencontre aucune de ces lésions péri-utérines, on peut procéder avec plus de sécurité au traitement local et direct des affections de la matrice.

» 4° Si, au contraire, on constate l'existence d'une complication péri-utérine, il faut absolument s'abstenir, au début, de pratiquer l'opération la plus simple ou de porter un instrument quelconque, soit dans le vagin, soit sur le col de l'utérus, soit dans la cavité de cet organe.

» L'expérience démontre formellement que, dans les cas de ce genre, les accidents les plus graves peuvent être produits par la présence d'un pessaire intra-vaginal, l'application des caustiques sur le col de l'utérus, l'introduction dans la cavité utérine d'une sonde, d'une curette, d'un porte-caustique, d'un redresseur, et, à plus forte raison, par la cautérisation profonde du col utérin avec la potasse caustique de Vienne ou le fer rouge.

» 5° Dans les cas de complication péri-utérine, si le traitement local et direct des affections de la matrice n'amène pas les accidents graves que je viens de signaler, il présente encore l'inconvénient de rester longtemps inefficace, de réussir rarement, parce qu'il laisse intact autour de l'utérus un foyer de congestion ou d'inflammation qui entretient, qui alimente sans cesse la lésion utérine.

» 6° Si, par extraordinaire, la lésion utérine disparaît sous l'influence du traitement local et direct, reste toujours l'affection péri-utérine, méconnue ou négligée. Il en résulte que le praticien, s'abusant lui-même, se repose dans une fausse sécurité, et abandonne la malade, imparfaitement guérie, à tous les dangers qu'entraînent les phlegmasies péri-utérines.

» 7° Pour toutes les raisons que je viens d'énumérer, il est rationnel, il est nécessaire de commencer toujours par le traitement des phlegmasies péri-utérines, et de n'instituer le traitement direct et local des lésions utérines qu'après s'être assuré qu'il n'existe plus autour de la matrice aucune complication congestive ou inflammatoire. » (Renvoyé à l'examen de la section).

Traitement de la pneumonie des enfants. — **M. BARTHEZ**, candidat pour la même section, lit un extrait d'un mémoire ayant pour titre : *Des résultats obtenus par l'expectation dans le traitement de la pneumonie des enfants.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Trousseau, Grisolle et Blache. Nous en exposerons les points principaux dans le procbain numéro.

— A quatre heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section de patbologie médicale sur les candidats à la place vacante dans cette section.

Par décret du 29 mars, M. Collas, second médecin en chef de la marine à Pondichéry, a été nommé premier médecin en cbef de l'île de la Réunion.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 43. — SAMEDI 12 AVRIL 1862. (35e ANNÉE.) N° 43. — SAMEDI 12 AVRIL 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du traitement expectant dans la pneumonie franche des enfants.

« La pneumonie franche se développant accidentellement au milieu d'une bonne santé, est, au moins chez les enfants, une maladie qui se termine habituellement, ponr ne pas dire toujours, d'une manière favorable. » Cette proposition de Legendre, le regrettable médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, qui résume une opinion de plus en plus accréditée tous les jours parmi les praticiens, a été le point de départ d'une longue série de recherches que M. Barthez a poursuivies dans son service de l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le double but d'en vérifier l'exactitude et de déterminer la valeur respective des divers traitements employés pour combattre la pneumonie des enfants, et particulièrement celle du plus simple de tous, l'expectation. Cette bénignité de la pneumonie franche, qu'il avait déjà signalée, l'a conduit à abandonner la pneumonie à sa marche naturelle chez un bon nombre de malades. Il a vu la pneumonie se résoudre, quelle que fût sa gravité apparente, quel que fût le traitement employé et même sans traitement, c'est-à-dire sous l'influence d'une hygiène convenable. C'est l'exposé de ces recherches qui a fait le sujet du mémoire dont M. Barthez a donné lecture dans la dernière séance de l'Académie de médecine, et qui va nous fournir les documents cliniques intéressants qui suivent :

Depuis le mois d'avril 1854 jusqu'au mois de juin 1861, c'est-à-dire pendant un pen plus de sept ans, M. Barthez a eu à traiter dans son service 212 enfants de deux à quinze ans, atteints de pneumonie franche, sur lesquels il compte seulement deux cas de mort par pneumonie double.

Sur ce nombre de malades, il en est presque la moitié qui n'ont été soumis à aucune espèce de traitement ; pour bon nombre d'autres, la thérapeutique a consisté en une médication fort peu active, telle qu'un purgatif, un vomitif ou un bain ; enfin un sixième à peine des malades a été soumis à un traitement ayant quelque activité.

Toutefois M. Barthez fait une réserve pour la pneumonie double, la senle qu'il ait vue se terminer par la mort, dans la proportion de 2 fois sur 13.

D'autre part, les pneumonies qu'il a eu à traiter et qui entrent dans ce relevé ne comprennent pas toutes les espèces de phlegmasies du poumon. Il ne s'agit que de l'hépatisation lobaire primitive, connue sous le nom de pneumonie franche. Il faut donc en exclure la pneumonie lobulaire disséminée ou généralisée, la pneumonie catarrhale, les congestions lobaires qui surviennent pendant le cours des fièvres graves, les hépatisations lobaires secondaires.

Tont en reconnaissant qu'ainsi limitée l'hépatisation lobaire primitive n'a pas encore sans doute une origine unique, ou qu'elle n'est pas encore l'expression d'une maladie parfaitement déterminée et toujours identique à elle-même, M. Barthez se plaçant seulement au point de vue de la curabilité de cette affection dans l'enfance, a cru pouvoir, à l'exemple de beaucoup de médecins, les confondre toutes en une seule, pour ce qui a trait à la durée des périodes de croissance, de déclin et de convalescence de la maladie, et à l'influence exercée sur ces périodes naturelles par un traitement actif ou insignifiant.

Voici le résumé de ce qu'il a constaté à cet égard :

Abandonnée à elle-même, la pneumonie a commencé à se résoudre du sixième au huitième jour de son début, et surtout le septième, dans la très-grande majorité des cas, au moins dans la moitié. Chez bon nombre d'enfants, la durée de la période croissante a été naturellement plus courte, et la résolution a pu commencer dès le cinquième ou le quatrième jour, c'est-à-dire une fois sur trois ou quatre ; tandis qu'elle n'est survenue que plus rarement après le huitième jour révolu (une fois sur cinq).

Un traitement à peu près insignifiant n'a déterminé aucun changement dans ces proportions.

La résolution une fois commencée, la maladie a mis en général peu de temps à se terminer. Un jour quelquefois a suffi à ce travail. Ordinairement la période de déclin s'est accomplie entre deux et six jours, rarement entre sept et dix ; plus rarement encore il a fallu plus de dix jours.

Cette durée naturelle de la période de déclin n'a pas été sensiblement modifiée par le traitement. Mais si celui-ci a déterminé une modification, elle n'a pas été en faveur des malades activement traités.

La différence est devenue très-sensible, quand au lieu d'étudier séparément la durée de chaque période, on a tenu compte de la durée de la pneumonie comptée du début au premier jour de la convalescence.

Abandonnée à elle-même, cette phlegmasie s'est terminée assez souvent en dix jours, habituellement en moins de quinze jours; assez rarement elle a dépassé ce terme. La proportion est presque retournée lorsque les enfants ont été soumis à une médication active.

Il en a été ainsi pour les pneumonies unilatérales; les pneumonies doubles, traitées ou non, ont exigé presque toutes plus de quinze jours pour arriver à leur terme.

Pour la convalescence, on trouve que l'avantage reste encore très-évidemment à l'expectation et au traitement très-peu actif.

Chez les enfants qui n'ont pas été traités, la durée de la convalescence n'a jamais dépassé quinze jours, et, chez le plus grand nombre, il n'a pas fallu plus de cinq jours pour qu'elle s'accomplît. Il en a été à peu près de même lorsque le traitement a été peu actif. Mais, dès que les enfants ont été soumis à une thérapeutique un peu énergique, et surtout lorsque les émissions sanguines ont été employées, la durée de la convalescence s'est allongée. C'est à peu près uniquement dans cette dernière catégorie de malades, et surtout lorsque la saignée a été pratiquée dès le début, que M. Barthez a vn des convalescences se prolonger pendant une période de quinze à trente jours.

Quelques différences ont été constatées dans la marche de la pneumonie, relativement au siége de la maladie. Elles se résument ainsi :

La pnenmonie qni occupe la partie moyenne de l'organe est celle qui se résout habituellement le plus vite et qui dure le moins longtemps.

La pneumonie du sommet et celle de la base ont la même durée, mais celle du sommet est un peu plus lente que l'autre à se résoudre.

L'étendue de la phlegmasie a une plus grande influence sur sa durée. Ainsi la pneumonie qui occupe toute la hauteur de l'organe est celle qui marche le plus lentement, et qui dure le plus longtemps. De même, la pneumonie double met plus de temps pour entrer en résolution que celle qui est simple. Mais cela est en général vrai seulement pour le poumon le premier envahi. La phlegmasie marche au contraire plus vite dans le poumon qui a été pris le second.

La conclusion qui semble ressortir de ces détails est : qu'en présence d'un enfant atteint d'une hépatisation lobaire primitive et franche, la meilleure thérapeutique est l'emploi d'une bonne hygiène et l'abstention de toute médication. C'est, en effet, la conduite que M. Barthez croit devoir conseiller vis-à-vis d'un bon nombre de ces malades.

Toutefois il n'oublie pas que ses recherches ont trait uniquement à la terminaison naturelle de la pneumonie, à la durée de ses périodes et à l'influence que le traitement exerce sur elles ; qu'il reste des indications secondaires sur lesquelles la thérapeutique a lieu de s'exercer, et que chaque malade représente une individualité qui exige l'établissement et la solution d'un problème particulier.

Aussi le seul précepte qu'il ait voulu poser, est qu'il n'est presque jamais utile et encore moins nécessaire de diriger contre la pneumonie franche des enfants une médication active, et qu'il faut surtout s'abstenir autant que possible d'émissions sanguines répétées, dont l'effet évident est d'affaiblir inutilement les enfants et d'allonger considérablement leur convalescence.

« Une fois ce précepte établi, dit-il, il faut éloigner son esprit de ce que les chiffres ont de trop absolu, et, en consultant les besoins de chaque malade, on peut voir que la thérapeutique doit se borner à remplir quelques indications individuelles, dont l'importance secondaire à l'égard de la terminaison du mal a cependant de la valeur pour le soulagement du malade et pour l'atténuation de quelques symptômes. C'est ainsi qu'une petite émission sanguine locale ou générale soulagera le point de côté, diminuera l'oppression pénible, atténuera, au moins momentanément, le mouvement fébrile. Ailleurs un vomitif ou un purgatif donnés à propos amèneront de la détente. D'autres fois, ces effets favorables résulteront d'un bain tiède donné en pleine pneumonie, etc. »

A l'appui de ces propositions, M. Barthez a dressé une statistique détaillée qui a trait aux pneumonies observées depuis avril 1854 jusqu'au milieu de l'année 1859. Il a étudié, en outre, et analysé tous les cas de pneumonie qni se sont présentés dans son service depuis le milieu de 1859 jusqu'au mois de juin 1861. On voit dans ce nouveau résumé que le nombre des cas où l'expectation a été mise en usage est bien plus considérable, toute proportion gardée, que pendant les années précédentes.

Ces nouveaux malades sont au nombre de 47, et complètent le chiffre de 212 annoncé au commencement de ce travail. Tous ont guéri, sauf un enfant atteint de pneumonie double à forme typhoïde. 32 malades ont été soumis au régime de l'expectation absolue. 10 malades ont été traités par des moyens fort pen actifs. Cinq seulement ont subi l'influence d'une médication active.

Nouveau fait de relation entre la respiration saccadée et le frottement pleurétique.

Nous avons appelé l'attention des lecteurs de la *Revue* (voir le numéro du 12 octobre 1861) sur nn excellent travail de M. le docteur Colin, relatif à la valeur séméiotique de la respiration saccadée.

Voici nne nouvelle observation recueillie dans le service de ce médecin distingué, par M. le docteur Leblan, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, qui met en relief la relation qui existe entre la respiration saccadée et le frottement pleurétique.

M..., fusilier au 10e de ligne, âgé de vingt ans, d'une faible constitution, est fréquemment indisposé depuis un an, date de son arrivée à Paris, où il est venu suivre les cours du Conservatoire de musique.

Ces indispositions consistent surtout en diarrhées et bronchites, qu'il attribne à l'insalubrité du logement qui lui est assigné.

A la suite d'nn refroidissement éprouvé au commencement du mois de janvier, il ressentit vers le mamelon droit un violent point de côté, avec dyspnée et recrudescence d'un rhume contracté quelques jours auparavant, et qni lui causa dès lors des secousses très-douloureuses. Il voulut tenir bon, continuer son travail ; mais, après plusienrs alternatives d'améliorations et de rechutes, il dut enfin entrer à l'hôpital et fut placé au Val-de-Grâce, salle 27, n° 24, dans le service de M. Colin.

A la visite du 3 mars, on constate : un état de faiblesse générale, d'amaigrissement assez prononcé ; apyrexie complète, pas de sueurs nocturnes ; l'expectoration muqueuse et peu abondante n'a jamais, au dire du malade, renfermé trace de sang ; les secousses de toux sont moins douloureuses qu'au début, et l'examen physique du thorax fait reconnaître : sonorité normale dans toute la partie antérieure des deux côtés ; en arrière, matité complète de la base jusqu'à l'angle de l'omoplate dn côté droit. L'éloignement du bruit respiratoire à ce niveau, l'absence de vibrations thoraciques, achèvent de confirmer l'existence d'un épanchement pleurétique à droite. Les deux sommets sont auscultés avec d'autant plus d'attention qu'il y avait lieu de soupçonner une affection organique ; la respiration y est normale ; absence de tout râle, de tout caractère morbide. Mais dans la suite de l'exploration, au moment où l'oreille arrive à la quatrième côte droite en avant, elle y reconnaît la division bien nette en trois temps du monvement inspiratoire, bien qu'on puisse s'assurer par la vue et le toucher que l'expansion thoracique s'accomplit extérieurement avec sa régularité et sa continuité normales ; les saccades sont parfaitement dégagées de tout bruit autre que le murmure vésiculaire le plus moelleux ; c'est, en un mot, une inspiration type comme caractère, mais exécutée, scindée en trois temps par deux pauses insonores très-appréciables.

L'expiration est complétement normale.

Pendant les trois jours suivants, les phénomènes acoustiques furent les mêmes. Cette respiration saccadée annonçait-elle donc le début de la tuberculisation pulmonaire, prenant ainsi une haute valeur, puisqu'elle en eût été le seul signe physique ; ou bien ne se rattachait-elle pas tout simplement à la pleurésie, pouvant alors, d'un jour à l'autre, revêtir la forme d'un bruit congénère, le frottement pleurétique? Cette seconde hypothèse parut la plus probable à M. Colin, dès la première exploration du malade.

Le 6 mars, le phénomène est moins net, l'inspiration semble presque continne, surtout dans l'exagération des mouvements respiratoires.

Le 7, les saccades ont reparu ; elles offrent pour la première fois un certain caractère de sécheresse qui les rapproche déjà du frôlement pleurétique.

Les jours suivants, exagération de cette transformation du bruit anormal ; finalement, le 12, c'était un frottement pleurétique très-net, qui occupait toute la région antéro-latérale droite, et l'expiration elle-même était envahie par ce bruit morbide.

Le 13, un vésicatoire est appliqué en ce point ; à cette époque l'état général s'était amélioré, et l'on constatait en arrière l'abaissement du niveau du liquide.

Le 15 mars, tout bruit anormal avait disparu ; la persistance de cette disparition put être constatée pendant une dizaine de jours que le malade passa encore à l'hôpital.

Le sujet de cette observation, dont les bronchites répétées, l'état d'affaiblissement général, ont fait naître dès son entrée la pensée d'une diathèse tuberculeuse, ne présentait donc, à côté des signes classiques d'un épanchement pleurétique, qu'un phénomène physique, la respiration saccadée, qui pût être rapporté à une manifestation locale de cette diathèse; or la suite de l'observation semble bien infirmer ce rapport, ou prouver tout au moins que, dans ce cas encore, la perversion du rhythme tenait simplement à des produits d'exsudation intrapleurale, absolument comme dans les divers cas analogues mentionnés dans le travail précité de M. Colin ; en un mot, la respiration saccadée s'est manifestée chez ce nouveau malade comme premier degré du frottement pleurétique ; et dans ce cas particulier, ce rapprochement est bien confirmé par les trois considérations suivantes :

1° C'est au déclin de la pleurésie, au moment où le niveau du liquide s'abaissait déjà, que l'on a perçu la respiration saccadée.

2° Ce symptôme s'est transformé sur place en frottement pleurétique.

3° L'application d'un vésicatoire a fait disparaître sans retour l'un et l'autre phénomène, preuve également bien puissante de leur étroite connexité.

Du traitement consécutif de la hernie étranglée par l'opium à dose fractionnée.

La plupart des chirurgiens, pour ne pas dire tous, sont dans l'usage d'administrer au malade atteint de hernie étranglée, aussitôt que l'étranglement a disparu par le fait de la kélotomie, un purgatif salin ou huileux, afin de rétablir le cours des matières. Cette manière d'agir paraît rationnelle ; cependant des objections sérieuses lui ont été faites par M. Demarquay, qui, à l'exemple de M. Monod, suit une pratique toute différente. Deux malades, opérées récemment par ce chirurgien, ont été soumises à l'usage de l'opium à dose fractionnée.

Voici en quoi consiste cette pratique :

Dès que le malade est opéré, 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium sont prescrits en dix pilules, une pilule toutes les heures. Sous l'influence de cette médication, le calme renaît et le malade s'endort, à moins que des accidents sérieux autres que ceux qui tiennent à l'étranglement lui-même, comme la péritonite, ne viennent entraver la marche naturelle des choses. Il faut, bien entendu, supposer que le malade a été opéré dans de bonnes conditions.

Le lendemain de l'opération, si le malade n'est pas allé naturellement à la garde-robe, on lui donne un lavement émollient et on continue de lui administrer les 10 centigrammes d'opium comme la veille ; on associe à ces moyens un peu de bouillon de poulet et une tisane agréable à une température modérée.

Cette médication est continuée le troisième jour ; le quatrième jour on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz à 50 grammes, un demi-verre toutes les demi-heures, jusqu'à effet purgatif.

Les deux femmes opérées par M. Demarquay, l'une en ville et l'autre à la Maison de santé, toutes deux atteintes de hernie crurale étranglée, ont été soumises avec avantage à cette médication. Elles n'ont éprouvé aucun accident, ni nausées ni vomissements ; la fièvre a été très-modérée ; au bout de quelques jours les aliments passaient très-bien, et la plaie résultant de l'opération était en voie de guérison.

Voici les objections que M. Demarquay fait à la pratique ancienne. Les malades que l'on opère d'une hernie étranglée sont tourmentés depuis un temps plus ou moins long par le malaise le plus grand, la fièvre, les nausées, les vomissements, des douleurs abdominales. Les forces vitales peuvent être tellement déprimées, que la température des malades a subi un abaissement considérable constaté au thermomètre par M. Demarquay sur l'homme, et expérimentalement sur les animaux auxquels on a lié une anse intestinale. Or, c'est dans ces conditions que l'on vient, après l'opération qui a eu pour but de faire cesser cet état, administrer un purgatif, lequel est le plus souvent pris à contre-cœur, et produit de nouveau des nausées, des vomissements, en un mot, une partie des mêmes accidents que l'étranglement herniaire. Enfin, ce purgatif, dont une partie finit par être acceptée, provoque des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, quand il serait si avantageux que les viscères intérieurs fussent calmes et tranquilles ; de plus, la partie comprimée par le fait de l'étranglement, et plus ou moins malaxée par le taxis, a perdu de sa force, de son énergie de contraction ; elle laisse passer difficilement les matières fécaloïdes qui occupent la partie supérieure de l'intestin grêle. Cette circonstance amène aussi de nouveaux accidents, et le chirurgien inquiet croit alors avoir affaire à un étranglement interne ou à une péritonite.

Si le purgatif, au contraire, est toléré, s'il passe, en un mot, il produit souvent chez les vieillards des effets purgatifs qui les dépriment considérablement.

Pour toutes ces raisons, M. Demarquay rejette l'emploi des purgatifs à la suite de la kélotomie, et sa pratique, comme celle de M. Monod, justifie à ses yeux l'emploi de l'opium et le rejet des purgatifs, pour n'y recourir qu'au troisième ou au quatrième jour s'il y a lieu. Cette manière de faire a déjà été adoptée à Paris et en province par des chirurgiens distingués ; elle mérite, à notre sens, de fixer l'attention.

Hernie ventrale.

Les hernies ventrales, c'est-à-dire celles qui, pénétrant dans les parois abdominales, siégent ailleurs que sur la ligne blanche, sont assez rares pour exciter un intérêt scientifique, quand on en observe. C'est ce qui a engagé M. le docteur Marmisse (de Bordeaux) à nous communiquer le fait suivant, recueilli dans ses fonctions de médecin vérificateur des décès.

Une femme célibataire, âgée de soixante-deux ans, gardienne des *lieux publics* du grand théâtre de Bordeaux, d'une obésité excessive, avait vu se développer depuis vingt ans une tumeur à la région latérale gauche de l'abdomen, entre l'os iliaque et les fausses côtes ; au moment de sa mort, elle avait le volume d'une tête de fœtus. La peau qui la recouvre est luisante, laissant voir par transparence une couleur bleuâtre. La main, en la comprimant, sent rouler une masse élastique sous le tissu cutané, qui est littéralement réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier. A la pression, la tumeur fuit, pour revenir aussitôt qu'elle cesse. En la pinçant entre deux doigts, on s'aperçoit qu'on pince une anse intestinale. Les doigts n'en sont séparés que par un derme excessivement réduit. La percussion donne d'ailleurs la sonorité gazeuse. L'épaisseur compacte du reste de la paroi abdominale fait un contraste frappant avec cette excavation cutanée, dont le pourtour est parfaitement tranché.

Il est visible qu'il s'agit d'une hernie intestinale, et tout porte à croire que la portion engagée appartient à l'intestin grêle. Elle n'a jamais occasionné le moindre accident, grâce à l'aisance dont elle a toujours joui dans cette vaste excavation. Aussi cette femme n'a jamais senti le besoin d'un bandage pour maintenir cette hernie réduite.

Une accumulation excessive de graisse dans l'épaisseur de la paroi abdominale paraît pouvoir expliquer le mécanisme de cette hernie. Des pelotons de tissu adipeux auront probablement écarté au début des fibres musculaires du muscle transverse. A travers les éraillures, les anses de l'intestin grêle, qui sont si mobiles, auront exercé une pression telle qu'elles y auront pénétré elles-mêmes, et peu à peu l'écartement aura pris les proportions d'une vaste excavation formée uniquement par un derme considérablement aminci en vertu de son extensibilité.

Il est probable que du vivant de cette femme, par l'action d'une lumière artificielle convenablement appliquée, on aurait pu saisir le mouvement vermiculaire de l'intestin dans le travail de la digestion, à travers la peau devenue transparente.

Cette femme paraît avoir succombé uniquement aux effets anatomo-pathologiques de l'obésité. Elle n'a éprouvé, dans les derniers temps de sa vie, que le besoin impérieux d'un sommeil presque continuel et des syncopes fréquentes. Si elle avait vécu davantage, il aurait pu arriver que, sous l'action d'un effort quelconque, comme celui de soulever un fardeau ou d'aller à la garde-robe, la paroi cutanée qui recouvrait le sac herniaire se serait rompue tout à coup, vu qu'elle paraissait arriver aux dernières limites de son extensibilité, et il y aurait eu alors une éventration, si du moins la malade avait continué à ne pas protéger par un bandage cette portion de la paroi abdominale.

Depuis un certain nombre d'années, la cure radicale de l'hydrocèle est obtenue, dans l'immense majorité des cas, par une injection de teinture d'iode dans la séreuse malade. Les succès obtenus par ce genre de traitement semblent avoir fait trop oublier d'autres méthodes dont la valeur est pourtant incontestable. Il en est une que nous avons récemment vu employer par M. Maisonneuve au lit n° 5 de la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-Dieu ; elle fut préconisée autrefois par M. Parise. Quand le liquide de l'hydrocèle s'est écoulé complétement, on introduit dans la tunique vaginale, par la canule du trocart restée en place, un stylet ordinaire de trousse dans la cannelure duquel on a fait fondre un peu de nitrate d'argent. On badigeonne la séreuse avec le caustique, et l'opération est terminée.

A diverses reprises nous avons vu M. Maisonneuve user de ce procédé, et toujours avec succès. Vingt-quatre heures après la cautérisation, une bonne inflammation s'est emparée de la tunique vaginale, et le malade marcha promptement vers une guérison radicale. Ce mode de traitement ne mérite peut-être pas l'oubli dans lequel on semble le laisser depuis si longtemps, ne fût-ce que par l'avantage qu'il présente sur l'injection iodée, de n'éveiller aucune douleur au moment où on l'applique.

— Il s'est présenté récemment dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, à quelques jours de distance, deux cas de vomique pulmonaire chez des enfants. L'un d'eux avait eu une pleuro-pneumonie aiguë, vers la fin de laquelle on avait constaté un hydro-pneumo-thorax. A l'autopsie on constata l'existence d'une vomique ouverte dans les plèvres. Huit jours après on a trouvé chez un autre enfant un abcès enkysté dans le poumon qui n'avait encore aucune communication ni avec les bronches ni avec les plèvres ; mais il y avait en même temps une pleurésie suppurante, suite d'une vomique qui s'était fait jour dans la plèvre. Ces sortes d'accidents, très-rares chez l'adulte, sont, comme on peut le voir par ce seul exemple, plus communs dans le jeune âge.

HOPITAL D'ARLES. — M. GAY, chef interne.

Luxation et fracture de l'astragale; irréductibilité; gangrène du pied; amputation.

Le 31 octobre 1861, on apporte, à neuf heures du matin, le nommé J..., ouvrier maçon, d'une stature ordinaire, d'une bonne constitution et d'un caractère très-indocile. Il travaillait sur une planche, à une hauteur de huit mètres environ ; cette planche vint à se briser et J... tomba sur un monceau de pierres de roc destinées à la construction. On le relève et on l'apporte immédiatement à l'hôpital. Il présente une luxation du pied droit, la plante du pied regardant en dedans, le bord externe devenu inférieur, et le pied tellement incliné qu'il forme presque un angle droit avec la jambe.

J... ne peut expliquer dans quelle position s'est trouvé son pied au moment de la chute. En examinant ce membre, on trouve un peu en avant de la malléole externe un bord saillant à concavité regardant la malléole, et au-dessus une surface plane et lisse qui paraît être la face supérieure de l'astragale, c'est-à-dire la poulie astragalienne portée en dehors, dirigée obliquement de dedans en dehors et d'avant en arrière, mais que l'on ne peut sentir dans toute son étendue. Le diagnostic porté est donc *luxation de l'astragale en dehors*, diagnostic que nous verrons plus tard n'être point exact, parce que ce qui a été pris pour la poulie astragalienne était la facette articulaire de la face inférieure de cet os. La peau ne présente pas de déchirure; l'astragale est complétement immobile; le tibia et le péroné ne sont point fracturés; l'articulation péronéo-tibiale ne paraît pas avoir subi de diastasis. Le malade se plaint de vives douleurs.

Immédiatement la réduction est tentée, mais inutilement. A deux heures, J... est chloroformisé, et MM. Imbert et Ode essayent de réduire. L'anesthésie est complète, mais la réduction ne s'opère point, malgré un développement considérable de force produite par des aides vigoureux. L'astragale reste inébranlable, seulement le pied est ramené dans l'abduction, presque à sa position normale. On sent toujours la même saillie osseuse qui distend la peau.

Les choses sont laissées dans cet état en attendant que de nouveaux symptômes viennent déterminer la conduite que doit tenir le chirurgien.

Le membre est soumis à l'irrigation froide.

Le 31 au soir, un peu de fièvre, douleurs vives, un peu de gonflement sur le cou-de-pied. Le malade refuse obstinément de se laisser saigner. — Diète sévère.

Le 1er novembre, forte fièvre, gonflement considérable du pied et du bas de la jambe, chaleur dans tout le membre ; ecchymoses autour des malléoles ; surtout du côté externe ; quelques petites phlyctènes. Le malade se décide à se laisser pratiquer une saignée de 500 gr.

Le 2, fièvre moindre, tension considérable du pied, ecchymoses occupant presque toute la jambe jusqu'à la partie supérieure du mollet ; phlyctènes plus volumineuses.

Le soir, un point rouge apparaît à la peau sur le trajet de la saillie astragalienne qui la distend.

Prévoyant les accidents dont le pied va être le siége, M. Ode propose au malade l'extirpation de l'astragale ; mais le malade refuse obstinément toute opération. — L'irrigation froide est continuée.

Le 4, à partir de ce jour, la peau distendue par la saillie de l'astragale s'amincit, tandis que la rougeur s'étend de plus en plus. Le bas de la jambe présente un gonflement considérable, avec de la chaleur. Etat général assez bon.

Les jours suivants, la mortification de la peau continue ; et le 9 l'eschare gangréneuse occupe sur le dos du pied, un peu en dehors, une étendue de 12 centimètres de long sur 3 ou 4 centimètres de large ; le gonflement de la jambe a diminué ; fièvre légère.

Le 10, suspension de l'irrigation froide ; des compresses imbibées d'un liquide résolutif sont appliquées.

Le 11, l'eschare présente une couleur noire foncée, et l'épiderme se détache sur les parties gangrénées ; la fièvre augmente. — Cataplasmes arrosés d'eau-de-vie camphrée.

Le 12, la fièvre est plus forte. Un liquide sanieux s'écoule d'une petite ouverture faite à la peau par l'astragale. La peau du talon est aussi mortifiée. Rougeur érysipélateuse au bas de la jambe, dans une étendue de quatre travers de doigt au-dessus des malléoles. Douleurs très-vives.

Le 15, l'articulation est largement ouverte au-dessous de la malléole externe ; un liquide ichoreux s'en échappe. Douleurs toujours très-vives. L'amputation de la jambe, résolue depuis quelques jours, est enfin acceptée par le malade.

Le 16, à onze heures du matin, amputation de la jambe, pratiquée par M. Ode à quatre travers de doigt au-dessous du genou. Quatre ligatures sur les vaisseaux. Pansement ordinaire : bandelettes, cérat, charpie, etc.

La cicatrisation du moignon est retardée par plusieurs abcès successifs qui se forment autour de la plaie, et le malade guéri sort de l'hôpital le 3 mars 1862.

Examen anatomique du pied. — La peau suffisamment incisée laisse voir la face inférieure de l'astragale devenue supérieure, de telle sorte que cet os a été renversé sur lui-même ; mais il a en même temps fait un mouvement de rotation tel que sa partie antérieure est devenue interne, et sa partie postérieure s'est portée en dehors. Ainsi donc, la peau une fois enlevée, nous apercevons la face inférieure de l'astragale, sa rainure dirigée dans le sens du pli du cou-de-pied ; la tête de cet os renversé et situé en dedans, la partie interne et supérieure de la circonférence de cette tête étant en contact avec la partie supérieure de la surface concave du scaphoïde. La grande facette articulaire astragalienne regarde la malléole externe.

Mais ce que nous voyons de plus frappant, c'est en dehors une surface rugueuse, qui n'est autre chose qu'une fracture de la partie postérieure de l'astragale. En effet, cet os, dans son mouvement de renversement, s'est fracturé, et environ le quart postérieur de son volume a été séparé du fragment principal.

L'astragale est enclavée entre le calcanéum, le scaphoïde et l'extrémité des os de la jambe. Les ligaments latéraux internes et externes sont déchirés; les ligaments astragalo-scaphoïdiens seuls retiennent cet os, mais ils sont tordus sur eux-mêmes.

Cet os enlevé, nous trouvons l'articulation pleine d'un liquide sanieux et purulent. Le doigt plongé dans cette cavité rencontre une grande quantité de petits fragments osseux, dont quatre ou cinq de la grosseur d'une fève, et un grand nombre d'autres beaucoup plus petits. Presque tous ces fragments tiennent encore aux ligaments. Les os de la jambe ne sont point fracturés; leurs extrémités n'ont point subi d'écartement. Les autres os du tarse sont entiers et à leur place.

En résumé, nous avons une *luxation de l'astragale par renversement et rotation* avec *fracture de son quart postérieur*, qui a été broyé.

Cette observation présente de l'intérêt, surtout au point de vue des désordres anatomiques. Le cas est des plus rares, et il n'est pas à notre connaissance qu'il existe un fait analogue dans les annales de la science. En effet, nous avons affaire à une luxation de l'astragale par renversement avec fracture de son quart postérieur, qui a été broyé, et ces désordres se sont produits sans fracture des os de la jambe, et même sans diastasis des malléoles; ceci est expliqué du reste par la fracture de la partie postérieure de l'astragale, sa partie antérieure ayant pu ainsi se renverser sans produire l'écartement des os de la jambe, ni leur fracture. Mais comment cette fracture de l'astragale s'est-elle produite, et quelle puissance n'a-t-il pas fallu pour broyer la partie postérieure fracturée?

PNEUMONIE INTERMITTENTE. MORT,

Par M. le Dr Bonifas (d'Anduze).

Je suis appelé, dans l'après-midi du mois de mai dernier, à trois kilomètres de ma résidence, auprès de X..., âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution autrefois robuste, mais ruinée par un travail exagéré aux champs.

Le décubitus est dorsal, la respiration est fréquente, à 38; la face et le reste du corps sont couverts de sueur; le malade ne répond que par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse; la langue est sèche et croûteuse au milieu, rouge aux bords; le pouls est à 115; il est dépressible, mais ne présente ni irrégularités ni intermittences.

L'aspect du malade, la gêne de la respiration, me firent immédiatement penser à une affection aiguë des voies respiratoires.

La seule personne présente à ma visite ne put me donner que des renseignements fort incomplets sur la manière dont la maladie avait débuté. J'appris seulement qu'elle datait d'une quinzaine de jours, qu'elle avait paru d'abord légère, mais qu'en voyant l'état du malade empirer depuis la veille, on s'était décidé à me faire appeler.

Ayant fait asseoir le malade à grand'peine, avec l'aide de la personne présente, je procédai à l'examen de la poitrine. A la percussion, je trouvai une matité considérable à la base du poumon gauche, en arrière, remontant un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. A partir de ce point, la sonorité redevenait normale; la matité existait en avant, mais moins prononcée et remontant moins haut. A droite, la sonorité était normale. A l'auscultation, souffle à la base du poumon gauche dans une assez petite étendue; râle crépitant; respiration à peu près normale dans la partie supérieure du poumon. A ce niveau, on entend parfois quelques râles humides, mais pas de râles secs. A droite, respiration normale. L'examen du cœur ne révèle rien.

Je dois ajouter que le malade tousse un peu. L'expectoration est nulle ou n'est composée que de salive.

Mon examen terminé, je diagnostiquai une pneumonie au second degré de la base du poumon gauche. Je portai un pronostic très-fâcheux, et m'en allai plus content de mon diagnostic, que je croyais complet, que de l'état de mon malade, après avoir prescrit :

1° Tartre stibié	0g,15	centigr.
Eau	100	grammes.
Sirop diacode	30	—

A prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

2° Extrait mou de kina	4	grammes.
Eau	100	—
Sirop de gomme	30	—

Par cuillerée à bouche chaque heure, à commencer dès que la première potion serait terminée.

Le lendemain, à dix heures du matin, j'étais auprès de mon malade; je fus stupéfait du changement qui s'était opéré en lui : le faciès était très-bon; la respiration s'opérait sans dilatation des ailes du nez; elle était descendue à 28; le pouls était à 80, ample, point dépressible; les sueurs observées la veille avaient disparu; la peau était souple, moite et pas trop chaude; le malade répondait très-bien aux questions que je lui adressai.

Quand je voulus procéder à l'examen local, il put s'asseoir tout seul avec facilité, et prit la position que je lui indiquai. A la percussion, la matité paraissait moindre que la veille; à l'auscultation, le *souffle avait disparu*, et j'entendis un râle qui me parut être du crépitant de retour.

Les symptômes locaux et les symptômes généraux accusaient ensemble un mieux considérable; je croyais assister au début du retour de la pneumonie en arrière, avec amélioration très-marquée dans l'état général. J'étais néanmoins fort surpris d'une aussi brusque transition, d'autant plus que le traitement n'y avait aucune part, le malade ayant pris tout au plus une ou deux cuillerées de chacune des deux potions; je fis tous les honneurs à dame nature du mieux constaté. Cependant, à cause du pronostic fortement accentué de la veille, je n'avouai pas trouver le malade beaucoup mieux.

Je l'avais quitté depuis une heure à peine, que son état s'empira brusquement; il succomba à trois heures de l'après-midi sans que je le revisse. L'autopsie n'a point été faite.

Cette mort si prompte m'étonna autant que le mieux observé lors de ma seconde visite. Si je n'avais revu mon malade que quelques instants avant sa mort, je n'aurais point été surpris, et je n'aurais jamais à coup sûr soupçonné la véritable nature de la maladie; mais ces trois états successifs si différents chacun du précédent me firent immédiatement penser à une fièvre pernicieuse.

Ce doute se changea en certitude par les renseignements que je pus recueillir. Depuis une quinzaine de jours, le patient avait des accès de fièvre; il habitait sur le sommet d'une hauteur au bas de laquelle s'étend une plaine où il y en a quelquefois, mais pas de graves, je dois le dire; ces accès étaient quotidiens, et revenaient vers une heure de l'après-midi. Il fut dès lors évident pour moi qu'une pneumonie s'était ajoutée à la maladie primitive, mais en en subissant l'influence, influence telle que c'était la première et non la seconde qu'il fallait avoir en vue dans le traitement. Je compris qu'à ma première visite j'avais vu le malade dans un paroxysme, qu'à ma seconde il était dans un moment de rémission, qu'un nouveau paroxysme survenant bientôt après l'avait enlevé; ce qui m'expliquait tout naturellement les différences considérables dans l'état du malade constatées par moi à mes deux visites, et la mort prompte qui avait suivi la deuxième malgré le mieux observé.

Si j'avais été éclairé sur la véritable nature de la maladie lors de ma seconde visite et si j'avais administré le fébrifuge, je l'aurais sans doute fait inutilement, l'événement en donne la certitude complète; qu'espérer, en effet, du sulfate de quinine chez un malade qui va être pris au bout d'une heure d'un paroxysme mortel? Si, au contraire, la nature intermittente de l'affection m'avait été révélée lors de ma première visite, le traitement bien dirigé aurait certainement pu sauver le malade.

L'erreur de diagnostic a été considérable et funeste; on la comprendra et on l'excusera si l'on songe que je me trouvais en face d'un état pathologique parfaitement caractérisé, bien capable à lui seul de rendre compte de la situation grave où se trouvait le malade; que pour tous renseignements on m'apprit que la maladie durait depuis quelques jours. Lorsque je revins le lendemain, je ne pensais qu'à la pneumonie; le mieux m'étonna sans m'éclairer, la mort seule survenant après ce mieux me dessilla les yeux. En somme, je n'ai vu mon malade que deux fois et n'ai point eu le temps de me retourner. Si l'on avait réclamé mes soins quatre ou cinq jours plus tôt, je ne crois pas trop présumer de moi en disant que la véritable nature de la maladie ne m'eût pas échappé.

Je crois qu'il est bon qu'on soit prémuni d'avance contre de pareilles chances d'erreur; c'est pourquoi je publie ce fait, heureux si je puis éviter à un confrère placé dans des circonstances analogues de ne voir que la moitié la moins essentielle de la vérité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 avril 1862. — Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. le docteur Légendre, ex-prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, se porte candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Giraldès. Je veux préciser les résultats de mes recherches. J'avais dit que j'avais observé 100 cas : c'est 114 qu'il faut dire. Sur ces 114 autopsies, j'ai trouvé seulement vingt-quatre fois l'S iliaque à droite. Curling, sans savoir ce que j'avais observé de mon côté, a obtenu des résultats analogues. Ainsi, sur 20 cas, il n'a vu que deux fois l'S iliaque à droite. J'ai compulsé 11 autopsies d'enfants imperforés, et dans toutes la situation classique a été rencontrée. Sur 15 opérations, je trouve que onze fois on est tombé sur l'S iliaque en employant la méthode de Littre. Pilore (de Rouen), voulant découvrir le cœcum, fit une fois l'incision à droite, et il rencontra l'intestin grêle.

De tous ces faits, je conclus :

1° L'S iliaque est située plus souvent à gauche qu'à droite;

2° Il y a danger de faire l'incision à droite pour découvrir cette partie de l'intestin.

M. Huguier. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit dans la précédente séance. Je rappellerai seulement que M. Béraud a trouvé la même disposition que moi. Si on a pratiqué l'opération à gauche, c'est par suite d'une erreur ancienne, et il ne faut pas en faire un argument contre la méthode que je propose.

En faisant l'incision à droite, on arrive sur la partie de l'intestin qu'il importe de découvrir, et on laisse au-dessous de l'incision une portion moindre de l'intestin. Par cette méthode, il est plus facile de rétablir la continuité de l'S iliaque avec le rectum et d'ouvrir celui-ci, tandis qu'en faisant l'incision à gauche, si on veut ouvrir l'anus ou le rectum imperforé, on est obligé de suivre les circonvolutions de l'S iliaque avant de pénétrer dans le rectum. Quand on opère par le périnée et qu'on pénètre à travers les parties molles pour aller à la recherche de l'extrémité de l'intestin imperforé, il faut se porter à droite; or, si dans quelques cas on n'a pas trouvé cette extrémité terminale, c'est qu'on a été trop à gauche du bassin.

M. Giraldès. Je soutiens que les opérations faites jusqu'ici prouvent quelque chose, puisqu'on est tombé d'emblée sur l'S iliaque. Dans les cas de mort, on n'a pas trouvé à l'autopsie la disposition signalée par M. Huguier. On aurait donc tort d'abandonner le précepte classique.

COMMUNICATION.

M. Trélat. La communication que M. Rochard (de Brest) nous a faite dans la dernière séance sur un cas d'anus artificiel chez un fœtus atteint d'oblitération rectale, a provoqué une discussion à laquelle ont pris part plusieurs de nos collègues. M. Depaul a pensé que l'opération pratiquée par M. Rochard ne convenait pas à tous les cas d'oblitération intestinale. Je partage complétement cette manière de voir, que j'énoncerai d'une façon plus générale dans les termes suivants : Aucune opération ne peut être proposée comme méthode générale dans les obstructions congénitales du tube digestif; chaque méthode, chaque procédé, chaque variété de procédé, reconnaît des indications spéciales. Ces indications sont nombreuses et diverses, et je prends la parole parce qu'il me semble que jusqu'ici les chirurgiens n'ont pas suffisamment tenu compte de cette diversité.

Toutes les oblitérations du tube digestif ont pour cause un arrêt ou une anomalie de développement; ce ne sont pas des lésions inexpliquées; elles sont en rapport intime avec la genèse de l'organe qu'elles atteignent. J'ai déjà indiqué cette opinion dans un rapport lu à la Société anatomique en 1858. Aujourd'hui je la formule d'une manière plus claire et plus compétente. Acceptée par tous les chirurgiens et les anatomistes pour les malformations de l'anus et du rectum, elle n'a pas rencontré le même assentiment pour les oblitérations de l'intestin proprement dit. Il me serait facile de prouver que cette divergence tient à ce que tous les faits n'ont pas été convenablement appréciés. Mais je ne puis aborder ici cette discussion, qui rentre tout entière dans le domaine de la tératologie.

Quoi qu'il en soit, les vices de conformation de l'anus et de la partie extrême du rectum sont de beaucoup les plus communs. L'embryogénie pouvait le faire prévoir, car d'après une loi établie par M. Coste, *les vices de conformation sont d'autant plus fréquents qu'ils atteignent des parties dont l'évolution est plus tardive.* Mais l'expérience et l'observation confirment ces données premières. Sur un relevé de 60 cas d'atrésie intestinale, M. Lobligeois (1) a trouvé que la lésion siégeait 52 fois entre le sphincter d'O'Beirne et la peau.

Sans tenir compte de cette statistique naturellement fort incomplète, j'en appelle aux membres de la Société, bien certain d'avance que chacun d'eux aura observé plus ou moins souvent des hémitéries anales, et très-rarement ou jamais des oblitérations portant sur des points plus élevés de l'intestin. Si donc il faut être bien averti que de pareilles lésions peuvent se présenter, on n'en doit pas conclure avec M. Depaul et M. Blot, qu'elles sont loin d'être rares. Toutes les recherches que j'ai pu faire ne m'ont donné que quatorze cas d'oblitération du petit intestin en des points divers, deux cas d'occlusion valvulaire cœco-colique, et deux cas d'absence du rectum et d'une portion du côlon. Je ne parle pas, bien entendu, des monstres et de certains abouchements anormaux de l'intestin, où on observe assez souvent l'absence de grands segments du tube digestif.

J'ai recueilli, en outre, quelques autres faits relatifs à des terminaisons de l'S iliaque au niveau du promontoire ou un peu au-dessous; j'en tiendrai compte en discutant l'indication opératoire.

En somme, l'oblitération portait quatre fois sur la jonction du duodénum et du jéjunum, au point où l'intestin se détache de la paroi abdominale postérieure; trois fois vers le milieu de l'intestin grêle; une fois dans son dernier tiers; cinq fois tout près de la valvule iléo-cœcale. Dans un dernier cas, publié par M. Voillemier, l'intestin était divisé en quatre segments, et il y avait en outre une imperforation anale; c'est le seul fait de cette nature que j'aie rencontré.

Les oblitérations du côlon ont été vues deux fois à son origine par MM. Nélaton et Guersant; à la naissance du côlon descendant, par M. Schuppert; à sa terminaison, par Jamieson. Dans de nombreux cas, enfin, l'intestin se termine à une hauteur variable dans la cavité du petit bassin.

Si ces lésions pouvaient être constatées avec facilité, si leur symptomatologie était claire et bien accusée, nul doute que les chirurgiens n'eussent cherché en toute circonstance à remplir l'indication opératoire. Par malheur le diagnostic est toujours très-difficile, parfois impossible; souvent il n'a pas été cherché. De là, hésitations fâcheuses, temporisations funestes, et pis encore, opérations sans utilité ou même sans résultat.

Nombre de fois, le trocart ou le bistouri se sont égarés dans les profondeurs du petit bassin à la recherche d'un intestin introuvable, soit qu'il manquât réellement ou qu'il échappât à des manœuvres mal conduites. Bien mieux, je vois un chirurgien expérimenté qui cherche en vain dans le flanc gauche, par le procédé d'Amussat, le côlon descendant pour remédier à une oblitération de l'intestin grêle.

Il est donc nécessaire d'établir un diagnostic sérieux, et si ce diagnostic est impossible, de mettre les chances de son côté par une opération convenable.

Je ne puis dans le cours de cette discussion analyser toutes les observations; je me borne à indiquer les résultats que cette analyse m'a fournis.

Le vice de conformation est quelquefois constaté directement par l'homme de l'art au moment de la naissance; mais le plus souvent ce sont des troubles fonctionnels bien connus de tous qui viennent le révéler.

Parmi ces troubles, il y en a un qui doit fixer l'attention : c'est le vomissement. En général, il apparaît d'autant plus vite que l'obstacle est plus élevé; si l'intestin grêle n'est perméable que dans une petite étendue, les matières vomies sont jaunâtres, quelquefois verdâtres; elles ressemblent au méconium, mais ne peuvent être confondues avec lui.

Quand l'oblitération siége vers la valvule iléo-cœcale ou au-dessous, les vomissements, d'abord jaunes, prennent bientôt l'aspect du méconium. Il y a là un caractère un peu vague peut-être, mais non dépourvu de signification.

Dès qu'il est averti, le chirurgien explore la région anale; il trouve alors l'une des quatre dispositions suivantes :

1° Il n'y a pas trace d'anus, le raphé médian se continue jusqu'au coccyx, ou bien la peau est plane et lisse d'une fesse à l'autre.

2° L'anus est représenté par une faible dépression, une trace cicatricielle, un léger froncement, un ou plusieurs orifices borgnes.

3° L'anus existe, mais le doigt qui le traverse est rapidement arrêté par un obstacle, une cloison qui siége à quelques centimètres de l'orifice.

4° L'anus et le rectum sont perméables dans une très-grande étendue, il y a quelque part une oblitération, mais on ne peut pas l'atteindre.

Reprenons ces différents cas :

1° Il n'y a pas trace d'anus. Cette disposition se lie, dans la grande majorité des faits, à une déviation tératologique du rectum. C'est, sauf quelques modifications, la persistance du cloaque; l'intestin s'ouvre dans la vessie, l'urèthre ou le vagin, qui laissent écouler du méconium ou des urines méconiales. Parfois l'orifice est très-étroit, ou même il y a fusion d'organes sans communication des cavités. Le rectum distendu est presque toujours dans le petit bassin couché sous la vessie ou le vagin, mais quelquefois il manque dans une plus grande étendue ou même dans sa totalité.

(1) Thèse inaugurale. Paris, 1856.

2° Il y a des vestiges d'anus. On a affaire alors à une atrésie anorectale plus ou moins étendue, très-rarement à un abouchement anormal. Souvent le rectum est très-voisin, mais les exceptions ne sont pas absolument rares.

3° L'anus est bien conformé, mais il y a une imperforation rectale. Presque toujours, en pareil cas, il n'y a qu'une cloison plus ou moins épaisse; les deux bouts de l'intestin sont en rapport l'un avec l'autre.

4° L'anus et le rectum sont perméables, il y a une oblitération, mais elle est inaccessible. Dans tous les cas de cet ordre que je connais, l'obstacle siégeait soit auprès de la valvule iléo-cœcale, soit dans un point plus élevé de l'intestin grêle. Dans ce dernier cas, la précocité des vomissements et leur nature indiqueront la hauteur relative de l'oblitération.

Ces premières données sont insuffisantes pour asseoir le diagnostic, mais elles guideront les recherches ultérieures.

Celles-ci auront pour but d'éclairer les points suivants : le rectum est-il dans le petit bassin ? le côlon occupe-t-il sa position normale dans le flanc gauche ? ne peut-on trouver ni le rectum ni le côlon descendant ?

Ce n'est pas chose facile que de constater la présence ou l'absence du rectum dans le petit bassin, quand les signes extérieurs font défaut. La percussion et l'auscultation, malgré les faits de M. Miriel, ne peuvent donner que des renseignements trompeurs. Ici rien ne me paraît préférable au cathétérisme vésical ou vaginal pratiqué comme le conseille M. Bouisson, c'est-à-dire en promenant transversalement le bec de la sonde sur la face antérieure du sacrum. Ajoutons que parfois le bec de la sonde ramènera quelques traces de méconium, qui, filtrant à travers un étroit orifice, n'avaient pu se faire jour à l'extérieur ; ce complément de preuve sera fort utile, le cas échéant.

Notre collègue M. Depaul nous a montré quel parti on peut tirer de la percussion pour le diagnostic des oblitérations intestinales. C'est là percussion, c'est le palper de l'abdomen, l'examen de sa forme, qui nous révéleront la présence du côlon descendant. On pourra sentir une tumeur allongée, plus ou moins verticale, molle et donnant un son mat, ou bien, si l'obstacle est situé plus haut, on ne sentira aucune tumeur, et le doigt fera retentir toute la région d'un bruit également sonore. C'est à gauche qu'il faut faire ces recherches, sans crainte que l'S iliaque se trouve à droite comme dans les cas signalés par M. Huguier, car nous examinons l'hypothèse où le rectum n'existe pas dans le petit bassin, et, en pareil cas, le côlon descendant est court et ne peut flotter d'un côté à l'autre de l'abdomen.

En définitive, on constatera : ou bien que le rectum, rempli de matières méconiales, est dans le petit bassin, ou bien qu'il n'y est pas, mais que le côlon descendant est en position, ou bien, enfin, que l'on ne peut reconnaître la présence de ce dernier intestin. De là une triple indication opératoire qui réclame rigoureusement une triple variété d'opérations.

Je pose en principe que, tant que le rectum descend dans le petit bassin, il faut chercher l'intestin par le périnée, non à l'aide de ces procédés aveugles de ponction avec le trocart ou le bistouri, mais par une opération lente, graduée, méthodique en un mot. Il faut faire ce qu'ont fait Amussat, M. Denonvilliers, M. Hermann Friedberg; ce que notre collègue M. Verneuil proposait en 1857 à la Société de chirurgie ; il faut remonter par la dissection jusqu'au rectum, l'attirer dans la plaie extérieure et le fixer à ses bords. En agissant ainsi, on courra moins de dangers, on n'ira pas perforer le vagin, la vessie ou l'intestin grêle, comme cela est arrivé ; on terminera heureusement des opérations qui eussent été impossibles par les procédés de ponction ; enfin, on fera ce qu'il y a de mieux contre ces rétrécissements consécutifs qui sont si fréquemment mortels.

On n'a pu reconnaître le rectum dans le petit bassin, mais le côlon descendant est dans la fosse iliaque gauche. Il ne peut y avoir ici de doute pour personne. Il y a lieu de pratiquer au côté gauche la côlotomie par la méthode de Littre ou de Callisen : l'indication est la même pour les deux méthodes ; ce n'est plus alors qu'une question de médecine opératoire, et à ce point de vue la méthode de Littre me semble bien supérieure.

Enfin, dans une dernière hypothèse, l'anus et le rectum sont perméables ; l'obstacle est très-élevé, manifestement au-dessus du côlon descendant. C'est le cas observé une fois par M. Blot et trois fois par M. Depaul. — En pareille circonstance, je dis qu'il faut faire un anus artificiel dans la fosse iliaque droite. Je loue infiniment M. Depaul de la sagacité dont il a fait preuve dans les deux cas où il a pratiqué l'entérotomie du côté gauche ; mais c'est justement parce que je tire profit de ces faits et de leurs analogues que je dis : C'est à droite qu'il faut opérer ; c'est à droite, car c'est là que vous trouverez le cœcum perméable dans les cas analogues à ceux de MM. Nélaton et Guersant; c'est là que vous aurez le plus de probabilité d'ouvrir la fin de l'intestin grêle, c'est-à-dire de faire l'anus artificiel juste au-dessus de l'obstacle ; c'est encore là que vous ferez la meilleure opération dans le cas où l'obstacle siégerait plus haut sur le tube digestif; enfin, en cas d'erreur de diagnostic, c'est-à-dire si le gros intestin et le côlon étaient perméables, on aurait la chance fréquente, suivant MM. Huguier, Béraud et moi, de tomber sur l'S iliaque flottante dans la fosse iliaque droite ou au pis-aller d'ouvrir l'intestin grêle ; mais, en tout cas, on ne s'exposerait jamais à faire une opération sans résultat.

En résumé, Messieurs, si le rectum est dans le petit bassin, opérer par la méthode périnéale ; si on ne peut trouver le rectum et que le côlon descendant soit en place, faire la côlotomie à gauche ; si on ne peut déterminer le côlon, pratiquer l'opération de Littre dans la *fosse iliaque droite*. Telle est du moins la conséquence de l'exposé que je viens de faire. Si nous avons l'espoir de sauver quelques-uns des nouveau-nés atteints d'oblitération intestinale, c'est, dans ma conviction, en agissant dans les recherches diagnostiques avec une méthodique rapidité et en exécutant des opérations dictées par des connaissances anatomo-pathologiques exactes et complètes.

M. HUGUIER. Je veux faire quelques observations pratiques sur le diagnostic du siége de l'oblitération intestinale. J'ai pratiqué une opération, il y a huit jours, pour une imperforation. Je ne trouvais pas la tumeur, et pour mieux la découvrir je faisais crier l'enfant ; rien ne pouvait m'éclairer, et je me suis dit alors qu'il y avait une oblitération siégeant plus ou moins haut. Mais il y avait une tympanite intestinale qui m'empêchait absolument de trouver le siége de la tumeur. J'ai opéré à droite ; j'ai rencontré une anse d'intestin grêle, je l'ai fait rentrer après qu'elle fut sortie. J'ai senti ensuite un cordon représentant l'intestin, et j'ai fini par trouver la tumeur à droite. Ainsi, pour me résumer, je dirai que la palpation, la tuméfaction, la sonorité, ne sont pas des signes qui puissent suffisamment nous éclairer pour déterminer rigoureusement le siége de la tumeur et de l'oblitération intestinale.

M. DEPAUL. M. Trélat a affirmé que les 14 cas d'oblitération intestinale connus constituent un nombre peu important ; je ne suis pas de son avis, c'est déjà un nombre assez considérable. J'ai observé deux cas, et M. Blot en a observé un autre. Dans ces faits, rien à l'extérieur du périnée ne pouvait faire supposer cette altération. Je n'ai pas dit que ces faits fussent communs, ainsi que me le reproche M. Trélat.

Du reste, je partage l'opinion de M. Trélat quand il dit que les cas les plus fréquents sont ceux dans lesquels il y a absence d'anus, avec membrane transversale. Quant aux imperforations avec cloisons transversales, tout le monde est d'avis qu'elles sont les plus favorables pour la guérison. Tout récemment, à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai pratiqué avec succès une opération pour une semblable imperforation.

En terminant, M. Trélat a proscrit le trocart et le bistouri pour aller à la recherche du bout intestinal. Je pense que notre honorable collègue est allé trop loin. En 1839, à la Maternité, plus tard à la Clinique, j'ai vu le trocart nous rendre des services à moi et à M. Paul Dubois. Cette méthode est bonne, mais non dans tous les cas. Je ne pense pas qu'il faille renoncer au bistouri et au trocart, surtout quand on l'emploie comme explorateur.

MM. Huguier et Trélat disent que la percussion et la palpation ne peuvent servir à rien. Je ne suis pas de leur avis ; je les crois utiles. La forme du ventre a une signification considérable. En prenant un à un tous les symptômes, on peut en effet les considérer comme peu significatifs ; mais dans leur ensemble, dans leur mode de réunion, on peut leur faire dire beaucoup pour le diagnostic du siége de l'oblitération. Quoi ! lorsque tout le gros intestin mauque, il n'y aurait rien à l'extérieur qui trahirait cette absence ! Je ne puis le croire. J'ai pu m'assurer, dans ce cas, qu'on pouvait avec ces signes porter un diagnostic juste.

Je n'ai pas compris l'expression suivante de M. Trélat : Quand les enfants ne vomissent pas du méconium. Mais tous les enfants vomissent du méconium plus ou moins délayé, ayant une couleur plus ou moins verdâtre, suivant le mélange ; mais tous ces vomissements ne fournissent aucun renseignement précis.

Quant au mucus excrété par l'ouverture anale, il offre une importance réelle. On peut avec une sonde l'aller chercher plus ou moins haut; et, suivant sa couleur, on peut dire si le rectum est imperforé ou bien si l'oblitération est près du cœcum.

— M. LE PRÉSIDENT renvoie la suite de la discussion à la prochaine séance.

— La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie. La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Depuis longtemps le Gouvernement avait résolu d'honorer la mémoire du plus éminent de nos aliénistes, d'Esquirol, en lui élevant une statue. Nous apprenons que cette statue, confiée à l'habile ciseau de M. Toussaint, est terminée, et qu'elle sera prochainement inaugurée. Elle sera érigée, paraît-il, dans le préau d'honneur de la Maison impériale de Charenton.

— Trois chirurgiens de marine viennent d'être désignés pour partir de suite pour le Mexique : ce sont MM. Erdinger, Ercole et un chirurgien auxiliaire. Ils s'embarqueront lundi sur la *Louisiane*, bateau des messageries impériales qui va inaugurer le nouveau service entre Saint-Nazaire, les Antilles et le Mexique.

— M. le docteur Deval, ophthalmologiste distingué de Paris, auteur de plusieurs ouvrages estimés, et entre autres d'un *Traité théorique et pratique des maladies des yeux* pnblié très-récemment, vient de mourir subitement à l'âge de cinquante-cinq ans.

— A la suite du dernier concours, ont été nommés internes en pharmacie MM. :

1. Blaise; 2. Pierrhugues; 3. Langelé; 4. Gourvat; 5. Follet; 6. Hillairet; 7. Degoutte; 8. Godin; 9. Champigny; 10. Byasson; 11. Guyot (de Grandmaison); 12. Gigon; 13. Raillard; 14. Crinon; 15. Jannin; 16. Templet; 17. Richet; 18. Monnier; 19. Dejou; 20. Dupré;

21. Sermant; 22. Tingry; 23. Pol, dit Eugène; 24. Cazaux; 25. Jaunet; 26. Parisel; 27. Seguy; 28. Gabriac; 29. Mercier.

— PRIX DES INTERNES EN PHARMACIE. — *1re division.* — Internes de 3e et 4e année : *Prix*, M. Thomas. — *Accessit*, M. Jolly. — *1re mention honorable*, M. Hardy.

2e division : Internes de 1re et 2e année : *Prix*, M. Colmann. — *Accessit*, M. Lebon. — *Mention honorable*, M. Boisset.

— M. Mallez commencera son cours sur les maladies des reins, de la vessie et de l'urèthre, le samedi 12 avril, à quatre heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Mémoire pratique sur l'emploi de l'ergotine, par J. BONJEAN. Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

M. Bonjean, qui a obtenu une médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris, pour la découverte de l'ergotine, indique les diverses applications de ce médicament, dont la solution est considérée par les plus illustres médecins, et entre autres par MM. les professeurs Flourens, Sédillot et Retzius, médecin du roi de Suède, comme le plus puissant hémostatique que possède la médecine contre les hémorrhagies des vaisseaux tant artériels que veinenx.

(Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.) — A plns faible dose, cette solution est employée comme cicatrisante.

On emploie l'ergotine à l'intérieur sous forme de dragées (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19), et M. Bonjean cite les praticiens les plus distingués qui s'en sont servis avec avantage pour faciliter le travail de l'accouchement, arrêter les pertes foudroyantes qui en sont quelquefois la suite, pour combattre les hémorrhagies de toute nature : l'hémoptysie, les engorgements de l'utérus, les dyssenterics qni accompagnent souvent les fièvres intermittentes, les diarrhées chroniques, etc., et en raison de la propriété dont jouit l'ergotine de ralentir la circulation d'une manière très-marquée, elles offrent un moyen puissant pour enrayer la phthisie pulmonaire.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 AVRIL 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Velpeau a présenté à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique d'un grand intérêt, qui se rapporte à un cas de mort subite par embolie de l'artère pulmonaire.

L'Académie devant se former en comité secret et n'ayant que de très-courts instants à accorder à la séance publique, M. Velpeau s'est borné à indiquer le fait en quelques mots, s'engageant à entrer dans de plus amples développements dans la séance prochaine. Nous ne laisserons point échapper cette intéressante communication.

La correspondance comprend un assez grand nombre de travaux physiologiques ou médicaux destinés la plupart aux concours pour les prix de physiologie expérimentale ou de médecine et de chirurgie. Nous signalerons plus particulièrement parmi ces travaux les conclusions d'un mémoire de M. Lereboullet, sur la production artificielle des monstruosités ; l'analyse d'une brochure de M. E. Berchon, chirurgien de la marine, sur le tatouage ; une nouvelle communication de M. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine à Brest, relative à un point de prophylaxie de la colique sèche des marins.

La question de la production artificielle des monstruosités, soulevée par diverses communications de M. Dareste, rappelées dans le compte rendu de la précédente séance, et de M. Lereboullet lui-même, a été de la part de ce dernier savant l'objet d'une nouvelle série d'expériences ayant pour but de déterminer le rôle des agents extérieurs dans la production de ces phénomènes. D'après les résultats constatés par M. Lereboullet et que l'on trouvera exposés plus bas, le rôle des agents extérieurs serait beaucoup plus restreint que ne paraissent le penser quelques naturalistes ; et partant la possibilité de produire à volonté telle ou telle forme déterminée de monstruosités et d'établir par conséquent d'une manière positive leurs causes, serait sinon nulle, tout au moins très-limitée.

La commission du prix Alhumbert, à laquelle ont été renvoyées les communications de MM. Lereboullet et Dareste sur ce point intéressant de philosophie naturelle, trouvera dans l'analyse des travaux et le contrôle des expériences de ces deux savants le sujet d'un beau travail.

L'opuscule de M. Berchon sur le tatouage a pour but de démontrer que c'est à tort que cette pratique est généralement considérée comme inoffensive. Les observations que ce chirurgien distingué a recueillies pendant son séjour en Océanie, jointes aux faits que ses recherches lui ont fait retrouver dans les recueils scientifiques, l'ont conduit à reconnaître deux sortes d'accidents inhérents au tatouage : des accidents inflammatoires à divers degrés, — ce sont les moins graves, — et la gangrène des régions tatouées, ayant dans quelques cas amené la mort. Puisse la divulgation de ces faits concourir à l'extinction de cette singulière et sauvage coutume !

Nous signalerons également parmi les pièces de la précédente séance qui n'ont pu trouver place dans le dernier compte rendu, une communication déjà citée de M. Leharillier (de Bordeaux), sur la mortalité des enfants, que nous reproduisons plus bas, et une note de M. Kuehne, sur un nouvel ordre de nerfs moteurs, constitués par les fibres nerveuses qui entrent dans la substance de la cornée, et qui auraient pour fonction de mettre en mouvement, dans des circonstances déterminées, les corpuscules cellulaires de cet organe. — Dr Brochin.

Il a été souvent question de l'hôpital Lariboisière dans la discussion qui a lieu en ce moment à l'Académie impériale de médecine, et l'un des orateurs a prétendu que, lors de la construction de cet établissement, l'on n'avait point consulté les hommes de l'art.

L'avant-projet de l'hôpital Lariboisière, dressé par M. Ganthier, architecte, sur un programme fourni, selon l'usage, par l'Administration, était en quelque sorte calqué sur un plan recommandé, après quatre années d'études en France et à l'étranger, par une commission de l'Académie des sciences composée de MM. Lassone, Daubenton, Tenon, Bailly, Lavoisier, de la Place, Coulomb et Darcet.

Les bases de ce travail, qui remonte à 1788, sont encore ce qu'on trouve de plus satisfaisant parmi les nombreuses propositions faites à diverses époques par des médecins ou des architectes instruits, pour la construction des hôpitaux.

L'avant-projet rédigé comme il vient d'être dit, a été soumis, au point de vue de l'hygiène, à une commission nommée par le conseil général des hôpitaux, et qui se composait, pour la médecine, de MM. les docteurs Guéneau de Mussy, Louis, Emery, Rayer, Chomel ; et pour la chirurgie de MM. Cloquet et Sanson. Elle était présidée par M. Orfila, doyen de la Faculté, vice-président dudit conseil.

Le rapport de cette commission fut fait à la date du 9 novembre 1839 ; il est remarquable à plus d'un titre, et la plupart des propositions qu'il contient ont été adoptées dans l'exécution du projet définitif.

Ainsi, les pavillons de malades, qui, dans l'avant-projet, faisaient face à l'est et à l'ouest, ont été retournés vers le sud et le nord. Ils étaient projetés seulement au nombre de quatre, et comportaient chacun trois étages au-dessus du rez-de-chaussée ; leur nombre fut porté à six, et le troisième étage fut supprimé.

On a formé sous chaque pavillon, pour en assurer le parfait assainissement, de vastes caves voûtées.

La dimension des salles a été augmentée de 5 mètres, afin d'élever à 52 mètres par malade, selon les propositions de Tenon, le cube d'air, qui n'était que de 46 mètres dans l'avant-projet. Les trumeaux ont été élargis de manière à abriter complétement les deux lits qui devaient être placés dans leur largeur.

L'eau a été distribuée à tous les étages des pavillons ; de doubles fourneaux ont été établis pour les offices ; on a disposé le service des bains selon les conseils donnés par la commission ; enfin, le nombre des lits, que Tenon fixait à 36 pour chaque salle, a été réduit à 32.

Les seules propositions de la commission spéciale qui ne furent pas admises par le conseil général des hôpitaux ainsi que par l'autorité supérieure, furent celles qui consistaient à établir simultanément avec les poêles des cheminées dans les salles de malades, et à exhausser les galeries et les chauffoirs jusqu'à la hauteur du deuxième étage. La première proposition, qui avait pour but de ventiler les salles et d'égayer les malades par la vue du foyer, ne fut pas admise à cause des moyens de ventilation artificielle qui étaient alors à l'étude et qui furent appliqués plus tard. Quant à la seconde proposition, le conseil général la repoussa, par des motifs tirés des exigences même de l'hygiène.

« Si les chauffoirs, dit le rapport fait au conseil, étaient surélevés de deux étages et la galerie intérieure d'un, la cour renfermée entre ces bâtiments et les salles de malades, et qui sert de promenoir, serait entourée par quatre bâtiments d'égale hauteur, et par conséquent ne serait plus dans les conditions de salubrité que l'architecte a su lui donner. Le soleil y arriverait tard, n'en éclairerait qu'une partie, et il deviendrait impossible d'en chasser l'humidité et de l'aérer convenablement. »

Le rapport se termine par ces mots, qui résument l'opinion de la commission médicale sur le projet qu'elle venait d'examiner :

« Tel est, Messieurs, l'examen que nous avons dû vous présenter des observations auxquelles a donné lieu le nouvel établissement de la part de MM. les médecins. Vous voyez qu'ils s'accordent avec nous pour en reconnaître les nombreux avantages. »

Dans le discours qu'il a prononcé à l'Académie, M. Malgaigne a fait à l'administration de l'Assistance publique le grave reproche de manquer de linge. « J'ai parlé, a-t-il dit, du déficit » des chemises, et on m'en fait un crime ; mais j'ai un excellent » garant de ce fait, c'est le *Compte rendu moral* de 1860, ré-

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique et raisonné des maladies de l'oreille, Par le Dr Sat.-Rath. ERHARD, de Berlin (1).

Depuis dix ans, six traités ayant pour but d'étudier les maladies de l'organe de l'ouïe ont été publiés : trois en France et trois à l'étranger.

Le premier en date est celui de W. Wilde, de Dublin (1852) ; le dernier, de J. Toynbee, de Londres (1861). Enfin, deux années auparavant, en 1859, M. Erhard (de Berlin) faisait imprimer à Erlangen le livre que nous avons en ce moment sous les yeux, et dont nous n'avons pas encore parlé à nos lecteurs. Il est divisé en deux parties à peu près égales. La première contient des considérations générales sur les maladies de l'oreille ; dans la deuxième se trouve l'histoire particulière de chacune d'elles.

Après l'analyse que j'ai donnée il y a un an du Traité de J. Toynbee sur le même sujet, je dois avouer que j'ai peu de chose à dire de celui-là, la plus grande analogie existant entre les deux ouvrages.

En effet, M. Erhard a reproduit exactement toutes les idées de l'auteur anglais ; et, de plus, c'est la même facture, la même distribution des chapitres ; quelques-uns même sont reproduits en entier, avec les mêmes errements : les polypes, par exemple, ainsi que l'ankylose des osselets, etc. D'autres chapitres y sont également passés sous silence ; ainsi, les *flux d'oreilles*, le *bourdonnement*, et aussi plusieurs questions importantes bien étudiées en France ; par exemple, les *otites dans les fièvres graves*, *l'influence du traitement général*, celle *des eaux sur les résultats de la cure*, etc. ; de tout cela, pas un mot.

(1) Erlangen, 1859. Un gr. vol. in-8° de 380 pages, avec 31 figures.

A l'exception de Wilde, que l'on trouve cité deux ou trois fois, de Toynbee, qui l'est à chaque paragraphe et presque à chaque ligne, aucun des auteurs qui ont écrit sur la matière n'a été trouvé digne de figurer dans l'in-8° de 380 pages de M. Erhard. Duverney, Desmonceaux, Lechevin, Alard, Saissy, Itard et les nombreuses monographies publiées depuis dix ans sont lettre morte aux yeux du médecin berlinois. Même nous serions tenté d'attribuer cet oubli complet à l'ignorance de l'auteur au sujet des travaux français, si nous ne trouvions Kramer, son propre compatriote, enveloppé dans la même proscription. Kramer n'est cité qu'une fois, à propos de la sonde d'argent qui porte son nom, et que M. Erhard a pris la peine de figurer. Comme doyen d'âge, et, de plus, recommandable par le mérite de ses écrits, Kramer méritait, il faut l'avouer, une tout autre mention.

Si de cet aperçu général nous descendons dans les détails de l'ouvrage, nous le trouvons divisé en neuf chapitres : trois sont consacrés aux généralités et six aux détails particuliers.

Parcourons-les avec soin, et cherchons-y quelques notions intéressantes.

Le chapitre Ier est consacré à l'anatomie et à la physiologie ; c'est une reproduction exacte des travaux de J. Müller, connus en France depuis plus de quatre-vingts ans. Un seul point doit nous arrêter : en parlant de la trompe d'Eustachi, l'auteur s'évertue à prouver que son orifice pharyngien est constamment ouvert, et, à ce sujet, il félicite M. Toynbee d'avoir le premier démontré cette propriété de la trompe d'être toujours béante.

Il faut enfin faire justice de ces propositions erronées : ce n'est ni à M. Erhard ni à M. Toynbee que revient l'honneur de cette démonstration ; car cette vérité était déjà parfaitement admise en France il y a bien longtemps. Un élève de Desault (1), qui publia un *Traité d'anatomie* au commencement du siècle, décrit fort bien par quel mécanisme la trompe d'Eustachi reste béante et ne se ferme que pendant l'acte de la déglutition. « En ce moment, les muscles péristaphylins prennent leur point d'appui sur les cartilages qui limitent l'embouchure pharyngienne de la trompe, en effaçant le conduit plus ou moins complétement, tandis que par leur extrémité palatine ils tendent et redressent le voile, s'opposant ainsi à l'introduction des aliments et des boissons dans les fosses nasales et la trompe d'Eustachi. »

Ainsi, cette grande découverte attribuée à Toynbee, et dont M. Erhard parle avec tant de complaisance, était déjà connue et imprimée il y a soixante ans.

Par conséquent, rien de nouveau dans l'anatomie et la physiologie de l'oreille. De même pour les chapitres où il est traité des signes anatomiques et subjectifs.

Suivant l'exemple de son maître favori, M. Erhard ne juge pas utile de décrire la manière de sonder la trompe d'Eustachi. « La pratique seule peut vaincre ces difficultés. » En France, nous pensons autrement, et nous enseignons que des études consciencieuses doivent précéder la pratique et lui en aplanir les voies difficiles.

Au chapitre III, nous entrons dans la pathologie spéciale, et nous y trouvons de nouvelles redites sur l'anatomie du conduit auditif, etc. et ainsi de suite pour chacun des chapitres, qui commence encore une fois par un préambule d'anatomie : répétition inutile et fastidieuse.

Suivant pas à pas l'auteur anglais qu'il a pris pour modèle, le médecin de Berlin range aussi les polypes de l'oreille dans les affections du conduit auditif. Nous avons déjà fait voir ailleurs que c'était une

(1) Giraud. *Splanchnologie*, t. IV, article *Oreille*.

» digé par M. Husson lui-même, et dans lequel il est dit qu'il » manque 27,787 chemises au service des hôpitaux.... »

Sauf une erreur de nombre sans doute involontaire, puisque le chiffre accusé dans le travail en question est de 24,286, le fait est parfaitement exact. Mais, comme l'a si bien dit M. Robinet, ce chiffre est loin d'avoir la signification qu'on lui a donnée. Quelques explications feront parfaitement comprendre la cause et le peu d'importance de ce déficit.

Chaque année on fait l'inventaire de tout le matériel des hôpitaux, et l'on alloue sur le budget une certaine somme pour remplacer les objets mis à la réforme. Les chemises, les draps, n'échappent pas à la loi commune; ils s'usent, il faut les remplacer. Or, à la fin de l'année 1860, il manquait 24,286 chemises, représentant le chiffre de celles qui avaient été mises hors d'usage.

Est-ce à dire que les malades ont manqué de linge en 1861? Il est facile de démontrer le contraire; et en supposant même que le linge usé n'eût pas été remplacé, ce déficit serait tout à fait insignifiant.

D'après le règlement du 18 mars 1858, l'administration a fixé ainsi qu'il suit la quantité de linge pour chaque lit, savoir: pour les malades, 14 chemises; pour les valides des hospices et pour les employés, 8 chemises.

Cela ne veut pas dire que ces 14 chemises soient exclusivement réservées à chaque lit et qu'elles restent sans emploi quand le lit est vacant ou quand le malade n'a pas besoin d'en changer souvent; cela signifie qu'il y a à la disposition de l'hôpital un nombre de chemises proportionné au nombre de lits. Ainsi, à l'hôpital de la Pitié, par exemple, il y a 620 lits de malades; d'après le règlement, il doit donc y avoir à la lingerie de l'hôpital et en service 8,680 chemises, qui toutes sont à la disposition des malades qui en ont besoin.

Il existe dans les hôpitaux et les hospices 19,454 lits; l'administration avait, au 31 décembre 1860, 179,362 chemises, et s'il en manquait momentanément 24,286, cela fait un peu plus d'une chemise par lit. Il n'y a donc pas eu manque de chemises, puisqu'il y en avait 13 à la disposition de chaque lit de malade et plus de 7 à la disposition de chaque lit de valide ou d'employé.

Nous dirons la même chose des draps. D'après le règlement cité plus haut, l'administration alloue à chaque malade 16 draps, et à chaque valide ou employé 8 draps. Or, par suite d'usure, il en manquait 42,000; il en restait donc encore en magasin 178,700, c'est-à-dire plus de 14 draps pour chaque malade, et pour chaque valide ou employé plus de 7.

Nous pourrions dire là même chose des alèzes et des autres pièces de linge.

Que conclure de ces chiffres, tous puisés au *Compte rendu moral* invoqué par M. Malgaigne, sinon que l'approvisionnement de linge est plus que suffisant, et que ses récriminations à ce sujet n'ont aucun fondement?

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Pajot.

(Suppléant de M. le professeur P. Dubois.)

Leçons sur les affections puerpérales.

(Recueillies par M. le docteur Deneffe.)

Je diviserai les affections puerpérales en deux grandes classes:

1° Les maladies puerpérales proprement dites;

2° Les maladies de toute nature qui éclatent pendant la puerpéralité et qui sont toujours profondément modifiées par cet état.

Je ne m'occuperai guère de cette seconde division. Je subdiviserai la première classe en deux groupes, comprenant: le premier, les affections phlegmasiques franches, telles que la péritonite, la métro-péritonite. Le second, les maladies septiques ou infectieuses, telles que l'infection purulente, l'érysipèle.

Mais, avant de décrire ces diverses maladies, je dois d'abord m'expliquer devant vous sur leur nature.

Quand depuis longtemps on observe avec soin les affections puerpérales, on reconnaît qu'elles sont dominées par deux éléments bien manifestes, la phlegmasie franche et l'élément septique.

L'élément phlegmasique est de beaucoup le plus commun, et on le rencontre si fréquemment au milieu des phénomènes de puerpéralité, que certains médecins ne voient dans les maladies de cet état que des phlegmasies pures, puisant leur gravité dans la seule étendue des parties envahies par l'inflammation. Si l'élément phlegmasique domine la puerpéralité par sa fréquence, l'élément septique, à son tour, le domine par sa gravité. Toutes les affections puerpérales portent en effet le cachet inflammatoire: mais au point de vue du danger, cette phlogose n'est en quelque sorte qu'accessoire; sans doute une péritonite franche peut s'étendre et tuer la femme, bien que l'inflammation constitue toute la maladie.

Mais ce n'est pas là ce que nous voyons le plus souvent; si l'élément phlegmasique entre pour une part dans toutes ou presque toutes les maladies, si souvent même il est le point de départ de l'affection, il est vrai aussi que l'élément septique vient fréquemment le compliquer et imprimer à la maladie des caractères nouveaux et dangereux. L'abdomen, et surtout les organes de la région sous-ombilicale, sont surtout le siége de prédilection des phlegmasies puerpérales; on les rencontre quelquefois aussi dans la poitrine, mais elles y sont si rares à l'état franchement inflammatoire, qu'on peut se demander si ce ne sont pas plutôt alors des maladies intercurrentes que des affections se liant directement à la puerpéralité.

Les affections franches de la puerpéralité peuvent se présenter à l'état épidémique. J'ai la conviction de ce fait, que M. Paul Dubois a énoncé avec réserve en 1858 à l'Académie de médecine. Je reconnais cependant que c'est là un fait rare, et que, dans l'immense majorité des cas, ces affections sont plutôt sporadiques; dans l'épidémie, en effet, c'est bien plutôt l'élément septique qui domine. Mais j'ai vu parfois que le début ou la fin des épidémies vraies sont marqués par l'apparition de maladies franchement inflammatoires, qui revêtent aussi des caractères épidémiques.

Que de fois, en effet, j'ai vu une épidémie à forme septique passer sur l'hôpital, et, au moment où elle s'éteint, une autre surgit et lui succède; mais, cette fois, c'est l'élément phlegmasique pur qui domine la scène, et, tandis que dans le premier cas on comptait autant de mortes que de malades, dans le second, on les voit guérir presque toutes sous l'influence d'un traitement antiphlogistique bien appliqué. Si les médecins sont à peu près d'accord sur le groupe des affections phlegmasiques franches, il est loin d'en être ainsi quand il s'agit des maladies infectieuses; tous acceptent l'intervention de l'élément septique dans cette catégorie d'affections; mais la divergence commence dès qu'il s'agit d'apprécier l'origine et le véritable rôle de cet agent. Deux camps sont ici en présence; dans le premier nous trouvons tous les accoucheurs: ce sont les maîtres contemporains et leurs élèves. Ils ont inscrit sur leur bannière que l'élément septique envahit toute l'économie, qu'il l'empoisonne primitivement, qu'il préexiste à toute lésion, et que les altérations locales ne sont que des manifestations de l'état général. Dans l'autre camp, nous trouvons les chirurgiens et les médecins, et, pour employer l'expression du poëte: « *les plus grands que l'on nomme;* » ceux-ci acceptent aussi le principe de l'infection générale; mais pour eux cet empoisonnement ne préexiste pas à l'accouchement, il est consécutif aux lésions qu'entraîne le part; le traumatisme que ce grand acte physiologique provoque dans la matrice serait le point de départ de cette infection. En un mot, tandis que dans le premier camp, l'empoisonnement est primitif, dans l'autre il est secondaire. Des nuances séparent encore les partisans de ces deux opinions; tandis que les uns voient la source de l'élément septique dans l'altération des fluides sécrétés, les autres croient la rencontrer dans les conditions au milieu desquelles l'accouchée se trouve placée; mais ce sont là des détails dont je vous entretiendrai ultérieurement.

Je viens de vous exposer les deux idées qui ont cours dans la science sur la nature des affections puerpérales; je n'ai assurément pas la prétention de trancher le débat qui s'est élevé à ce sujet entre les esprits les plus éminents. Je vous dirai seulement l'opinion que je me suis faite, après avoir entendu les maîtres, en suivant la marche des épidémies que j'ai vues si souvent dans ce service, en étudiant à l'amphithéâtre les lésions cadavériques. C'est dans cet hôpital que j'ai puisé mon instruction, et, au début de ma carrière, j'acceptai les idées de M. P. Dubois; aujourd'hui, cependant, je suis sur ce point en désaccord complet avec lui; mais, je dois vous le dire, je puis, sans être ingrat envers mon illustre maître, faire entendre dans cet amphithéâtre une doctrine qui n'est pas la sienne; car nul plus que lui n'accepte la libre discussion.

J'ai rompu avec l'école dont je sors, car mes convictions me poussaient dans un camp opposé; quand j'eus bien observé les faits qui se déroulaient ici sous mes yeux en si grand nombre, je ne sus plus croire à l'essentialité des maladies puerpérales; je ne sus plus admettre l'intoxication primordiale. Nous allons ensemble chercher où est la vérité; nous allons mettre en présence l'une de l'autre les deux opinions que je vous ai signalées; nous pèserons sans préventions et sans idées préconçues les arguments sur lesquels elles s'étayent, et j'espère vous démontrer la vérité de celle que j'ai acceptée, c'est-à-dire de l'intoxication consécutive au traumatisme provoqué par la parturition.

Les essentialistes, se fondant sur ce que les maladies primitivement infectieuses qui ont leur source dans toute la substance, telles que le typhus, le choléra, présentent le caractère épidémique, croient, par analogie, que les maladies puerpérales sont aussi de nature primitivement infectieuse, puisqu'elles revêtent aussi la forme épidémique. Que l'on dise qu'il y avait intoxication préalable chez un individu qui, sans lésion apparente, est frappé par le choléra ou le typhus au milieu d'un état de santé parfaite, je le conçois aisément. Mais quand il existe une lésion manifeste, lésion qu'il est raisonnable de considérer comme la source des accidents qui vont se dérouler dans la suite, est-il légitime d'en faire abstraction complète, pour y substituer dans l'explication des phénomènes morbides une intoxication primitive au moins problématique?

Croiriez-vous le chirurgien qui, voyant survenir l'infection purulente à la suite d'une opération, chercherait la raison de cet accident dans une altération primitive des liquides et non pas dans l'opération elle-même?

Que voyons-nous dans les affections puerpérales? Une femme, jouissant des attributs de la santé la plus florissante, accouche; la délivrance provoque dans l'utérus la formation d'une plaie; les efforts auxquels la femme est en proie pendant de longues heures soumettent les organes abdominaux et le péritoine à des frottements, des tiraillements capables d'amener dans ces parties de l'irritation, et d'y développer tous les phénomènes du surmenage. Cette femme ne se trouve-t-elle pas dans les conditions d'un opéré, et sommes-nous plus en droit que le chirurgien de tout à l'heure d'expliquer par une infection préalable les accidents qui vont survenir?

L'analogie que l'on a voulu établir entre les maladies primitivement infectieuses et les affections puerpérales, en se fondant sur la communauté des caractères épidémiques, ne saurait donc être admise, car dans les premières l'individu est atteint au milieu d'un état de santé parfait; dans les secondes, il existe des lésions manifestes qui suffisent à expliquer les désordres consécutifs. Ah! s'il arrivait fréquemment que les femmes fussent atteintes pendant la gestation, je croirais alors que la plaie utérine ne joue aucun rôle dans le développement des affections puerpérales; mais il n'en est assurément pas ainsi.

Dans la discussion qui s'éleva en 1858 à l'Académie de mé-

---

erreur grave. Ces polypes naissent de la membrane muqueuse de la caisse, à la suite de flux chroniques, le tympan étant déchiré depuis longtemps par un abcès, et on ne les rencontre dans le conduit auditif qu'à une période déjà avancée de leur évolution.

C'est là, j'ose le dire, une vérité que j'ai tant de fois démontrée, qu'il est vraiment inutile de la rappeler.

— Quant aux affections de la membrane du tympan, rien à noter: rien non plus de bien nouveau dans les maladies de la caisse, sinon un petit point à signaler.

M. Erhard croit encore que l'ankylose des osselets a été observée et décrite pour la première fois par M. Toynbee (1); mais il faut dire qu'en 1741 (2), dans une dissertation publiée à Leyde, Hoffmeister en donnait déjà la meilleure description qui ait été faite jusqu'à présent. C'est une lésion anatomique très-fréquente, non-seulement à la suite des affections rhumatismales et goutteuses de l'organe de l'ouïe, mais encore comme complication des phlegmasies chroniques et catarrhales de l'oreille moyenne.

Je passerai sous silence les *tympans artificiels*, dont j'ai moi-même fait usage autrefois, et que j'ai abandonnés depuis comme inutiles, dangereux même, et en tout cas rendant moins de services qu'une simple boulette de coton aux malades qui ont perdu leur membrane naturelle à la suite d'abcès, de flux chroniques, et le plus souvent sous l'influence tardive ou précoce de la scrofule.

Reste en dernière analyse le chapitre fort court de la surdité nerveuse, qu'on aurait désiré très-détaillé, et le chapitre des sourds-muets, qui n'est qu'une simple indication réservée sans doute pour une prochaine édition.

(1) *Medical Times and Gazette*, 1858.

(2) Hoffmeister: *De organo auditus et ejus vitiis*. Leyde, 1741.

Nous ne trouvons rien sur le bourdonnement d'oreilles, et cependant les opinions ingénieuses, mais contestées, de son compatriote Kramer, auraient dû, ce nous semble, inspirer à M. Erhard quelques réflexions sur ce sujet important, et, pour notre part, nous eussions été fort satisfait de cette attention.

Dr Triquet.

Annuaire de l'Association générale de prévoyance et de secours des médecins de France (1).

Nous venons de parcourir avec le plus vif intérêt l'*Annuaire de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*, que le Conseil général de l'œuvre vient de publier; c'est le recueil officiel des actes accomplis par cette grande institution depuis sa fondation, le 31 août 1858, jusqu'à la dernière assemblée générale tenue le 27 octobre dernier.

Ces actes sont déjà considérables. Il en est un qui frappe vivement. Un résultat longtemps cherché, dont une des plus sérieuses tentatives doit remonter jusqu'au Congrès médical de 1845, c'est la constitution de la famille médicale en France. La famille médicale existe aujourd'hui; elle a une tête et des membres, un centre d'action et des éléments partout disséminés et partout en relation les uns avec les autres.

Cette organisation de l'Association générale, telle qu'on peut bien la comprendre par la lecture de l'*Annuaire*, est admirable de simplicité et d'harmonie. Nul doute qu'elle ne produise de grandes conséquences, et déjà le passé, le présent, répondent de l'avenir.

Au point de vue de l'assistance, si tous les membres de la famille médicale se pénètrent bien de la pensée fondamentale de l'œuvre, à savoir que l'Association n'est pas, n'a pas voulu être une institution de *charité*, mais une institution de prévoyance et de *mutualité*, c'est-à-dire que pour avoir droit à l'assistance, il faut avoir participé aux charges; si, disons-nous, cette pensée reste présente à tous les esprits, on sera convaincu que les secours donnés par l'Association générale aux infirmes, aux empêchés, aux veuves et aux enfants, deviendront de plus en plus sérieux et efficaces; on verra surtout qu'une Société locale ne pouvant jamais être au dépourvu, toute infortune confraternelle pourra être toujours secourue. Ce mécanisme de la mutualité est vraiment aussi ingénieux que bienfaisant.

Au point de vue protecteur des intérêts professionnels, la lecture de l'*Annuaire* fait naître cette consolante pensée que la famille médicale s'est affermie; que partout où l'Association générale existe et fonctionne, elle a exercé une action salutaire, qu'on compte avec elle, que les intérêts malsains et cupides la craignent; que dans leur isolement les médecins n'osaient rien; que sous une action collective ils peuvent sauvegarder l'intérêt public, en protégeant leur intérêt propre. C'est là certainement une des plus belles conséquences de l'œuvre, et qui ne peut que grandir de jour en jour avec le concours des soixante-dix sociétés locales qui composent aujourd'hui l'Association, et sous l'habile et prudente direction de son Conseil général.

Dr B.

(1) Un vol. in-18. Prix: 3 fr. Chez J. B. Baillière et fils

M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité le mercredi 23 avril, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Visite des malades, tous les matins à huit heures.

decine, M. Trousseau a présenté à l'appui de son opinion un argument auquel on n'a répondu que par des arguties. Combien de fois, disait le savant professeur, n'arrive-t-il pas qu'une jeune fille de la campagne se présente dans nos hôpitaux pour y accoucher? Elle jouit au moment de son entrée d'une excellente santé; quelques instants après, le travail commence; l'accouchement est régulier, et puis tout à coup les accidents puerpéraux apparaissent. Direz-vous que l'intoxication préexiste? Mais, a-t-on répondu, vous ne savez pas si ces jeunes femmes ne viennent pas de lieux où la fièvre puerpérale existait. Je vous le demande, est-ce là une raison sérieuse? Evidemment non, car dans l'immense majorité des cas ces vigoureuses paysannes nous arrivaient de villages où les accidents puerpéraux ne sont pas même connus.

Il est un fait sur lequel les essentialistes se sont étendus avec complaisance, et qu'ils ont considéré comme une des preuves les plus solides de leur doctrine, c'est l'apparition des maladies puerpérales chez les femmes non enceintes. Cet argument est, à mes yeux, dénué de toute valeur, car il ne s'appuie que sur d'infimes exceptions. Combien, en effet, pourrait-on citer de cas bien authentiques où une femme non gravide a été frappée d'affection puerpérale? En est-il jusqu'à six que l'on pourrait compter? C'est tout au plus! Je reconnais que ces faits existent d'une manière incontestable; mais pour les expliquer et les apprécier à leur juste valeur, j'ai besoin de les diviser en deux groupes : dans le premier, je réunis les cas d'affection puerpérale éclatant chez des femmes pendant l'époque menstruelle. Des femmes qui avaient ou venaient d'avoir leurs règles, et qui soignaient à la Maternité des accouchées en proie aux maladies puerpérales, ont été atteintes elles-mêmes par ces affections. Quelques faits de cette nature ont été signalés, et je suis persuadé qu'ils peuvent être plus communs qu'on ne le croit généralement. Mais il n'est pas nécessaire pour les expliquer de faire intervenir l'intoxication préalable; je vous ai montré au commencement de ces leçons toute l'analogie qui existait entre la menstruation et la puerpéralité; la première est une miniature de la seconde : c'est un état puerpéral vu par le gros bout de la lorgnette. Baudelocque avait déjà dit : La menstruation est un avortement mensuel; et les progrès de nos connaissances physiologiques n'ont fait que rendre plus évidente la pensée du célèbre accoucheur. Si vous voulez vous en convaincre davantage encore, suivez la gradation qui existe entre ces divers phénomènes : la menstruation et l'avortement au premier, au second, au troisième, au quatrième mois de la grossesse..., l'accouchement prématuré et à terme, et, frappés de l'analogie profonde qui existe entre eux, vous reconnaîtrez qu'il y a plus de rapports entre la menstruation et la puerpéralité qu'entre celle-ci et le gravidisme. Est-il donc si étonnant alors que les maladies qui atteignent la femme après l'accouchement la frappent parfois pendant la menstruation?

Dans le second groupe, je rangerai des faits plus extraordinaires. On a vu des femmes vivant au milieu d'un foyer épidémique, prodiguant leurs soins aux victimes des affections puerpérales, être atteintes par ce fléau, bien qu'elles ne fussent pas enceintes et que l'époque de leurs règles fût passée. Mais combien a-t-on pu réunir de faits de cette nature? Trois ou quatre au plus! Et au lieu d'admettre une intoxication générale primitive, ne pourrait-on pas croire que ces femmes, occupées à laver les parties génitales des malades, se soient inoculé l'affection qui les a emportées? Et pourquoi ne serait-il pas possible encore que ces femmes aient été primitivement frappées de métrite ou de métro-péritonite qui aurait revêtu des caractères insolites empruntés aux mauvaises conditions du milieu où elle se développait? Sans doute c'est là une explication bien hasardée; mais pour expliquer trois ou quatre faits en contradiction flagrante avec les milliers d'autres qui se passent chaque jour sous nos yeux, n'est-on pas autorisé à chercher une interprétation aussi exceptionnelle que les faits qui la provoquent?

A entendre les essentialistes, rien ne serait plus commun que de voir les maladies puerpérales éclater chez les femmes grosses; c'est là une idée qui régnait dans toute la discussion qu'ils ont soutenue en 1858 devant l'Académie, et c'est encore là un de leurs arguments capitaux.

Ceux de vous qui suivent cet hôpital depuis quelque temps, comprennent combien une pareille assertion est erronée. Tant de fois j'avais vu les femmes enceintes rester indemnes au milieu d'un foyer épidémique, que j'ai voulu, par une expérience décisive se passant sous vos yeux, consacrer ce fait et l'élever à la hauteur d'un principe.

Les chiffres que je vais vous citer pour ne pas encore être très-exacts, se rapprochent cependant assez de la vérité pour que je puisse m'en servir. Depuis six mois, quatre cents femmes au moins sont accouchées dans notre service : cent environ ont été malades, et nous en avons perdu trente à quarante. Savez-vous combien de femmes enceintes ont séjourné ici au fort de l'épidémie? A peu près cent, et je ne parle que de femmes étant restées un temps assez long, comprenant quelques jours ou quelques semaines, et même un ou deux mois. Elles étaient disséminées dans toutes nos salles, éparses au milieu des lits où le fléau étendait ses ravages; et tandis que les accouchées succombaient autour d'elles, pas une femme enceinte ne devint malade.

Ces résultats sont-ils assez clairs? Mais, dira-t-on, ces femmes se sont acclimatées peu à peu. Non, elles ne s'acclimataient pas, puisque l'accouchement venu, elles retombaient sous la loi générale et mouraient à leur tour. Ces faits ne démontrent-ils pas d'une manière évidente que le traumatisme provoqué par le part est le point de départ de l'intoxication?

Tour à tour les essentialistes ont invoqué des arguments contradictoires, tels que l'absence de toute lésion et l'existence de lésions variables.

L'empoisonnement, disent-ils, ne succède pas à la lésion, puisque l'on n'en a pas rencontré dans certains cas de mort. Mais combien de faits pareils peut-on citer? Ici, nous n'en avons rencontré qu'un seul. Soyons généreux cependant envers nos adversaires, et supposons qu'ils en aient trouvé trente. Mais parmi ces trente cas, combien auront été mal observés? Exagérerions-nous en admettant que dans un quart de ces cas la lésion existait, mais n'a pas été trouvée? Des recherches de ce genre ne sont pas toujours aussi faciles qu'on le croirait bien. Un jour, nous allions abandonner un cadavre, bien convaincu que la lésion n'existait nulle part, quand, en ouvrant une corne de l'utérus, nous trouvâmes un petit foyer purulent. Cette altération, quelque restreinte qu'elle fût, était suffisante pour expliquer la mort; car le danger d'une intoxication ne se mesure pas sur la quantité, mais sur la qualité du virus qui la produit. Quel que soit le soin avec lequel on se livre à ces investigations, quelque chose peut toujours échapper; aussi n'acceptons-nous qu'avec une réserve excessive ces autopsies où l'on déclare n'avoir point rencontré de lésions. Leur donnant, du reste, toute la valeur que réclament pour elles les essentialistes, et les mettant alors en parallèle avec les milliers de faits contradictoires dont nous avons été les témoins, serait-il logique, je vous le demande, de fonder une doctrine sur ces infimes exceptions?

Quant à la multiplicité des lésions invoquée par les essentialistes, ce n'est assurément pas un argument sérieux. Cette multiplicité prouve que la maladie est générale, qu'elle a frappé tout l'organisme; mais elle ne démontre certes pas qu'elle procède d'une intoxication primitive.

Il n'y a dans la théorie de l'essentialisme que deux arguments difficiles à renverser; ce sont ceux qui s'appuient sur l'apparition de la maladie chez des femmes non enceintes et non réglées, et sur les autopsies où l'on n'a pas rencontré de lésions. Mais, je le répète une fois encore, ces faits, dont l'explication nous échappe, sont en opposition avec l'observation journalière; ils ne sont même pas dans la proportion d'un sur mille; ils constituent enfin une trop minime exception pour permettre à une doctrine de s'étayer sur eux.

NOTE SUR LA TRACHÉOTOMIE.

M. le docteur Marchand (de Versailles) nous adresse la note suivante, contenant un moyen simple destiné à contribuer au succès de la trachéotomie.

Le 2 février 1862, entraîné par des conditions très-bonnes pour le succès de l'opération, assisté du docteur Rémilly, j'ai fait une trachéotomie sur un garçon de cinq ans. Elle s'accomplit sans difficultés, toutes précautions prises, une cravate de mousseline tamisant l'air au-devant de la canule; l'enfant reprenait sa sérénité par une respiration satisfaisante; tout le monde s'en félicitait.

Deux heures à peine après, la respiration rapide devint dure, métallique. On extrayait avec peine des morceaux desséchés de mucosités adhérentes à la canule; mais l'embarras de la respiration persistait par la sécheresse des mucosités qui tapissaient la trachée et les bronches; l'enfant menaçait de suffocation nouvelle, lorsque l'idée me vint d'appliquer des éponges imbibées d'eau très-chaude à l'orifice de la canule, et de les renouveler toutes les trois à cinq minutes, pour les maintenir à une haute température, les contenant avec la cravate de mousseline. En moins d'un quart d'heure, l'aspect de l'enfant change de nouveau; la gêne de la respiration cesse; les mucosités ramollies sont expulsées par fragments et continuent à être fluides.

Les parents furent invités à renouveler nuit et jour, toutes les cinq minutes, cette fumigation, que je chargeais de tilleul, ou de pavot, ou de laurier-amande, suivant le besoin.

Après huit jours, on ralentit les applications d'éponges; à mesure que l'expectoration diminuait, on les changeait moins souvent, jusqu'au vingt et unième jour, où j'ai pu ôter la canule définitivement.

La guérison est complète depuis un mois; et pour moi, elle est due à cette fumigation continue des bronches.

SUR LA MORTALITÉ DES ENFANTS ASSISTÉS DE BORDEAUX,

Par M. le docteur Lebarillier.

Les enfants admis pendant cette période de douze ans (1er janvier 1850, 31 décembre 1861), ont été au nombre de 6,478, dont 3,073 garçons et 3,405 filles (âgés d'un jour à un an). Sur ce nombre, 987 sont morts dans leur premier mois, dont 510 garçons et 467 filles; 785 sont décédés à l'hospice (410 garçons et 375 filles) et 202 à la campagne (110 garçons et 92 filles).

On se rendra facilement compte de l'excédant de la mortalité à l'hôpital dans le premier âge de la vie, en songeant que les enfants admis à l'hospice ne sont guère envoyés à la campagne que dans les dix jours qui suivent leur naissance, et que tous les enfants trop faibles ou malades sont gardés à l'hôpital jusqu'à leur guérison.

Sur les 6,478 enfants admis, 2,131 ont succombé avant la fin de leur première année, soit 1,114 garçons et 1,017 filles. Dans ce nombre, 1,083 sont morts à l'hospice, et 1,048 à la campagne.

Ce chiffre de 2,131 décès sur 6,478 enfants, n'établit la mortalité au-dessous d'un an qu'à 33 p. 100 pour les enfants assistés admis à l'hôpital de Bordeaux et nourris à la campagne.

Dans le dernier et remarquable mémoire que M. le docteur Bouchut a adressé à l'Académie des sciences, ce médecin distingué a établi que la mortalité était de 55 p. 100 dans le département de la Seine, pour la population des enfants assistés et au-dessous d'un an élevés à la campagne. Il est facile de voir par nos chiffres que la mortalité est, dans les mêmes conditions, bien moins considérable dans le département de la Gironde.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 avril 1862. — Présidence de M. Duhamel.

M. Velpeau met sous les yeux de l'Académie une pièce d'anatomie pathologique se rapportant à un cas de mort subite par embolie de l'artère pulmonaire, dont il se propose d'entretenir l'Académie dans la prochaine séance; il se borne aujourd'hui à faire remarquer, taudis que la préparation est encore fraîche, certains détails sur lesquels il aura occasion d'insister dans sa communication écrite.

Tératologie. — M. Lereboullet adresse un travail intitulé : *Expériences relatives à la production artificielle des monstruosités dans l'œuf du brochet.* Ce nouveau travail, qui fait suite à celui qu'il a présenté dans le mois de novembre dernier, renferme le résumé général et les conclusions de ces recherches.

Voici quelques-uns des faits principaux qui en ressortent :

1° Il se produit des monstres de tout genre parmi les œufs du brochet, que ces œufs soient ou qu'ils ne soient pas soumis à l'influence d'agents extérieurs particuliers.

2° Les œufs d'une seule et même fécondation soumis à des influences diverses, ont très-souvent fourni des résultats identiques, c'est-à-dire le même nombre et les mêmes formes de monstruosités.

3° Les œufs des diverses fécondations qui ont été soumis aux mêmes influences n'ont jamais donné les mêmes résultats, ni sous le rapport de la quantité proportionnelle des monstres, ni sous le rapport de leurs formes.

4° Ces deux circonstances, identité des résultats malgré la diversité des influences, diversité des résultats malgré des influences identiques, montrent qu'on ne saurait attribuer à ces influences seules la production des monstruosités.

5° Les seules modifications qui m'ont semblé pouvoir être attribuées à l'influence des agents extérieurs, consistent dans des arrêts de développement caractérisés par l'absence d'une portion plus ou moins considérable du corps embryonnaire. Ces arrêts se sont toujours trouvés intimement liés à un ralentissement dans la marche du développement de l'œuf.

Ces faits ont conduit l'auteur à admettre les conclusions suivantes :

a. Il n'est nullement prouvé que les monstruosités en général, et particulièrement les monstruosités doubles, soient occasionnées par les influences que les agents extérieurs ont pu produire sur les œufs.

b. Les seules modifications qui paraissent dues, quelquefois à l'influence des agents extérieurs, sont des arrêts de développement, des déformations et des atrophies; encore ces effets ne sont-ils pas constants.

c. Il n'est donc pas possible de produire à volonté des formes monstrueuses déterminées d'avance, ni d'établir d'une manière positive la cause des monstruosités.

d. Cette cause pourrait bien être inhérente à la constitution primordiale de l'œuf, et ne dépendre en aucune façon des conditions extérieures. (Renvoi à la commission du prix Alhumbert pour 1862.)

— M. Berchon adresse un opuscule *sur les dangers du tatouage*, et en donne une analyse manuscrite dont nous extrayons le passage suivant :

..... Cette singulière coutume n'avait pas jusqu'à présent d'histoire médicale, et tous les auteurs qui en parlent accidentellement la regardent même comme tellement inoffensive, qu'on l'a proposée à l'Académie comme méthode chirurgicale (t. XXXVI, p. 436). Mon travail est destiné à démontrer combien cette confiance est erronée.

Partant d'observations recueillies en Océanie, où le tatouage est généralement adopté, j'ai pu rassembler en France un assez grand nombre de faits graves à l'appui de mon opinion, tout en recherchant avec soin tous les renseignements épars dans les collections scientifiques. J'ai pu réunir ainsi (indépendamment des cas empruntés à mes notes de voyage) quinze observations détaillées, dans lesquelles cinq fois la mort a été la conséquence des piqûres des tatoueurs; quatre autres fois la vie a été plus ou moins gravement compromise; trois fois l'amputation du bras a été pratiquée, dans un seul cas, avec succès. Sans aucun doute des accidents semblables ont dû être assez fréquemment la conséquence du tatouage, et je crois par suite avoir fait une œuvre utile en ouvrant la voie aux recherches de même nature. Je poursuis moi-même mes investigations avec d'autant plus de succès que ma profession de médecin de la marine me met en position d'interroger un très-grand nombre d'hommes tatoués, et j'ai pu rassembler déjà, depuis la publication de mon travail, un assez bon nombre de nouveaux faits.

Dans le mémoire que je soumets au jugement de l'Académie, je ne me borne pas à l'exposition des dangers du tatouage, j'ai essayé d'en constater la nature, et j'ai été conduit à les diviser en deux classes. Dans la première, heureusement la plus nombreuse, les accidents sont de nature inflammatoire à divers degrés. Dans la seconde, il y a constamment gangrène prompte et étendue des régions tatouées, reconnaissant évidemment pour cause une véritable inoculation septique due au dépôt de matières organiques altérées portées sous l'épiderme par les aiguilles employées pour tatouer. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. Guillon adresse une Note sur un nouveau perfectionnement de son *brise-pierre à levier*, qu'on rend à volonté sécateur et pulvérisateur. Avec cette Note l'auteur présente deux instruments.

M. Legrand (Maximin) adresse un mémoire intitulé : *Essai de thérapeutique générale : térébenthines.* Ce mémoire est accompagné de l'analyse exigée.

M. Lunel envoie un Mémoire *sur la contagion de la varioloïde*, avec une lettre servant d'analyse.

(L'Académie renvoie ces diverses communications à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. H. Jacquart présente au concours pour le prix de physiologie expérimentale un travail *sur la structure du cœur de la tortue franche*, accompagné d'un résumé indiquant les faits nouveaux dus aux recherches de l'auteur et les dessins originaux faits d'après ses préparations, dessins de grandeur naturelle qui permettent d'apprécier certains détails moins apparents sur les planches réduites qui accompagnent le mémoire imprimé. (Renvoyé à la commission.)

— M. BALBIANI adresse deux opuscules sur les phénomènes de la reproduction des infusoires, pour le concours pour le prix de physiologie expérimentale.

— Un auteur qui a placé son nom sous pli cacheté, supposant à tort que cette formalité était exigée pour le concours du prix Bréant, adresse un mémoire très-étendu sur le choléra et son traitement, principalement d'après des observations recueillies dans la basse Cochinchine. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

— M. LEFÈVRE adresse un mémoire imprimé sur l'emploi des cuisines et appareils distillatoires en service dans la marine. Cette publication est un complément de son ouvrage *sur les causes de la colique sèche observée sur les marins*, et de la Note qu'il a lue à l'Académie le 26 novembre 1860, sur l'influence du plomb dans la production de cette affection.

L'Académie, conformément à la demande de l'auteur, renvoie l'ensemble de ces pièces à la commission du prix dit des arts insalubres.

ADDITION A LA SÉANCE DU 31 MARS.

Nouvel ordre de nerfs moteurs. — M. W. KUEHNE communique une note sur un nouvel ordre de nerfs moteurs.

Depuis longtemps, dit-il, on sait qu'il y a des fibres nerveuses qui entrent dans la substance de la cornée de l'œil, mais on ne connaît nullement la véritable terminaison de ces nerfs. Des observations microscopiques et des expériences faites principalement sur la cornée de la grenouille, m'ont conduit aux résultats suivants :

1° Après leur passage sur le bord de la cornée et après leur entrée dans le tissu de l'organe, les fibres nerveuses primitives perdent successivement l'enveloppe moelleuse et l'enveloppe de Schwann.

2° Toutes ces fibres nerveuses se divisent et se subdivisent avant qu'elles arrivent à leur véritable terminaison.

3° Cette division diffère du mode de division des fibres nerveuses dans la plupart des autres organes, car on observe qu'un grand nombre de rameaux nerveux secondaires très-minces quittent la fibre primitive sous un angle droit, sans que cette dernière perde de son volume.

4° Les cylindres à axes nus, qui sortent enfin de ces divisions multiples, deviennent légèrement granuleux et se combinent continuellement aux filaments du protoplasme des corpuscules de la cornée.

5° Ainsi, il est probable qu'il n'y a pas un seul corpuscule (cellule) de la cornée), qui ne soit en combinaison directe ou indirecte avec des éléments nerveux.

Quant au rôle de ces nerfs, nous avons constaté qu'ils sont une espèce de nerfs moteurs. En voici les preuves :

Quand on excite une cornée fraîche de la grenouille au moyen des courants électriques d'induction, on voit en même temps, avec des grossissements suffisants, un changement de forme dans les corpuscules de la cornée. Généralement le protoplasme de la cellule se retire du noyau, dès lors devenu visible, pour former des filaments nouveaux, tandis que d'autres filaments disparaissent. Le phénomène ressemble donc tout à fait aux phénomènes de mouvement ou de contraction observés déjà dans les cellules pigmentaires ramifiées de beaucoup d'animaux. Ces mouvements dans les cellules ont lieu également quand on n'excite que le bord inférieur de la cornée. Il y a donc transmission de l'excitation au moyen des nerfs de la cornée. De ces expériences, nous tirons la conclusion que ces fibres nerveuses de la cornée présentent un nouvel ordre de nerfs moteurs. Elles ne se terminent ni dans des organes sensitifs ni dans des muscles. Elles entrent dans un protoplasme contractile d'une cellule qui fait des mouvements quand son nerf est excité.

— M. SCHUSTER, à l'occasion d'une communication faite récemment à l'Académie par M. Tripier (séance du 10 mars 1862), fait remarquer que ce médecin n'est pas le premier qui ait fondé un procédé de galvano-caustique, non plus sur les effets calorifiques des courants galvaniques, mais sur leur action chimique. « Cette action chimique, dit M. Schuster, a été utilisée par moi dans la pratique chirurgicale il y a bien longtemps, ainsi que l'Académie pourra le constater en recourant à deux mémoires que je lui ai présentés en 1843. »

La lettre de M. Schuster et la note de M. Tripier sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Becquerel et Bernard.

— M. J. LUYS adresse, pour le concours pour les prix de médecine et de chirurgie, sous ce titre : *Etudes sur la structure du système nerveux spinal et du système nerveux cérébelleux*, un complément à ses recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur le système nerveux cérébro-spinal.

— M. OLLIER envoie de Lyon, pour le même concours, un mémoire *sur la restauration du nez par l'ostéoplastie*.

— M. ORÉ présente au concours, pour le prix de physiologie expérimentale, des *recherches expérimentales sur l'introduction de l'air dans les veines*.

— M. DARESTE présente au concours, pour le prix Alhumbert, trois mémoires imprimés et un mémoire manuscrit *sur la production des monstruosités dans l'espèce de la poule*.

— M. NETTER envoie de Strasbourg un mémoire intitulé : *Du traitement du choléra par l'administration coup sur coup d'énormes quantités de boissons aqueuses* (30 à 40 litres de tisane ordinaire dans les vingt-quatre heures). [Commissaires, MM. Velpeau et J. Cloquet.]

— M. GUISLAIN présente un volumineux manuscrit ayant pour titre : *Recherches sur l'histoire et les propriétés des préparations cosmétiques depuis les temps anciens jusqu'à nos jours*.

— M. ÉLIE DE BEAUMONT communique l'extrait suivant d'une lettre par laquelle M. Rosenthal prie l'Académie de vouloir bien comprendre son travail sur le nerf vague dans le nombre des pièces admises au concours, pour le prix de physiologie expérimentale.

« Ce travail, dit l'auteur, se rattache aux belles découvertes de M. Flourens sur le centre respiratoire. Mes recherches, qui, par leurs résultats, constatent ceux qu'avait obtenus l'illustre physiologiste, contiennent du reste, je le crois, des faits nouveaux touchant les relations du nerf pneumo-gastrique et de ses rameaux laryngés supérieurs au nœud vital. Espérant que ces faits, qui n'étaient pas connus jusqu'ici, fourniront des explications importantes sur le mécanisme du centre nerveux si peu connu auparavant, je crois pouvoir prendre la liberté de présenter mon travail au concours pour le prix de physiologie expérimentale. »

(Réservé pour la future commission.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. Cloquet, Nélaton, Tardieu et Demarquay ont été désignés pour faire partie du jury de l'Exposition de Londres, les deux premiers comme juges titulaires, les deux autres comme juges suppléants.

MM. Cloquet et Tardieu font partie de la classe qui s'occupe des objets nécessaires à l'enseignement; MM. Nélaton et Demarquay de la classe qui s'occupe des instruments et appareils chirurgicaux, de la taxidermie, des instruments de prothèse, etc.

— Une Société locale, agrégée à l'Association générale, vient de se fonder à Chambéry pour les médecins du département de la Savoie. Le chiffre des sociétaires s'élève déjà à 35 ; c'est presque la moitié du nombre total des médecins du département.

La Société a présenté une liste de trois candidats au choix de l'Empereur pour la présidence. M. Soujeon, ancien médecin principal des armées impériales, doyen du corps médical savoisien, n'ayant pu, à cause de quelques infirmités, accepter la candidature, la presque unanimité a porté en 1re ligne, M. Molard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry ; en 2e ligne, M. Revel ; en 3e ligne, M. Jarrin.

— Les journaux belges nous apprennent que le roi Léopold est complétement rétabli de son indisposition. Sa Majesté, atteinte de calcul, a été opérée par M. le docteur Civiale. L'opération a parfaitement réussi.

Notre habile confrère a reçu de Sa Majesté, comme témoignage de sa reconnaissance, la croix de chevalier de l'ordre de Léopold.

— Dans sa dernière séance, la Société de médecine de Caen a nommé membre correspondant M. le docteur Espiau de Lamaëstre, de Paris.

— L'assemblée générale annuelle de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a eu lieu le 5 avril, dans la grande salle de l'Ecole de pharmacie.

Cent soixante onze sociétaires étaient présents.

M. Emile Genevois, secrétaire général, a lu le compte rendu des travaux du Conseil d'administration ; l'importance et la variété des questions traitées dans ce rapport expliquent l'attention soutenue et les applaudissements unanimes de l'assistance. La réunion s'est séparée après avoir procédé aux élections pour le renouvellement partiel du bureau.

Par suite de ces nominations, le Conseil d'administration pour l'année 1862-1863 est ainsi composé :

MM. Marcotte, *président;* Bourières, *vice-président;* Emile Genevoix, *secrétaire général;* A. Vée, *secrétaire adjoint;* Garot, *trésorier*.

MM. Labélonye, Denoix, Mayet, Marinier, Dethan, Fournier, Collas, Buirat, Adrian, Vial, *conseillers*.

Les élèves récompensés au concours de 1861-1862 sont :

PREMIÈRE DIVISION (quatre années de stage et plus).

Premier prix : M. Peschier, élève chez M. Schaeuffèle.

Deuxième prix : MM. Nairay, élève chez M. Bouhaire, et Duportail, chez M. Marcotte.

Première mention honorable, avec livres : M. Thévenot, élève chez M. Feaugas.

Deuxième mention honorable (ex-æquo), avec livres : MM. Guillerot, élève chez M. Lebel, et Van Ballamberghe, chez M. Faucher.

DEUXIÈME DIVISION (trois à quatre ans de stage).

Premier prix : M. Poulain, élève chez M. Buirat.

Deuxième prix, ex æquo : MM. Grousseau, élève chez M. Duroy, et Thireau, chez M. Taborel.

Mentions honorables, avec livres : MM. Grehan, élève chez M. Verwaest; Luquet, chez M. Omer-Dabat; Bosredon, chez M. Moulin; et Langlet, chez M. Dubrac.

TROISIÈME DIVISION (deux à trois ans de stage).

Premier prix, ex æquo : MM. Commenchail, élève chez M. Guillemette, et Venassier, chez M. Moitier.

Deuxième prix, ex æquo : MM. Chaumereau, élève chez M. Mayet, et Teissèdre, chez M. Guyot.

Troisième prix, ex æquo : MM. Gaudier, élève chez M. Bretonneau, et Badouaille, chez M. Dubrouillet.

Mention honorable, ex æquo : MM. Pelhuche, élève chez M. Goblet, et Menigoz, chez M. Barbier.

Observations de paralysies traitées par les boues thermo-minérale sulfureuses de Saint-Amand (Nord), recueillies par M. le docteur CHARPENTIER. Prix, 50 c. — Paris, chez Jules Masson, libraire, rue de l'Ancienne-Comédie, 26.

Les boues minérales de Saint-Amand (Nord) ont une vieille réputation justement acquise pour le traitement du rhumatisme et des maladies qui affectent les articulations. Elles ne sont cependant pas les seules pour lesquelles ces boues sont préconisées ; on en fait usage avec succès dans toutes celles qui réclament la médication sulfureuse, et, entre autres, dans la plupart des paralysies. Ces affections font le sujet d'une brochure que vient de publier M. le docteur Charpentier, dans laquelle il rapporte treize observations qui constatent les heureux effets de ce moyen de traitement.

Dans ces treize cas, qui ont toute l'authenticité voulue, car l'auteur cite toujours le nom des malades ou celui des médecins qui leur ont donné des soins, on trouve neuf fois une paraplégie plus ou moins complète, coïncidant chez sept sujets avec la paralysie de la vessie ; l'amyosthénie des membres pelviens et thoraciques existait chez tous, et chez quatre il y avait impossibilité de coordonner les mouvements des extrémités inférieures ; une anesthésie plus ou moins prononcée se faisait remarquer chez six de ces sujets.

Sur ces treize malades, six ont été complétement guéris dans une seule saison, et sept ont éprouvé une amélioration très-remarquable dans leur état ; c'est là, il faut en convenir, un très-beau résultat, surtout quand on pense combien ces maladies sont rebelles aux ressources ordinaires de la médecine, d'autant plus que presque toutes ces affections dataient de plusieurs années, et que plusieurs étaient restées réfractaires aux eaux minérales les plus vantées.

Ce qui nous paraît contribuer beaucoup aux bons effets de ces boues, c'est qu'elles peuvent se prendre en bains pendant trois, quatre heures et plus, sans fatigue, ce qui n'est pas possible avec les bains d'eau simple ou minéralisée, qu'on est forcé de quitter après une heure et demie au plus, à cause du malaise qu'ils occasionnent.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 45. — JEUDI 17 AVRIL 1862. (35e ANNÉE.) N° 45. — JEUDI 17 AVRIL 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 AVRIL 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section de pathologie médicale. Des six candidats figurant sur la liste, les deux premiers, MM. H. Roger et Monneret, sont seuls entrés en lutte. M. H. Roger a obtenu au premier tour de scrutin la majorité des suffrages et a été proclamé élu.

Avant l'ouverture du scrutin M. Girard de Cailleux a commencé la lecture d'un intéressant mémoire sur l'influence de la translation des aliénés de la Seine dans les divers départements de la France, question jusqu'à un certain point connexe avec celle qui se débat en ce moment devant l'Académie, puisque de sa solution peuvent dépendre des modifications importantes à introduire dans les asiles projetés. M. Girard n'a pas pu terminer hier cette lecture, il la reprendra dans la séance prochaine. Nous aurons par conséquent à y revenir.

L'Académie a repris ensuite la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. M. Tardieu a pris la parole. Quelque peu piqué au vif dans sa propre personne autant que dans la personne de ses collègues de l'hôpital Lariboisière, par les allégations de M. Malgaigne relativement à cet hôpital, M. Tardieu a tenu à donner de l'élévation du chiffre de la mortalité à Lariboisière, une explication qui exonère cet établissement du reproche d'insalubrité qu'on a fait peser sur lui.

Et d'abord cet excès de mortalité est-il bien réel?

Ici se présente un principe de statistique qu'on a eu peut-être beaucoup trop souvent le tort de négliger dans cette discussion, c'est la variabilité des résultats, alors même qu'il s'agit d'éléments parfaitement comparables, tant que les calculs ne portent pas sur des nombres assez considérables pour qu'on puisse négliger cette source d'erreur. Or sur quoi s'est-on fondé ici pour dire que Lariboisière fournissait une mortalité plus grande que les autres hôpitaux ? Sur les deux dernières années seulement.

Mais que sera-ce si l'on prouve que les éléments de calcul ne sont point comparables ? Les maladies traitées à Lariboisière sont-elles les mêmes, au point de vue de la gravité, que celles qu'ont à traiter les médecins des autres hôpitaux ? C'était tout au moins une question qu'il était naturel de se poser, avant de tirer une conclusion quelconque d'un chiffre brut.

Cette distinction n'a-t-elle pas été faite déjà, avec beaucoup de raison, pour les services de chirurgie ? Pourquoi ne pas la faire pour la médecine, bien que les causes de différences, en fait de maladies internes, ne soient pas, il faut bien le reconnaître, aussi sensibles entre tel ou tel hôpital, tel ou tel service, qu'elles le sont pour la chirurgie?

C'est ce que M. Tardieu a cherché à établir par l'analyse des éléments de la population qui alimente l'hôpital de Lariboisière et des conditions particulières qu'ils présentent.

Nous ne ferons pas de difficulté de convenir que nous n'avons pas été également frappé de la justesse de toutes les distinctions qu'il a établies à cet égard et de la détermination de toutes les circonstances qui ont pu, suivant l'habile orateur, concourir à l'élévation du chiffre de la mortalité. Mais si, dans l'espèce, plusieurs des éléments de cette délicate analyse nous paraissent contestables, nous n'en acceptons pas moins comme parfaitement juste le principe même de cette analyse.

C'est là surtout le point de l'argumentation de M. Tardieu que nous tenions à faire ressortir, parce qu'il montre à quelles erreurs d'appréciation on peut être conduit en s'en tenant, sur un pareil sujet, à la valeur brute des chiffres.

M. Devergie a pris ensuite la parole pour une motion d'ordre tendant à faire prononcer la clôture d'une discussion rendue désormais sans objet par la récente mesure administrative que nous avons fait connaître. Mais, sur quelques explications données par M. Trébuchet relativement à la portée de cette mesure, M. Devergie a retiré sa motion. La discussion continuera donc. M. Briquet est inscrit pour prendre la parole mardi prochain. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Cancer de la base de la langue, du larynx et du pharynx. Trachéotomie. — Considérations sur la trachéotomie chez l'adulte.

Par M. le Dr PARMENTIER, ex-interne des hôpitaux.

Dans sa thèse sur la bronchotomie, Lenoir dit que « c'est une des opérations les plus belles et les plus efficaces qu'il soit donné au chirurgien de pratiquer. Faite, en effet, dans des circonstances favorables, elle soustrait instantanément le patient à une agonie pleine d'angoisses et de périls ; elle opère dans quelques cas même une véritable résurrection ; elle peut sauver la vie d'un enfant ou prolonger les jours d'un adulte et d'un vieillard. » Convaincu de l'exactitude de la pensée exprimée dans les lignes que nous venons de citer, nous profitons, pour dire un mot de la trachéotomie chez l'adulte, du fait suivant, qui s'est passé dernièrement à la Maison de santé, dans le service de M. Demarquay.

A la fin de l'année dernière, il vint dans le service de chirurgie un homme âgé de cinquante-cinq ans, affecté d'un cancer ulcéré de la base de la langue. Par le toucher l'on constate en ce point une large excavation anfractueuse, et le tissu de l'organe est induré ; immédiatement au delà le doigt rencontre l'épiglotte, qui paraît saine, mais le repli muqueux arythéno-épiglottique du côté droit est induré, ainsi que la partie latérale droite du pharynx. Les ganglions lymphatiques de la région carotidienne droite sont durs, engorgés, et offrent le volume de grosses avelines.

Interrogé sur ses antécédents, ce malade n'accuse aucun symptôme qui puisse être rattaché à la syphilis ; aussi est-on de suite obligé de ne pas admettre qu'il s'agisse dans ce cas d'une ulcération syphilitique, et en ayant égard à l'âge du malade, l'idée d'un cancer ulcéré de la base de la langue se présente naturellement à l'esprit. Dans les premiers temps de son séjour à la Maison de santé, ce malade se plaignait d'éprouver une certaine gêne dans la déglutition ; et M. Demarquay introduisait de temps en temps dans le pharynx une sonde, puis une baleine recourbée, garnie d'une éponge ; cette dilatation temporaire amenait un peu de soulagement, mais bientôt, probablement sous l'influence des progrès du mal, survinrent, pendant la nuit surtout, des accès de suffocation. Le malade était réveillé en sursaut, ne pouvait demeurer au lit, et était obligé de se promener dans sa chambre. Dans ces derniers jours il dit même à M. Demarquay que si on ne lui faisait pas une opération pour empêcher ces accès de suffocation, on le trouverait un matin mort dans son lit. En effet, la gêne de la respiration augmenta beaucoup, et la suffocation devint de plus en plus menaçante. Dès lors on dut songer à pratiquer la trachéotomie ; mais en explorant avec soin la trachée, M. Demarquay reconnut que le second et le troisième anneau de ce conduit étaient ossifiés. Cet état des cartilages était évidemment une complication à la trachéotomie, puisqu'il nécessitait l'emploi d'un instrument spécial pour permettre d'ouvrir cette partie du conduit aérien. A part cette circonstance, la trachéotomie était dans ce cas particulier une opération assez simple, puisque les accès de suffocation n'étaient pas continus, comme cela se présente souvent, et qu'il n'existait dans la région du cou aucune tumeur capable de dévier la trachée ; il était donc probable que l'opérateur ne serait pas gêné par l'hémorrhagie en nappe, qui a lieu lorsque les malades éprouvent de fréquents accès de suffocation et sont pris d'orthopnée pendant l'opération, comme M. Demarquay l'a observé dernièrement en pratiquant la trachéotomie sur une dame à qui il a donné des soins avec M. le professeur Trousseau.

Le 6 mars 1862, M. Demarquay exécuta la trachéotomie de la manière suivante : Le malade étant couché sur le dos, ayant la tête renversée sur un oreiller placé sous la nuque de manière à faire bien saillir la trachée-artère, une incision est pratiquée sur la ligne médiane ; les tissus sont incisés lentement, et les vaisseaux ouverts sont liés immédiatement, afin qu'il ne s'écoule pas de sang dans la trachée. Cet organe ayant été mis à nu, M. Demarquay l'ouvrit à la partie inférieure du cou, et avec le dilatateur confié à un aide il fit maintenir écartées les lèvres de la plaie trachéale, pendant qu'il essaya de couper avec une pince de Liston les anneaux de la trachée qui étaient ossifiés ; mais comme l'instrument qu'il avait pu se procurer avait trop de volume, il fut obligé de renoncer à s'en servir, et avec un fort bistouri boutonné il fit la résection de l'anneau ossifié. Ceci étant fait, il fut aisé d'introduire la canule dans la trachée, et le malade put alors expulser une petite quantité de sang qui s'était introduite dans les voies aériennes au moment de leur ouverture.

Une cravate de gaze mise autour du cou du malade constitua tout le pansement.

Dans la journée le malade eut un accès de suffocation, mais qui fut de courte durée et ne s'est pas renouvelé depuis. Il n'est survenu après l'opération aucune complication du côté du poumon ; le malade est sous ce rapport dans un état aussi satisfaisant que possible, mais il éprouve toujours une grande gêne dans la déglutition, et elle s'accompagne de beaucoup de douleur. On soutient les forces du malade au moyen de vin et de potages fréquemment répétés.

La trachéotomie faite dans ces circonstances ne sert, il est vrai, qu'à prolonger la vie et à éviter au malade une agonie pleine d'angoisses ; mais dans ce cas-là même aucun chirurgien ne peut se refuser à la pratiquer ; la question ne peut pas être douteuse un seul instant, et il n'est permis de discuter que le moment où l'opération doit être exécutée.

Le chirurgien doit-il attendre pour opérer que les accès de suffocation soient fréquemment répétés, que le malade soit obligé de se tenir sur son séant, en un mot qu'il soit sous le coup d'une asphyxie imminente, ou bien se décidera-t-il à ouvrir la trachée lorsque les accès de suffocation laisseront encore entre eux un long intervalle? On a vu que M. Demarquay avait opéré dans ces circonstances, et nous n'hésitons pas à penser que le moment choisi pour pratiquer l'opération en a simplifié beaucoup le manuel opératoire. En effet, pendant que l'opérateur mettait à nu la trachée, nous n'avons pas vu cet écoulement de sang en nappe qui survient lorsque le malade éprouve des accès de suffocation presque continuels et qu'il est opéré *in extremis* ; au contraire l'écoulement du sang veineux fut à peu près nul, et il fut aisé, avant d'ouvrir la trachée, de lier les branches artérielles qui donnaient du sang.

Enfin, il faut ajouter que si l'on temporise trop, le malade peut succomber dans un accès de suffocation avant que l'on soit en mesure de lui porter secours. Nous venons de parler de l'hémorrhagie qui peut survenir avant l'ouverture de la trachée, il en est une autre qui se produit dans certaines circonstances dès que la trachée a été ouverte et dans laquelle le sang est fourni par les bords de la plaie trachéale ; cette dernière hémorrhagie s'observe chez les malades qui ont une affection du larynx, mais le rétablissement de la respiration ne tarde pas à y mettre un terme.

L'hémorrhagie n'est pas le seul accident qui puisse survenir lorsque l'on pratique la trachéotomie chez l'adulte ; des tumeurs volumineuses du corps thyroïde, lesquelles refoulent plus ou moins le pharynx et la trachée et déforment ce dernier conduit, peuvent nécessiter cette opération, qui, dans ce cas, offre de très-grandes difficultés ; car la trachée peut avoir subi un tel déplacement, que le chirurgien, malgré toutes les recherches les mieux dirigées, ne peut la rencontrer pour y placer une canule.

Indépendamment des diverses tumeurs du cou, des altérations plus ou moins profondes, soit du larynx, soit de la trachée, peuvent obliger à pratiquer la trachéotomie chez l'adulte. On trouve dans la thèse inaugurale de M. le docteur Duhomme la relation de plusieurs opérations pratiquées par M. Demarquay pour des cas semblables. Des blessures peuvent amener un gonflement de la gorge tel qu'il soit nécessaire d'ouvrir la trachée pour empêcher l'asphyxie d'avoir lieu. Nicolas Habicot a pratiqué deux fois la trachéotomie dans ces circonstances (*Questions chirurg.*, etc.), et M. Demarquay dut faire cette opération à un homme de cinquante-quatre ans qui s'était tiré un coup de pistolet dans la bouche. Il y avait une tuméfaction si considérable des parties molles de la langue, du voile du palais et du pharynx, que la phonation et la déglutition furent d'abord fort difficiles, et le lendemain le gonflement de toutes les parties qui forment l'isthme du gosier mettait obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. (Duhomme, *Thèse inaug.*, p. 16-17.)

Enfin, il est une autre circonstance où le chirurgien est appelé à ouvrir la trachée, c'est la présence de corps étrangers, qu'ils aient été introduits dans le pharynx ou dans les voies aériennes. N. Habicot fit une fois la trachéotomie pour empêcher l'asphyxie chez un jeune homme ayant avalé, enveloppées dans un linge, plusieurs pièces de monnaie qui s'étaient appliquées sur l'ouverture du larynx. Rappelons aussi que c'est Frédéric Monavius, professeur de médecine à Stettin, qui fit le premier la trachéotomie pour extraire des corps étrangers introduits dans les voies aériennes.

En résumé, les indications de la trachéotomie peuvent se ranger en deux catégories. Dans la première sont les maladies chirurgicales et médicales qui nécessitent dans leur traitement l'établissement d'une voie artificielle pour l'introduction de l'air dans les poumons, et consécutivement l'emploi des moyens propres à entretenir cette ouverture pendant un temps plus ou moins long :

1° Les maladies de la bouche ou de la gorge qui s'opposent à l'entrée de l'air dans le larynx ;

2° Les maladies du cou comprimant la trachée ou le larynx ;

3° Les maladies aiguës ou chroniques propres à l'un et à l'autre de ces organes.

Dans la seconde catégorie sont les corps étrangers introduits soit dans le pharynx, soit dans les voies aériennes.

Ceux qui voudraient s'occuper de la trachéotomie pratiquée chez l'adulte trouveront dans les thèses soutenues en 1859 par MM. les docteurs Dubomme et Charnal, la relation des opérations de trachéotomie pratiquées par M. Demarquay. Dans plusieurs cas, l'opération fut exécutée lorsqu'il y avait déjà un commencement d'asphyxie, et dans ces cas l'on a constaté l'existence d'un phénomène qui a beaucoup éveillé l'attention des praticiens, nous voulons parler de l'anesthésie asphyxique. Du reste, M. Demarquay avait été plusieurs fois témoin de ce fait dans des expériences qu'il fit en 1847 et 1848 avec M. A. Duméril, afin de chercher à déterminer le mode d'action de l'éther et du chloroforme. Ils furent alors amenés à étudier l'influence de l'asphyxie sur la sensibilité, et, à la suite de leurs expériences, à conclure que dans cet état la sensibilité était singulièrement modifiée.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Fano.

De la mydriase idiopathique.

Effets favorables de l'opium employé comme topique dans cette affection.

La mydriase est la dilatation exagérée et permanente de la pupille. Elle est un des symptômes les plus ordinaires, dans les affections connues sous les noms d'*amblyopies*, d'*amauroses*. Elle constitue, dans ces cas, un épiphénomène dont le traitement est subordonné à celui de la maladie principale. En dehors de ces conditions, qui sont assurément les plus communes, on l'observe dans des circonstances où l'appareil nerveux de l'œil, les milieux réfringents de l'organe, sont restés sains. On la nomme alors *idiopathique*. Cette variété se distingue de la précédente en ce que la vision, devenue très-confuse dans l'œil affecté, s'améliore, et même se bonifie assez, pour permettre la lecture de caractères d'imprimerie ordinaires, lorsque le malade regarde soit à travers un petit trou dont on perce une carte, soit à travers un verre convexe de 10 à 15 pouces de foyer. Ce qui rend la vision mauvaise, c'est l'exagération du diamètre de la pupille. Il se passe un phénomène purement physique dont il est important de bien apprécier l'importance pour saisir l'indication thérapeutique qui en découle, à savoir, ramener l'ouverture pupillaire à des dimensions plus exiguës.

Pour voir nettement les objets extérieurs, il est nécessaire que le foyer des rayons lumineux émanés des divers points de l'objet, et qui traversent les milieux réfringents de l'œil, ait lieu sur la rétine. Le cristallin est une lentille; or, on sait que tous les rayons lumineux qui traversent une lentille ne viennent point concourir rigoureusement en un même foyer. Ainsi les rayons placés dans le voisinage de l'axe forment leur foyer *plus loin en arrière* de la lentille, que les rayons qui rencontrent cette dernière sur des *points voisins de sa circonférence*. C'est là ce qu'on appelle en physique ABERRATION DE SPHÉRICITÉ. On a considéré l'iris comme étant destiné à remédier à cet effet ; cette membrane étant couchée, comme un diaphragme, au-devant des parties périphériques du cristallin, arrête les rayons marginaux.

Quelques physiciens et plusieurs physiologistes ont néanmoins refusé ce rôle à l'iris, en se fondant sur la non-identité entre le cristallin et une lentille ordinaire. Le cristallin, dit-on, est formé de couches inégalement denses et pourvues de diverses courbures ; c'est une lentille *aplanétique*. La densité du noyau central rapproche le foyer des rayons centraux; la moindre réfrangibilité de la partie périphérique éloigne le foyer des rayons marginaux.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter, et encore moins de résoudre un des problèmes ardus de la vision. Mais nous ne saurions passer sous silence une réflexion qui nous a été suggérée par l'étude d'un cas de mydriase idiopathique que nous avons récemment observé, et que nous rapporterons plus loin. Si, comme on l'a prétendu, l'iris n'est pas destiné à corriger l'aberration de sphéricité du cristallin, on se demande pourquoi la vue est confuse chez les sujets atteints d'une dilatation anormale de la pupille ; pourquoi il suffit de ramener la pupille aux dimensions ordinaires (il n'est question que des mydriases idiopathiques), pour que la vision devienne aussi nette que par le passé. Dira-t-on que chez les mydriatiques la vue est trouble parce que la pupille étant relativement trop large, un trop grand nombre de rayons lumineux arrivent au fond de l'œil et que le sujet en est ébloui? Cependant, si vous placez le malade dans un lieu médiocrement éclairé, il ne lira pas mieux qu'en plein jour.

Voici encore un autre argument en faveur de l'action de l'iris envisagé comme membrane destinée à corriger l'aberration de sphéricité du cristallin. Placez devant l'œil affecté d'un malade atteint de *mydriase idiopathique* un verre convexe d'un foyer moyen, d'un foyer de 10 à 20 pouces, par exemple ; à l'instant la vision redevient nette. Le verre convexe fait converger les rayons lumineux qui partent des divers points de l'objet ; ceux de ces rayons qui seraient tombés sur la périphérie du cristallin passent à travers une portion de la lentille un peu plus rapprochée du centre. Le verre convexe place donc l'œil dans les mêmes conditions que lorsque la périphérie du cristallin est cachée par l'iris, ou que le patient voit à travers le trou d'une carte. On sait, du reste, qu'en combinant deux lentilles de courbures convenables, on parvient à détruire l'aberration de sphéricité.

Quelle que soit la théorie que l'on adopte pour expliquer la diminution de la netteté de la vision dans la mydriase, il y a une indication importante à remplir : ramener la pupille à des dimensions plus exiguës. Nous n'avons pas à examiner les divers moyens employés dans ce but ; on les trouve exposés dans tous les traités d'ophthalmologie. Parmi les agents que l'on a préconisés, il en est un auquel on n'a peut-être pas attaché assez d'importance ; c'est l'opium.

Rognetta (*Traité philosophique et clinique d'ophthalmologie*, Paris, 1844, p. 231 et suiv.) avait signalé l'antagonisme entre la belladone et l'opium ; il a énoncé en termes formels que le correctif le plus sûr de l'atropisme est l'opium. Il recommandait même (*loc. cit.*, p. 546) dans la mydriase des lotions répétées et des fomentations oculaires avec le laudanum pur de Sydenham. Antérieurement, Demours (*Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 449) avait obtenu de bons effets de l'instillation entre les paupières d'une ou deux gouttes d'une *infusion de tabac* faite à froid dans l'eau. Mackenzie (*Malad. des yeux*, édition de Warlomont et Testelin, t. II, p. 603) conseille le *vin d'opium* pur ou dilué, introduit derrière les paupières. M. Deval (*Traité des malad. des yeux*, 1861, p. 396) paraît cependant n'avoir retiré de ce moyen qu'un résultat médiocre, et M. le docteur Warlomont, qui m'a fait l'honneur de me visiter il y a quelques jours, et auquel j'ai montré la malade dont on va lire l'observation, m'a assuré avoir employé inutilement les préparations opiacées pour combattre la mydriase, qui succède à l'instillation du sulfate neutre d'atropine. Il est possible que l'effet négatif, dans ce dernier cas, dépende de l'espèce et de la dose de la préparation opiacée dont on se sert. Celle qui a donné des résultats incontestables, et dont je me suis servi, est une pommade formulée ainsi :

Axonge.	5 grammes.
Extrait gommeux thébaïque. .	1 —

à introduire entre les paupières, gros comme un pois, deux fois par jour. Cette préparation est beaucoup plus active que le laudanum de Sydenham ; d'après M. Bouchardat (*Nouveau formulaire magistral*, 8e édition, p. 78), vingt gouttes de ce dernier représentent 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Mydriase traumatique de l'œil droit. Collyre et pommade à la strychnine. Plus tard électrisation de l'œil. Pas d'amélioration. Pommade opiacée ; guérison rapide.

La dame A..., âgée de trente-six ans, modiste, est envoyée à ma clinique par M. le docteur Grammaire, le 18 janvier dernier. Il y a douze jours, elle a reçu un coup de baguette de parapluie à la partie supérieure et interne des paupières, du côté droit. Il en est résulté une ecchymose de la conjonctive oculaire et la sensation d'élancements, pendant plusieurs jours, derrière la paupière supérieure et au niveau du sourcil correspondant ; il y a une certaine difficulté à relever cette paupière. Quelques jours après l'accident, la malade s'aperçoit que la vue, du côté droit, devient de plus en plus trouble.

Le 18 janvier, la pupille droite est manifestement plus dilatée que la gauche. L'œil droit est sain ; les mouvements en tous sens sont aussi étendus que pour l'œil gauche. La vision est moins bonne à droite qu'à gauche. Ainsi, de l'œil droit la patiente n'arrive à lire que le n° 14 de Jæger ; si on la fait regarder à travers le trou dont on perce une carte, elle lit le n° 7. Si enfin on arme l'œil d'un verre convexe n° 10, elle lit distinctement le n° 2 de Jæger, correspondant, comme on le sait, à des caractères très-fins.

A l'ophthalmoscope, les milieux réfringents sont transparents ; à la périphérie du cristallin existent quelques stries grises blanches, probablement déjà anciennes. La rétine et la papille optique sont saines.

Je prescrivis un collyre avec du sulfate de strychnine au 1/300e.

Le 20, la pupille paraissait un peu plus dilatée que l'avant-veille ; la vision de l'œil droit demeurait toujours aussi confuse. Je fis ajouter au collyre l'usage d'une pommade au sulfate de strychnine.

Le 22, la dilatation pupillaire était peut-être un peu moins prononcée ; l'épreuve de l'échelle de Jæger donnait les mêmes résultats.

Les 24, 25, 26, 27, 28, 29 et 30, l'œil droit fut soumis à l'électrisation à l'aide d'un faible courant. Il n'y eut aucun changement, ni dans le degré de dilatation de la pupille droite, ni dans l'état de la vision de l'œil correspondant.

La patiente ne pouvait toujours lire nettement de cet œil que le n° 14 ; tandis qu'à travers le trou d'une carte, elle lisait le n° 5.

Je supprimai l'électrisation de l'œil, ainsi que les préparations de strychnine, et prescrivis la pommade suivante à introduire dans le grand angle de l'œil droit deux fois par jour : axonge, 5 grammes ; extrait gommeux thébaïque, 1 gramme. F. S. A.

Dès le lendemain il y a une transformation complète. La dame A... lit de l'œil droit sans lunettes, sans regarder à travers le trou d'une carte, le n° 3 de Jæger. La pupille droite reste cependant encore plus dilatée que la gauche. La patiente ne s'est servie de la pommade opiacée que deux fois.

Le 3 février, la pupille droite est manifestement devenue moins large. La patiente lit plusieurs lignes du n° 2 de Jæger, en se servant de l'œil droit seulement. (Continuer la pommade opiacée).

Le 4, la dame A... peut lire lentement de l'œil droit une ligne tout entière du n° 1 de Jæger. Elle lit mieux un journal de l'œil droit seul qu'avec les deux yeux à la fois. La pupille droite est plus rétrécie encore qu'hier, tout en continuant à rester plus dilatée que la gauche. (Continuer la pommade opiacée).

A partir du 7, la pommade opiacée est continuée une seule fois par vingt-quatre heures. Ce jour-là, il existe à peine une différence de diamètre entre les deux pupilles. La droite se contracte sous l'influence de la lumière. De l'œil affecté seul la patiente lit plusieurs lignes du n° 1 de Jæger.

Le 10, il existe une différence à peine appréciable dans l'état de dilatation des deux pupilles, qui se contractent également bien. La dame A... lit aussi bien de chacun des deux yeux séparément que des deux yeux à la fois. Je supprime l'application de la pommade opiacée.

Enfin le 19, la patiente vient me retrouver pour m'annoncer qu'elle a repris ses travaux, et qu'elle n'éprouve pas la moindre fatigue en exerçant l'œil droit. Les deux pupilles ont le même degré de dilatation, la même énergie contractile.

Quand il s'agit d'apprécier la valeur d'un moyen thérapeutique, il ne faut pas se hâter de conclure d'un fait heureux que le moyen doive avoir une réussite certaine dans tous les cas.

Pour en juger ainsi, il est nécessaire de recueillir un nombre imposant d'observations. Toutefois, il n'échappera à personne que le médicament employé dans le cas précédent a eu une efficacité incontestable. Alors que les préparations de strychnine, que l'excitation de l'œil par l'électricité, n'ont donné aucun résultat, la pommade opiacée a produit une amélioration rapide. Est-il possible d'admettre que ce soit là une simple coïncidence, et qu'en l'absence de tout traitement topique la pupille fût revenue aussi promptement à des dimensions physiologiques?

Demours (*loc. cit.*, t. Ier, p. 444) dit : « Je vois le plus ordinairement la mydriase, quand elle n'a pas pour cause une contusion ou une blessure très-grave, diminuer de moitié dans l'espace des six premiers mois, même chez des sujets qui n'emploient aucun moyen pour la combattre. Ce qui en reste alors ne disparaît qu'avec beaucoup plus de difficulté et de lenteur. »

Plus loin le même auteur ajoute : « J'ai vu le rétablissement complet, même après une contusion ; mais ces terminaisons heureuses sont extrêmement rares. »

Il importe de distinguer la mydriase traumatique, idiopathique ou simple, de la mydriase compliquée d'une lésion des parties profondes de l'œil.

A une époque où les moyens d'investigation étaient tellement limités qu'on ne pouvait voir les parties profondes de l'œil, la connaissance de ces lésions n'était pas possible. Aujourd'hui, avec l'ophthalmoscope, nous apprécions les changements survenus dans le corps vitré, la rétine et la choroïde, sous l'influence des blessures de la région oculaire.

J'ai en ce moment en observation un jeune homme âgé de vingt et un ans, qui reçut le 25 décembre dernier une violente contusion à l'œil gauche. Un mauvais plaisant lui avait lancé en jouant un bouchon de carafe, qui vint le frapper à la partie inférieure de cet œil ; il en résulta une ecchymose de la conjonctive et des paupières, à laquelle le blessé ne fit qu'une médiocre attention. Cependant la vue demeurait trouble de ce côté, et lorsqu'il me fut présenté, le 10 janvier, dix-huit jours après l'accident, il pouvait à peine déchiffrer le n° 19 de Jæger. La pupille gauche était plus dilatée que la droite. L'examen à l'ophthalmoscope nous démontra une hémorrhagie de la choroïde.

Un traitement antiphlogistique énergique a considérablement amélioré la vision, mais la pupille est restée dilatée, et le foyer hémorrhagique n'est pas encore complétement résorbé. Il y avait donc là une mydriase symptomatique ; la pommade opiacée que j'ai conseillée au malade ne paraît pas avoir eu d'action sur la pupille.

Il n'est pas aussi facile qu'il semble au premier abord de se rendre compte de la mydriase occasionnée par une violence exercée sur l'œil. Les nerfs *ciliaires*, qui se distribuent à l'iris, sont formés de trois ordres de filets : les uns sensitifs, d'autres moteurs, d'autres encore sympathiques. Les expériences de Waller et Budje, de Biffi, de Cl. Bernard, ont démontré que le muscle dilatateur de la pupille est sous l'influence du grand sympathique, pendant que le muscle constricteur reçoit l'innervation du moteur oculaire commun.

Pourfour du Petit avait déjà signalé le rétrécissement de la pupille après la section de la partie encéphalique du grand sympathique. Qu'une paralysie du nerf de la troisième paire donne lieu à une dilatation de la pupille, rien de plus conforme aux lois de la physiologie. Mais une violence extérieure qui agit sur l'œil porte aussi bien sur les filets sympathiques que sur les filets moteurs oculo-communs des nerfs ciliaires.

Pourquoi donc est-ce plutôt le muscle constricteur que le muscle dilatateur qu'atteint la paralysie? Pourquoi la pupille ne se resserre-t-elle pas au lieu de se dilater?

Dira-t-on que l'ébranlement se communique au tronc même du nerf moteur oculo-commun, et que le filet du grand sympathique n'est pas lésé?

Dans cette hypothèse, d'ailleurs très-contestable, on se demande comment la vulnération portant sur le tronc du nerf, les muscles droits supérieur, interne, inférieur et petit oblique, conservent toute leur contractilité. La seule explication qui nous semble plausible est que l'excitabilité est plus difficile à abolir dans les rameaux du grand sympathique que dans les nerfs cérébro-spinaux, sous l'influence des violences extérieures ; de même que l'excitation des premiers est plus lente que celle des seconds, sous l'influence des irritations extérieures.

ABCÈS AIGU DE L'ARTICULATION FÉMORO-TIBIALE.

Ponction. — Guérison complète et définitive.

Par M. le docteur E. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne).

Quel est le pronostic, quel doit être le traitement des abcès articulaires?

« Un abcès de l'intérieur du genou est souvent une maladie mortelle, dit M. Velpeau, s'il est aigu et vaste. Quand on ne

l'ouvre pas, la réaction qu'il cause ou qu'il entretient, les infiltrations purulentes qu'il finit par produire, tuent le malade. Si on l'ouvre, l'abondance de la suppuration, la fièvre d'infection, la diarrhée colliquative, conduisent également à la mort. J'en ai traité ou vu traiter huit par incision, aucun des sujets ne s'est rétabli. C'est au point que l'amputation de la cuisse devrait être proposée dès que le trouble général tend à se calmer, si l'état des viscères ne présentait aucune contre-indication. » (*Dictionnaire en 30 volumes*, art. GENOU.)

Bonnet n'est guère moins explicite : « Quand le pus est formé dans l'articulation, dit-il, il est toujours à craindre qu'une amputation devienne nécessaire, et dans les circonstances les plus favorables, la guérison ne peut être obtenue qu'après un ou deux ans, et doit toujours être achetée au prix d'une ankylose. » (*Mal. art.*, t. Ier, p. 302.)

Et puis, après avoir formellement proscrit l'ouverture de l'articulation comme pouvant donner naissance aux accidents les plus graves, il conseille d'expérimenter l'incision sous-cutanée de la synoviale, telle que M. Goyrand l'a proposée pour le traitement de l'hydarthrose, au risque de voir le pus fuser dans le tissu cellulaire, disséquer et détruire les muscles, tendons, aponévroses. Ce serait là, il faut bien le dire, une pratique des plus hasardées, des plus irrationnelles.

Ainsi donc, ou la mort ou l'amputation avec ses dangers, ou très-exceptionnellement, après un long temps, en dehors de toute intervention active de l'art, une ankylose que l'on n'a aucun droit d'espérer. Serait-ce là le dernier mot de la science?

Les faits rapportés par Lamothe (*Chir.*, t. Ier), Malle (*Méd. opér.*), Chassaignac (*Tr. de la supp. et du drain. chir.*, t. II), Adams (in *Gaz. méd. de Lyon*, 1859), faits auxquels il serait sans doute facile d'en ajouter d'autres, démontrent assez que l'ouverture des abcès des grandes articulations est loin d'amener fatalement les graves accidents qu'on lui a trop longtemps et trop légèrement attribués.

Dans tous ces cas sans doute le membre est resté plus ou moins ankylosé, mais on a évité la mutilation, et c'est bien quelque chose. Si d'ailleurs les résultats n'ont point été plus complétement satisfaisants, n'a-t-on pas le droit d'accuser cette crainte exagérée de l'impression de l'air sur la synoviale, que Desault déjà déclarait surannée et qui retarde trop l'opération? L'air, selon la remarque de J. L. Petit, est bien moins la cause des accidents que l'altération produite par le séjour trop prolongé du pus.

Voici du moins l'observation d'un abcès énorme de l'articulation du genou dans laquelle le respect des règles a failli, je crois, tout compromettre, tandis que la libre issue du pus a amené une guérison prompte, complète, et que l'on peut regarder comme définitive, puisqu'elle date déjà de deux ans.

M. D..., cultivateur à Nasseny (Aisne), âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, fut pris presque subitement, sans cause connue, d'une douleur assez vive de l'articulation du genou gauche, et de douleurs vagues dans le genou droit et l'épaule gauche; les dernières avaient même presque complétement disparu deux jours après le début, quand le malade me fit appeler le 20 mai 1858.

Les rhumatismes articulaires étaient alors très-fréquents dans la contrée.

Je constate un embarras gastrique léger; rien à l'auscultation; un empâtement assez peu prononcé de l'articulation du genou gauche. La douleur est fixe, continue, presque sans exacerbation, peu de fièvre. Je conseille : boissons diurétiques, purgatif salin, badigeonnage avec la teinture d'iode et cataplasmes laudanisés sur le genou.

L'affection resta à peu près stationnaire jusqu'au 27. Ce jour-là, la peau est tendue, rouge, luisante, la fluctuation est très-manifeste, le genou est devenu le siége de douleurs vives, exacerbantes; le membre est légèrement fléchi; la fièvre redouble surtout le soir. La position du malade va s'aggravant, et le 29 il était dans l'état suivant :

Le genou sain mesurait 39 centimètres de circonférence, le genou malade en donne 50. La rotule est soulevée, mobile à droite et à gauche et bordée latéralement et en haut par le gonflement des parties molles qui l'entourent et la dépassent. En haut, cette saillie occupe la face antérieure du quart inférieur de la cuisse au moins. La fluctuation est des plus évidentes et se communique nettement du côté externe au côté interne de l'articulation. La peau est phlegmoneuse, tendue; et les moindres mouvements sont extrêmement douloureux. Le diagnostic ne pouvait être douteux : il s'agissait bien d'une collection purulente. Je proposai la ponction, qui fut acceptée et remise au lendemain 30.

Vivement préoccupé comme de raison de la crainte de l'introduction de l'air, j'eus soin, avant d'enfoncer le trocart, de faire un pli à la peau, pour éviter le parallélisme des deux ouvertures. J'évacuai au moins un demi-litre de pus phlegmoneux de bonne nature, et j'injectai de l'eau fraîche. La ponction avait été pratiquée au côté externe du membre. Pendant l'opération, j'avais pu enfoncer jusqu'au pavillon la canule du trocart, longue de huit centimètres, dans l'axe transversal de l'articulation. En faisant osciller l'instrument, j'éprouvais une résistance légère qui donnait la sensation du grattage d'un cartilage. J'imprimai au membre quelques mouvements de flexion et d'extension, pour favoriser l'écoulement du pus. Le patient se sentit immédiatement très-soulagé. Le genou ne mesurait plus que 42 centimètres.

La nuit fut assez bonne, mais le lendemain, quand je revis le sujet, l'épanchement s'était reproduit presque en totalité.

Le 1er juin, la synoviale était tellement tendue qu'elle semblait prête à se rompre. Je résolus de faire une seconde ponction, que je différai jusqu'au lendemain. La nuit avait été atroce, et le malade attendait avec la plus vive impatience une nouvelle tentative.

Plus hardi, cette fois, et peu soucieux de l'introduction de l'air, sans le concours duquel l'abcès s'était bien produit et reproduit (1), j'enfonçai directement le trocart, et il s'écoula une quantité de pus au moins aussi considérable que la première fois.

Pour lui laisser une issue facile, j'introduisis dans l'ouverture une mèche que je renouvelais chaque jour. Les cataplasmes que je faisais appliquer sur la partie malade étaient chaque fois souillés par une suppuration abondante. Dans la crainte d'une ankylose, j'imprimais chaque jour à l'articulation quelques mouvements méthodiques. Le malade alla de mieux en mieux.

Le 7, l'écoulement avait cessé.

Le 9, la cicatrisation était complète.

Dès ce moment, je le fis marcher peu à peu, d'abord dans sa chambre. Il put bientôt faire d'assez longues promenades.

Le 24, par exemple, je le vis à deux kilomètres de son domicile; il avait franchi cette distance à l'aide d'une canne seulement, l'articulation maintenue par une genouillère. Des bains de rivière, un exercice modéré, amenèrent bientôt une guérison complète.

En juillet, il ne ressentait plus que quelques rares douleurs.

Je le revois en février 1860. Les mouvements sont parfaitement libres dans l'articulation malade. Il n'y a pas de douleurs, la mensuration ne donne aucune différence appréciable avec le genou sain. Depuis, son état est aussi satisfaisant.

Les détails dans lesquels nous sommes entré ne laissent pas prise au moindre doute, nous l'espérons du moins : le foyer de l'abcès était bien l'articulation fémoro-tibiale, et c'est là le point capital de notre observation.

« Mais, dit Brodie, un observateur superficiel, en jugeant de la forme de la tumeur et de la fluctuation du liquide, sans avoir égard à une rougeur plus vive de la peau et sans s'apercevoir que le liquide est sur la rotule au lieu d'être au-dessous, peut prendre l'inflammation de la bourse muqueuse pré-rotulienne pour une inflammation de la membrane synoviale de l'articulation elle-même. »

Il faudrait en effet un observateur superficiel, très-superficiel pour commettre une pareille bévue; et il suffit d'avoir observé une seule fois l'une et l'autre affection pour demeurer convaincu que l'erreur n'est pas possible. C'est donc au point de vue du diagnostic différentiel que nous rapportons le fait suivant, que nous avons récemment rencontré.

La femme D..., âgée de cinquante-six ans, manouvrière à Vailly, se sent prise subitement d'une douleur intense à la région antérieure du genou gauche, sans pouvoir la rapporter à une cause traumatique. Je la vois le lendemain et constate un léger empâtement de la région anté-rotulienne sans changement de couleur à la peau, avec douleur vive à la pression et sous l'influence des mouvements, de la flexion surtout.

Le lendemain, la rotule était surmontée d'une tumeur hémisphérique, acuminée, fluctuante, siége de douleurs lancinantes, dont la base occupait toute la face antérieure de la rotule sans la déborder. La rougeur qui était survenue restait bornée à la tumeur.

L'articulation fémoro-tibiale elle-même n'offrait absolument rien d'anormal.

La tumeur augmente de volume sans changer de caractères, et quatre jours après la mensuration donne 5 centimètres de différence entre les deux genoux. Je fis alors avec la lancette une ponction qui donna issue à du pus de bonne nature, et j'introduisis une mèche de fil. Le genou fut couvert de cataplasmes.

La suppuration continua pendant quelques jours.

Une semaine après la ponction la plaie était cicatrisée et la peau accolée à la rotule. La malade conserva pendant quelque temps dans les mouvements un peu de difficulté qui a disparu depuis.

En comparant ces deux faits, il est aisé de voir que les caractères différentiels assignés par Brodie sont incomplets. Laissons de côté la rougeur plus ou moins vive de la peau, car ce signe est sans valeur, l'augmentation brute de volume du membre au niveau de l'articulation est le seul caractère commun, et nous devons signaler les différences suivantes :

Dans l'abcès de la bourse muqueuse pré-rotulienne, la fluctuation reste bornée à la tumeur située en avant de la rotule; celle-ci, dont la face antérieure échappe au toucher, est appliquée sur les condyles, et l'augmentation de volume a lieu d'arrière en avant exclusivement.

Dans l'abcès de l'articulation fémoro-tibiale, la fluctuation se fait sentir au-dessous de la rotule et se transmet d'un côté à l'autre en soulevant cet os dont la mobilité est exagérée. La rotule, dont la face antérieure se sent directement sous la peau, est comme enfoncée au milieu du gonflement des parties molles. L'augmentation de volume se présente surtout d'un côté à l'autre.

Le diagnostic de notre première observation étant ainsi justifié, nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

1° Les abcès aigus des articulations doivent être traités comme tous les abcès. Il faut, dès que la fluctuation est bien évidente, pratiquer une ouverture suffisante, libre pour l'écoulement du pus, sans se laisser arrêter par la crainte de l'introduction de l'air.

2° Le traitement peut amener une guérison prompte, complète, durable, et notre observation est, croyons-nous, le premier fait qui le démontre d'une manière formelle.

(1) Rien ne nous frappe, en définitive, comme les faits qui nous sont personnels. Or, je voyais en même temps une enfant chez laquelle j'avais pratiqué la section sous-cutanée du tendon d'Achille avec toutes les précautions possibles. Soit sous l'influence de la constitution médicale régnante, soit pour toute autre cause, survint un phlegmon profond de la jambe qui m'inquiéta pendant douze ou quinze jours, mais qui, heureusement, n'eut pas d'autres suites. Je dois avouer que ces deux faits simultanés, rapprochés de la discussion de l'Académie de médecine sur la méthode sous-cutanée, ont singulièrement affaibli dans mon esprit la foi en l'influence pyogénique de l'air, puisque, dans un cas, l'absence de ce fluide a été impuissante pour prévenir le développement de la suppuration; et que, dans l'autre, où il s'agit d'une membrane qui est, dit-on, le plus sensible à son action, son contact n'a point, tant s'en faut, favorisé le développement de ces accidents graves que les idées généralement admises devaient faire redouter.

CANCER DE L'ESTOMAC.

Concrétion gastrique. — Erreur de diagnostic. — Guérison.

Par M. le docteur CAPELLE (de Roulers).

La femme V..., âgée de quarante-trois ans, est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution physique faible. Depuis sa jeunesse elle souffre de l'estomac, et plus d'une fois elle a été soumise au traitement de la gastrite.

Au commencement du mois de janvier 1856, elle me fit appeler pour une recrudescence de son affection stomacale. Voici l'état dans lequel je la trouvai :

Digestions pénibles; dégoût pour les aliments; vomissements de boissons, de glaires, parfois d'aliments; douleurs épigastriques augmentant par la pression et offrant des exacerbations qu'elle désigne sous le nom de *crampes d'estomac*; bouche mauvaise; langue chargée; constipation habituelle; pouls petit et faible; dépérissement progressif. En palpant l'épigastre, je sentis manifestement, au-dessous de l'appendice xiphoïde du sternum, une dureté parfaitement limitée, fixe et immobile, du volume d'un œuf de pigeon. Cet examen, répété à plusieurs reprises pendant quatre semaines, me fit arriver chaque fois au même résultat.

Ces symptômes, ainsi que la marche aggravante de la maladie, me firent redouter un dénoûment prompt et funeste. En effet, rien ne m'autorisait à soupçonner la présence dans l'estomac d'un corps étranger. Les douleurs épigastriques et les vomissements, symptômes communs, m'auraient fait songer à toute autre affection plutôt qu'au cancer de l'estomac, sans la tumeur de l'épigastre.

J'étais donc fondé à croire à l'existence d'un cancer soit de la région pylorique de l'estomac, soit du duodénum, et j'optai pour la première de ces deux affections :

1° A cause du commémoratif;

2° A cause des symptômes actuels;

3° A cause de la situation et des caractères de fixité et d'immobilité de la tumeur.

Je prescrivis un régime convenable, des analeptiques, des calmants, des lavements, parfois de légers purgatifs.

Le 6 du mois de février suivant, ayant administré des pilules de coloquinte et de calomel, en vue de vaincre une constipation opiniâtre et devenue insupportable, le purgatif provoqua des douleurs atroces, des vomissements et des selles copieuses contenant des mucosités, des matières stercorales, et un corps mou se durcissant par l'action de l'air atmosphérique, irrégulièrement arrondi et mesurant une circonférence de 9 centimètres. En allant de l'extérieur à l'intérieur, on voit qu'il est formé :

1° D'une couche corticale couleur marron;

2° D'une couche blanchâtre;

3° D'une couche jaunâtre.

Sans avoir été soumis à l'analyse chimique, il semble être composé de matières calcaires. Le contenu de la garde-robe attira naturellement mon attention sur la tumeur, et je ne fus pas peu surpris de constater qu'elle avait disparu.

Les premiers jours qui suivirent cette rude épreuve, la malade était dans un état déplorable; mais peu à peu les symptômes s'amendèrent, et bientôt l'estomac rentra dans son état normal. La santé de cette femme, bien que faible, se maintient depuis cinq ans.

Il résulte de cette observation :

1° Que la tumeur n'était autre chose que la concrétion, et que celle-ci était la cause de la maladie actuelle : *Naturam morborum ostendit curatio;*

2° Que la concrétion était fixée dans un lieu invariable, puisque aucune manœuvre pratiquée dans l'intention d'arriver à un diagnostic exact n'était parvenue à la déplacer.

Dans ce cas, s'était-elle développée dans l'épaisseur des parois de l'estomac? C'est peu probable.

Ou bien, formée primitivement dans la cavité de l'organe, était-elle engagée dans une loge anormale congénitale ou accidentelle? Sans prétendre l'expliquer, pour faciliter l'intelligence de cette dernière hypothèse, je ferai observer :

1° Que le sujet de cette histoire était une personne cacochyme, à fibres molles et flasques, état constitutionnel auquel participait l'estomac;

2° Que l'organe de la digestion, malade depuis longtemps, avait peut-être subi diverses altérations pathologiques;

3° Que le siége était à l'endroit où les parois offraient le moins de résistance;

4° Que le corps étranger avait une consistance suffisante pour écarter, distendre et peut-être rompre certains tissus;

5° A ces considérations, j'ajouterai la possibilité d'une anomalie dans la structure de l'estomac. *Quod est probandum.*

(*Annuaire de médecine*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 avril 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1861 dans le département des Basses-Alpes. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Van Heck *sur la ventilation et le chauffage des hôpitaux.*

2° Une note *sur l'hygiène des établissements hospitaliers*, par M. le docteur Esmein (commissaire, M. Gosselin);

3° Une lettre de M. Adamowicz, professeur de médecine à Vilna, qui sollicite le titre de membre correspondant.

LECTURE.

M. GIRARD DE CAILLEUX commence la lecture d'un travail *sur l'influence de la translation des aliénés dans les divers départements de la*

France. Cette lecture, interrompue pour l'élection portée à l'ordre du jour de cette séance, sera reprise dans la séance procbaine.

ÉLECTION.

L'Académie procède au scrutin pour l'élection d'un membre dans la section de pathologie médicale.

La liste de candidature porte :

En 1re ligne.	M. H. Roger.
En 2e ligne..	M. Monneret.
En 3e ligne..	M. Nonat.
En 4e ligne..	M. Bartbez.
En 5e ligne, et *ex æquo.*	MM. Bébier et Hardy.

Le nombre des votants est de 78 ; majorité, 40. Les votes se sont ainsi répartis :

M. Roger.	45 voix.
M. Monneret.	30 »
M. Nonat.	1 »
M. Bartbez.	1 »
M. Bébier.	1 »

M. Roger, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'bygiène des bôpitaux.

La parole est à M. Tardieu.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. TARDIEU. M. Malgaigne, dans son dernier discours, a interpellé les médecins, et plus particulièrement les médecins de Lariboisière. Il a invoqué des cbiffres qui sembleraient établir l'infériorité de cet hôpital au point de vue de la salubrité si les déductions qu'on en a tirées étaient justes; mais les cbiffres et les faits allégués manquent de justesse. Seul représentant ici du corps médical de l'hôpital Lariboisière, j'ai cru devoir venir protester à cette tribune au nom de mes collègues contre de pareilles allégations, et rétablir la réalité des faits.

M. Malgaigne a reprocbé aux médecins de n'être point intervenus dans cette discussion. Je crois, pour ma part, qu'ils ont fait preuve d'une très-grande sagesse en s'abstenant; ils n'avaient pas les mêmes motifs que les chirurgiens de se mêler à ce débat; les médecins manquent de l'unique base sur laquelle pourrait s'appuyer leur intervention; il n'existe pas de statistique en médecine comme en chirurgie. M. Malgaigne — c'est un de ses plus glorieux titres — a introduit la statistique dans l'appréciation des résultats de la pratique chirurgicale; il a à cet égard ouvert la voie avec un art merveilleux. C'est précisément pourquoi je m'étonne qu'il soit venu apporter ici à cette tribune, comme un argument, le chiffre brut de la mortalité de Lariboisière. C'est là une application bien malheureuse, il faut le dire, d'un principe excellent en soi. Il est impossible, à mon sens, d'admettre, en matière d'hygiène hospitalière, que mortalité veuille dire insalubrité. C'est méconnaître les causes sans nombre qui, indépendamment de l'état de salubrité ou d'insalubrité d'un établissement, peuvent y faire varier à l'infini le chiffre de la mortalité.

Voyons ce que va nous apprendre sous ce rapport un examen sérieux de ce qui se passe à l'hôpital Lariboisière.

Cet bôpital n'est certainement pas complétement à l'abri de reprocbes; il a quelques inconvénients, mais ce sont simplement des inconvénients de détail : ainsi, par exemple, les offices sont trop petits; les portes ne sont pas doublées, elles ouvrent directement sur les salles; les corridors ne sont pas fermés. Mais à côté de ces légers inconvénients que je ne méconnais pas, il existe dans cet hôpital des conditions d'bygiène telles que je ne crains pas de le proclamer le plus salubre de tous les bôpitaux de Paris. Ces assertions générales se trouveront confirmées d'ailleurs par la révélation d'un fait peu connu, et qui me permettra en même temps de répondre au reproche qui a été fait à l'administration d'avoir négligé de consulter les médecins pour l'édification de cet bôpital. (Ici M. Tardieu donne lecture de documents administratifs et historiques, desquels il résulte que Lariboisière aurait été construit d'une manière tout à fait conforme aux plans et aux instructions émanés d'une commission composée des bommes les plus éminents de la science qui fut instituée vers la fin du siècle dernier pour un projet de reconstruction de l'Hôtel-Dieu.)

Cependant, ajoute M. Tardieu, on n'a pas oublié les chiffres cités par M. Malgaigne; mais voyons quelle est, en réalité, leur signification. Pour cela, il faut comparer la statistique de Lariboisière avec celle des autres hôpitaux. Or, il résulte de la comparaison de ces cbiffres pour une période de sept années, que tel hôpital qui occupait la première année la tête du tableau de mortalité, était le dernier sur ce même tableau la dernière année. Ainsi, il est très-vrai que Lariboisière a présenté le chiffre de mortalité le plus élevé pour les deux dernières années; mais il n'en était pas ainsi des années précédentes, où il présentait un chiffre inférieur.

D'ailleurs, le chiffre invoqué représentât-il la proportion réelle et constante de la mortalité de l'hôpital Lariboisière, il me serait aisé de démontrer que ce chiffre brut ne signifie rien, au fond; c'est ce que je vais essayer de faire.

Lariboisière est, en effet, dans une situation exceptionnelle par rapport aux autres hôpitaux de Paris. Nous avons à Lariboisière, comme dans tous les autres établissements, les bôpitaux spéciaux exceptés, des maladies aiguës et des maladies cbroniques, mais ces dernières sont en bien plus grande proportion. Pour les maladies aiguës, notre pratique n'est pas plus malheureuse qu'ailleurs. Il n'en est pas de même pour les maladies chroniques, en voici la raison.

Nous avons à Lariboisière une consultation très-nombreuse, c'est sans contredit la plus nombreuse de tous les bôpitaux : elle s'élève en moyenne à près de 30,000 malades pour une année, tandis qu'elle ne dépasse pas 10,000 à Saint-Antoine et à l'Hôtel-Dieu. C'est, comme on le voit, un chiffre énorme, et qui paraît devoir aller toujours croissant, ce qui tient à ce que, à mesure que cet hôpital est plus connu de la population, les consultants y abondent davantage; or nous choisissons naturellement pour les admettre à l'hôpital les plus malades parmi ces nombreux consultants.

Mais ce n'est pas tout, ce dont il importe surtout de tenir compte pour s'expliquer la proportion élevée de la mortalité, c'est la nature des maladies que nous avons le plus babituellement à traiter dans cet hôpital et le genre de malades qu'on y reçoit. Par suite de la situation sur les confins de l'ancien Paris, dans un quartier très-peuplé où il y a un très-grand nombre d'usines, et partant un très-grand nombre d'ouvriers, parmi lesquels beaucoup sont étrangers, par conséquent peu acclimatés, peu faits à nos mœurs et à nos babitudes, et souvent très-insoucieux de leur santé, Lariboisière reçoit une très-grande proportion de malades atteints d'affections graves. Il est encore un autre genre de clientèle qui alimente aussi pour une assez grande proportion cet établissement, ce sont des personnes à bout de ressources, des transfuges de la Maison de santé qui ont épuisé leurs derniers moyens d'existence, des gens de lettres, des artistes malbeureux, qui, mis dans la nécessité d'invoquer les secours de l'Assistance publique, viennent demander un asile à Lariboisière, où, en raison même de ce luxe dont on a fait l'objet d'un si grave reprocbe à l'administration, ils ne se croient pas tout à fait à l'hôpital.

Ainsi, on le voit, pour les maladies aiguës on reçoit à Lariboisière des malades atteints en général d'affections graves; pour les malades chroniques, qui sont les plus nombreux, on reçoit principalement ce que l'on est convenu d'appeler des pauvres honteux, c'est-à-dire ceux qui présentent généralement les plus mauvaises conditions de curabilité. C'est ce luxe même dont a parlé M. Malgaigne et qu'il a qualifié par un de ces mots qui portent plus loin que juste, mais qui ne laissent pas que de produire toujours de l'effet dans les masses, c'est ce luxe, ou plutôt ce que j'appellerai cette forme délicate de la charité, qui attire à Lariboisière cette quantité de malades à qui leur éducation et leurs babitudes rendraient le séjour des autres hôpitaux trop pénible. C'est précisément parce que l'assistance y paraît plus douce et même attrayante que ces malheureux viennent en foule mourir chez nous. N'allez donc pas conclure du chiffre plus élevé de notre mortalité que notre établissement est par lui-même plus meurtrier que les autres. Je crois qu'il devra ressortir, au contraire, de cette discussion même, et rester dans l'opinion publique, que l'hôpital de Lariboisière est parfaitement salubre.

M. DEVERGIE demande la parole pour une motion d'ordre. Quel était, dit-il, l'objet de cette discussion? Signaler à l'administration les imperfections et les vices de notre système bospitalier, provoquer de sa part les réformes utiles que réclame l'état actuel de nos hôpitaux.

Ce but me paraît atteint du moment où l'administration, tenant compte des observations qui ont été faites à cette tribune, vient de nommer une commission de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, chargée de l'éclairer sur les réformes à opérer.

En conséquence, je regarderais comme superflu de continuer cette discussion, et je demande qu'on en mette aux voix la clôture.

M. BRIQUET s'élève contre la clôture et demande que la parole lui soit maintenue pour répondre au dernier discours de M. Malgaigne.

M. TRÉBUCHET fait remarquer, à propos de la motion de M. Devergie, que la commission nommée par l'administration n'a qu'un mandat limité et temporaire, et qu'elle n'a rien de commun avec la commission permanente d'hygiène hospitalière dont M. Devergie a demandé la création.

M. DEVERGIE. En ce cas, je retire ma motion.

— La discussion continuant, M. le président donne, d'après l'ordre d'inscription, la parole à M. Piorry.

M. PIORRY soutient et développe cette proposition, que c'est l'aménagement intérieur des salles d'un bôpital, bien plus que sa situation et son exposition sur un sol plus ou moins aéré, qui constitue sa salubrité. Contrairement à M. Malgaigne, qui craint pour les malades les conséquences fâcheuses du froid résultant de l'ouverture des fenêtres, M. Piorry est d'avis que l'on ne saurait trop renouveler l'air des salles, et que l'ouverture fréquente et longtemps prolongée des fenêtres est la meilleure condition de salubrité d'un bôpital.

Il est plus de cinq beures, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 8 avril, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'bonneur :

Au grade d'officier : M. Fortuner, médecin-major de 1re classe au 9e régiment d'artillerie.

Au grade de chevalier : M. Mitaut, vétérinaire en premier au même régiment.

— M. le docteur Crouzeilhes, premier médecin inspecteur adjoint des Eaux-Bonnes, vient d'être nommé inspecteur honoraire de cette station hydro-minérale.

M. le docteur Manes (de Pau) a été nommé premier médecin inspecteur adjoint des Eaux-Bonnes, en remplacement de M. Crouzeilhes.

— Le ministre de la guerre a décidé, le 9 avril courant, que, conformément aux dispositions des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale aurait lieu en 1862, dans l'intérieur, en Algérie et au corps d'occupation, à Rome.

Les localités auxquelles cette inspection doit s'étendre sont divisées en sept arrondissements, composés et répartis ainsi qu'il suit :

1er arrondissement. — M. Vaillant, président du Conseil de santé de l'armée : les 5e, 6e, 7e, 8e et 22e divisions, et l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg.

2e arrondissement. — M. Michel Lévy, directeur du Val-de-Grâce : les 15e, 18e, 19e et 21e divisions.

3e arrondissement. — M. Maillot, membre du Conseil de santé : les 2e, 3e, 4e et 16e divisions.

4e arrondissement. — M. le baron Larrey, membre du Conseil de santé : les 10e, 11e, 12e, 13e et 14e divisions.

5e arrondissement. — M. Hutin, membre du Conseil de santé : la 1re division militaire et l'Ecole du Val-de-Grâce.

6e arrondissement. — M. Ceccaldi : les trois divisions de l'Algérie, pour une partie desquelles il pourra déléguer les médecins principaux de 1re classe.

7e arrondissement. — M. Sédillot, directeur de l'École du service de santé militaire à Strasbourg : les 9e, 20e, 17e divisions, et le corps d'occupation à Rome.

L'inspection médicale de 1862, qui aura surtout pour but l'examen du personnel de santé militaire, sera faite conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle en date du 22 mai 1857, insérée au *Journal militaire.*

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 46. — SAMEDI 19 AVRIL 1862. (35e ANNEE.) N° 46. — SAMEDI 19 AVRIL 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Embolie pulmonaire.

Nous avons dit dans le numéro de mardi dernier, que M. Velpeau avait entretenu l'Académie des sciences d'un nouveau cas de mort subite par embolie pulmonaire, dont nous espérions pouvoir exposer très-prochainement les détails à nos lecteurs. Voici ce fait et les importantes considérations historiques et cliniques dont M. Velpeau en a fait suivre la relation :

Une femme, âgée de quarante-six ans, forte, pléthorique, bien portante, est apportée à la Charité pour une fracture de la jambe droite, comminutive, mais sans plaie. Le gonflement était considérable; aussi attendit-on trois semaines pour appliquer un bandage dextriné définitif.

Le surlendemain de cette application, après avoir ri avec ses voisines, et sans prélude aucun, elle pousse tout à coup un cri, disant qu'elle se sent mourir. On s'empresse autour d'elle; le chirurgien de garde, aussitôt appelé, arrive; elle était morte.

Que s'était-il passé?

Depuis les recherches de Bichat, a dit M. Velpeau, on sait que la mort arrive par le cerveau, par le cœur ou par le poumon. Lequel de ces organes avait été lésé chez cette malade? Etait-ce le cerveau? Mais on ne meurt pas subitement par le cerveau, à moins que la lésion ne porte sur la protubérance annulaire, ou sur le bulbe, dans le point sur lequel M. Flourens a tant insisté de nos jours. Etait-ce le cœur? Mais la rupture du cœur ou des gros vaisseaux ne tue pas si vite. D'ailleurs, quand cette rupture a lieu, la face reste pâle; dans le cas actuel, elle est bouffie et presque violette. C'était donc par le poumon; mais comment?

L'autopsie a révélé l'existence d'une concrétion sanguine volumineuse bouchant complétement l'artère pulmonaire. La concrétion ne s'était pas produite pendant la vie, comme il arrive pour les polypes du cœur; elle était née dans une autre région, s'était détachée de son lieu d'origine et avait pénétré jusque dans le poumon, transportée par le courant sanguin. On pouvait voir, en effet, dans le cœur ouvert, un caillot qui bouchait d'une façon absolue l'artère pulmonaire. Ce caillot était replié, pelotonné sur lui-même en forme de sangsue, et d'une longueur de 36 centimètres. Il était venu de la veine iliaque externe, où on a trouvé un reste de caillot ayant les mêmes dimensions, 8 millimètres, comme le calibre de l'iliaque; il était remonté dans la veine-cave, avait traversé les cavités droites du cœur, et malgré la puissante action des colonnes charnues, il s'était enfin engagé dans l'artère pulmonaire. C'est ainsi que l'on peut expliquer la mort subite; elle a eu lieu par arrêt instantané de la circulation du poumon et par asphyxie.

« Cette observation et cette pièce anatomo-pathologique, a ajouté M. Velpeau, que nous laissons parler textuellement, se rapportent à un ordre de faits dont l'importance n'a dû échapper à personne. Quoique ces faits n'eussent guère fixé l'attention avant ces dernières années, ils sont loin cependant d'être rares, d'être exceptionnels. En moins de deux ans il en est venu à ma connaissance un nombre relativement considérable.

» Une dame encore jeune, de la clientèle de M. Dutroulau, est soumise à la cautérisation de quelques hémorrhoïdes fluentes; pendant vingt-quatre heures tout va bien. Alors surviennent, sans cause appréciable, une anxiété brusque, de l'étouffement, des angoisses insupportables, et la pauvre femme meurt en quelques heures: *Embolie pulmonaire.* — Un jeune homme que je voyais avec le professeur Trousseau avait une inflammation de tout le bras; après l'ouverture de plusieurs abcès, il semblait entrer en convalescence. A notre visite de dix heures, un matin, nous le croyons hors de danger; une heure plus tard il suffoque, appelle au secours, et meurt avant qu'aucun médecin ait le temps de revenir près de lui: *Embolie pulmonaire.* — Une dame de haut rang, relevée d'une couche récente et dont on célébrait le retour à la santé, est prise tout à coup d'étouffements et s'éteint en quelques minutes : *Embolie pulmonaire.*— L'épouse d'un accoucheur célèbre s'éveille en sursaut au milieu de la nuit, et meurt de la même manière. — Il en est de même d'un de nos confrères, dont le système veineux indiquait quelques troubles de la circulation depuis un certain temps. — Il y a quelques semaines à peine, le chef d'une grande maison industrielle succombait aux mêmes lésions avant l'arrivée des médecins appelés près de lui.

» En quelques mois il s'est présenté quatre cas de ce genre à l'hôpital de la Charité : une femme dans la division de M. Briquet (dont l'observation a été rapportée récemment dans ces colonnes), avec une énorme embolie pulmonaire précédée de varices enflammées aux jambes; une autre, qui était entrée dans mes salles pour une maladie de matrice, et qui sans prélude est morte comme d'une syncope, en se posant sur le vase de nuit; une troisième dont M. Zambaco, chef de clinique, m'a signalé l'exemple, aussi par suite de varices enflammées; enfin la malheureuse femme dont l'observation est le sujet de cette communication.

» Des faits semblables ont été en outre observés par M. Lancereaux, par M. Barth, par M. Gubler, qui me les ont également communiqués.

» Il suffit d'ailleurs, pour comprendre la fréquence des embolies, de jeter les yeux sur l'important ouvrage de M. Cohn (*Klinik der emboliech*, etc., Berlin, 1860) et sur la thèse pleine d'intérêt soutenue dernièrement à l'Ecole de médecine par M. Ball (voir le numéro du 15 mars).

» Un accident aussi commun, qui amène la mort avec une telle rapidité, mérite, exige toute l'attention, toute la sollicitude des savants en général, des médecins en particulier. L'état actuel des sciences et l'humanité ne permettent plus de laisser de semblables catastrophes sans explication. Du reste, l'interprétation en est aujourd'hui très-claire. Elle se trouve à la fois dans un fait simple et complexe qui peut du même coup ouvrir un vaste champ à la pathologie. Qu'il me soit donc permis d'entrer à son sujet dans quelques détails.

» On devine qu'il s'agit de la coagulation du sang dans ses propres vaisseaux pendant la vie; cette concrétion s'effectue de plusieurs façons.

» On a remarqué de tout temps dans le cœur et les gros troncs vasculaires, des masses désignées sous le titre de polypes du cœur. Après avoir cru que ces polypes avaient lieu pendant la vie, les observateurs ont fini par supposer qu'ils ne s'établissaient qu'au moment de l'agonie ou immédiatement après la mort. De tels caillots sont étrangers aux morts subites dont je parle, et l'on peut voir dans Sénac (*Traité du cœur*, t. II) ce que les auteurs du dix-septième et du dix-huitième siècle en pensaient.

» Il arrive, d'un autre côté, que sous l'influence d'un travail inflammatoire ou de quelque autre état morbide, le sang se concrète dans les grosses artères en même temps qu'une exsudation plastique concourt à l'obstruction des vaisseaux, d'où une mort plus ou moins rapide, mais non subite. C'est particulièrement dans les veines des membres, de l'abdomen, de la tête ou du cou, qu'il faut étudier la source des embolies, des concrétions mobiles, des phlébolites.

» Dès que le sang, fluide, doué de la vie, cesse de circuler et se concrète dans un vaisseau quelconque, il meurt; ce n'est plus alors que du sang mort, un cadavre au sein de la vie, un corps inerte, un corps étranger dans l'un des courants vitaux de l'organisme. Rien de plus net que les dangers possibles d'un tel produit; dangers que tout le monde est à même de saisir pour peu qu'on ait la moindre idée de la circulation dans le corps de l'homme.

» Sachant que le sang est rapporté de la tête, des membres et du ventre par de grosses veines, par les veines caves jusque dans l'oreillette, puis dans le ventricule droit, et poussé de là par l'artère pulmonaire dans les deux poumons, dont il traverse les capillaires pour revenir par les veines pulmonaires dans l'oreillette, puis dans le ventricule gauche, qui le lance à son tour au moyen de l'aorte dans toutes les parties du corps, chacun comprendra, en effet, le mécanisme, les divers dangers, toute l'histoire des embolies, des concrétions mobiles. Dans une veine, une varice, par exemple, s'ils restent fixes, les caillots peuvent n'amener que des troubles légers. Pour une veine ainsi fermée, il s'en développera douze dans le voisinage, et le courant sanguin sera maintenu. Qu'un fragment de la concrétion vienne à se rompre, à se détacher, au contraire, devenu libre, il sera aussitôt entraîné par le sang liquide, comme dans un fleuve. De la veine fémorale, entre autres, il gagnera la veine iliaque, puis la veine-cave, puis le cœur. Les désordres qu'il va produire dépendront, on le conçoit, de son volume et de sa forme. S'il s'arrête dans le treillage du ventricule cardiaque, les troubles pourront être légers; s'il est assez petit pour s'engager dans quelques-unes des divisions secondaires de l'artère pulmonaire, le poumon en souffrira sans doute, mais la mort n'aura pas lieu. C'est quand il est assez volumineux pour fermer à la fois les deux branches principales de la grosse artère, et surtout pour en remplir le tronc, qu'il éteint la vie en supprimant tout à coup l'hématose et la respiration.

» Tel est en deux mots le mécanisme des accidents causés par les embolies veineuses. Insister sur les nuances, sur les variétés infinies de maladies, de lésions que peuvent déterminer ces corps étrangers, selon leur fragmentation, leur volume, leur forme, leur distribution, serait inutile; l'esprit ne le comprend que trop, et chacun est en état de se faire une idée de leur multiplicité.

» Mais les veines ne sont pas seules sujettes aux embolies, et les embolies, les caillots migratoires ne convergent pas tous vers le cœur. Le système artériel y est également exposé; pour s'en rendre compte dans les artères, il faut admettre, comme dans les veines, au surplus, que les embolies ne sont pas uniquement formées par du sang concret; qu'on doit entendre par là tout corps étranger libre dans les vaisseaux.

» C'est ainsi que d'un poumon malade, par exemple, il peut se détacher un grumeau, un fragment soit de tubercule, soit de pus, soit de cancer, aussi bien que de sang concret qui, une fois engagé dans les veines pulmonaires, sera transporté vers l'oreillette gauche, puis dans le ventricule correspondant. Poussé ensuite dans l'aorte, il arrivera comme corps étranger jusqu'à ce qu'il rencontre une artère assez étroite pour lui refuser passage, et qui va se trouver ainsi fermée. Il en serait de même de toute concrétion formée à l'intérieur du cœur gauche ou sur les valvules, comme aussi sur un point quelconque des parois d'une artère malade. Toutefois, les embolies artérielles n'exposent pas aux mêmes désordres que les embolies veineuses charriées par les artères. Ces corps étrangers vont occasionner des inflammations, des ramollissements, des gangrènes plus ou moins rapides, plus ou moins étendues, selon le volume ou le nombre des artères obstruées, mais non pas la mort subite de l'individu.

» On le voit, la question des embolies, ou, pour parler plus exactement, des corps étrangers circulant avec le sang, est, ainsi que je l'ai dit plus haut, une des plus vastes questions de la pathologie.

» Pour que les fluides circulatoires traversent sans troubles l'organisme, il faut que rien d'inerte n'y soit mêlé. Les globules du sang sont obligés de traverser des capillaires, des vaisseaux d'un diamètre déterminé. Si donc le sang contient des parcelles hétérologues, des molécules inassimilables d'un autre volume ou d'une autre forme, elles seront arrêtées au passage, devenant autant d'épines pour l'organisme, elles troubleront mécaniquement, autant que par leur nature propre, les fonctions du tissu ou de l'organe qui les recèle.

» Qui ne sent que tout peut devenir ainsi corps étranger dans le sang? Une concrétion, une parcelle épithéliale, une paillette de membrane ou de tissu libre, le pus, etc., une fois dans le torrent circulatoire, seront, corps inertes, transportés de tous côtés, tant que le calibre des vaisseaux pourra s'y prêter; mais dans les parenchymes, arrêtés par les capillaires comme par un tamis, ils deviendront la source d'innombrables troubles. Entraînés à l'état de poussières ou de corpuscules, aussi bien qu'à l'état de grumeaux ou de masses tantôt fines, tantôt considérables, comme dans un fleuve qui charrie du sable, des cailloux ou d'énormes blocs, ces substances donnent ainsi la clef d'une série infinie de lésions.

» Ce n'est point d'aujourd'hui, après tout, que de tels désordres ont éveillé l'attention des médecins; comme toutes les idées complexes et d'une application générale, celle-ci s'est préparée de longue main. En 1684, Guillaume Gond (*Philosoph. Transactions*) l'avait déjà pressentie. On la trouve formellement exprimée par Van Swieten dans ses Commentaires. Il n'avait pas d'observation clinique à sa disposition, mais il s'était livré sur des chiens à des expériences qui ne laissent aucun doute sur sa pensée.

» Cependant, comme les doctrines de Van Swieten et de Sénac sur les polypes du cœur, sur les concrétions sanguines pendant la vie, furent combattues par l'école de Morgagni et abandonnées depuis, les recherches et les expériences du célèbre commentateur de Boerhaave, sur la migration des caillots hématiques, tombèrent dans le plus complet oubli. C'est donc de nos jours que l'histoire de ces phénomènes a été reprise et spécialement abordée, d'abord indirectement, puis d'une façon claire et franche. Dès 1824, attaquant les doctrines médicales du temps, voulant démontrer le rôle et la réalité des altérations du sang dans les maladies, je présentais à l'Académie de médecine un exemple rare autant qu'étrange d'oblitération de l'aorte et de ses branches inférieures par la concrétion du sang devenu cancéreux pendant la vie.

» A cette époque aussi je m'efforçais de prouver que le pus entré dans les veines par une voie quelconque devenait un corps étranger, qui circulait avec le sang, jouait dans l'organisme le rôle d'un poison de cause morbifique aussi commune que dangereuse. Un peu plus tard, en 1827, M. Legroux signale, mon-

tre des concrétions se détachant du cœur ou des artères comme pour être transportées au loin et y amener des oblitérations ou des troubles circulatoires redoutables. N'ai-je pas présenté ici même, en 1829, les résultats d'expériences tendant à prouver qu'une saillie, qu'une rugosité, qu'un corps étranger quelconque fixé à l'intérieur d'une artère, pourraient y amener la concrétion du sang, la formation d'un caillot, et subséquemment l'oblitération du vaisseau?

» Malgré ces ébauches cependant, malgré les expériences de M. Cruveilhier et les injections de substances étrangères dans les veines d'animaux vivants, malgré ce que l'on sait depuis longtemps des phlébolites, la question n'avançait guère, et notre collègue M. Andral était encore réduit, il y a une trentaine d'années, à se demander si l'avenir ne donnerait pas raison à ceux qui avaient parlé de caillots mobiles dans les vaisseaux.

» Quelques exemples d'embolies observés et signalés çà et là depuis, soit en Angleterre, soit en Allemagne, soit en France, n'avaient point ébranlé suffisamment non plus les esprits. Il faut en réalité arriver à 1856, à M. Virchow, un de nos correspondants, pour voir prendre à la question des embolies une physionomie sérieuse, un corps déterminé. C'est M. Virchow, en effet, qui a le premier bien conçu et bien exprimé la nature et le mécanisme de cet état morbide. Les expériences variées auxquelles il s'est livré, les observations nombreuses qu'il a rassemblées, les divers articles qu'il a publiés, ne semblent rien laisser à désirer. Eh bien, malgré les efforts et les recherches de cet auteur, malgré les observations, les travaux publiés depuis en France par M. Charcot dans la *Gazette hebdomadaire* de 1858, par M. Dumont-Pallier, d'après la pratique de M. Trousseau, par M. Lancereaux (1862) dans sa thèse, par M. Ball dans sa dissertation, malgré les faits réunis dans l'ouvrage de M. Cohn, l'existence des embolies véritables et les dangers qu'on leur attribue trouvent encore parmi nous, à Paris même, des contradicteurs, au point d'être taxées de rêveries allemandes dans un écrit récent.

» L'observation que je viens de soumettre à l'Académie a donc principalement pour but de vaincre les dernières résistances, de faire admettre définitivement comme fait acquis et démontré les corps étrangers ou les embolies, les caillots migratoires du système vasculaire comme cause de maladies diverses, dans la science et la pratique médicales.

» Tel qu'il est, cet exemple ne laisse en effet aucune prise au doute ni à la contestation. Véritable corps étranger, le caillot remplit entièrement ici, non plus comme dans les cas déjà connus, les branches secondaires ou principales de l'artère, mais bien la totalité de son tronc et de sa racine, au point de proéminer en forme de tampon pelotonné dans l'intérieur même du ventricule. Impossible par conséquent de nier qu'il ait dû causer brusquement la mort. Il est de toute évidence aussi que ce corps étranger n'est point *autochthone*, qu'il ne s'est point formé sur place; les parois du vaisseau qu'il remplit sont parfaitement saines, n'ont subi aucune altération, sont restées libres et lisses, ne lui adhèrent en aucune façon; par lui-même, il n'a aucun des caractères, vu à l'œil ou au microscope, des polypes ou caillots fibrineux du cœur. Il est à la fois plus fragile et plus ferme, formé de masses colorées en brun, ou gris, ou jaune, ou roussâtre, et grumeleux au lieu d'être comme fibreux et d'un jaune régulier. C'est un cylindre pelotonné, enroulé, replié sur lui-même, et non point une masse homogène; ce cylindre, de 7 à 8 millimètres d'épaisseur, mesure dans ses divers replis près de 36 centimètres de longueur. Il n'a point été moulé sur les cavités du cœur ni de l'artère pulmonaire.

» En dernière analyse, il est aisé de voir que la concrétion moulée sur le calibre de la veine iliaque ou du haut de la veine fémorale dont elle a les dimensions et la forme, a été détachée pendant la vie de ces régions, qu'elle est remontée par la veine-cave jusque dans le cœur droit, et de là poussée dans l'artère pulmonaire. Les contractions du ventricule l'ont ainsi repliée, engagée comme un paquet de circonvolutions, au point d'en former un véritable bouchon qui ôte toute prise à l'incrédulité, qui rend compte, sans le moindre effort, de tout ce qui est arrivé à la malheureuse femme.

» Les faits étant ainsi constatés, à l'abri de toute réplique, il en ressort des notions d'un intérêt que je n'ai pas besoin de rappeler. Il reste à préciser en plus le rôle des embolies dans la production des maladies, les circonstances ou les conditions qui les font naître, en même temps que les moyens de les prévenir; mais on peut affirmer, dès à présent, que la connaissance des embolies vasculaires fera faire aux sciences médicales un véritable progrès en les rapprochant d'un degré nouveau des sciences physiques, des sciences exactes. »

Hématocèle péri-utérine sus-pelvienne.

Dans la description qu'ils ont donnée de l'hématocèle péri-utérine, les auteurs modernes ont admis que le sang s'épanchait dans le cul-de-sac rétro-utérin, de manière à former une tumeur pelvienne dont le toucher vaginal et le toucher rectal constataient la présence, et qui, se prolongeant plus ou moins haut dans la cavité abdominale, pouvait également être sentie par le palper hypogastrique.

Mais ne se peut-il pas aussi que le sang anormalement versé par l'ovaire ou le pavillon de la trompe soit arrêté par des adhérences ou quelque autre obstacle mal connu, dans sa migration vers l'excavation pelvienne, et vienne former une tumeur abdominale ou sous-pelvienne appréciable seulement au moyen du palper hypogastrique et nullement au moyen du toucher par le vagin ou le rectum?

M. Gosselin a eu deux fois l'occasion de se poser cette question en présence de malades chez lesquelles les symptômes ne pouvaient bien s'expliquer que par une hématocèle de ce genre. Il n'a pas eu l'occasion de vérifier son interprétation sur le cadavre. Mais voici un nouveau fait, dans lequel il se croit autorisé à admettre un épanchement du sang péri-utérin sus-pelvien.

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq à vingt-six ans, qu'il a traitée l'année dernière à l'hôpital Beaujon pour une tumeur du côté gauche du ventre dont il n'avait pas vu le début, mais qui, d'après les antécédents et les symptômes inflammatoires, avait pu être considérée comme un phlegmon péri-utérin ou péri-ovarique sus-pelvien, ou comme une péritonite partielle avec adhérences, telle que l'a décrite M. Bernutz. Cependant la résolution s'étant faite très-rapidement, et une observation attentive n'ayant fait constater aucune évacuation de pus par le vagin, la vessie ou le rectum, M. Gosselin avait pensé que probablement il s'était agi d'une hématocèle promptement résorbée, et la disparition complète de la tumeur, la conservation de la bonne santé pendant six mois, l'avaient de plus en plus confirmé dans cette opinion.

Il y a trois semaines, M. Gosselin fut demandé pour cette jeune femme, qui tout à coup, et sans cause appréciable, venait d'être prise d'une métrorrhagie indolente à l'époque des règles. Cette métrorrhagie, très-abondante depuis deux jours, fut traitée par l'ergotine; elle s'amoindrit au bout de vingt-quatre heures de l'administration de ce médicament, à la dose de 4 grammes dans une potion, mais ne disparut tout à fait qu'après trois jours de soins et de repos au lit.

Quoique anémiée et très-affaiblie, la malade se leva, sans sortir de la chambre, le cinquième jour des règles. Dès lors se déclarèrent des coliques intenses, des nausées, de la fièvre; les douleurs se localisèrent comme l'an dernier dans le côté gauche de la région hypogastrique. M. Gosselin, tout en reconnaissant les symptômes d'une péritonite, pensa qu'une tumeur inflammatoire ou hématique allait apparaître dans cette région, où, pendant le cours de la métrorrhagie, il n'avait pu trouver aucun vestige de la tuméfaction observée en août 1861.

En effet, le surlendemain, les symptômes de la péritonite avaient disparu; mais on trouvait très-manifestement, au côté gauche du ventre, une tumeur arrondie, grosse comme le poing, trop profonde et trop difficile à fixer pour qu'on pût sentir de la fluctuation. Le toucher vaginal et le toucher rectal ne permirent de trouver aucune tumeur dans l'excavation pelvienne.

La malade, d'après le conseil de M. Gosselin, se fit transporter de suite à l'hôpital de la Pitié. Là il constata de nouveau, et fit constater par ses élèves, l'existence de la tumeur abdominale au début de laquelle il avait si bien assisté. Plusieurs d'entre eux pratiquèrent le toucher, et aucun ne trouva en arrière de l'utérus, ni en aucun autre point du petit bassin, la tumeur classique caractéristique de l'hématocèle péri-utérine.

La malade est traitée depuis quinze jours par le repos, les préparations ferrugineuses et le vin de quinquina (à cause de l'anémie), enfin par une légère purgation tous les cinq ou six jours. Les garde-robes et les urines ont été examinées chaque jour, et n'ont pas renfermé de pus.

La tumeur a beaucoup diminué; les douleurs abdominales ont disparu; les règles viennent d'avoir lieu sans métrorrhagie. La malade se sent assez bien pour demander à retourner chez elle, et M. Gosselin pense que la guérison va se compléter aussi vite que l'année dernière.

Que peut être une tumeur formée très-rapidement et constatée comme une troisième phase d'une maladie dont la première phase a été une métrorrhagie abondante et la deuxième un cortége de phénomènes inflammatoires rappelant ceux de la péritonite? Comment expliquer cette apparition brusque, et cette disparition plus prompte que celle à laquelle nous sommes habitués dans les maladies décrites sous le nom de phlegmons péri-utérins? En se reportant aux descriptions de MM. Nélaton, Becquerel, Gallard, Voisin, etc., cette tumeur doit être une hématocèle, et puisque positivement il n'y a pas eu la moindre saillie appréciable par le vagin et le rectum, ne convient-il pas d'admettre sous le nom d'hématocèle sus-pelvienne une variété d'épanchement sanguin qui n'a pas été décrite jusqu'à présent, et dont la connaissance peut être utile aux cliniciens?

Ulcération de l'œsophage et de l'aorte.

Le fait suivant, intéressant à plusieurs titres, ainsi qu'on en jugera par la lecture, nous a été communiqué par M. le docteur Théron, médecin aide-major au 1er dragons, en garnison à Arras.

François G..., âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, robustement constitué, s'est engagé en 1860 dans un régiment de cuirassiers; peu après, une affection aiguë de poitrine nécessite son entrée à l'hôpital, et à la suite il est jugé trop faible pour son arme et renvoyé au 35e de ligne. Dans ce dernier corps, il y a environ un an, il éprouve dans le côté gauche du thorax une douleur qui détermine de l'essoufflement, des accès de suffocation, et il est hospitalisé une deuxième fois.

Durant un séjour de trois mois qu'il fit alors à l'hôpital, le malade présenta comme phénomène marquant un vomissement sanguin; en outre, tout exercice un peu violent étant devenu impossible, il fut envoyé en congé de convalescence, et il ne rentra à son corps que six mois après. A cette dernière époque, son état de santé était loin d'être parfait; il se plaignait d'une grande faiblesse, peu en rapport avec son apparence robuste et son appareil musculaire presque athlétique.

Le 30 mars dernier, à six heures du soir, G..., pris d'accidents analogues à ceux qu'il a ressentis en arrivant au 35e de ligne, réclame la présence de M. Théron au quartier; il se plaint d'une douleur vive dans tout le côté gauche de la poitrine, d'un grand malaise et d'une pénible anxiété. La face est un peu pâle; le pouls sans fréquence, dépressible; la respiration est gênée, la chaleur de la peau normale; les battements du cœur et la respiration ne présentent à l'auscultation aucun phénomène morbide notable.

Trompé par l'apparente bénignité de tous ces signes, qui semblaient éloigner l'idée d'une maladie actuellement grave, supposant avoir affaire à une pleurodynie, M. Théron prescrit le repos au lit et de la tisane, en attendant la visite du lendemain.

A dix heures du soir, il est appelé de nouveau, et trouve le malade dans l'état suivant: la douleur de côté, qui a augmenté considérablement, détermine un sentiment de suffocation imminente, une agitation et une anxiété extrêmes; la figure est très-pâle, les lèvres décolorées; il y a de l'ardeur à la gorge, de la soif; 30 grammes environ d'un sang rutilant pris en caillot ont été vomis très-péniblement; les extrémités ont beaucoup perdu de leur chaleur; le pouls est sans fréquence, assez résistant; il existe, en un mot, tous les symptômes d'une hémorrhagie interne grave, paraissant s'effectuer dans la première portion des voies digestives.

Une saignée révulsive de 400 grammes est pratiquée immédiatement: les premiers jets du sang qui s'écoule avec force dégagent la poitrine de l'énorme poids qui l'oppressait. Une syncope survient après la saignée, et est combattue par les moyens d'usage: des compresses imbibées d'eau froide sont placées sur l'épigastre du malade, qui reprend ses sens; l'anxiété et l'agitation ayant disparu, on le fait porter à l'hôpital dans un état de mieux-être marqué.

Cet état s'améliore, au point qu'à onze heures et demie on juge que l'hémorrhagie a cessé: la chaleur est revenue, le pouls est bon, les lèvres moins pâles; la douleur épigastrique n'est sensible qu'à la pression. G... se dit très-bien, et demande qu'on le laisse dormir.

On prescrit du tilleul en infusion à une température peu élevée, le malade se refusant à prendre des boissons froides, et M. Théron ne le quitte qu'après avoir recommandé de le veiller et de placer des sinapismes en permanence sur les extrémités inférieures.

Le lendemain matin, à sept heures, l'hémorrhagie interne se renouvelle; l'agonie est courte: la mort survient pendant une syncope.

Voici ce que montre l'autopsie:

L'œsophage présente vers sa partie moyenne, sur sa paroi antéro-externe, au niveau du sixième espace intercostal, une ulcération arrondie, de trois millimètres de diamètre; les bords réguliers, comme taillés à l'emporte-pièce, ont une teinte bleuâtre; tout autour la muqueuse œsophagienne est saine, de couleur normale; il n'existe aucun des caractères que fournirait une perforation récente. A la partie correspondante de l'aorte descendante, deux centimètres au-dessous de sa crosse, on remarque aussi une ulcération irrégulièrement arrondie, à bords comme déchiquetés, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes; en outre, on constate que les diverses tuniques de l'artère sont ulcérées à une hauteur inégale. Enfin, l'aorte et l'œsophage sont adhérents au moyen d'un tissu de nouvelle formation, qui a beaucoup de ressemblance, pour le volume et la structure, avec un ganglion bronchique hypertrophié. Dans ce tissu réunissant les deux organes est percé un canal, obstrué en partie par un caillot peu résistant, pouvant s'étirer à la façon d'une espèce de membrane tout à fait à son début d'organisation.

L'estomac est rempli par du sang rougeâtre en partie liquide, en partie coagulé; les intestins sont tapissés dans toute leur étendue par du sang noir coagulé.

Le poumon gauche est tout à fait sain; le droit, réduit de moitié, est dense et hépatisé; la plèvre de ce côté présente les traces d'une pleurésie ancienne. Les autres organes n'offrent rien de particulier à noter.

Nous pensons, avec notre confrère, que cette observation peut être rapprochée de celles qui ont pour sujet la pénétration des corps étrangers dans l'œsophage. Quoique durant la vie les investigations ne se soient pas portées vers la recherche d'accidents de cette nature, et que l'autopsie n'ait pas fait découvrir un corps étranger quelconque, M. Théron croit cependant que l'ulcération de l'œsophage, suivie ultérieurement de celle de l'aorte, doit être attribuée à cette cause. Il lui semble rationnel d'admettre qu'un os aigu, une arête ou tout autre objet analogue s'est fixé dans le conduit œsophagien; une ulcération perforative en a été la conséquence; et par suite de ce travail, le corps, dégagé des parties qui le retenaient, a dû tomber dans les voies digestives, d'où il a été éliminé plus tard.

A quelle époque pourrait-on faire remonter la pénétration? Probablement à la deuxième entrée du militaire à l'hôpital, la première ayant eu lieu pour une fluxion de poitrine. La manière dont la nature médicatrice remédie aux désordres les plus graves, est révélée ici dans une de ses plus belles manifestations. Pen-

dant plus d'un an, G... a pu vivre par le secours d'un caillot dont la fibrine organisée obturait le canal de communication qui existait entre l'aorte et l'œsophage.

La structure fibreuse de la tunique moyenne de l'artère a peut-être seule mis obstacle à ce que ce caillot devînt l'occasion d'une cicatrice définitive.

Enfin, en admettant la réalité de cette supposition, cette observation viendrait corroborer le précepte de Bégin, qui, se fondant sur une vingtaine de cas malheureux, a recommandé de pratiquer immédiatement l'extraction des corps étrangers engagés dans l'œsophage.

EMPOISONNEMENT AVEC LA RACINE D'AMARANTHE COMMUNE,

Par M. ZAMBELLI.

Il y avait à peine un an qu'un accident semblable était arrivé dans le jardin Valis à Udine, lorsque le 25 février dernier, quatre robustes jeunes filles employées dans le magasin de teinture des frères Angeli, mangèrent en quantité variable de cette racine, qu'elles prirent pour de la carotte.

Peu de temps après survinrent des vomissements, diarrhée, crampes d'estomac, coliques, etc., avec une intensité proportionnelle à la quantité ingérée, tellement que chez une on put douter un moment du succès du traitement. Le rhum, l'eau de cannelle avec laudanum et éther à l'intérieur, des frictions ammoniacales et sèches à l'extérieur, triomphèrent de ces accidents, qu'il suffit de faire connaître pour les prévenir et en empêcher le retour. (*Union médicale*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 avril 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Colombal (Henri), ex-interne des hôpitaux de Paris, adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Recherches sur l'arthrite sèche*. Paris, 1862, in-4°.

— M. le docteur Ollier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse une observation d'anévrysme poplité spontané guéri par la compression digitale. (Commissaires, MM. Broca et Verneuil).

— M. le docteur Ange Duval, premier chirurgien en chef de la marine impériale, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine navale de Brest, écrit à la Société pour se porter candidat au titre de membre correspondant national. (Un travail manuscrit de M. Duval a déjà été envoyé précédemment à la Société).

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une observation envoyée par M. le docteur Chairou, relative à un cas d'oblitération congéniale complète à l'union du rectum avec l'S iliaque.

Je fus, dit M. Chairou, appelé le 23 mars pour le fait suivant :

La femme X..., âgée de vingt ans, d'une bonne constitution, avait mis au monde six jours auparavant une petite fille qui naissait à terme et paraissait bien conformée. Cependant, le sixième jour, les parents, inquiets de ne pas voir d'évacuation de matières stercorales, me montrèrent l'enfant. Il est de petite taille, et tette très-peu. Le ventre est très-tendu, tuméfié, douloureux : la plus légère pression fait pousser des cris perçants. Une saillie considérable et très-dure correspond à la base de la poitrine et sur le trajet du côlon transverse. Les urines s'écoulent avec abondance.

A l'examen de l'anus, on trouve celui-ci régulièrement conformé, plissé et même perforé. On peut introduire un stylet à un centimètre environ, mais pas au delà : même résultat avec une sonde en gomme élastique de petite dimension. Après chaque exploration, il s'écoule une petite quantité de liquide jaunâtre, de consistance séreuse et empesant le linge.

Après quelques tentatives infructueuses pour faire pénétrer la sonde ou le stylet plus avant, on peut sentir l'intestin par l'introduction du petit doigt dans l'anus. Je me décidai à envoyer l'enfant le lendemain lundi à la consultation de l'hôpital Beaujon. Là, nouvel examen infructueux, et le chirurgien, M. Huguier, se décide à tenter l'opération le lendemain 25 mars.

L'enfant fut donc amené à l'heure convenue, et M. Huguier lui pratiqua l'opération de l'anus artificiel au-dessus du pli inguinal droit.

L'enfant ramené chez ses parents présente au bout de quelques heures des symptômes de péritonite. Il refuse de prendre le sein de la nourrice. Les quelques cuillerées d'eau de gruau ou de lait qu'on parvient à lui faire ingurgiter sont vomies. Malgré l'évacuation abondante de méconium qui se fait par l'anus artificiel, le ventre se tend davantage. Pendant la nuit, les vomissements augmentèrent; l'enfant ne rejeta plus seulement les liquides ingurgités, mais encore des matières bilieuses. La face se grippe de plus en plus, la déglutition devient impossible; enfin la petite malade finit par succomber le 26 mars à midi, soit vingt-six heures après l'opération.

Pendant tout ce temps les matières ne cessèrent d'être expulsées avec abondance par l'anus artificiel.

Je fis l'autopsie le même jour, à cinq heures du soir.

Les intestins sont considérablement distendus, leur face externe d'une coloration brunâtre en général; vascularisation considérable, sérosité médiocrement abondante. Tout le gros intestin est rempli de matières fécales verdâtres. Tout le méconium paraît avoir été expulsé. La vessie est énormément distendue par l'urine.

L'anus artificiel portait tout à fait sur la partie inférieure du côlon descendant, par conséquent à l'endroit le plus favorable à l'accomplissement normal des fonctions digestives. Le pourtour de la plaie intestinale, dans une étendue de 6 millimètres environ, est tapissé d'une fausse membrane déjà de quelque épaisseur, allant en s'amincissant sur ses bords.

Avant d'enlever la pièce anatomique, je tentai de nouveau, sans toucher aux intestins, l'introduction d'un stylet mousse d'abord, d'une sonde de femme en argent ensuite : je n'y pus parvenir.

Je fis alors redresser les circonvolutions intestinales par un aide, et, à ma grande surprise, j'introduisis avec une grande facilité la sonde d'argent jusque dans le côlon descendant.

J'enlevai alors avec précaution l'intestin au-dessus de l'anus artificiel, puis au-dessous de l'anus, et j'ai l'honneur de présenter cette pièce à la Société.

Il n'y avait pas à proprement parler d'imperforation du rectum mais bien un rétrécissement de tout le calibre de cet intestin, et dans toute sa longueur. Au-dessus du rétrécissement le côlon est distendu comme un estomac dans lequel les matières se seraient accumulées.

Au niveau de la séparation du rectum avec le côlon descendant existait une valvule qui, pendant la vie, rendait la partie supérieure de l'intestin imperméable au stylet. Du reste le doigt ne pouvait atteindre jusqu'à cet endroit. Tous les efforts tentés par moi d'abord, et par M. Huguier ensuite, ont été infructueux : nous n'avons pu sentir la plus petite fluctuation pendant les cris ou les efforts de l'enfant. Il est probable que les replis que formait le rectum empêchaient le doigt d'arriver jusqu'à l'endroit où se trouvaient accumulées les matières stercorales.

Ce qui paraît le plus important à noter dans cette observation, c'est la possibilité d'atteindre la partie inférieure de l'intestin en pratiquant l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre, au-dessus du pli inguinal du côté droit.

DISCUSSION.

M. HUGUIER. Avant que l'on examine la pièce anatomique, je tiens à établir ce que j'ai dit relativement à ce cas. Voici mes expressions : « Mon doigt a senti un cordon vers la partie droite, puis une dilatation. » L'on pourra constater ainsi d'une manière rigoureuse si je me suis trompé.

M. BROCA. L'examen de la pièce anatomique montre que le stylet introduit dans l'anus pénètre jusqu'à 5 ou 6 centimètres jusque dans le rectum, et à cette hauteur l'on trouve un disque membraneux peu épais à la jonction de l'S iliaque avec le rectum. M. Chairou dit dans son observation qu'il y avait une déviation du rectum, ce qui expliquerait pourquoi sur le vivant il n'a pu faire pénétrer le stylet qu'à 1 centimètre au-dessus de l'anus.

La situation de l'ouverture pratiquée à l'intestin par M. Huguier n'est pas très-éloignée du point oblitéré, et il faut reconnaître que c'est là un beau cas en faveur de sa méthode.

M. Chairou ayant cru que l'obstacle était à 1 centimètre au-dessus de l'anus et ayant pu franchir cet obstacle, a pensé qu'il s'agissait d'un rétrécissement de la partie inférieure du rectum, tandis qu'il y avait en réalité une oblitération un peu plus haut.

LECTURE.

M. le docteur BERRUT lit la note suivante :

Absence d'anus. — Fistule recto-vulvaire chez une petite fille âgée de quatre jours. — Opération. — Guérison. — Je fus appelé à Marseille par deux de mes confrères, le 11 mai 1860, auprès d'une enfant née le 7 mai avec une absence complète d'anus au périnée. Le rectum se terminait par une ouverture fistuleuse étroite à la partie inférieure de la vulve, au-devant de l'hymen.

Le méconium avait pu sortir par cette ouverture, et les selles, quoique exigeant beaucoup d'efforts, étaient possibles et facilitées par des injections d'eau tiède.

L'opération fut pratiquée le 14 mai.

J'introduisis une sonde cannelée dans la fistule, et je pus sentir son extrémité au périnée. Je pratiquai sur la ligne médiane une incision de 1 centimètre et demi, se terminant en arrière au-devant du coccyx, au point où s'arrête normalement l'anus. Sur la partie antérieure de cette incision, j'en fis une seconde transversale.

Je pus reconnaître alors que je me trouvais sur le rectum incurvé en haut et en avant.

A quelques millimètres de la fistule, j'incisai transversalement l'intestin dans les quatre cinquièmes de sa circonférence, et je l'amenai au contact de la surface de section de la peau, avec laquelle je le fixai par cinq points de suture.

Cette manœuvre avait été longue; l'enfant fut pris de convulsions tellement violentes que je le vis sur le point d'expirer. Je remis à plus tard la fin de l'opération.

La réunion du rectum avec la peau se fit dans toute l'étendue de la coaptation et sans accidents.

J'enlevai les points de suture le sixième et le septième jour. L'écoulement de matières était fréquent : le moindre attouchement sur la muqueuse rectale, un peu saillante à l'extérieur, le déterminait, et dans l'expulsion une partie des matières liquides venait sortir par l'ouverture de la fistule à la vulve.

Quatre mois plus tard, le 20 septembre, l'enfant se trouvant dans de bonnes conditions de santé, je terminai l'opération par la section transversale de la partie du canal rectal que j'avais laissé adhérer à l'ouverture fistuleuse. Je me bornai à la section sans mettre de points de suture. Et j'incisai ce qui restait du trajet fistuleux, c'est-à-dire l'espace compris entre la portion sectionnée du rectum et l'orifice fistuleux vulvaire.

La cicatrisation se fit bien.

Mais au bout d'un mois commença une atrésie de l'anus telle que les matières ne sortaient plus qu'à travers une filière, exactement comme elles sortaient dans les premiers jours à travers l'ouverture fistuleuse.

J'essayai alors l'introduction de mèches volumineuses dans l'anus. Elles ne purent être supportées, l'enfant faisant immédiatement des efforts qui amenaient leur expulsion, et, quand elles n'étaient pas expulsées, force était bien de les enlever pour arrêter les efforts, qui amenaient un état congestif de la face inquiétant.

J'employai alors des baguettes de bois bien polies, que je commençai par introduire moi-même deux fois par jour pendant une minute, et que le père de l'enfant introduisit plus tard trois fois par jour, en augmentant graduellement leur calibre et la durée du temps de leur application.

Cette pratique a vaincu complétement l'atrésie au bout de quatre mois environ, et les selles sont devenues régulières et faciles. Les matières sont retenues par la contraction de l'anus et ne s'échappent pas en dehors des phénomènes de l'effort.

La dernière fois que j'ai vu la petite malade, il y a six mois, tout allait bien. Seulement le périnée continuait à être muqueux.

J'ai eu des nouvelles il y a un mois à peine; les fonctions de cette enfant, aujourd'hui âgée de près de deux ans, s'exécutaient dans toute leur régularité, et elle était en parfait état de santé.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. HUGUIER. Je n'ai pas dit d'une manière absolue que la palpation et la percussion étaient inutiles pour le diagnostic des oblitérations intestinales. J'ai voulu dire simplement qu'il est des cas où elles ne servent à rien, et j'en ai fait voir un exemple.

Relativement à ce fait qui vient de nous être présenté par M. Chairou, je ne pensais pas qu'il viendrait si vite donner raison à ma méthode.

M. TRÉLAT. A la suite de ma communication, M. Depaul m'a fait diverses objections auxquelles je vais répondre. Je n'insisterai pas sur les chiffres. M. Lobligeois cite 60 cas d'imperforation, et il a trouvé qu'il y en avait 52 qui étaient à la fin de l'intestin. J'ai pu recueillir moi-même 15 faits d'oblitération intestinale.

Sur quelques autres points, je crois que je n'ai pas été compris de M. Depaul. J'ai établi qu'il y avait au-dessus du rectum perméable, dans une certaine étendue, des cloisons, de simples valvules qui pouvaient en produire l'oblitération. Or, c'est là un fait qui n'est pas connu de tout le monde.

Relativement au trocart et au bistouri employés comme moyens d'opération, je persiste dans ma première opinion. Je reconnais volontiers que dans quelques cas le trocart explorateur est bon, mais ce sont des cas tout à fait exceptionnels. Quant à la pratique de M. Paul Dubois, qui a enfoncé un trocart hardiment à travers le périnée, je la regarde comme mauvaise, comme très-dangereuse. S'il a réussi, c'est un hasard, puisque sans diagnostic, sans examen préalable, on a pratiqué une ouverture dans un point où le rectum pouvait ne pas exister.

Quand, par une tentative semblable, on a été assez heureux pour faire sortir du méconium par le périnée, est-on encore bien avancé? Combien d'enfants ont guéri après cette opération? On serait peut-être embarrassé de citer un cas bien avéré de guérison.

Il faut donc abandonner cette pratique dangereuse, surtout quand on a à sa disposition un procédé méthodique qui consiste à aller couche par couche à la recherche du bout intestinal en traversant la région périnéale.

Quant à la palpation, à la percussion et à l'auscultation, je pense qu'elles ne peuvent éclairer le diagnostic quand il s'agit des oblitérations rectales. Mais je préconise ces moyens, s'il s'agit d'une oblitération siégeant dans le côlon ou bien dans l'intestin grêle.

M. Depaul a dit que les enfants imperforés ne vomissent pas de méconium, et par conséquent il regarde ce signe comme mauvais. Je n'ai pas dit qu'il fût bon, je l'ai regardé comme douteux, mais je suis prêt à soutenir qu'il peut devenir un signe d'une certitude assez grande. Ainsi, dans une observation de M. Thore, je vois un enfant qui rend un liquide jaune clair, il n'y a pas de vomissements verts plus ou moins semblables au méconium délayé. Avec cela je constate par le palper et par la percussion que l'intestin est très-distendu, que le rectum est perméable; je diagnostique avec certitude qu'il s'agit d'une oblitération de l'intestin grêle.

Voici un autre cas : un enfant a des vomissements d'abord muqueux, filants, incolores, puis jaunâtres, puis verdâtres, de plus en plus semblables, en un mot, au méconium; il est évident pour moi que l'oblitération siége plus bas que dans le cas précédent. Il y a là des nuances qu'il faut savoir interpréter, et qui peuvent éclairer beaucoup le diagnostic.

Dans ma communication je n'ai pas parlé des modifications du ventre, parce que je ne voulais pas traiter le sujet *in extenso*. Je ne devais pas le faire, puisque cette question est déjà traitée dans nos *Bulletins*. Mais je suis prêt à reconnaître que c'est là un signe précieux pour le diagnostic.

M. CHASSAIGNAC. Y a-t-il des succès durables bien constatés dus à la méthode de Callisen?

M. TRÉLAT. Je n'en connais point.

M. CHASSAIGNAC. J'adresse cette question, parce que cette opération m'a toujours paru un tour de force anatomique plutôt qu'une manœuvre consacrée par la clinique et la pratique.

Elle n'a jamais réussi. Les faits dans lesquels on l'a employée sont très-rares. Je sais qu'Amussat l'a préconisée en la modifiant un peu; il a peut-être obtenu un succès. Mais je soutiens que la méthode de Littre est bien supérieure pour ses résultats. Je repousse donc la méthode de Callisen.

La question débattue entre MM. Depaul et Trélat, à savoir : s'il y a des vomissements de méconium, me paraît facile à juger d'une manière très-catégorique.

Il y a dans les écrits et les idées de certains chirurgiens une erreur très-grande à ce sujet. Pour ma part, je n'ai jamais vu de vomissements de matières fécales. J'ai bien vu quelque chose qui en avait l'apparence, mais c'étaient, si l'on veut, des matières fécaloïdes. Il n'y a jamais retour des matières qui ont franchi la valvule iléo-cæcale. Comment expliquer cette erreur partagée par des chirurgiens très-recommandables? Quand il y a étranglement interne, les vomissements sont d'abord acides, puis fades, puis bilieux, et puis, plus tard, ces vomissements d'abord inodores sont d'une odeur semblable à celle des matières fécales. Est-ce à dire pour cela qu'ils soient constitués par des matières fécales? Non. Il s'est fait simplement une sorte d'imbibition; les matières fécales au-dessous de l'étranglement ont pour ainsi dire imbibé celles qui sont au-dessus. Les matières fécales sont toujours dans le gros intestin, et elles ne peuvent refluer.

M. GIRALDÈS. J'ai demandé la parole à regret pour ainsi dire. Mais je veux m'élever encore contre le précepte posé par M. Huguier.

Je ne conteste pas que dans quelques cas on ne tombe heureusement sur l'intestin quand on opère à droite; mais de ce fait aller jusqu'à conclure qu'il faut toujours pratiquer l'incision à droite, je crois qu'il y a exagération. M. Huguier avait dit d'abord que la disposition qu'il signale se maintenait jusqu'à l'âge de deux ans. Je conteste cette proposition en me basant sur mes propres recherches et sur celles de Curling. Je m'élève avec d'autant plus d'énergie contre la méthode de M. Huguier, qu'un jeune chirurgien qui serait tenté de l'imiter s'exposerait à rencontrer de grandes difficultés.

M. DEPAUL. Je suis heureux d'avoir la pensée de MM. Huguier et Trélat sur la valeur qu'ils accordent à certains signes pour le diagnostic des oblitérations intestinales.

M. Trélat vient de lancer un anathème contre le trocart. Il nous avertit lui-même qu'il ne l'a jamais employé; son objection est toute théorique, et cependant le résultat a été favorable dans les cas que j'ai cités. M. Trélat répond à cela que ce résultat n'a pas été dura-

ble. Mais l'opération de Littre elle-même a-t-elle beaucoup de résultats qui aient duré? Je persiste à croire que le trocart peut rendre des services dans quelques cas. Ainsi voilà un enfant dont le périnée fait saillie, vous portez votre diagnostic, il s'agit bien d'un anus imperforé. Vous introduisez alors votre doigt dans le vagin, s'il s'agit d'une fille, vous plongez votre trocart dans le périnée. Vous avez réussi à donner issue au méconium, vous avez très-bien agi. Mais il est évident que si vous vous arrêtez là, vous n'aurez pas remédié à tous les accidents. Il faut compléter votre opération, en pratiquant une ouverture convenable et durable. Je termine en disant avec M. Chassaignac qu'il n'y a de vomissements ni de matières fécales ni de méconium.

M. BAUCHET. Je veux appeler l'attention sur une observation qui a été publiée par M. Labbé. Il s'agit d'une femme qui prit un lavement de café ; quelque temps après, cette femme rendait par les vomissements le café qu'elle avait pris en lavement.

M. HUGUIER. La Société doit être fatiguée des arguments invoqués contre ma méthode. Je possède des dessins que je soumettrai à la Société. L'on verra que la tumeur était à droite. M. Giraldès me fait dire que j'ai assigné jusqu'à deux ans l'époque à laquelle on rencontre cette disposition anatomique. J'ai dit qu'elle se rencontrait chez les nouveau-nés, et que dans quelques cas on l'avait vue jusqu'à deux ans. J'ai étudié tous ces faits en faisant mes recherches sur le développement des organes génitaux. Tout le monde peut vérifier l'exactitude de ce que j'ai avancé.

M. VERNEUIL. J'ai étudié aussi ce fait anatomique en me plaçant autant que possible dans les conditions d'une imperforation, et pour cela j'ai distendu l'intestin au-dessus d'un point que j'oblitérais. Or, d'après ces recherches, M. Huguier a raison. Toutes les fois que l'S iliaque est distendue, elle vient se loger à droite. Il faut conserver cette donnée, et je pense qu'on a plus de chance de découvrir l'S iliaque en faisant l'incision à droite.

Quant à l'emploi du trocart, je le trouve mauvais. Si le diagnostic est facile, le trocart ne sert à rien ; si l'on ignore la situation et les rapports du rectum, le trocart peut être très-dangereux. J'ai cité des cas dans lesquels on a perforé l'intestin, le péritoine, le vagin, la vessie. Il y a quatre ou cinq ans, dans une discussion, j'ai combattu l'usage du trocart. J'ai établi alors qu'il faut aller méthodiquement à la recherche du bout intestinal par la région périnéale ; que si on ne le découvre pas, il faut laisser cette incision, et procéder immédiatement à l'incision suivant la méthode de Littre. Dans le cas où le rectum serait situé trop haut, j'ai établi aussi qu'il serait bon de chercher à l'atteindre en faisant l'excision du coccyx.

M. TRÉLAT. Nous sommes d'accord avec M. Depaul sur tous les points, excepté sur celui que vient de soulever M. Verneuil. Je rejette le trocart à cause de ses dangers, même en présence des faits heureux que l'on nous cite.

M. DEPAUL. Je maintiens que le trocart offre quelques applications heureuses, et dans le cas de M. Chairou il aurait pu réussir. La méthode des incisions et des recherches est loin d'être inoffensive ; elle est tellement grave que les enfants meurent tous.

M. Huguier me paraît attacher trop d'importance à l'incision à droite ; je préfère l'incision à gauche. Ainsi, dans le cas de M. Huguier, si l'incision avait été à gauche, on aurait été plus près du cul-de-sac intestinal. M. Verneuil va jusqu'à proposer l'excision du coccyx ; or je crois que cette excision est bien plus grave qu'une ponction avec le trocart.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC. Je veux présenter à la Société deux malades qui m'ont offert quelques points importants.

Le premier malade est un homme âgé d'environ quarante-cinq ans, bien constitué, qui a ceci de remarquable qu'il s'est fracturé ses deux rotules à des époques différentes, et qu'il a subi deux traitements dont on peut aujourd'hui apprécier la valeur comparative.

Il y a plusieurs années qu'il s'est brisé la rotule droite, et après le traitement il a conservé un écartement considérable des fragments, qui est d'environ 3 centimètres. Il faut ajouter cependant qu'avec cet écartement, cet homme n'a pas éprouvé un trouble notable dans l'usage de son membre.

Il y a quelque temps que ce malade a été atteint d'une fracture de la rotule gauche ; la réunion s'est faite avec si peu d'écartement, qu'on dirait qu'il n'y a pas de substance intermédiaire entre les fragments.

DISCUSSION.

M. BOINET. Les deux fragments de la rotule gauche sont unis par des liens fibreux et non par un cal osseux. Il existe une petite mobilité entre les deux fragments, et cependant la rotule n'est pas mobile sur les condyles fémoraux, de sorte que sous ce rapport il n'y a pas cette mobilité obtenue par la méthode de M. Morel-Lavallée. En somme, c'est un résultat satisfaisant.

M. CHASSAIGNAC. Je reconnais que la réunion est faite par un tissu fibreux; je n'ai pas dit qu'il eût une substance osseuse. Très-souvent on croit à une réunion par un cal osseux, et si l'on fend l'os, on trouve que c'est du tissu fibreux qui maintient les fragments.

M. LE PRÉSIDENT. Je désirerais que M. Chassaignac indiquât d'une manière précise quel était le degré d'écartement avant l'intervention du chirurgien.

M. CHASSAIGNAC. Cet écartement était de 2 centimètres, et par le traitement, je suis parvenu à le rendre presque nul. Ce résultat est bien différent de celui obtenu par une méthode que l'on a beaucoup vantée, et qui est loin d'avoir réussi sur la rotule droite de ce même malade.

—Le deuxième malade que je désire montrer est une jeune dame qui avait un enchondrome type dans la bouche, sur le maxillaire inférieur, près de la ligne médiane. Je l'ai opérée une première fois, et elle est restée guérie pendant treize mois; j'ai pratiqué une seconde opération, puis une troisième. Avant de l'opérer une quatrième fois, je voulais la soumettre à l'examen de la Société pour connaître son avis, et j'aurai soin d'en dire le résultat.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA. Je désire présenter la moelle épinière d'un homme qui est mort de tétanos dans mon service, et qui a succombé malgré l'administration du curare. La moelle est altérée, ramollie, injectée dans la région cervicale. Le ramollissement est surtout prononcé sur les cordons postérieurs de la moelle, dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres, et particulièrement au niveau du renflement cervico-brachial.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Cazeaux, membre de l'Académie de médecine et agrégé libre de la Faculté, vient de succomber, à l'âge de cinquante-trois ans, à la longue et cruelle maladie qui le tenait éloigné depuis longtemps de tout commerce avec la science et avec ses nombreux amis. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui samedi 19, *à midi très-précis*, à l'église Saint-Sulpice.

— M. le docteur Ravet, médecin à L'Huis, membre du Conseil général de l'Ain, vient de mourir dans cette commune.

— M. Morot, médecin à Arc-en-Barrois (Haute-Marne), est mort dans cette ville, à l'âge de cinquante-six ans.

— Le prix Esquirol (concours de 1861) vient d'être décerné à M. Dunant, interne à la Salpêtrière.

— La Société centrale de médecine du département du Nord vient de conférer le titre de membre correspondant à MM. les docteurs Le Fort (de Paris) et Alvarenga (de Lisbonne).

— Les juges du concours qui s'ouvrira le 28 avril à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour la nomination de deux médecins des hôpitaux, sont : MM. les docteurs Desgranges, Gromier, Socquet, Devay, Richard (de Naucy), Lacour, Peyraud, Rambaud, Pomiès, Colrat, Garin et Bouchet.

— Le tribunal correctionnel de Lille vient de condamner pour exercice illégal de la médecine et pratique illicite de l'art de l'accouchement :

1° Bock, à Sainghin, 21 jours de prison et 70 fr. d'amende. — 2° Leborgne, à Provin, 45 fr. d'amende. — 3° Marie Mahiette, à Provin, 45 fr. d'amende. — 4° Julie Poissonnier, à Annœulin, 45 fr. d'amende. — 5° Eugénie Duthoit, à Saingbin, 15 fr. d'amende. — 6° Virginie Lefebvre, à Allennes, 5 fr. d'amende. — 7° Veuve Legroux, à Bauvin, à 15 fr. d'amende.

Et en outre, les nommés Bock et Leborgne à chacun 100 fr., et les autres sus-dénommés chacun à 50 fr. de dommages-intérêts envers MM. Denis, Dernancourt, Couvreur et Vernier, qui s'étaient portés partie civile.

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 28 avril, à six heures et demie. Les membres correspondants nationaux et les membres associés étrangers présents à Paris, qui désireraient prendre part à cette fête, sont priés d'en informer M. le docteur Legrand du Saulle, commissaire.

— M. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants, commencera des conférences cliniques chirurgicales et ophthalmologiques le jeudi 24 avril, et les continuera tous les jeudis. Visite des malades de 8 à 9 heures, et opération à 10.

— M. le docteur Phillips commencera la troisième partie d'un cours des maladies des voies urinaires, le mercredi 23 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et il la continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cette troisième partie comprend l'affection calculeuse et la lithotritie.

— M. le docteur Hiffelsheim commencera son cours public d'électricité médicale le mercredi 23 avril, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis à la même heure.

Le professeur traitera, pendant le deuxième semestre, des maladies dans lesquelles les diverses méthodes d'électrisation sont indiquées, l'action physiologique et le mode d'application des courants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Ardouin, né à Rioux (Charente-Inférieure); *Essai sur le rhumatisme.*

Cerf-Lévy, né à Müttersholtz (Bas-Rhin); *De la cachexie exophthalmique ou maladie de* Basedow.

Schvob, né à Gray (Haute-Saône); *Essai sur la médecine légale chez les Hébreux.*

Bodier, né à Besançon (Doubs); *De l'influence paludéenne dans les maladies.*

Haas, né à Arras (Pas-de-Calais); *De quelques tumeurs du voile du palais.*

Barth, né à Sierentz (Haut-Rhin); *De l'engorgement laiteux du sein ou poil.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Bulletin de la médecine et de la pharmacie militaires.

Revue scientifique et administrative des médecins des armées de terre et de mer.

Bulletin de l'intendance et des services administratifs de l'armée de terre.

Annuaire du corps de l'intendance, du personnel de santé et des officiers d'administration, des hôpitaux, — de l'habillement et du campement, — des subsistances, — et des bureaux de l'intendance de l'armée de terre, établis sur les documents du ministère de la guerre. — Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 47. — MARDI 22 AVRIL 1862. (35e ANNÉE.) N° 47. — MARDI 22 AVRIL 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT pour Paris et les Départements. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour l'étranger, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Quelques réflexions sur un passage du discours de M. Malgaigne. — HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE (M. Bouchut). Ictère grave. — Déchirure de la gaîne tendineuse des péroniers latéraux, et luxation de ces tendons. — Observation de hernie inguinale étranglée chez la femme, pouvant être prise tout d'abord pour une hernie crurale. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 14 avril. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 2 janvier. — Nouvelles. — FEUILLETON. Fragment historique sur le service de santé maritime en France.

PARIS, LE 21 AVRIL 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

La communication de M. Velpeau sur l'embolie pulmonaire, que nous avons publiée dans le dernier numéro, a occupé toute la première partie de cette séance. Cette communication a donné lieu à un échange d'explications entre MM. Cloquet, Jobert (de Lamballe) et Velpeau, sur une question incidente et qui se rattache au sujet des expériences de M. Jobert (de Lamballe), relatives à la régénération des tendons. M. Rayer, empêché par le temps, a manifesté l'intention de présenter dans la prochaine séance quelques considérations sur le fond même de la question. Nous attendrons ce nouveau complément d'instruction pour revenir et sur le fond et sur l'incident de cette discussion.

La deuxième partie de la séance a été occupée par des scrutins dont nous faisons connaître les résultats dans le Compte rendu. — Dr Brochin.

QUELQUES RÉFLEXIONS sur un passage du discours de M. Malgaigne.

(Séance de l'Académie de médecine du 1er avril.)

Depuis douze ans au moins, un fait d'une grande importance avait frappé tous les chirurgiens, à savoir : la diminution incontestable de la mortalité après les grandes opérations chirurgicales; tous, en France surtout, avaient attribué ce précieux résultat à l'action puissante et salutaire du *chloroforme*. Plusieurs éminents praticiens avaient même donné de ce fait des explications physiologiques très-plausibles.

M. Chassaignac s'était efforcé de démontrer que le chloroforme, en diminuant les battements du pouls, en affaiblissant son intensité, en régularisant la respiration, diminuait à la fois la perte du sang veineux et celle du sang artériel; ce qui était très-important chez des sujets déjà affaiblis par de longues souffrances et par des hémorrhagies répétées.

M. Jobert (de Lamballe), dans son intéressant mémoire lu à l'Académie des sciences (1855), *sur le retentissement de la douleur sur l'organisme*, démontra jusqu'à la dernière évidence les immenses avantages du chloroforme dans les grandes opérations chirurgicales.

« La fièvre nerveuse, disait-il, aussi dangereuse que le *delirium tremens*, est d'autant plus à redouter que le sujet est plus excitable; elle est provoquée par l'ébranlement du système nerveux, sous l'influence de la douleur, quelle que soit d'ailleurs la cause qui y ait donné naissance. »

« Nous posons en fait, disait plus loin M. Jobert, que toute douleur continue et violente peut devenir la source d'accidents redoutables... » Après avoir cité plusieurs faits à l'appui de son opinion, il en faisait ressortir la nécessité indispensable de diminuer ou d'abolir la douleur, afin d'éviter ses funestes effets, rapides ou lents, sur le système nerveux, et il terminait ainsi : « L'expérience m'a appris combien le chloroforme est utile, non-seulement pour modérer et éteindre la douleur, mais encore pour prévenir la fièvre nerveuse, le *delirium tremens;* un trouble indéfinissable et l'*affaissement de l'organisme* qui résulte de l'épuisement par la douleur. » Il affirmait même que la réunion des plaies se fait bien plus promptement, « le sang ne perdant, *par l'emploi du chloroforme*, ni sa *plasticité* ni sa *vitalité*. »

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il nous est impossible de préjuger la somme de douleur que chaque individu peut supporter impunément... En 1825, j'assistais à une opération de lithotomie pratiquée par Dupuytren sur un homme de quarante-cinq ans. Ce malade, très-irritable, mais très-courageux, supporta cette opération sans proférer une plainte; elle dura dix minutes seulement : il n'y eut aucune hémorrhagie.

Le malade reporté dans son lit, y resta calme, mais dans un état d'affaissement profond.... Deux heures après il avait succombé.

Je ferai remarquer en passant que, s'il eût été soumis au chloroforme, on n'aurait pas manqué d'accuser l'anesthésie de cet accident... Mais, que dis-je? si ce précieux moyen eût été connu alors, il aurait sauvé ce malade !...

Quoi qu'il en soit, on ne trouva rien à l'autopsie qui pût expliquer cette mort rapide, et le lendemain notre célèbre professeur, dans une magnifique dissertation, nous démontra que l'homme ne peut dépenser impunément qu'une certaine dose de sensibilité; que, de même qu'il peut mourir dans une hémorrhagie par la perte d'une quantité de sang trop considérable, de même il peut succomber sous l'influence d'une douleur violente et prolongée par la déperdition d'une quantité de sensibilité excessive. Les faits semblables n'étaient malheureusement pas rares autrefois; plusieurs parfaitement analogues se lisent dans la *Médecine opératoire* de Lisfranc (p. 48 et suivantes). Tous ces malades qui succombaient ainsi sous le coup d'une douleur vive et prolongée, tous ceux qui succombaient aussi à la fièvre nerveuse, aux altérations graves des liquides suite de ce *trouble indéfinissable*, de l'*affaissement de l'organisme* qui résulte de l'*épuisement par la douleur*, tous ces malades sont aujourd'hui sauvés.

Les chirurgiens français pensaient généralement que le chloroforme les avait arrachés à la mort; eh bien, tout cela n'était qu'une décevante illusion, une déplorable erreur! Ecoutez plutôt M. Malgaigne dans son dernier discours à l'Académie de médecine : « La statistique de 1842 est aujourd'hui remplacée » par une statistique qui établit une moindre mortalité... Cette » amélioration, je l'avais prédite il y a vingt ans, lorsque j'ai » insisté sur la nécessité d'une *alimentation substantielle pour » les opérés*. C'est un grand progrès accompli, et, grâce à ce » progrès, on sauve un plus grand nombre de malades. *Je réclame ma part de ces malades sauvés...* »

Espérons qu'après avoir pris sa part l'éminent professeur voudra bien encore en abandonner quelques-uns au chloroforme. Si nous voulions discuter sérieusement cette singulière prétention, nous rappellerions que dès 1814 les chirurgiens russes nous avaient appris à nourrir et à tonifier de bonne heure les malades qui subissaient de graves opérations.

Dans ce même discours, M. Malgaigne dit un peu plus loin : « Si l'administration veut des flatteries, elle peut les demander » à d'autres, ou se les demander à elle-même, etc. » Eh quoi! Monsieur, ne craignez-vous pas qu'on ne vous retorque cet argument et qu'on ne vous renvoie votre trait mordant?

Pour nous, qui nous joindrions volontiers à ceux qui vous donnent des louanges pour les éminentes qualités d'orateur dont vous avez fait preuve dans votre belle improvisation, nous ne vous flatterons pas également pour vos prétentions, de tout point mal fondées, aux succès plus nombreux remarqués depuis quelques années dans les grandes opérations chirurgicales. *Suum cuique*. Rendons à M. Malgaigne ce qui appartient à M. Malgaigne, et au chloroforme ce qui appartient au chloroforme.

Dr Alf. LIÉGARD (de Caen.)

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Ictère grave.

(Leçon clinique recueillie par M. E. GOIN, externe du service.)

Il est des maladies qui s'offrent assez rarement à l'observation, et sur la nature desquelles les auteurs sont loin d'être d'accord, des maladies qui réclament un examen clinique approfondi, pour prendre dans le cadre nosologique la place qui leur convient réellement.

L'*ictère grave*, également appelé *ictère malin*, *ictère hémorrhagique essentiel* ou *fièvre jaune sporadique*, est de ce nombre.

M. Bouchut, ayant dans son service un bel exemple de cette maladie, en a fait le sujet de sa première leçon clinique.

Au n° 21 de la salle Sainte-Marguerite est couchée la nommée Marie L..., âgée de douze ans, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie le 3 avril 1862.

Cette enfant est réglée depuis l'âge de dix ans; ses règles viennent environ toutes les six semaines.

Elle a eu, il y a deux mois, une anasarque qui a disparu à l'époque menstruelle.

Le 29 mars, jour de la mi-carême, cette enfant a bu un verre de vin chaud qui n'a produit aucun phénomène d'ivresse.

Le lendemain, elle fait une chute dans un escalier et tombe sur l'épigastre; peu de temps après l'enfant éprouve du malaise, des dou-

---

FRAGMENT HISTORIQUE SUR LE SERVICE DE SANTÉ MARITIME EN FRANCE.

L'ouverture d'un concours à l'École de santé de la marine de Brest, pour les différents grades d'officiers de santé de la marine, a été l'occasion d'une solennité qui honore trop nos confrères de la flotte, pour que nous ne nous empressions d'en porter les échos à la connaissance de nos lecteurs. M. l'amiral de Gueydon, préfet maritime, avait accepté l'honneur de présider ce concours, assisté de M. le directeur Lefèvre, de MM. les membres du Conseil et du personnel tout entier de l'École. L'éminent amiral a ouvert la séance par une allocution dans laquelle il a obéi, suivant ses nobles expressions, « au besoin irrésistible de payer, au nom de ses collègues et de nos matelots, une dette de reconnaissance à ce corps médical, dont, depuis tant d'années, il a pu apprécier chaque jour le dévouement et l'abnégation. »

Mais le plus bel hommage que puisse recevoir le corps de santé maritime ne vaut pas encore celui qui ressort de sa propre histoire.

M. Lefèvre, qui, en prenant la direction du service de santé et de l'École de Brest, a eu l'heureuse idée de faire inscrire sur les murs de l'amphithéâtre le nom des hommes qui ont honoré le corps des médecins de la flotte, a pensé avec raison qu'il ne pouvait plus dignement inaugurer ce concours qu'en payant un juste tribut d'éloges à la mémoire de ses premiers devanciers. Nous extrayons de son discours les passages suivants, dans lesquels il s'est proposé d'apprécier l'influence que les principaux événements qui intéressent le service médical de Brest ont pu avoir sur la réputation des médecins qui l'ont dirigé.

« Au moment, a-t-il dit, où le génie de Colbert, inspiré par la volonté de Louis XIV, allait élever la France au rang des puissances navales du premier ordre, et où l'établissement de trois grands arsenaux maritimes était décidé, d'importantes mesures furent prises pour le prompt succès de cette grande entreprise. Le choix des hommes que cet illustre ministre appela dans les ports pour concourir à cette œuvre immense témoigne de son discernement, et le premier médecin qu'il envoya à Brest n'était pas un homme ordinaire.

» Tout était à créer en fait d'assistance publique lorsqu'il y arriva vers la fin de l'année 1674. Il n'y avait pas d'hôpitaux pour recevoir les malades, pas de corporations religieuses pour les assister; pas d'apothicairerie ni de dépôts de remèdes pour approvisionner les navires et traiter les maladies : un personnel restreint composé d'un chirurgien-major et de quelques chirurgiens entretenus appelés tour à tour à servir à la mer, constituait l'assistance sur laquelle il pouvait compter dans l'examen des chirurgiens et des *fraters* qu'on embarquait sur la flotte et dans les soins à donner à la population ouvrière nombreuse que nécessitaient les immenses travaux entrepris.

» La construction d'un hôpital sur le terrain où nous sommes, vers 1684, l'appel des religieuses hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Vannes, et après elles des frères de la Charité pour le desservir; l'établissement d'une commission de surveillance pour le choix et l'achat des remèdes et des médicaments qu'on destinait à la flotte; la nomination d'un apothicaire-major pour veiller à leur conservation et à leur préparation; la rédaction d'un règlement sur cette partie essentielle du service; des dispositions prises pour accroître le personnel chirurgical et s'assurer de son instruction, se succédèrent à de courts intervalles et témoignent à la fois de l'activité et de la sollicitude du premier médecin Ollivier. Il était souvent consulté par les ministres Seignelay et de Pontchartrain, auxquels il adressait directement des mémoires sur les matières de son ressort et sur les améliorations à apporter aux différents établissements qu'on venait à peine de créer.

» C'est ainsi qu'en 1689 il signalait déjà l'insuffisance de l'hôpital à peine terminé, et qu'à sa demande on disposa les abbayes de Saint-Matthieu, de Landerneau, de Landévennec, pour lui servir de succursales et abriter les nombreux malades que des armements multipliés ne cessaient de donner.

» En 1691, l'intendant du port, satisfait de ses services, demanda au ministre de lui expédier une commission de commissaire de l'hôpital, afin, disait-il, *qu'il pût remplir à la fois les fonctions de médecin et celles d'administrateur, qu'il le croyait seul capable de bien remplir.*

» Cette proposition ne fut pas accueillie; mais, comme c'était alors l'usage, une forte gratification et l'adjonction d'un second médecin pour partager ses travaux, témoignent de la haute estime que lui portait M. de Pontchartrain, et du désir qu'il avait de l'attacher de plus en plus au service de la marine.

» En 1694, on s'occupa, sur sa demande, de l'établissement d'un jardin destiné à la culture des plantes médicinales, qui est devenu le jardin actuel de botanique.

» En 1696, la crainte de voir la fièvre jaune, appelée alors *maladie contagieuse des îles d'Amérique*, qui sévissait avec violence aux Antilles, s'introduire en Bretagne par les équipages des navires provenant de la zone tropicale, lui fit proposer l'établissement des quarantaines et la construction d'un petit hôpital sur l'île de Trébéron, où elles devaient être purgées. Cette institution s'est maintenue depuis; elle fut d'une grande utilité dans les premières années du dix-huitième siècle, où la même crainte se renouvela chaque année.

» L'importance des services rendus par le médecin Ollivier pendant les vingt premières années de son séjour à Brest, ressort des difficultés sans nombre qu'il eut à surmonter pour pourvoir aux nécessités

leurs à l'estomac. Au bout de vingt-quatre heures apparaît une couleur ictérique très-prononcée, surtout sur les conjonctives, les tempes et le pourtour des lèvres. Huit sangsues sont appliquées sur la région du foie, et on a beaucoup de peine à arrêter l'écoulement du sang.

Le 1er avril, l'enfant a des hématémèses abondantes.

Le 2, elle a de la diarrhée avec melæna ; en même temps des épistaxis qui se sont renouvelées plusieurs fois. La nuit, il y a du délire et une agitation très-prononcée.

Enfin, le 3, on amène l'enfant à l'hôpital.

Dans la nuit du 3 au 4, elle a été en proie à un délire très-violent, au point qu'on a été obligé de l'attacher pour la maintenir dans son lit. Le matin, elle a eu une légère épistaxis. Au moment de la visite, le délire n'existe plus, la malade est prostrée, son corps offre une teinte jaune orange foncé; sa figure est jaune, sa physionomie souriante, caractère que M. Monneret a signalé comme existant fréquemment dans l'ictère grave. Langue blanche, humide, villeuse. Pas de vomissements depuis l'entrée à l'hôpital. Diarrhée abondante, selles involontaires, les excréments sont décolorés, blanchâtres et ne contiennent pas de sang. Les urines sont d'un jaune foncé et précipitent en vert par l'acide nitrique; pas d'albumine.

Sur les avant-bras on remarque plusieurs taches brunes ecchymotiques, mais pas de purpura. Pouls à 110. Une gouttelette de sang, prise sur l'avant-bras et examinée au microscope, montre parmi les globules rouges une quantité exagérée de globules blancs dans la proportion d'un dixième, au lieu de la proportion ordinaire, qui est environ de 1 sur 400.

En même temps qu'existe cet ensemble de phénomènes généraux, on trouve la région du foie excessivement douloureuse, la moindre pression est intolérable. Par la percussion, on trouve que le foie a conservé son volume normal.

La nuit du 4 au 5 a été très-agitée, on a dû maintenir l'enfant avec la camisole de force; le matin, elle est calme et prostrée.

Le 6, depuis hier la malade a eu deux épistaxis abondantes, une garde-robe moulée, grisâtre, semblable à du mastic de vitrier. La nuit a été tranquille. L'épigastre est moins douloureux. Des taches ecchymotiques se sont montrées sur les cuisses et les jambes ; celles des bras ont augmenté de nombre. Les urines sont toujours foncées.

Le 7, l'état de l'enfant paraît s'améliorer. La coloration ictérique semble diminuer d'intensité ; la langue se nettoie. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

Le 9, le foie a toujours son volume normal, et la douleur est moins vive ; mais le ventre est ballonné, tendu, douloureux ; on trouve de la fluctuation, de la matité sur les parties déclives, matité qui change de place en faisant varier la position l'enfant.

En un mot, il y a une péritonite avec un peu d'épanchement ; la quantité de liquide ne s'élève qu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La température dans l'aisselle est à 38°.

En résumé, voilà un ictère avec fièvre, prostration, délire, état d'ataxie très-prononcé ; un ictère avec hématémèse, mélæna, épistaxis et suffusion sanguine du tissu cellulaire sous-cutané des membres supérieurs et inférieurs, cela chez une enfant de douze ans. Peut-on dire qu'on a affaire ici à une maladie commune de l'enfance ? Non certainement.

M. Bouchut en a vu un cas l'année dernière dans le service de M. Bergeron ; l'enfant est mort en deux jours emporté par une diathèse hémorrhagique.

M. Natalis Guillot en a cité quelques exemples chez les nouveau-nés.

Cette maladie est *sporadique ;* cependant on l'a vue sévir sur une famille entière à l'état de petite épidémie.

Hanlon en a observé trois cas au même moment sur les trois sœurs âgées de 8, de 11 et de 17 ans, et une seule a guéri.

Le docteur Griffin l'a observé sur quatre enfants d'une même famille, et deux des enfants ont succombé.

Ce sont ces exemples qui, par leur analogie avec ce qu'on observe dans la fièvre jaune, ont fait considérer l'ictère grave comme une véritable fièvre jaune sporadique.

M. Monneret, sans être aussi affirmatif, dit que ce sont deux variétés d'une même espèce morbide.

Les nosographes, qui ne veulent rien préjuger sur la nature de cette maladie, en font un ictère grave essentiel, sans vouloir décider si elle est la conséquence d'une pyrexie primitive ou de l'altération spéciale du foie, décrite en Allemagne il y a quelques années par l'illustre professeur Rokitanski.

On sait en effet que M. Rotikanski a prétendu établir un rapport entre les phénomènes de l'ictère grave, hémorrhagique, et une altération particulière du foie qu'il a décrite sous le nom d'*atrophie jaune aiguë* du foie, c'est-à-dire d'une diminution très-rapide du volume de cette glande. Un peu plus tard, en Angleterre, Budd, étudiant le tissu du foie au microscope, constatait que les cellules de cet organe étaient altérées; qu'elles étaient dissociées, infiltrées de graisse, et il affirmait que la principale lésion du foie dans l'ictère grave était la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques. C'est l'opinion que Frerichs a adoptée, et qu'on trouve mentionnée dans son remarquable *Traité des maladies du foie.*

M. Robin a également décrit les lésions de l'ictère grave en faisant jouer un rôle important à l'altération des cellules hépatiques. Selon cet habile observateur, elles sont déformées, infiltrées de gouttelettes d'huile, ou elles ont disparu, et on trouve dans le foie des fibres de tissu cellulaire entremêlées de tissu fibro-plastique, de noyaux et de cellules fusiformes.

Voici donc deux opinions tout à fait opposées ; selon les uns, il y a ictère grave hémorrhagique, avec altération primitive du sang, qui se charge ensuite de la matière colorante de la bile ; et pour eux tous les phénomènes morbides ne peuvent trouver leur explication dans l'altération du foie. Selon les autres, au contraire, il y a ou atrophie ou hypertrophie du foie, déhiscence ou infiltration graisseuse des cellules ; tout autant de lésions qui sont causes de la maladie.

Cette dernière opinion est controuvée aux yeux de M. Bouchut ainsi que de MM. Monneret et Hérard, qui ont trouvé cette déhiscence et cette infiltration graisseuse des cellules du foie dans des circonstances autres que l'ictère grave.

D'un autre côté, dans cet ictère grave, on a observé tantôt l'atrophie, tantôt l'hypertrophie du foie, et même absence de lésions dans les cellules.

Une localisation systématique des maladies a ses dangers ; on en a vu des exemples par la fièvre typhoïde, dont on a voulu faire une dothinentérie ; par la variole, dont on a fait une maladie de peau, etc., alors qu'on n'y voit plus aujourd'hui que des maladies primitives du sang avec manifestation anatomique sur le derme ou sur la muqueuse de l'intestin. Toutefois il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire, et vouloir considérer comme générales des maladies qui sont bien évidemment le résultat d'une affection locale.

La nature d'une maladie ne peut être bien connue que par une observation attentive de tous ses phénomènes sans idées préconçues, et tout en tenant compte de l'opinion des hommes éminents qui l'ont étudiée. On doit cependant examiner si ces opinions sont vraies et concordent avec les faits cliniques.

Or ici que voit-on ? Une maladie qui présente de la fièvre, de l'ictère, des vomissements noirs, du mélæna, des épistaxis, des hémorrhagies cutanées, la dégénérescence graisseuse aiguë du foie, c'est-à-dire les mêmes symptômes et les mêmes lésions que la fièvre jaune, maladie dont on ne fait pas une affection du foie, et que tous les médecins considèrent comme une pyrexie. Il est impossible d'expliquer la manifestation de ces différents symptômes, notamment l'apparition des hémorrhagies, par une lésion hépatique, et il est infiniment plus rationnel d'en rechercher la cause dans un changement de nature du sang, peut-être dans une altération de la fibrine ou dans la leucocythémie constatée chez la jeune malade. On sait, en effet, que la leucocythémie joue un rôle considérable dans la production des hémorrhagies cachectiques, et il est possible que dans l'ictère grave la leucocythémie, qui n'a pas encore été signalée, soit la cause prédisposante des hémorrhagies qui l'accompagnent. C'est un fait à rechercher, et qui pourra confirmer ce que M. Bouchut a dit de la leucocythémie aiguë observée dans une foule de maladies graves, et notamment dans la fièvre puerpérale.

Que conclure chez cette enfant qui a un ictère malin ? Doit-on en faire une maladie dépendant de l'altération des cellules du foie, ou bien faut-il admettre que c'est une affection générale avec altération du sang ?

M. Bouchut penche vers cette dernière opinion, et avec M. Monneret il incline à l'appeler fièvre jaune sporadique ; car au point de vue des altérations et des symptômes, il y a concordance parfaite, et s'il n'y a pas identité, il y a certainement une grande analogie entre ces deux maladies.

D'après tout ce qui vient d'être dit, on voit que le pronostic ne peut être que très-fâcheux. En effet, d'après ce qu'on sait de l'ictère grave, les deux tiers ordinairement des malades meurent emportés ou par les accidents hémorrhagiques, ou par les accidents typhoïdes.

Quelquefois cette maladie est accompagnée de convulsions, comme M. Monneret en a cité deux cas, et alors il y aurait suffusion sanguine des méninges.

Le traitement généralement suivi jusqu'à ce jour dans l'ictère grave consiste dans une médication tonique, de l'eau rougie, du quinquina et une faible alimentation.

Dans le cas présent, M. Bouchut a cru devoir s'en écarter et agir d'abord sur la maladie du foie pour empêcher au moyen des alcalins la dégénérescence graisseuse. Aussi a-t-il donné à l'enfant 1 gramme de bicarbonate de soude dans de l'eau d'orge ; de plus une potion contenant 1 gramme de borate de soude ; avec cela des bouillons et de l'eau rougie.

En peu de temps, sous l'influence de cette médication, on a vu les principaux phénomènes s'amender ou disparaître ; le délire a cessé, la fièvre est tombée, puis l'ictère a disparu ; les urines et les excréments ont repris leur couleur naturelle, et la convalescence paraissait s'établir, lorsqu'une complication survenue dans le péritoine a paru tout remettre en question.

Le ventre est devenu douloureux, très-gros, mat et fluctuant à l'hypogastre ; en un mot, une ascite s'est développée sans doute sous l'influence de l'état inflammatoire du péritoine qui enveloppe le foie, de même qu'on voit souvent une pleurésie accompagner la pneumonie. Qu'en adviendra-t-il ? Il est difficile de le dire ; cependant on peut craindre qu'après la disparition et la guérison de l'ictère, qui est probable, il ne reste une péritonite latente qui amène secondairement la mort de la malade. Peut-être verra-t-on, au contraire, l'absorption du liquide épanché dans le péritoine s'effectuer progressivement et ne pas empêcher la guérison.

Cette dernière hypothèse s'est vérifiée, car au bout de huit jours M. Bouchut annonçait la disparition de l'ictère et la guérison de l'ascite consécutive.

DÉCHIRURE DE LA GAINE TENDINEUSE DES PÉRONIERS LATÉRAUX et luxation de ces tendons,

Par M. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé.

Lorsque le chirurgien est appelé près d'un malade ayant fait une chute sur les pieds, d'un lieu plus ou moins élevé, et qu'il n'a reconnu aucune fracture des os du pied ou de la jambe, ni aucune luxation dans les articulations du membre inférieur, il porte généralement un pronostic peu grave, et en cela il a raison, et met sur le compte de l'entorse les ecchymoses qu'il peut être appelé à constater. Cependant, il existe une lésion traumatique dans les tendons des muscles péroniers latéraux, le plus souvent confondue avec l'entorse, et sur laquelle les auteurs classiques n'appellent jamais l'attention, je veux parler de la déchirure de la gaîne tendineuse des muscles péroniers. M. Robert est le seul qui, dans ses cours et à la Société de chirurgie, ait attiré l'attention sur ce sujet, rapportant d'ailleurs à Monteggia l'honneur d'avoir le premier fixé l'attention sur cette lésion.

---

d'une installation commençante, et parvenir à constituer un service médical régulier là où avant lui il n'y avait rien. Il lui fut donné de jouir des succès qu'il avait obtenus jusqu'en 1722, époque à laquelle il mourut et fut remplacé par le sieur Robeau. Ce qui combien de regrets ne dut pas être suivie la perte d'un homme qui avait traversé les époques difficiles qui marquèrent la fin du dix-septième siècle et le commencement du dix-huitième, et consacré quarante ans de sa vie au soulagement des malheureux !

» Le successeur de Robeau fut Pepin. C'est sous la direction de ce dernier qu'eurent lieu les premières tentatives pour instituer à Brest une École de chirurgie. Depuis 1722, Rochefort en possédait une qui donnait à la flotte d'habiles chirurgiens : les autres ports la lui enviaient. En 1734, le ministre avait obtenu qu'un chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris vînt occuper l'emploi de démonstrateur d'anatomie ; mais ce chirurgien ayant été nommé peu de mois après chirurgien-major du port, l'École ne fut définitivement constituée qu'au mois de janvier 1740. Placée sous la direction du premier médecin Pepin et du chirurgien-major Rolland, cette utile fondation ne tarda pas à former de bons praticiens. Les élèves logeaient et étaient nourris à l'hôpital ; continuellement sous les yeux d'un prévôt qui veillait sur leur conduite, il fut facile de les habituer à l'ordre et à la discipline, et de les soumettre à des études régulières qui ne devaient pas souffrir d'interruption.

» Chardon de Courcelles, envoyé au port comme deuxième médecin en 1742, et qui devint premier médecin en 1757, à la mort de Pépin, ne contribua pas peu au succès de l'école. Le nom de cet homme justement célèbre est une des anciennes gloires de notre service. C'est lui qui a rédigé les différents ouvrages élémentaires qu'on mettait entre les mains des élèves (abrégé d'anatomie, manuel de la saignée, manuel des opérations les plus ordinaires de la chirurgie, etc.). Constamment préoccupé de l'importance et des difficultés des devoirs qu'il avait à remplir, son mérite lui valut l'honneur d'être nommé membre correspondant de l'Académie des sciences ; il était de l'Académie de marine et de la Société royale de médecine. Courcelles fut à la fois un médecin instruit, un hygiéniste distingué et un administrateur habile. Il avait le rare avantage à cette époque, parmi les médecins employés dans les ports, d'avoir navigué : la bibliothèque possède la copie d'un mémoire qu'il lut à l'Académie de marine sur les maladies qui avaient régné dans l'escadre du duc d'Anville, dont il était le médecin en chef pendant une campagne à Halifax et à la Nouvelle-Écosse. La description qu'il a donnée de cette horrible épidémie, qui, malgré ses efforts pour en arrêter la marche, fit périr plusieurs milliers de matelots et de soldats, est un modèle d'exactitude et d'observation. Sur un seul transport où l'on avait embarqué 261 malades, 241 moururent pendant la traversée, et parmi les 20 qui survivaient à l'arrivée à Rochefort, 3 ou 4 seulement échappèrent au fléau.

» Le sombre tableau qu'il a tracé de ce désastre fait connaître quelle était alors la situation des équipages français. Les vivres étaient le plus souvent de mauvaise qualité et insuffisants ; on manquait promptement de médicaments et de rafraîchissements ; on n'avait pas d'infirmiers ; la plupart des hommes étaient nus ou n'avaient que de mauvais haillons pour les garantir des injures du temps. Les mêmes hamacs qu'on n'aérait jamais restaient constamment pendus ; humides et infects, ils recevaient alternativement les hommes laissant le service qui avaient besoin de goûter quelque repos. On comprend comment dans de telles conditions la cale et l'entre-pont des navires devenaient rapidement des foyers d'infection où le scorbut et les fièvres putrides apparaissaient dès la sortie des rades et se propageaient avec rapidité parmi les équipages. En peu d'années on avait vu l'escadre du comte de Roquefeuille rentrer à Brest après une courte campagne et y débarquer plus de 900 malades ; celle du chevalier de Piosin, dite de Provence, à la suite d'une croisière dans l'Océan, relâcher à Rochefort, où elle remplissait les hôpitaux de 2,000 moribonds, dont 500 succombèrent en quelques jours ; enfin, celle du duc d'Anville, dont de Courcelles a été l'historien, revenir d'Amérique dans l'état le plus déplorable.

» L'expérience que ce médecin avait acquise par la répétition fréquente de ces tristes catastrophes, devait lui servir quelques années plus tard, lorsque l'escadre de Dubois de Lamothe rentra à Brest vers la fin de 1757, décimée par l'épidémie la plus meurtrière qu'on ait jamais observée dans la marine : elle s'était développée sous ces influences déplorables de misère, de privations, d'insuffisance du régime alimentaire, d'encombrement des hommes et d'incurie qui régnaient alors sur tous les vaisseaux français.

» La maladie se communiqua rapidement à la population civile. Pendant sa durée, qui fut de quatre mois, on calcula qu'elle avait atteint dix mille personnes, dont près de la moitié succombèrent. La conduite de M. de Courcelles fut dans cette circonstance ce qu'elle avait été sur l'escadre du duc d'Anville, noble et dévouée. Elle peut être offerte comme modèle à ceux que les hasards de la navigation pourraient rendre témoins d'un pareil désastre.

» L'épidémie de 1758 a laissé de lugubres souvenirs dans la mémoire des habitants de Brest. Elle porta une atteinte fatale à la prospérité de l'Ecole de chirurgie, dont elle fit périr la plupart des élèves, et força, faute d'auditeurs, d'interrompre les cours publics et les leçons particulières. Ce ne fut qu'en 1763 que M. de Courcelles pensa à la réorganiser sur de nouvelles bases. Il proposait d'intéresser la Compagnie des Indes et la province de Bretagne à son entretien : elles auraient fait instruire à leurs frais un certain nombre de jeunes gens

J'ai eu trois fois l'occasion d'observer cet accident : une fois, il y a huit à dix ans, dans le service de M. Robert, à Beaujon ; une autre fois dans ma clientèle, et tout récemment dans mon service à la Maison municipale de santé. Chez mon premier malade, le fait s'était produit de la manière suivante.

Le sujet de l'observation est un homme de trente-cinq ans, bien musclé, et partant assez vigoureux. Il montait dans un manége un cheval difficile; après une lutte assez vive entre le cheval et le cavalier, celui-ci fut jeté par terre ; tout le poids du corps porta sur un seul pied, il éprouva au moment de la chute une violente douleur dans la partie inférieure de la jambe et dans le pied. Le blessé ne pouvant marcher se fit conduire chez lui, et voici ce que je constatai :

Le malade était étendu sur son lit, accusant une vive douleur dans le pied droit. L'examen le plus minutieux ne me fit découvrir aucune fracture ni aucune luxation. Mais je constatai une douleur le long des péroniers, avec une ecchymose assez considérable occupant le même point; de plus, sur la face externe de la malléole externe, on sentait une espèce de corde tendue, roulant sous le doigt et pouvant être ramenée par la flexion du pied et une douce traction dans la place qu'occupent les tendons des muscles péroniers.

Il était bien évident qu'il s'agissait ici d'une déchirure de la gaîne fibreuse des tendons péroniers et d'une luxation de ceux-ci sur la malléole externe : la preuve, c'est que la luxation se produisait et se réduisait à volonté; il a suffi d'une compresse longuette placée le long des parties luxées préalablement réduites, et maintenue par une bande roulée, pour contenir les parties déplacées. On arrosa pendant plusieurs jours l'appareil contentif avec de l'eau tenant en dissolution de l'eau-de-vie camphrée pour triompher de tous les petits accidents : douleur, ecchymose, etc., et au bout de vingt jours de repos, le malade pouvait marcher en s'appuyant sur une canne et en se ménageant beaucoup. Certes, si je n'avais été prévenu de la possibilité de l'accident, j'aurais rapporté à l'ecchymose la lésion que j'ai décrite plus haut, et je suis convaincu que souvent cette déchirure a été méconnue et rapportée à tort à une autre lésion.

Voici le fait que j'ai observé tout récemment dans mon service.

Une jeune fille de vingt-deux ans, d'un tempérament sec et nerveux, assistait le 6 mai dernier à une scène de violence ; frappée de terreur et ne sachant comment faire, elle prit le parti de sauter par la fenêtre de la chambre où elle se trouvait; elle tomba ainsi d'un d'un premier étage, sans pouvoir indiquer la partie sur laquelle elle tomba. Elle se fit porter à la Maison de santé, et le 8 mai au matin, je constatai les phénomènes suivants :

Le genou gauche est le siége d'un épanchement peu considérable et peu douloureux à la pression ; il existe sur diverses parties du corps quelques contusions, mais n'offrant aucun intérêt. Le pied gauche est douloureux, la marche est impossible ; un examen minutieux ne fait découvrir aucune fracture ni luxation. Il existe une ecchymose considérable à la partie postérieure du péronier, s'étendant depuis le tiers inférieur de la jambe jusque sur le dos du pied. L'épanchement de sang comble l'espace compris entre le péroné et le tendon d'Achille. La pression sur cette partie ecchymosée est douloureuse ; de plus, un examen attentif fait découvrir une saillie anormale des tendons péroniers ; on ne les trouve pas, comme chez les deux autres malades que j'ai observés, sur la face externe du péroné, mais il est facile de constater que ces deux cordes tendineuses ne sont plus contenues dans leur gaîne, et qu'elles sont absolument dans les mêmes rapports qu'elles occupent lorsque, après avoir été luxées, on les ramène à leur position normale. Il est très-probable que cette jeune fille est tombée sur le pied ; que dans sa chute elle s'est déchiré la gaîne tendineuse des péroniers latéraux, et que des mouvements imprimés au pied auront ramené ces tendons dans leur position normale. Toujours est-il que chez notre malade il n'y avait aucune fracture ni désordre du côté de l'articulation du pied, dont les mouvements étaient non douloureux et bien conservés ; tandis qu'il existait une ecchymose considérable le long des péroniers latéraux; que ceux-ci faisaient une saillie anormale, et que la moindre pression le long de la partie inférieure de ces muscles était douloureuse. Une compresse longuette, trempée dans un mélange résolutif et fixée par des compresses et une bande, maintint les choses en place. La malade garda le repos un mois, et le 8 juin elle sortit guérie, marchant encore avec un peu de peine. Au moment de sa sortie, on constatait encore les traces de l'ecchymose que nous avons signalée plus haut, et un léger empâtement le long de la gaîne des péroniers latéraux, indice certain de la lésion que nous avons décrite plus haut.

En ne tenant compte que de ce que nous avons vu chez notre malade, on pourrait établir deux degrés dans cette lésion. Dans le premier, il y aurait déchirure simple de la gaîne, sans déplacement considérable du tendon. Dans le second, au contraire, il y aurait à la fois déchirure de la gaîne tendineuse et luxation des tendons sur la face externe du péroné : ce que j'ai constaté sur un malade de M. Robert et sur le malade que j'ai soigné en ville. D'ailleurs, il suffit, je pense, d'attirer l'attention sur ce sujet pour faire recueillir des observations qui permettront de fixer la science à cet égard. Le diagnostic de cette lésion est facile; il suffit d'être prévenu de son existence pour ne pas la méconnaître. Elle ne peut être confondue qu'avec l'entorse et la fracture du péroné; mais la liberté de la plupart des mouvements du pied, l'absence de crépitation, et surtout le déplacement et la saillie anormale des tendons péroniers, joints à une ecchymose considérable, ayant une forme et une direction en rapport avec les parties lésées, tout cela ne laissera aucun doute dans l'esprit.

Le pronostic n'offrira non plus aucune gravité, le mal étant reconnu ; car autrement, le mal abandonné à lui-même, on comprend qu'il se forme dans la gaîne une cicatrice vicieuse, d'où un déplacement facile des tendons et une gêne notable dans la marche.

Le traitement doit consister :

1° A réduire la luxation des tendons quand elle existe;

2° A les fixer en place par un bandage convenable.

La réduction est facile; il suffit de fléchir le pied sur la jambe avec la main gauche, tandis qu'avec la main droite on ramène les tendons dans leur situation convenable. Cela fait, on applique des compresses longuettes, trempées dans un liquide résolutif, sur le trajet des tendons luxés, et on maintient le tout en place par un bandage roulé. Le malade est condamné au repos. Dans un cas, au bout de quelques jours, j'ai mis un bandage dextriné. Chez ma dernière malade, je ne l'ai point fait, à cause de l'ecchymose et de l'état nerveux du sujet. Vingt ou trente jours de repos sont nécessaires pour obtenir une cicatrice assez solide pour permettre au malade de marcher.

(*Bulletin gén. de thérap.*)

OBSERVATION DE HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

chez la femme, pouvant être prise tout d'abord pour une hernie crurale.

Par M. le Dr CHASSANIOL, deuxième médecin en chef de la marine.

Il arrive souvent que chez les femmes les hernies inguinales peuvent être prises pour des hernies crurales; ce fait est d'autant plus facile que chez elles l'anneau inguinal étant ordinairement plus faible, la hernie, au lieu de se porter dans la grande lèvre, se dirige vers la partie supérieure de la cuisse et arrive, comme le fait judicieusement remarquer Vidal (de Cassis), audevant de l'anneau crural, et ce même auteur ajoute avec raison que cette circonstance est une de celles qui ont trompé quelques praticiens, qui ont voulu établir les rapports de fréquence chez les femmes entre les hernies inguinales et crurales, aussi ces dernières ont dû être trouvées plus nombreuses qu'elles ne le sont en réalité. C'est le fait de la hernie dont je transcris ici l'observation.

En 1859, à Saint-Louis (Sénégal), le 12 juillet, à huit heures du soir, la supérieure des sœurs de Saint-Joseph m'ayant appelé au couvent, je trouvai la sœur X... couchée et déjà les traits altérés par la souffrance. Prévenu depuis longtemps que cette religieuse portait un bandage qui maintenait une hernie, j'appris à l'instant que cette hernie, ordinairement réduite, venait pour la troisième fois depuis quelques mois de faire saillie à l'aine du côté droit.

La tumeur, située à la partie moyenne du parcours du canal inguinal, avait un peu plus que le volume du pouce et une étendue de 4 centimètres seulement.

Cependant, malgré son peu de longueur, on pouvait remarquer un rétrécissement manifeste partageant la tumeur en deux lobes, dont l'un occupait le canal et l'autre pointait seulement au-dessous de l'anneau inférieur ou externe. Son peu de volume, sa situation, pouvaient faire supposer tout d'abord qu'on avait affaire à une hernie crurale ; mais bien que la saillie de la portion qui suivait le canal fût peu manifeste, sa direction ne pouvait guère laisser de doute sur le diagnostic d'une hernie inguinale, ce que l'opération est venue justifier. L'incision des téguments n'offrit rien de particulier ; l'artère tégumentaire n'ayant pas été ouverte, je dus attaquer avec de grandes précautions les enveloppes toujours plus faibles chez la femme, et cette religieuse, qui était d'une grande maigreur, paraissait présenter le sac immédiatement sous la peau. Cependant je ne tardai pas à trouver sous les téguments la faible couche cellulo-adipeuse que j'incisai sur la sonde cannelée, puis un feuillet d'une ténuité très-grande, considérée par Cooper comme étant l'analogue du feuillet celluleux qui, chez l'homme, provient du *fascia transversalis*.

Le sac, immédiatement appliqué sur l'intestin, demanda de grandes précautions pour être incisé; il ne contenait donc pas de sérosité, ce qui lui donnait l'aspect de la séreuse intestinale ; aussi M. Bel, chirurgien de 1re classe, qui m'assistait, m'assura-t-il que je devais avoir ouvert le sac ; mais me rappelant que dans deux autres circonstances la précieuse observation de Philippe Boyer m'était venue en aide, j'assurai que le sac n'était pas ouvert, car les tuniques incisées ne m'avaient présenté jusqu'ici que des vaisseaux dont la direction était transversale ; puis, cessant bientôt d'apercevoir ces vaisseaux transversaux, je me trouvai en présence du sac, qui fut ouvert et ne laissa échapper que quelques gouttes de sérosité. La portion intestinale incarcérée se voyait au sommet du sac; sa couleur était très-foncée. Les tuniques étaient résistantes, il y avait seulement hyperémie des tissus. Allant à la recherche de l'étranglement, je vis que le débridement était indispensable, la constriction de l'anneau supérieur du canal étant infranchissable pour la partie herniée. L'étranglement fut détruit par incisions multiples. Celui-ci ayant cessé, l'intestin rentra de lui-même. Quelques serre-fines et un pansement simple ont suffi pour amener à bien cette opération.

Les auteurs n'indiquant aucun moyen sûr pour reconnaître qu'on est arrivé au sac, ce qui est souvent un des points les plus difficiles, je pense qu'on me pardonnera de donner en quelques lignes ce précieux moyen que nous devons à Philippe Boyer, et qui est tiré de la différence de direction qu'affectent les vaisseaux du sac et ceux des parties extérieures de l'abdomen. Les vaisseaux des parties venant de l'abdomen sont parallèles à l'axe du sac, ou sinueux, ou entre-croisés. Les vaisseaux des parties cutanées et sous-cutanées du pli de l'aine, fournis par les vaisseaux honteux externes, ont une direction transversale, et de plus ils sont très-volumineux, relativement à ceux du péritoine ou de son tissu cellulaire graisseux.

Lors donc qu'après avoir incisé la peau on ne rencontre que des vaisseaux transversaux et d'un certain calibre, on peut être sûr qu'on n'est pas arrivé au sac ; dès qu'au contraire on cesse d'apercevoir ces vaisseaux, il convient de prendre les plus grandes précautions, car, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles, on se trouve en présence du sac.

Il suffit de rappeler, pour prouver combien ce point de l'opération est difficile, le fait raconté par Philippe Boyer en parlant de ce qui arriva à son père, qui non-seulement entra dans le sac, mais qui encore incisa sans s'en douter la membrane séreuse de l'intestin, et ne reconnut son erreur qu'à la vue des fibres transversales de la tunique musculeuse de ce viscère.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 avril 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Embolies pulmonaires. — M. VELPEAU donne lecture d'un travail sur les embolies pulmonaires, au sujet du fait de mort subite par em-

---

qui, devenus plus tard d'habiles praticiens, auraient trouvé à s'employer sur les navires du commerce ou dans les campagnes qui manquaient alors des secours de la médecine, tout en restant disponibles pour le service de la flotte. Cette proposition ne fut pas accueillie. Quelques années plus tard, le 1er mars 1768, un règlement émanant du ministre soumit à une règle uniforme les trois écoles de chirurgie de la marine établies dans les trois grands ports.

» La reproduction à de courts intervalles de ces épidémies meurtrières qui décimaient les équipages de nos vaisseaux, avait éveillé la sollicitude de l'administration de la marine, qui cherchait à en prévenir le retour. De Courcelles, qui en avait signalé les causes, lui indiqua les moyens de les faire disparaître. Avec Duhamel, le premier qui ait publié en France un ouvrage sur l'art de conserver la santé des matelots, il insista sur les avantages du renouvellement de l'air et de l'emploi d'un bon système de ventilation des parties profondes du navire; sur les précautions à prendre dans le choix des hommes appelés au service, et sur la nécessité de leur laisser un temps de repos en rapport avec la durée et les fatigues des campagnes précédentes; sur le besoin de modifier le régime alimentaire des marins.

» L'ouvrage qu'il a rédigé sur ce point intéressant d'hygiène nautique n'a été imprimé que plusieurs années après sa mort, survenue en 1777; mais il vécut assez pour savoir que l'impulsion donnée par lui aux études hygiéniques avait été fructueuse et que ses conseils avaient été suivis. Dans le cours de l'année 1776, le ministre avait décidé que chaque individu embarqué aurait désormais un hamac particulier; qu'on ne négligerait pas de renouveler l'air par des manches à vent qui seraient toujours dehors; qu'on donnerait du pain frais au moins trois fois par semaine aux équipages; qu'on ferait un usage fréquent de l'oseille confite, des lotions et aspersions vinaigrées; qu'il était utile de délivrer du café, des citrons aux équipages fatigués par le travail ou par un long séjour à la mer.

» De Courcelles, a dit un de ses contemporains, fut regretté du corps entier de la marine, qui honorait son savoir et admirait sa probité, son désintéressement et ses vertus sociales. Son successeur, Herlin, qui d'abord l'avait secondé comme deuxième médecin, homme d'un mérite supérieur, mais trop pénétré de l'idée émise par un médecin du dix-huitième siècle qu'une barrière d'airain devait séparer la médecine de la chirurgie, ce qui avait fait dire plaisamment par le ministre auquel il s'adressait : De quel côté placerez-vous le malade ? contribua à détruire la paix, l'union, la bonne intelligence qui avaient régné jusque-là entre les médecins et les chirurgiens de la marine. Remplacé en 1780 par M. Elie de la Poterie, celui-ci marcha dans la même voie. C'est sous son administration que fut créée à Brest, le 1er octobre 1783, une école de médecine destinée à instruire, dans la pratique des maladies qui frappent les marins sur tous les points du globe et les Européens dans les régions tropicales, les jeunes médecins qu'on appelait au service de la marine et des colonies.

» Jusqu'à cette époque, on n'avait formé dans les Ecoles des ports que des chirurgiens qui pratiquaient indifféremment la médecine et la chirurgie quand ils étaient embarqués, mais qui perdaient le droit de le faire lorsqu'ils rentraient au port. Les médecins provenant des Facultés y avaient puisé des idées de supériorité qui les portaient à rabaisser les chirurgiens et les pharmaciens, et à les maintenir dans un état d'infériorité professionnelle aussi injuste que blessant. Ils constituaient ainsi une sorte d'aristocratie qui, dans l'état où se trouvaient les esprits à la fin du dix-huitième siècle, ne devait pas tarder à être l'objet d'attaques violentes qui se perpétuèrent pendant plusieurs années et ne cessèrent qu'en 1793, où un décret de la Convention nationale émancipa les chirurgiens et les pharmaciens, les plaça sur un pied d'égalité complète avec les médecins, et les appela à siéger à grades égaux dans les comités de salubrité créés dans les ports pour diriger le service sanitaire des hôpitaux et de la flotte. Le règlement du 19 pluviôse an VI compléta cette réforme par la création des écoles de santé de la marine, où l'enseignement, réparti entre onze professeurs, fut assez complet pour assurer désormais le recrutement du corps dans ses trois lignes professionnelles, au moyen d'une consécration nouvelle du principe de l'avancement au concours, anciennement établi. »

Un concours pour deux emplois de professeur agrégé (médecine et pharmacie) vient d'avoir lieu au Val-de-Grâce.

Le premier, se rattachant à l'enseignement de la médecine opératoire et appareils, a été terminé le 12 avril. Les candidats, tous médecins aides-majors de première classe, étaient au nombre de quatre. Ils ont eu pour composition écrite : *Des lésions primitives et consécutives des os longs par plaies d'armes à feu; de leurs suites et de leur traitement.*

M. Gaujot a été nommé professeur agrégé.

Le second concours, relatif à l'enseignement de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée, s'est terminé le 15 avril. Les candidats étaient au nombre de six.

Ils ont eu pour sujet de composition écrite : 1° *Des alcalis de l'opium; caractères qui les distinguent ;* 2° *Des alcalis organiques artificiels envisagés d'une manière générale.*

M. Jaillard a été nommé professeur agrégé.

bolie qu'il a communiqué dans la précédente séance. (*Voir* notre numéro de samedi dernier.)

Cette lecture a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Cloquet, Jobert (de Lamballe), Rayer et Velpeau.

Cette discussion devant se continuer lundi prochain, nous en présenterons un résumé dans le prochain compte rendu.

— L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre dans la section de géométrie, en remplacement de M. Biot.

Les candidats présentés par la section étaient :

1° M. Ossian Bonnet ; 2° M. Bour ; 3° MM. Blanchet et Puiseux ; 4° MM. Bouquet et Briot ; 5° M. Catalan.

Le nombre des votants était de 57 ; majorité, 29. Au premier tour de scrutin :

M. Ossian Bonnet a obtenu. . . .	29 voix.
M. Bour.	14 —
M. Blanchet.	14 —

M. Ossian Bonnet ayant réuni la majorité des suffrages, a été proclamé membre de l'Académie des sciences. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— L'Académie a procédé ensuite au scrutin pour la présentation de deux candidats pour la chaire de physique mathématique au Collége de France, vacante par le décès de M. Biot.

Les sections de géométrie et de physique réunies ont présenté au premier rang M. Bertrand, au deuxième rang M. Verdet.

L'Académie a ratifié par un vote unanime cette présentation.

— Après ces deux scrutins, l'Académie s'est formée en comité secret pour présenter une liste de candidats à une place de membre correspondant dans la section de minéralogie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 janvier 1862. — Présidence de M. Dupertuis, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Péritonite aiguë. — M. CARON rapporte l'observation d'une malade auprès de laquelle il a été appelé. Il s'agit d'une femme de trente-six ans ayant une constipation des plus opiniâtres, et qui, cédant à des sollicitations répétées, prit, dans l'espace de sept jours, jusqu'à 600 grammes de graine de moutarde de Didier. Quelques évacuations rares eurent lieu, et il survint une péritonite suraiguë que M. Caron attribua à l'usage immodéré de la graine de moutarde blanche. Les accidents cédèrent à une médication appropriée, et ne disparurent complétement qu'après l'émission des graines triplées de volume et entremêlées de sécrétions inflammatoires qui auraient pu en imposer pour une germination commençante.

Des doigts hippocratiques ; de leurs causes et de leur valeur séméiologique. — M. CARON. Suivant M. Trousseau, la forme hippocratique des doigts est presque exclusivement propre aux tuberculeux. Tous les tuberculeux n'ont pas la main hippocratique ; mais tous ceux qui ont la main hippocratique sont tuberculeux, à très-peu d'exceptions près. Enfin, chez un tuberculeux, la forme hippocratique des doigts est d'autant plus prononcée que la maladie tuberculeuse existe depuis plus longtemps.

De l'avis de M. Trousseau lui-même, de la simple vue du dessin qu'il a donné de cette affection, on est autorisé à penser qu'elle constitue une véritable hypertrophie osseuse, ou tout au moins un développement anormal du tissu fibro-celluleux de la pulpe digitale. Or, si nous consultons les anatomistes sur l'instant et le mode d'ossification de ces parties, nous acquérons la certitude que le développement des os qui les composent et du tissu cellulaire qui les entoure, ne se complète qu'après la naissance et généralement pendant les deux ou trois premières années de la vie de l'enfant.

Si ce dernier, par le fait de certaines circonstances héréditaires ou autres, arrive avec des prédispositions tuberculeuses ou scrofuleuses, rien de plus naturel qu'il présente déjà les caractères pathognomoniques de la diathèse dont il est doué.

Tandis que si, comme nous le démontrerons en étudiant la scrofule et toutes ses manifestations, nous parvenons à faire comprendre que ces affections sont le résultat infaillible du mode particulier d'alimentation auquel sont soumis tous ou presque tous les nouveau-nés, il ne nous sera pas très-difficile de faire saisir la relation de cause à effet qui peut exister entre le développement hippocratique des doigts et la tuberculisation pulmonaire proprement dite.

« Les os courts restent en général plus longtemps cartilagineux que les autres ; souvent, à la naissance, plusieurs le sont encore : ceux du tarse et du carpe, à plus forte raison ceux des phalanges et des phalangettes.

» Après la naissance, toute la portion cartilagineuse est pour ainsi dire envahie par la substance calcaire qui se mêle à elle.

» Les os devenus complétement osseux continuent à éprouver divers phénomènes que les anatomistes ont trop négligés. » (Bichat, *Anatomie générale*.)

A l'exemple de Lugol, notre ancien maître, nous considérons le tubercule comme une production pathologique parasitaire, formant un organe *sui generis*, qui a sa vie particulière et ses moyens d'activité fonctionnelle ; qui est soumis à une évolution spontanée, sous l'influence de causes générales ou particulières, hygiéniques, climatériques ou professionnelles ; que, pour notre compte, nous résumons dans le tempérament lymphatique scrofuleux proprement dit.

Sans être aussi absolu que le praticien de Saint-Louis, nous poserons cependant en principe la proposition suivante :

Le tempérament lymphatique scrofuleux est le terrain le plus favorable au développement du tubercule ; aussi l'on peut affirmer que tous les tuberculeux sont ou ont été plus ou moins longtemps scrofuleux.

Si maintenant nous tenons compte de ce que nous enseigne le scalpel, nous constatons bien manifestement une hypertrophie de la phalangette tout entière.

S'il n'y avait que cette portion du squelette qui présentât cette exubérance physiogénique, on pourrait certainement contester le principe ; mais tous les médecins savent que c'est à la même époque, sous l'empire des mêmes conditions physiologiques, que se manifestent ces hypertrophies du système osseux, ces incurvations centrales des os longs, que les pathologistes ont appelées nouures de rachitis, ostéomalacies, spina-bifida, etc., etc., suivant la partie déformée ou le mode particulier de déformation.

On sait que les os plats, la majeure partie des os courts, et toutes les épiphyses des os longs ne complètent leur évolution physiologique que dans les premières années de l'enfance ; qu'elle s'effectue à la faveur des produits de l'assimilation digestive, et que, par conséquent, telle sera la valeur de ces produits, telle sera la solidité des organes qui se formeront à leurs dépens.

Au surplus, que constatent MM. Pigeaux et Trousseau ? C'est que ces particularités pathogéniques se manifestent d'abord dans le pouce et l'indicateur de la main droite ; viennent ensuite les deux mêmes doigts de la main gauche, et les autres doigts successivement dans *leur ordre naturel de développement*, disent les auteurs en question.

L'auriculaire a souvent conservé sa forme normale, alors que déjà tous les autres doigts ont subi la déformation. Ceci ne vient-il pas confirmer assez explicitement la cause, puisque le dernier développement de cette partie peut se faire souvent très-tardivement, et par conséquent à une époque bien postérieure à l'état lymphatique scrofuleux du début de la vie.

Une circonstance qui bien certainement n'a point frappé les observateurs, c'est que l'entrée en fonctions de l'organe d'hématose, que l'activité physiologique qui s'y accomplit, se fait par l'intervention de produits incomplets, de mauvaise qualité, et dans un organe assez peu parfait lui-même pour remédier aux inconvénients d'une digestion aussi insuffisante. C'est évidemment sous l'influence de ce concours de circonstances que l'hématose, incomplète d'abord, tend encore à se ralentir ; la calorification, au lieu de se développer, diminue ; toutes les autres fonctions se détériorent, se pervertissent : le sang s'appauvrit, les globules disparaissent, la fibrine se dissout ; ce que confirment les travaux de MM. Denis, Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier. L'individu alors, au lieu de se développer physiologiquement, se consume dans une existence toute maladive, dont les différentes périodes se traduisent par toutes les variétés pathologiques de la scrofule.

Aussi nous associons-nous complétement à l'opinion de M. Trousseau quand il dit que dans la pratique il lui a souvent suffi de constater la forme hippocratique des doigts, pour compléter dans ses idées le pronostic et le traitement d'une affection qui par son début et sa forme semblait simple et bénigne.

Nous approuvons la juste réserve que ce praticien a faite en faveur des tuberculeux qui n'ont pas les doigts hippocratiques, parce que très-souvent la phthisie pulmonaire peut bien se développer passé l'âge de l'évolution osseuse dont nous avons parlé plus haut ; que très-souvent aussi le lymphatisme ou la diathèse scrofuleuse du jeune âge peut arriver après cette première période de la vie, durer assez peu pour ne pas stéréotyper son passage, ce qui justifie encore bien mieux la dernière conclusion qu'a formulée M. Trousseau.

Mais on sait parfaitement aussi par expérience que très-communément les tubercules développés dans les organes parenchymateux sont susceptibles de rester inactifs, latents pendant une certaine période, et qu'il suffit du concours de conditions hygiéniques particulières pour leur imprimer une activité, une vitalité nouvelle, toujours préjudiciables aux fonctions physiologiques déprimées. C'est ce qui a pu faire dire à Lugol que le tubercule modifiait tous les éléments organiques, et par suite les fonctions ; mais ici, assurément, on a confondu l'effet avec la cause.

Nous terminerons en affirmant que la forme hippocratique des doigts dits en massue, consiste dans une exagération nutritive générique du squelette, due à l'absorption de produits digestifs incomplets, doués d'une activité physiogénique antipathique à un développement régulier et physiologique. Quelle est l'expression symptomatique locale d'une diathèse plus ou moins générale, propre à l'individu, et qu'elle coexiste toujours avec le tempérament scrofuleux, le plus favorable au développement du tubercule ? Contrairement à Chomel, nous continuerons à lui accorder toute l'importance séméiologique que MM. Pigeaux et Trousseau lui ont déjà donnée.

M. MALLEZ s'associe complétement à la manière de voir de M. Caron quant au point de vue anatomique, mais il ne saurait admettre le boursouflement des phalanges comme un signe de phthisie. Les doigts en massue ne se trouvent pas seulement chez les phthisiques ; toutes les fois qu'il y a une émaciation, il y a toujours des doigts en massue qui sont d'autant plus prononcés que le sujet est plus jeune.

M. LEGRAND. Ce que dit M. Caron paraît extrêmement juste : tous les tuberculeux ont été scrofuleux ; mais tous les scrofuleux ne deviennent pas tuberculeux. Les doigts tuberculeux, dits hippocratiques, ont une forme particulière très-reconnaissable.

M. CARON rappelle qu'il n'est pas inévitable qu'on soit phthisique parce que les doigts sont hippocratiques ; une nourriture insuffisante dans l'enfance est une des causes qui peuvent produire les doigts hippocratiques en dehors de la phthisie.

Mort subite. — M. DUPERTUIS a été appelé à donner ses soins à un jeune garçon de onze ans en pension à Joinville-le-Pont. L'enfant se plaignait d'une douleur vive à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, sans fièvre ni aucun accident du côté du cerveau et des organes digestifs. L'enfant ne pouvait se tenir debout. Le lendemain, il survint de la fièvre, la cuisse étant toujours douloureuse, mais sans rougeur à la peau. Le soir, à onze heures, l'enfant mourut. Quelle a pu être la cause de la mort ? Je l'ignore.

M. MILON. Si l'autopsie avait pu être pratiquée, peut-être aurait-on découvert une embolie qui aurait expliqué la mort.

Le secrétaire annuel, Dr Milon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les juges du concours pour une place de chirurgien au Bureau central, qui doit s'ouvrir le 29 avril, sont : MM. Denonvilliers, Monod, Manec, Desormeaux et Natalis Guillot, *juges* ; MM. Alph. Guérin et Delpech, *suppléants*.

—M. Fort, interne à la Charité, recommencera, le lundi 28 avril, à quatre heures, son cours d'anatomie et de physiologie, et le continuera tous les jours de quatre à six heures. Le même jour, à sept heures et demie, il commencera un cours de pathologie préparatoire au 3e examen de fin d'année.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 AVRIL 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. le Dr Girard de Cailleux a terminé hier la lecture qu'il avait commencée dans la séance précédente. Elle a pour objet l'étude de l'influence des translations des aliénés chroniques de la Seine dans les divers climats. Les résultats auxquels l'auteur a été conduit par l'étude des diverses influences collectives que subissent les aliénés par le fait de ces translations sont très-dignes d'intérêt, et devront être pris en considération à l'avenir pour la répartition de ces malheureux dans les diverses contrées de la France.

L'Académie a repris ensuite, pour la clore séance tenante, la discussion sur l'hygiène des hôpitaux. Après une réplique de M. Briquet au dernier discours de M. Malgaigne, réplique qui n'a introduit aucun élément nouveau dans le débat, M. Gosselin, en sa qualité de rapporteur, a résumé, dans une courte allocution, les points essentiels de la discussion.

Reste à délibérer sur les propositions de MM. Devergie et Piorry, ce qui clora sans doute complétement la discussion dans la prochaine séance. — Dr Brochin.

Un événement d'une grande importance est venu hier surprendre à l'improviste la Faculté et le corps médical de Paris. Une série de décrets, dont nous reproduisons plus bas la teneur, instituent deux chaires nouvelles et appellent l'un des nouveaux professeurs au décanat, dont les attributions sont modifiées et élargies. Les considérations sur lesquelles est motivée la création de ces deux chaires, destinées à étendre et à élever l'enseignement de la première de nos Facultés, ne peuvent trouver et ne trouveront sans aucun doute qu'un accueil favorable et sympathique. Quant au choix des deux nouveaux professeurs appelés à inaugurer ces deux branches nouvelles de la science qu'ils ont si activement concouru l'un et l'autre à amener au point où elles sont aujourd'hui, il n'a fait évidemment que sanctionner celui qui eût été dicté par l'opinion publique.

Cependant nous ne pouvons dissimuler que la nomination de M. Rayer aux doubles fonctions de professeur et de doyen a produit un étonnement profond. On semblait surpris que, dans la position si élevée qu'il occupe, avec ses occupations si multipliées, et enfin à l'âge où le besoin du repos s'est déjà fait sentir, il n'eût pas craint d'accepter d'aussi lourdes charges. Espérons toutefois que l'activité et le zèle scientifique dont notre éminent confrère a déjà donné tant de preuves, suffiront à sa nouvelle tâche, et que l'avenir justifiera de tous points les mesures dont il vient d'être l'objet. — Dr Brochin.

Paris, le 21 avril 1862.

NAPOLÉON, etc.

Sur le rapport de notre ministre de l'instruction publique et des cultes;

Vu le décret du 9 mars 1852;

Vu la loi du 14 juin 1854 et le décret du 22 août de la même année, rendu en exécution de cette loi et portant organisation des Académies;

Considérant qu'il y a lieu de reviser certaines dispositions de l'ordonnance du 2 février 1823, spéciales à la Faculté de médecine de Paris, qui ne sont plus en harmonie avec les principes posés par les décrets du 9 mars 1852 et du 22 août 1854;

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ART. 1er. Le doyen de la Faculté de médecine de Paris est le chef de la Faculté. Il est chargé, sous l'autorité du recteur de l'Académie, de diriger l'administration et la police, de surveiller l'enseignement et d'assurer l'exécution des règlements.

Il propose, chaque année, le projet de budget qui doit être soumis au Conseil académique; il ordonne les dépenses dans les limites des crédits ouverts par le budget annuel; il convoque et préside l'assemblée de la Faculté composée de tous les professeurs titulaires.

Notre ministre de l'instruction publique et des cultes désigne, tous les ans, deux professeurs titulaires chargés de seconder le doyen dans ses fonctions, et il délègue l'un de ces deux professeurs pour remplacer le doyen, en cas d'absence ou d'empêchement.

ART. 2. L'assemblée de la Faculté donne son avis sur les mesures à prendre ou à proposer concernant l'enseignement et la discipline, lorsqu'elle est convoquée à cet effet par le doyen de la Faculté, dûment autorisé par le ministre.

ART. 3. Toutes les dispositions des ordonnances, règlements ou arrêtés antérieurs, contraires au présent décret, sont et demeurent abrogées.

ART. 4. Notre ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 16 avril 1862.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur,

Le ministre de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

Par décret du 16 de ce mois, M. le baron Paul Dubois, professeur et doyen de la Faculté de médecine de Paris, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé doyen honoraire de ladite Faculté.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

SIRE,

Votre Majesté veille avec une constante sollicitude au progrès des établissements d'instruction publique. Parmi ces établissements, il n'en est aucun qui rende plus de services et qui ait acquis une plus légitime renommée que la Faculté de médecine de Paris. La force, la solidité, l'étendue de son enseignement, répondent à l'éminence des professeurs qui ont illustré ses chaires et qui les occupent aujourd'hui avec tant d'éclat. Elle reçoit dans son sein une foule d'élèves studieux qu'elle renvoie fiers du titre qu'ils y ont conquis, riches d'excellentes études et habiles à remplir, au milieu des populations, leur utile et noble profession. Mais, en outre, sa réputation, franchissant les limites de la France, attire de tous les points du globe une recrue annuelle d'étrangers qui, déjà instruits dans les universités et les institutions de leur pays, viennent compléter leur éducation médicale dans cet actif foyer de travail et de science. La Faculté de médecine de Paris doit cette influence et ces succès aux efforts qu'elle a déployés à chaque époque pour se tenir au niveau de toutes les conquêtes scientifiques. Elle continuera de marcher dans cette voie si féconde, et le gouvernement de Votre Majesté ne négligera rien pour que l'enseignement médical grandisse en raison même des nouveaux développements de la science.

La médecine comparée est un de ces développements de la science moderne.

Ce que la comparaison des organismes est à l'anatomie, ce que la comparaison des fonctions est à la physiologie, la comparaison des maladies d'espèce à espèce et de classe à classe l'est à la pathologie.

La médecine comparée doit naturellement conduire à la connaissance générale des maladies par le rapprochement et la comparaison des divers états morbides chez l'homme et chez les animaux; mais elle a, dans sa manière de procéder, des méthodes et des recherches spéciales. Elle ne saurait, comme la pathologie ordinaire de l'homme, rester enfermée dans les limites de la simple observation; son caractère scientifique repose essentiellement sur la pathologie expérimentale. En effet, la médecine comparée peut, en provoquant des maladies chez les animaux dans des circonstances particulières et exactement déterminées, suivre leur développement pas à pas. Elle peut, en agissant à son gré, dans les diverses périodes, en séparer par une analyse expérimentale méthodique toutes les conditions morbides complexes dont elle veut connaître la nature et l'influence.

La médecine comparée est appelée à rendre les mêmes services à la thérapeutique générale; l'étude expérimentale des substances toxiques et médicamenteuses chez les animaux est un complément indispensable de leur administration chez l'homme, pour connaître leur véritable manière d'agir.

Mais à côté de ces recherches scientifiques que la médecine comparée doit poursuivre, elle embrasse des questions pratiques qui sont de la plus haute importance pour la prophylaxie et l'hygiène publique, c'est-à-dire la transmission des maladies des animaux et des végétaux à l'homme, transmission bienfaisante dans la communication du cowpox ou vaccin à l'homme, fatale dans celle de la morve, de la rage, du charbon, etc. Là est un vaste champ ouvert à de nombreuses et importantes applications qui, d'un haut prix pour les particuliers, ne seront pas d'un moindre prix pour l'État.

Depuis longtemps l'étude de la médecine comparée a été recommandée par des hommes éminents. Le moment est venu de faire droit à leurs recommandations, de placer à côté de l'anatomie et de la physiologie la médecine comparée, et de prendre une initiative qu'il importe de ne pas laisser aux écoles étrangères.

Sire, en exposant à Votre Majesté toute l'importance de la création d'une chaire de médecine comparée, je suis heureux d'ajouter que je puis présenter, pour remplir cette chaire, un homme désigné d'avance par la voix publique et par le suffrage de ses pairs. Depuis plus de vingt ans, un médecin célèbre par de grands travaux et une grande pratique, renommé pour son dévouement à la science, le docteur Rayer, a poursuivi avec constance l'étude comparative des maladies de l'homme et des animaux.

La chaire de médecine comparée sera pour lui la meilleure récompense de ses belles et utiles recherches, parce qu'elle lui donnera le moyen de répandre parmi nos élèves de nouvelles connaissances et de rendre de nouveaux services à l'humanité.

A côté d'une chaire de médecine comparée, je suis convaincu, Sire, qu'il est nécessaire de créer l'enseignement de l'histologie, si l'on veut arriver à un large et complet système d'études magistrales.

L'histologie a pour sujet la substance organisée, tant solide que liquide, qui est directement active dans le corps de l'homme, des animaux, des végétaux. Elle a pour but de déterminer les formes élémentaires de cette substance, d'en étudier les dispositions profondes qui échappent à l'œil nu, et de signaler les fonctions élémentaires qui sont inhérentes à chacune de ces formes.

Ces parties élémentaires, soit qu'on les considère dans les différentes régions du corps, soit qu'on les poursuive dans la série des âges, soit qu'on les examine dans la série des êtres, jouissent de propriétés communes; partout leurs attributs fondamentaux sont les mêmes; de là l'entière généralité de cette étude et la fécondité de vues et d'applications qui lui appartient.

Enoncer que l'histologie étudie, dans toutes les régions du corps, dans tous les êtres et dans tous les âges, les parties élémentaires en qui gisent les propriétés effectives de la vie, suffit pour en faire ressortir l'utilité théorique. Enoncer que, par la même méthode d'observation minutieuse et de généralisation féconde, elle suit à la trace les altérations des humeurs et les dégénérescences qui, affectant ces parties élémentaires, produisent les lésions organiques, suffit pour en faire sentir l'utilité pratique.

Ici, comme pour la médecine comparée, à côté de la chaire est l'homme qui peut la remplir. M. le docteur Robin, connu par des recherches originales, auteur d'ouvrages considérables, maître suivi par un auditoire studieux dont une partie vient même de l'étranger, est un choix qui sera ratifié par le monde savant. Il est juste que le premier professeur nommé soit celui qui a fait de l'histologie l'objet exclusif de ses veilles et de son labeur.

Les créations que je sollicite de Votre Majesté, Sire, répondent aux véritables besoins de l'enseignement et à l'état actuel de la science; et, en les réalisant, l'Empereur manifestera de nouveau au pays le vif et puissant intérêt qu'il accorde aux progrès de l'instruction publique.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à Votre Majesté un projet de décret qui crée à la Faculté de médecine de Paris deux chaires, l'une de médecine comparée, l'autre d'histologie, et qui appelle à la première M. le docteur Rayer, et à la seconde M. le docteur Robin.

Je suis, etc.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

NAPOLÉON, etc.

Sur le rapport de notre ministre de l'instruction publique et des cultes,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Deux chaires sont créées à la Faculté de médecine de Paris, l'une pour l'enseignement de la médecine comparée, l'autre pour l'enseignement de l'histologie.

Art. 2. M. le docteur Rayer, membre de l'Institut, est nommé professeur de médecine comparée à la Faculté de médecine de Paris.

M. Ch. Robin, docteur en médecine, agrégé, est nommé professeur d'histologie à la même Faculté.

Art. 3. Notre ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 19 avril 1862. NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

— Par arrêté du 19 de ce mois, M. le docteur Rayer, membre de l'Institut, professeur de médecine comparée à la Faculté de médecine de Paris, a été appelé aux fonctions de doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. le baron Paul Dubois, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé doyen honoraire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Leçon sur les caractères de l'expectoration.

(Recueillie par M. le docteur A. CROS.)

Les anciens n'étaient pas certes sans mérite, et les faits bien observés une fois le sont pour toujours. Ils ont étudié avec une rare perfection bien des points de diagnose médicale, quoique n'ayant aucune notion de l'auscultation ni du plessimétrisme, quoique l'analyse chimique, le microscope, le stéthoscope, le laryngoscope, leur fussent inconnus.

Parmi les méthodes diagnostiques, ils étudiaient la palpation avec assez de succès, mais surtout les signes que l'inspection peut fournir leur échappèrent rarement; on peut dire même qu'ils servirent longtemps en quelque sorte de base à la médecine.

Parmi ces derniers, ceux que l'on peut tirer de l'inspection des crachats, même à l'époque où les sciences physiologiques étaient encore dans l'enfance, attirèrent l'attention des observa-

teurs, et de nos jours personne ne songe à contester leur importance.

Quand je faisais mes études, on était déjà fort avancé sur cette matière. Vous pourrez vous en convaincre en lisant les discussions qui eurent lieu entre Haller et Triller sur le diagnostic différentiel de la pleurésie et de la pneumonite; vous trouverez aussi des documents utiles dans les travaux de Stoll sur le même sujet.

Les crachats surnagent-ils ou gagnent-ils le fond du vase?

Sont-ils ou non spumeux?

Sont-ils visqueux ou diffluents? etc., etc.

Telles étaient les questions qu'on se posait alors, et dont on se préoccupait beaucoup.

Le médecin qui a le mieux étudié ce point important de la diagnose médicale, après les travaux de Laennec, d'Avenbrugger et de Corvisart, est M. Andral.

Sa thèse sur les caractères de l'expectoration est un travail de premier ordre. On y trouve des faits nouveaux très-nombreux et présentés de la manière la plus remarquable.

C'est M. Andral qui a démontré le premier que toutes les teintes que prennent les crachats dans la pneumonie sont dues à diverses proportions de sang mêlées aux autres matières expectorées: telles sont la couleur jaune abricot de certains crachats, les nuances variant du jaune foncé au brun presque noir et passant par le jaune rougeâtre; la couleur de rouille, la couleur *jus de pruneaux*, etc. Quelques-unes de ces teintes sont peut-être produites par quelques-uns seulement des éléments du sang. Tous les praticiens ont vérifié ce qui avait été dit par M. Andral, et rien n'est aujourd'hui mieux établi.

Depuis cette époque, la science s'est encore avancée dans la voie du progrès.

Je tiens de M. Hervez de Chégoin des faits très-intéressants sur les crachats qui viennent du larynx. Ces crachats sont, selon cet excellent observateur, arrondis, petits, grisâtres; ils présentent des points noirs, et contiennent parfois au centre une petite tache de sang.

Je me suis aussi beaucoup occupé des nuances, des caractères divers que présentent les crachats, et de ce qu'il en faut inférer au point de vue de la diagnose, de la prognose et du traitement.

Il m'arrive souvent de voir dans le crachoir d'un malade l'image en quelque sorte de la lésion de ses organes respiratoires. Vous avez souvent été témoins dans nos salles de ces diagnostics portés avant tout autre examen. Je vous exposerai brièvement l'ensemble des caractères que présentent les crachats, au moins dans les circonstances pathologiques les plus fréquentes.

Etudions d'abord les diverses manières dont ils sont rendus. Cette étude, plus que toute autre, nous indiquera le point de l'appareil respiratoire d'où ils proviennent. Examinons quels caractères présente la toux qui précède leur expulsion.

Questionnons le malade, si nous ne pouvons faire mieux, sur la manière dont il tousse, et l'observation nous apprendra bientôt à reconnaître les divers modes d'expectoration relatifs à la présence des crachats dans les divers points de l'appareil respiratoire.

Quand les matières crachées viennent du nez, l'acte appelé improprement ici expectoration, accompagné ou non de toux, est précédé d'une vibration en arrière du voile du palais et d'une sorte de reniflement; si elles viennent du pharynx, les choses se passent à peu près de même, moins le reniflement préalable. Si c'est de la salive qui est crachée après une toux sèche, on voit le malade faire des mouvements de la bouche identiques avec ceux que l'on fait lorsqu'on veut expulser de la salive.

S'il s'agit de débarrasser l'entrée du conduit de l'air des mucosités d'ordinaire assez peu abondantes qui peuvent s'y former ou s'y arrêter, la toux devient plus sèche et en quelque sorte plus laryngienne; aucun autre mot ne pourrait rendre l'idée que ce mot exprime. Si les mucosités sont dans le larynx (les petits crachats grisâtres décrits par M. Hervez de Chégoin), la toux est d'un timbre tout à fait sec et absolument laryngienne. Si c'est de la trachée que partent les mucosités, elle est plus profonde et plus soufflante; si les bronches contiennent des matières visqueuses ou liquides à expulser, la toux est profonde, d'un ton grave, d'un timbre *creux* et accompagnée de sibilation. On peut imiter dans l'état de santé ces caractères divers de la toux expultrice, à l'exception de celle qui a lieu chez les individus dont les poumons ont des cavernes: les caractères de cette toux sont particuliers; ils varient selon l'étendue et le nombre des cavités, la présence dans leur sein de gaz ou de liquide ou de gaz et de liquides mêlés, etc.

Ces considérations sont de la plus haute importance; elles sont importantes surtout dans les cas d'hémorrhagies du conduit de l'air, où il s'agit de déterminer de quel point vient le sang.

Quelques malades crachent abondamment après des quintes de toux une grande quantité d'un liquide clair, filant, très-peu visqueux, plus ou moins aéré. C'est à la prétendue maladie dont ils sont atteints que Laënnec avait donné le nom de catarrhe pituiteux, croyant que le liquide en question venait des bronches. C'était là une immense erreur; les hommes de génie eux-mêmes en commettent quelquefois.

Lorsqu'on observe avec soin les faits de ce genre, on voit que le liquide craché par les malades est rendu sans véritable expectoration; il est entièrement constitué par de la salive normale. On rencontre des crachements de salive quand il y a de la rougeur du pharynx, quand les nerfs de la huitième paire sont malades. Quelquefois, chez les petits enfants, dans la coqueluche; après les accès de toux, chez certains vieillards affectés de toux habituelle.

Les petits crachats grisâtres accompagnés de grandes quantités de salive sont ordinairement laryngiens; dans d'autres cas, les crachats qui viennent du larynx prennent un aspect pioïde, mais ils sont toujours petits.

Les crachats entièrement pénétrés par de l'air en petites bulles et d'un aspect blanc écumeux, viennent simplement de la bouche; ils sont composés de salive agitée dans la cavité buccale elle-même. D'autres crachats sont formés par une salive visqueuse; il s'y forme de grosses bulles persistantes; ils contiennent des mucosités mêlées à la salive.

D'où les crachats muqueux viennent-ils? Quelques-uns sont grisâtres, transparents, épais. Quand ils ont été conservés quelque temps, ils prennent l'aspect du pus (crachats pioïdes); cependant les matières qui les constituent ne ressemblent que d'une manière éloignée au pus; elles sont plus jaunâtres, mieux liées, non déchiquetées sur les bords, et se présentent sous forme de grosses masses, quelquefois de couleur grisâtre. Ils peuvent survenir chez des personnes habituellement assez bien portantes ou présentant des lésions fort légères, ordinairement vers le matin. Ils se produisent souvent lorsqu'on s'est exposé à l'action du froid humide, sans qu'il y ait une altération bien profonde de la santé.

Ces crachats viennent soit du nez (et cela très-fréquemment), soit de l'arrière-gorge, d'où ils sont expulsés par une véritable *expharyngition*, qu'on me pardonne ce mot.

Dans quelques circonstances on trouve le matin dans les crachats des matières noires constituées presque toujours par du carbone à l'état de division extrême, et dégagé dans la combustion du charbon de terre ou provenant de la fumée des lampes. Ces poussières sont arrêtées par les parois des fosses nasales ou du pharynx, dans certains cas du larynx; et se mêlant aux liquides sécrétés par les glandules de ces diverses parties, leur donnent un aspect particulier.

Si les crachats contiennent du sang pur, ce sang peut venir du nez, être tombé dans l'arrière-gorge, et de là avoir été expulsé par la bouche. Quand le sang est rouge, il vient d'être épanché à l'instant même. S'il est brunâtre, il a séjourné plus ou moins longtemps dans l'augiaire.

Il est à remarquer que c'est dans le poumon que le sang séjourne le plus ordinairement. On peut difficilement prendre le vomissement de sang pour les crachements de sang que nous venons de passer en revue; le vomissement de sang, par exemple, n'est point précédé de toux d'aucune espèce, et n'est pas produit par le même mécanisme.

Il est des circonstances qui nous apprennent, indépendamment des signes plessimétriques, que du sang est épanché dans le poumon, qu'il y a séjourné, qu'il n'y a pas été en contact avec l'air. Ce sang, lorsqu'il est expulsé de la poitrine, est pendant quelques jours d'un rouge foncé. Les jours suivants, il se mélange avec des crachats pioïques. Ces crachats sont arrachés à l'aide d'une toux profonde qu'on pourrait appeler *pneumo-bronchique*. Ce pus, qui semble produit par la présence du sang coagulé, altéré même, et agissant comme corps étranger, donne souvent lieu ultérieurement à la production de tubercules. Un examen très-attentif, une longue expérience, aidée des moyens d'investigation les plus parfaits, nous a convaincu de la réalité de cette cause pathogénique, et nous affirmons qu'elle est une des plus fréquentes.

Lorsque le sang expectoré est rutilant et écumeux, il vient sans aucun doute de sortir des vaisseaux qui le contenaient, et a été agité quelque temps avec l'air. Si au contraire il est noir, c'est qu'il a séjourné plus ou moins longtemps dans le poumon; de même qu'on voit séjourner dans le tissu cellulaire, après une contusion, celui que la violence extérieure y a fait répandre.

Il est inutile d'ajouter que les crachats sanglants peuvent contenir des mucosités, de la salive, etc., et que les diverses espèces de matières expectorées peuvent se trouver ensemble en diverses proportions.

Il est d'autres crachats dont l'étude est fort importante. Du sang mélangé avec des mucosités, produit altéré de sécrétion bronchique, et dans lesquelles il s'est déposé de la fibrine, constituent d'une manière générale les crachats de la pneumonite. Ils sont visqueux, collants; le vase où ils ont été rendus peut être renversé sans qu'ils s'en détachent.

Voici les différents caractères des crachats pneumonitiques:

1° Ils sont très-visqueux, sans coloration particulière. Ils doivent alors leur viscosité à la fibrine seule, épanchée et mêlée aux mucosités bronchiques.

2° Ils présentent une coloration jaunâtre, pâle, jaune foncé, jaune plus foncé, abricot, etc. Ils contiennent dans ce cas une certaine quantité de matière colorante du sang; à plus forte raison s'ils sont rougeâtres, un peu bruns, *rouillés*, comme on dit.

Ils contiennent aussi dans toutes ces circonstances de la fibrine et de l'albumine, qu'on coagule par l'acide nitrique. Je croyais qu'il y avait là un signe excellent, mais j'ai vu depuis que cet acide coagule les crachats en maintes circonstances, et que cette réaction chimique ne permet de rien distinguer de particulier.

Quant aux crachats *jus de pruneaux*, ce fait a été fort bien vu par M. Andral; il est de toute évidence qu'ils doivent leur coloration à ce qu'ils ont séjourné plus ou moins longtemps dans le poumon.

C'est pour cette raison que leur présence coïncide si souvent dans le poumon avec celle du pus. Ils sont l'expression d'un état relativement chronique; les autres sont plutôt liés à l'inflammation aiguë des tissus pulmonaires.

Les crachats qui proviennent des cavernes se reconnaissent à leur aspect purulent, ils sont nummulaires quand les cavités sont modérément grandes, leurs bords sont comme déchiquetés; mais, quand les pneumospéies sont vastes, des masses de pus sont expectorées et forment un tout assez homogène, souvent mêlé de mucosités et de salive.

Quand à la *pneumonite* succède la *pneumonitopioïe*, qu'il se forme un abcès du poumon, une vomique, les malades rendent des flots de pus. J'ai pu obtenir, dans une dizaine de cas, la guérison de lésions pareilles. Il me vient à l'esprit maintenant celui d'une dame dont le poumon s'était creusé d'une vaste caverne à la suite d'une pneumonite; elle guérit après avoir expectoré l'énorme quantité de pus (plus d'un demi-litre) que cette cavité contenait.

On rencontre quelquefois dans les crachats d'autres produits pathologiques, tels que des tubercules, mais cela n'arrive que très-rarement, j'allais dire presque jamais.

Dans un cas de gangrène du poumon, j'ai vu un malade cracher une petite portion de poumon, *isolée* sans doute par la nécrosie.

Une fois, je trouvai à l'autopsie un morceau de poumon détaché de la masse de l'organe et flottant au milieu d'une vaste caverne: on conçoit que dans certaines conditions ce fragment de poumon aurait pu être expectoré. Des hydatides se sont quelquefois trouvées dans des crachats, mais ces faits sont tout à fait exceptionnels. Dans un cas, je vis, à la suite de la rupture d'une poche hydatidique et de l'expulsion de quelques-uns de ces animaux, la guérison avoir lieu, mais il y eut aussi des crachats purulents; je n'insiste pas sur ces faits, vraiment plus curieux qu'utiles à connaître.

L'esquisse rapide que je viens de vous tracer suffit pour vous faire comprendre combien les perfectionnements apportés aux recherches diagnostiques ont donné de précision même aux signes fournis par l'inspection.

J'ajouterai que l'auscultation, et surtout l'organographisme plessimétrique, occupent de beaucoup le premier rang parmi les moyens de découvrir les lésions profondément situées, puisqu'ils donnent seuls des signes que l'on peut appeler *directs*, c'est-à-dire comparables à ceux que fournit l'inspection quand le siége de la lésion est accessible à la vue.

Les signes *indirects*, tirés de l'appréciation de la toux, de l'aspect des crachats, du facies, du pouls, etc., ne peuvent être considérés que comme des indices. Il en est de même des sensations éprouvées par le malade, dont ce dernier ne peut d'ailleurs vous rendre compte que d'une manière imparfaite, quelle que soit son intelligence.

Le plessimétrisme donne en outre la mesure exacte des lésions, et permet par cela même de suivre pas à pas les effets d'un traitement ou la marche naturelle d'une morborganie. Quoi qu'il en soit, les divers moyens de diagnose donnent souvent, lorsqu'on les emploie ensemble, une certitude parfaite, quand employés isolément ils n'auraient pu fournir que des degrés plus ou moins élevés de probabilité.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE LYON.

Examen des opinions émises récemment par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris.

(Deuxième leçon faite par M. Alexandre Viennois, le 21 février 1862, à l'École de médecine de Lyon.

Messieurs,

J'ai déjà eu l'occasion de vous exposer par quel mécanisme la main imprudente du vaccinateur pouvait parfois transmettre la syphilis à des individus sains, et j'ai fait passer sous vos yeux les observations aussi nombreuses que probantes que la science avait enregistrées depuis le commencement de ce siècle. Je me trompe, j'avais oublié de vous mentionner le fait si intéressant de M. Jules Lecoq (de Cherbourg), aujourd'hui médecin principal de la marine, et mon oubli est d'autant moins impardonnable que M. Lecoq a mis à me renseigner une obligeance véritablement exceptionnelle.

Voici ce fait en quelques mots:

Deux marins furent vaccinés au mois de mai 1859, les deux derniers d'une série; le vaccin fut pris sur un homme qui avait eu trois mois auparavant un chancre induré: on ignorait cette dernière circonstance au moment de l'opération. M. Lecoq nous apprit que sa lancette, étant à bout de liquide vaccinal, avait ramené un peu de sang du sujet vaccinant. Les deux marins eurent un chancre du bras au point inoculé, avec adénite axillaire, accidents généraux dans le délai voulu, accidents qui durent céder aux mercuriaux.

Ce fait a été de la part de M. Lecoq l'objet d'une communication importante à la *Gazette des Hôpitaux* en 1859; ne pouvant y insister davantage, j'engage ceux de vous qui voudraient plus de détails à puiser aux sources que j'indique.

Vous avez vu, Messieurs, que de toutes les observations examinées avec soin, nous sommes parvenus à tirer les conclusions suivantes, à savoir:

Que lorsqu'on vaccine un sujet syphilitique, mais à diathèse latente, la vaccination pouvait jouir de la propriété de faire éclore des manifestations syphilitiques cutanées;

Que si on prenait le vaccin de ces individus, mais le vaccin pur et sans mélange de sang ou de toute autre humeur contagieuse, la vaccine ne donnait que la vaccine sans aucune complication syphilitique prochaine ou éloignée;

Que si, au contraire, la lancette du vaccinateur venait à dépasser les limites de la poche vaccinale, elle rencontrait un liquide étranger à cette poche, le sang, et que le sang étant contagieux dans des conditions que nous ne connaissons pas encore avec précision, la lancette pouvait donner par la même piqûre la vaccine avec l'humeur vaccinale et la syphilis avec le sang du sujet vaccinant;

Que la vaccine, ayant une incubation moins longue que l'accident initial de la vérole, se développait la première, avait même le temps, en général, de parcourir ses périodes, et que lorsque la croûte vaccinale était tombée ou sur le point de tomber, le chancre apparaissait au point inoculé, et que ce chancre avait tous les caractères du chancre infectant : longue incubation, ulcération quelquefois précédée de la papulation, induration, adénite axillaire indolente, enfin accidents généraux dans le délai voulu;

Que par conséquent rien n'était plus facile à l'avenir que d'éviter les malheurs dont je vous ai entretenus, de celui surtout dont vous venez d'entendre la douloureuse histoire.

Me voici donc amené à vous parler du fait de Rivalta. J'exposerai cette histoire dans toute sa simplicité; et telle que nous l'ont fait connaître les journaux italiens, puis je donnerai mon appréciation personnelle, et enfin j'examinerai les commentaires d'autrui.

Les journaux italiens qui se sont principalement occupés de l'affaire de Rivalta sont la *Gazette médicale italienne* et la *Gazette de l'Association médicale des Etats sardes*. La *Gazette médicale italienne*, par l'organe de M. le docteur Alberletti, a consacré à cette affaire quatre articles, n^{os} des 4, 11, 18 novembre et 16 décembre 1861; la *Gazette de l'Association médicale des Etats sardes*, les n^{os} des 20 octobre, 6 décembre 1861, 25 janvier et 6 février 1862. Ces articles sont signés docteur Pacchiotti.

Au commencement d'octobre 1861, un congrès médical siégeait à Acqui (Italie), ville dont les stations thermales ont quelque célébrité, et le chirurgien en chef de l'hôpital d'Alexandrie, M. Ponza, saisissait ses collègues d'un fait grave, qui avait pour théâtre un petit village des environs, le village de Rivalta, de 2,000 âmes.

A la suite d'une vaccination, la plupart des vaccinés auraient été victimes d'une maladie contagieuse dont six déjà étaient morts et trois en danger. Les médecins hésitaient sur le diagnostic, les uns prétendant que la maladie était syphilitique, les autres non syphilitique. M. Ponza insistait auprès du congrès pour qu'une commission formée par les hommes les plus compétents fût immédiatement nommée et envoyée sur les lieux pour y étudier la question. La proposition de M. Ponza fut accueillie avec empressement, et une commission fut nommée, composée des docteurs Louis Parola (de Coni), auteur d'un ouvrage estimé (*De la doctrine vaccinale*), J. B. Massone (de Gênes), Louis Ponza (d'Alexandrie), Silventi et Grillo, praticiens distingués de la province d'Acqui, et Giacinto Pacchiotti (de Turin), rapporteur.

Cette commission se rendit immédiatement à Rivalta, et y arriva le 8 octobre; mais déjà l'autorité s'était émue, et le gouverneur d'Alexandrie avait organisé une enquête. Cependant, celle-ci n'ayant pas amené de résultat sérieux, le gouvernement italien chargea M. le docteur Martorelli d'aller sur les lieux, d'examiner chaque famille des vaccinés, et de dresser un rapport. Ce rapport fut remis au ministère le 28 septembre. Il n'a pas été publié, mais nous savons que M. Martorelli a jugé l'épidémie de Rivalta de nature syphilitique, et que dès le 28 septembre il avait ordonné un traitement spécifique aux enfants contaminés. Tel était l'état de la question lorsque la commission d'Acqui commença ses travaux.

Cette commission apprit qu'à la fin du mois de mai 1861, M. Iwaldi, conservateur du vaccin à Acqui, avait envoyé un tube vaccinal à M. Coggiola, médecin à Rivalta; que ce médecin avait, avec ce tube vaccinal, vacciné un enfant de onze mois, Giovanni Chiabrera, bien portant en apparence, et dont les parents se disaient sains; que la vaccine avait été parfaitement régulière sur le petit Chiabrera, et que le 2 juin 1861 M. Coggiola s'était servi des boutons de vaccine de ce sujet pour vacciner 47 enfants, dont 38 furent malades ultérieurement; qu'un de ces 38, âgé de six mois, servit à vacciner, le 12 juin 1861, 17 enfants, dont 7 présentèrent la même maladie, les mêmes symptômes que les premiers.

L'examen de la commission porta tout d'abord sur 23 des vaccinés de la première série; l'autre moitié fut visitée par le docteur de Katt (de Rivalta), qui put les examiner, quoiqu'ils fussent épars dans la campagne environnante. L'examen de M. de Katt amena un résultat analogue à celui de la commission. Cet examen presque simultané avait lieu plus de quatre mois après les vaccinations, puisque celles-ci avaient été faites les 2 et 12 juin 1861, et que l'examen de la commission se passait le 8 octobre 1861.

Voici ce que l'on constata d'abord sur le premier vaccinifère Giovanni Chiabrera et sur ses parents.

Il était dans le marasme, très-amaigri, le teint plombé, la face ridée, épuisé par une diarrhée qui avait commencé dix jours après la vaccination pour laquelle il avait fourni le vaccin. Un érythème existait au pourtour de l'anus et des fesses; il avait un ballonnement considérable de l'abdomen, avec engorgement des ganglions mésentériques, un tubercule excorié sur le prépuce, une alopécie complète.

La mère de l'enfant a un ulcère sur un mamelon, une cicatrice récente sur le mamelon du côté opposé; rien ailleurs.

Le père, qui passe pour un coureur de femmes, le texte italien dit : *disciple de la Vénus errante*, ne présente pas de traces de syphilis ni récente ni ancienne.

Quant aux autres vaccinés, on apprit que six étaient déjà morts, que deux autres étaient dans le marasme et en danger, ainsi que Chiabrera le premier vaccinifère, et qu'ils étaient atteints d'éruptions variées, les unes sur leur déclin, les autres en pleine activité, éruptions qui caractérisent ordinairement la syphilis constitutionnelle, comme la roséole, des éruptions croûteuses dans les cheveux ou sur le corps, des plaques muqueuses de la bouche et des organes génitaux, des tubercules ulcérés ou non, de l'alopécie, de l'iritis, enfin les symptômes habituels qui caractérisent la vérole constitutionnelle. Chose bien remarquable, ces phénomènes généraux ne s'étaient montrés chez quelques-uns que du dixième au vingtième jour, et chez les autres après deux mois de l'inoculation vaccinale. Vous allez voir, Messieurs, quel parti je vais tirer de cette révélation dans un instant. Mais ce n'est pas tout, et ceci est capital, presque tous les enfants vaccinés avaient aux points inoculés par la lancette du vaccinateur un ulcère ou une papule, humide ou non, ou bien une cicatrice cuivrée, brunâtre, ou enfin, et c'était le cas le plus rare, une cicatrice parfaitement blanche. Mais ce qu'il faut remarquer par-dessus tout, c'est que chez ceux qui avaient eu primitivement des ulcères aux points inoculés, ces ulcères ne s'étaient montrés qu'à la chute des croûtes vaccinales ou peu après cette chute.

Mais les nourrissons n'étaient pas seulement atteints; quatre nourrices, au 8 octobre, présentaient toutes les quatre un ulcère induré du mamelon, avec adénite axillaire indolente.

La commission crut devoir ordonner pour les nourrissons des frictions mercurielles sur les aines, sous les aisselles et sur les extrémités, et aux nourrices l'iodure de potassium seulement pris à l'intérieur.

Un mois après, au 7 novembre, les changements suivants étaient observés par M. le docteur Pacchiotti

Un seul est mort le 14 octobre, la petite Louise Testa (obs. XII). En général, la santé des enfants s'améliore; ils paraissent plus vifs et mieux nourris. Chez quelques-uns, les tubercules plats ont perdu de leurs dimensions. Quant à l'enfant Chiabrera, il est en voie d'amélioration; bien qu'il soit encore très-amaigri, sa peau a perdu la couleur plombée; sa figure est moins étirée, moins pâle; la diarrhée a cessé.

Mais si les enfants sont mieux, la santé des nourrices s'altère. Au 8 octobre quatre nourrices seulement avaient un chancre du mamelon; il y en avait dix au 7 novembre. La mère de Chiabrera a des accidents secondaires, caractérisés par dix ou douze tubercules plats siégeant sur les grandes et les petites lèvres de la vulve, avec sécrétion séro-purulente. L'ulcère du mamelon persiste.

On a pu se procurer sur la vaccination du 2 juin un renseignement important; du sang du sujet vaccinant a été remarqué sur la lancette de l'opérateur pendant l'opération.

Le 5 janvier, nouvelle visite du rapporteur, M. le docteur Pacchiotti.

Les petits vaccinés vont de mieux en mieux, quelques-uns sont complétement guéris des diverses manifestations syphilitiques qu'ils présentaient au début, tubercules muqueux à l'anus, roséoles diverses, plaques muqueuses de la cavité buccale ou des parties génitales, ulcérations aux points vaccinés; d'autres, cependant, présentent, chose qui n'avait pas été notée d'abord, de l'induration à la place de la cicatrice; chez quelques-uns dont l'ulcère du bras n'est pas fermé, on sent une induration spéciale avec adénite indolente dans l'aisselle. L'état général s'est singulièrement amélioré, les vaccinés paraissent plus vigoureux, plus colorés, mieux nourris. Ceux qui semblaient, dès la première visite de la commission, devoir périr dans le marasme, comme Chiabrera (obs. I), Parodi (obs. XXIII), Scienza Antonia (obs. XLIV), Canepa Theresa (obs. III), sont aujourd'hui non-seulement hors de danger, mais en voie de recouvrer complétement la santé.

Ne pouvant insister sur l'amélioration survenue chez chacun, je me contente d'indiquer les modifications survenues chez le premier vaccinifère Chiabrera, à cause de l'importance que présente le diagnostic exact de cet enfant.

La diarrhée n'a pas reparu depuis qu'elle avait cessé, au mois de novembre; le ballonnement du ventre est moins considérable, le marasme a disparu, le tubercule excorié du prépuce aussi; la tête, qui était complétement dégarnie de cheveux au 8 octobre, en est maintenant couverte.

A la même époque, le premier vaccinifère était aphone, ce détail avait été oublié : la voix est maintenant revenue; mais, au milieu de cette amélioration générale, on remarque une plaque muqueuse sur la conjonctive de la paupière inférieure gauche.

Ce n'est pas tout. Le rapporteur, M. Pachiotti, ayant revacciné quatre enfants des plus gravement atteints, a obtenu un résultat négatif; comme contre-épreuve et avec le même liquide vaccinal, il s'est inoculé lui-même et a obtenu un résultat positif.

Jusqu'à ce moment on n'avait pas de renseignements sur le deuxième vaccinifère, Louise Manzone, âgée de six mois (obs. XXXV).

Cette petite fille, après avoir servi à vacciner 17 enfants le 12 juin, dont 7 devinrent ultérieurement malades comme les premiers, eut d'abord des ulcérations aux points inoculés, qui persistèrent longtemps, puis, le 2 août, le docteur Silventi constatait sur le dos un érythème papuleux siégeant aussi sur les membres; plaques muqueuses de la bouche et des parties génitales, etc.

Aucun traitement ne fut suivi; cette petite fille mourut dans le marasme le 10 septembre.

Les nourrices infectées, qui au 8 octobre étaient au nombre de quatre, au 8 novembre au nombre de dix, sont au 5 janvier au nombre de vingt. Chez toutes, moins une, la maladie a commencé suivant la loi établie par mon maître Rollet, par un chancre du mamelon. Ce chancre est à base indurée; il siége sur un mamelon ou sur les deux; il sécrète peu; une adénite indolente axillaire l'accompagne, et est suivie dans les premiers mois d'accidents généraux.

Deux maris sont infectés : c'est Carozzo, père du numéro 2. La femme avait eu en novembre des accidents généraux, entre autres, plaques muqueuses ulcérées de la vulve, et le 18 décembre, Carozzo constatait sur le prépuce un chancre induré; puis le père du numéro 6, Zaccone, constate sur lui le même accident le 17 janvier 1862. Le 16 décembre 1861, la femme de Zaccone avait des plaques secondaires ulcérées de la vulve.

La contagion ne se borne pas aux nourrices et aux maris; quelques frères et sœurs des vaccinés sont atteints au 5 janvier.

Parodi (Jacques), onze ans, frère de la fille dont l'observation figure au n° XXIII, présente les symptômes suivants : ulcération de l'amygdale avec adénite sous-maxillaire, puis, le 20 décembre, éruption; le 5 janvier, syphilide papuleuse confluente sur toute la peau.

Viotti (Marie-Angèle), treize ans, sœur de la fille décrite à l'observation XLVI : même accident primitif de la gorge; ultérieurement accidents secondaires, caractérisés par des tubercules plats autour de la vulve.

Ces enfants avaient l'habitude d'embrasser leur sœur pour l'empêcher de pleurer, et sans précaution.

Enfin une troisième, Testa (Catherine), douze ans, sœur de celle qui figure à l'observation XII et qui mourut le 14 octobre, contracta, en portant sa petite sœur sur les bras, un ulcère à la partie interne et moyenne de l'avant-bras droit, le 28 septembre, qui fut suivi d'accidents secondaires le 20 novembre suivant.

La petite vaccinée du n° XII (la commission avait noté cette particularité dès le 8 octobre) portait près du creux poplité droit une ulcération lardacée, grise, profonde, en même temps que d'autres accidents secondaires.

Tous ces enfants, traités par le spécifique, ont vu leur maladie s'amender notablement.

Enfin, Messieurs, pour terminer cet historique, je dirai que par une circulaire du 23 décembre, le ministre Ricasoli enjoignait aux préfets du royaume d'Italie d'exiger à l'avenir des conservateurs du vaccin les conditions suivantes :

Les conservateurs auraient un registre sur lequel seraient inscrits les vaccinifères, ainsi que le nom des parents, pour qu'on puisse, en cas d'accident, remonter à l'origine du mal.

Les vaccinateurs devraient refuser comme vaccinifères les enfants qui, bien portants en apparence, auraient des parents dont la santé ou les antécédents seraient suspects; enfin les vaccinateurs ne pourraient plus, à l'avenir, se servir de vaccinifères âgés de moins de trois ou quatre mois.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 avril 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Lagasquie sur le service médical des eaux minérales de Miers (Lot) en 1861 (commission des eaux minérales);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de la Charente-Inférieure, de Maine-et-Loire et des Bouches-du-Rhône;

3° Deux rapports d'épidémies, par M. Ponthault (de Mayenne), et M. Cagniou (de Vitry). (Commission des épidémies.)

— M. Béclard fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la nouvelle édition de son *Traité élémentaire de physiologie*, et signale les améliorations qu'il y a introduites.

— M. le Président annonce que le bureau a décidé, sauf l'avis de l'Académie, qu'une place serait déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

L'Académie, consultée, approuve la décision du bureau.

— M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Cazeaux, membre titulaire. Une députation nombreuse assistait aux obsèques. Un discours a été prononcé au nom de la Compagnie par M. Danyau.

LECTURE.

Aliénés. — M. Girard de Cailleux lit la suite de son mémoire *sur l'influence des translations des aliénés chroniques de la Seine dans les divers climats de la France, au point de vue de la guérison des aliénés et de leur mortalité.*

Dans la première partie de ce travail, l'auteur s'est proposé de démontrer que tout en conservant la fixité des caractères de son espèce, tant qu'il vit au sein des mêmes circonstances, l'homme, comme tous les animaux, subit cependant un changement dans sa forme dans ses profondeurs viscérales et dans ses fonctions, lorsqu'il est placé dans d'autres milieux. Il a étudié l'influence des divers climats de la France sur les guérisons des aliénés chroniques, celle du climat et du régime alimentaire sur la nature de leurs décès et sur leur fréquence, en faisant remarquer que, de toutes les conditions physiques, le changeme   tmologique était le plus dangereux, parce

qu'il apporte dans une des fonctions les plus importantes de la vie, la circulation, une brusque et profonde modification, ce qui explique la prédominance des décès des aliénés transférés de Paris dans la région du Nord, et la plus grande fréquence des affections pulmonaires et cérébrales auxquelles succombent les aliénés chroniques envoyés dans cette région. Il s'est arrêté enfin sur la part d'influence qu'exercent sur la mortalité des aliénés transférés les causes morales, l'encombrement, le travail et les diverses formes ou états de la folie dont l'étude fait le sujet de la seconde partie.

Le brusque éloignement de la famille et des amis, dit-il, a certainement joué un rôle important dans la mortalité ; mais comme cette cause s'est généralement fait sentir chez les aliénés transférés dans les divers climats, elle ne peut expliquer les différences signalées.

Relativement à la part d'influence exercée par l'encombrement sur la mortalité des aliénés transférés, l'auteur lui assigne deux modes particuliers d'action. Le rôle du travail s'efface comme l'influence morale devant l'action combinée des divers éléments du climat.

Des tableaux font connaître l'influence que doivent exercer les divers états ou principales formes des maladies mentales sur le nombre des décès constatés dans les différentes régions de la France.

M. Girard résume les résultats de ses études sur ces divers points dans les conclusions suivantes :

1º Que la mise en harmonie des fonctions organiques avec les milieux ambiants des régions du nord, du midi, de l'est, de l'ouest et du centre de la France, exerce sur l'organisme des aliénés chroniques acclimatés dans les hospices de la Seine et transférés brusquement dans ces régions, une profonde influence ;

2º Que la rupture de leurs habitudes physiques, physiologiques, intellectuelles et morales, et leurs rapports avec de nouveaux milieux, occasionnent une secousse générale, des efforts de réaction qui enlèvent rapidement les organismes épuisés, et deviennent pour les autres une sorte de crise qui peut tourner à la guérison ou à l'amélioration, mais qui le plus souvent leur est fatale ;

3º Qu'ainsi il est dangereux de transférer indistinctement dans les diverses régions de la France les aliénés de la Seine, sans tenir compte de leur virtualité, de leur état, de leur âge, de leur sexe, de leur constitution, de leur lieu d'origine ou d'habitation ;

4º Qu'il importe d'éviter les brusques transitions, de choisir les asiles, les saisons pour opérer les transferts dans les divers climats, le commencement de l'hiver, par exemple, pour les translations dans le Midi, celui de l'été pour les translations dans le Nord, et d'envoyer de préférence les originaires ou habitants du Midi dans le Midi, ceux du Nord dans le Nord, à moins de contre-indications spéciales ;

5º Qu'il est essentiel de modifier le régime des aliénés transférés, selon les climats où ils sont envoyés ;

6º Qu'il faut substituer à l'influence morale de la famille ou de l'amitié absentes les procédés et les soins les plus affectueux, les consolations les mieux entendues et les plus propres à soutenir le courage et l'espoir ;

Toutes choses qui appellent de la part de l'administration supérieure de la Seine, qui s'en préoccupe à juste titre, sous l'initiative d'une haute pensée, de profondes et sérieuses modifications.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

La parole est à M. Briquet.

Suite et fin de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

M. BRIQUET se proposant de répondre au dernier discours de M. Malgaigne, en ce qui concerne plus particulièrement la valeur respective des statistiques françaises et des statistiques anglaises ou américaines, reprend un à un tous les points de sa première argumentation. Il explique ce qu'il a voulu dire quand il a parlé des statistiques de personnes *connues* ; il entre ensuite dans de nouvelles explications sur la confusion à laquelle a donné lieu la dénomination d'hôpital de Massachussets ; puis, tout en protestant de son respect pour les notabilités chirurgicales des hôpitaux de Londres, dont il déclare n'avoir eu nullement l'intention de suspecter la bonne foi, il n'en persiste pas moins à penser que les statistiques recueillies dans ces hôpitaux ne présentent pas toutes les garanties désirables.

Arrivant enfin aux grands hôpitaux de Paris et aux services de médecine en particulier, et comparant la manière dont s'y comportent la plupart des maladies réputées infectieuses ou contagieuses avec la marche qu'affectent ces mêmes maladies chez les sujets de la classe pauvre traités à domicile, il en conclut que ces maladies se propagent beaucoup moins dans les hôpitaux qu'au sein des familles, et qu'à tous égards les hôpitaux sont plus salubres que les habitations particulières.

M. GOSSELIN a la parole comme rapporteur pour résumer et clore la discussion.

Je ne puis laisser finir, dit M. Gosselin, sans rappeler une dernière fois la portée scientifique principale de cette discussion, et sans signaler une fois de plus ce qu'elle a de neuf et les souvenirs utiles qu'elle doit laisser dans l'esprit de tous.

On savait depuis longtemps que l'encombrement des malades était une chose fâcheuse. Mais où commence et où s'arrête l'encombrement? Voilà ce qu'on ne savait pas, et ce qu'il est en effet très-difficile de savoir. Certainement, à juger de nos hôpitaux par ce qu'ils étaient il y a cent ans ; à juger de leurs résultats par ceux qu'on obtient en temps de guerre, lorsque la nécessité la plus impérieuse oblige à agglomérer beaucoup de malades dans d'étroits espaces, on devait croire, et je comprends qu'on ait cru de très-bonne foi, médecins et administrateurs, à leur salubrité suffisante.

Il est incontestable, en effet, que la plupart des maladies attribuées justement à l'encombrement : le typhus, la dyssenteric, l'ophthalmie contagieuse, la pourriture d'hôpital, le choléra même, ne règnent pas habituellement dans nos salles, et que, en conséquence, c'est une raison pour qu'on n'ait pas cru à la trop grande insalubrité de l'air qu'on y respire.

Mais il reste pourtant encore quelques maladies sur le développement, la fréquence et la gravité desquelles l'agglomération, telle qu'elle est chez nous, paraît à beaucoup de bons esprits avoir de l'influence. J'ai déjà dit comment c'était une opinion assez générale que celle qui attribuait la fréquence de notre infection purulente, la gravité de nos érysipèles traumatiques et notre déplorable mortalité *post*-puerpérale, à la viciation miasmatique de l'air dans lequel sont plongés nos grands opérés, nos blessés, nos accouchées.

Mais cette opinion pendant longtemps n'a pu s'appuyer sur des preuves évidentes. Nous n'avions guère à notre disposition que la comparaison des résultats de nos hôpitaux avec ceux des petites villes, avec ceux de la pratique particulière. Mais comme, d'une part, les grandes opérations sont moins fréquentes dans les hôpitaux de province et la pratique particulière, que dans les hôpitaux de Paris ; comme d'autre part, les chiffres des opérations, comme ceux des accouchements, ne sont pas assez connus pour qu'on puisse les comparer, il n'était pas possible d'arriver à une démonstration rigoureuse.

Le travail de M. Lefort nous a fourni l'occasion d'une démonstration nouvelle, en nous permettant de placer à côté de chiffres relevés dans nos hôpitaux, les chiffres des hôpitaux anglais pour les opérations, et ceux d'un certain nombre d'accouchements en dehors de l'hôpital de Guy ; or, cherchant la cause des différences, nous n'en avons pas trouvé d'autre que la différence dans les conditions hygiéniques, c'est-à-dire dans la viciation de l'air produite encore par l'encombrement, modéré si l'on veut, incapable d'engendrer les grandes maladies, mais susceptible encore de produire les infections traumatiques.

Ce qu'il y a donc de neuf, et ce qui n'avait pas été fait, c'est la comparaison des statistiques d'opérations et d'accouchement, et la comparaison simultanée des conditions hygiéniques.

Or, je remarque pour la seconde fois que la conclusion a été peu attaquée, et que les moyens l'ont été très-peu également.

Il y a eu d'abord un malentendu : à M. Malgaigne qui invoquait les mauvaises conditions hygiéniques pour les opérés, à moi qui y ajoutais les accouchements, MM. Davenne, Trébuchet, Briquet, de répondre, comme si l'administration et les médecins étaient incriminés, que pour tous les autres malades les hôpitaux étaient bons. De même M. Tardieu pour Lariboisière, dont nous signalons seulement, sans en faire un crime à personne, les statistiques de mortalité après les opérations et les accouchements.

M. Briquet a beaucoup attaqué les statistiques anglaises ; je ne crois pas, pour ma part, en ce qui concerne les résultats des opérations, qu'elles puissent faire l'ombre d'un doute. Ces statistiques n'ont pas été faites par quelques chirurgiens seulement, comme l'a dit M. Briquet, elles ont été faites dans tous les hôpitaux et dans tous les services de chirurgie, mois par mois, par trimestre, et ce ne sont pas, comme il l'a prétendu, des statistiques adoucies ou mensongères ; elles offrent à nos yeux toutes les garanties d'exactitude, et la similitude constante de leurs résultats ne permet pas de les mettre en doute.

Le résumé définitif de cette discussion, pour moi, est qu'il y a quelque chose à désirer dans l'état actuel des hôpitaux, qu'il y a quelque chose à faire pour leur assainissement, non pas, si l'on veut, d'une manière générale pour l'ensemble des services, mais par rapport aux opérations et aux accouchements.

Je ne veux point terminer sans dire un mot des divers travaux qui ont été envoyés à l'Académie pendant le cours même de cette discussion.

Ici M. le rapporteur signale les communications de MM. Topinard, Lefort, Nonat, Chevallier fils, Husson, Mordret (du Mans), Esmein (des Batignolles) et Trélat, et il propose de voter à chacun des auteurs une lettre de remercîment et de déposer honorablement toutes ces communications dans les archives.

M. VELPEAU demaude à dire un mot seulement. Il y a un fait très-grave émis dans ce résumé, à l'égard duquel il me paraît nécessaire, je ne dirai pas de protester, le mot serait trop gros, mais de faire des réserves. On admet comme un fait démontré qu'on meurt plus à la suite des opérations à Paris qu'à Londres, et l'on s'appuie pour établir ce fait sur les statistiques. Personne assurément n'apprécie mieux que moi l'utilité de la statistique et l'étendue des services qu'elle rend à la science ; mais je sais aussi combien elle est difficile à faire, et combien la plus petite erreur qui s'y introduit grossit et mène, en fin de compte, à des résultats fautifs. Je crois donc sage de faire des réserves contre cette proposition. Il y a sans doute beaucoup à dire sur l'état de nos hôpitaux, mais je ne crois pas que cette infériorité relative dont on parle soit bien démontrée.

M. BRIQUET demande à répondre à un point du résumé de M. Gosselin.

Plusieurs voix réclament la clôture.

M. LE PRÉSIDENT déclare la discussion close, et met aux voix les conclusions du rapport de M. Gosselin sur le travail de M. Lefort. Ces conclusions, consistant à demander qu'il soit adressé une lettre de remercîment et d'encouragement à M. Lefort pour ses utiles recherches et que son travail soit honorablement déposé aux archives, sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

M. le président fait ensuite remarquer qu'il resterait à délibérer sur les propositions de MM. Devergie et Piorry. Ces deux membres étant absents, la délibération sur ces deux propositions est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 17 avril, M. le docteur Pitou, médecin aide-major au 102e de ligne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté du 19 avril, M. Pierre Gratiolet, docteur ès sciences et aide d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle, a été chargé du cours d'anatomie, physiologie comparée et zoologie, vacant à la Faculté des sciences de Paris par le décès de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

— MM. les docteurs Delpech et Réveil, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, viennent d'être nommés officiers de l'ordre du Medjidié.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste, ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'ictère grave.

Nous avons entretenu plusieurs fois les lecteurs de cette *Revue* de la question anatomo-pathologique de l'ictère grave. Une lecture récente de M. Monneret à la Société médicale des hôpitaux, dans laquelle ce savant médecin a contesté la légitimité du rapport que l'on a cherché à établir entre cette affection et l'atrophie aiguë du foie, a remis de nouveau ce sujet en discussion. D'après M. Monneret, dont tout le monde connaît les travaux considérables sur les maladies hépatiques, l'ictère grave n'aurait pas de lésion spéciale, et l'atrophie aiguë, dont il ne nie d'ailleurs nullement l'existence, n'aurait à ses yeux d'autre valeur, dans les circonstances où elle a été rencontrée chez les sujets morts à la suite d'un ictère grave, que celle qu'on pourrait également attribuer à d'autres lésions du foie, voire même à l'hypertrophie, avec lesquelles il l'a vue coïncider.

Plusieurs faits d'ictère grave ont été recueillis depuis dans les hôpitaux de Paris, et portés comme pièces de conviction dans le procès scientifique qui se débat devant la Société médicale des hôpitaux.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant et instructif d'en présenter ici un résumé.

Le premier de ces faits est un cas d'ictère grave observé par M. Blachez à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. A la nécropsie, le foie présentait une atrophie notable ; il était réduit à un tiers au moins de son volume, sans changement de forme, sans rides ni cicatrices. Sa consistance était un peu molle, sa coloration jaune d'ocre à la surface. A la coupe, le tissu présente la même teinte à peu près uniforme, et l'aspect d'une multitude de granulations séparées par des trabécules d'une coloration plus foncée. La trame fibreuse ne paraissait pas hypertrophiée. La vésicule et les conduits biliaires n'offraient aucune altération. L'examen microscopique du foie a montré une abondante infiltration graisseuse et une déformation notable des cellules hépatiques.

Dans ce cas particulier, la lésion constatée répondait parfaitement à ce que Rokitanski a décrit sous le nom d'atrophie jaune du foie. Mais dans un second cas, tout à fait semblable au premier pour l'enchaînement des symptômes, M. Blachez a constaté l'absence absolue de toute lésion anatomique du foie. Les cellules, examinées au microscope, ont été trouvées dans un état parfait d'intégrité.

Peu de temps après et tout récemment M. J. Worms com muniquait à la même société une observation d'ictère grave, également recueillie à l'hôpital du Gros-Caillou, et qui présente avec la première observation de M. Blachez des analogies et des différences notables qui en rendent le rapprochement intéressant.

Il s'agit d'un militaire d'une santé robuste, qui, quelques jours après un excès de boisson, avait été pris de frisson, suivi de chaleur et d'une soif inextinguible, et était entré à l'hôpital dans un état de prostration absolue, avec une teinte ictérique prononcée, douleur vive à l'hypochondre droit, pouls lent et petit, jactitation, etc. Il mourait sans agonie au bout de vingt heures.

A l'autopsie, on trouva dans l'estomac une grande quantité de liquide sanglant et de petites ecchymoses pointillées de la muqueuse stomacale et du tissu cellulaire sous-péritonéal. Le foie ne semblait ni augmenté ni diminué de volume; il était d'un jaune clair, semblable à du cuir tanné ; son tissu était friable; les cellules hépatiques avaient disparu et étaient remplacées par des gouttes de graisse et des noyaux disséminés.

M. J. Worms s'est demandé, en présentant ce fait, quelle place on devait lui assigner dans le cadre nosologique. On se trouvait, dit-il, entre deux hypothèses, celle d'une affection réputée locale, bornée au foie, l'atrophie jaune aiguë, et l'hypothèse d'une pyrexie essentielle épidémique, la fièvre jaune. Or, ce cas différait des atrophies aiguës, parce que le foie, quoique détruit dans ses éléments constitutifs, n'était pas modifié dans son volume. On pouvait donc penser à la fièvre jaune, non dans sa forme type, mais dans cette forme particulière connue dans les pays où cette affection sévit épidémiquement, et qui se caractérise par l'adynamie rapide, l'ictère, la chute du pouls et la mort rapide, sans vomissements noirs et sans ecchymoses.

D'autre part, ajoutait M. Worms, la dégénérescence graisseuse du foie ayant été notée dans la fièvre jaune, il ne restait plus que la question du volume de cette glande pour maintenir la séparation entre deux maladies identiques dans leurs prodromes, leurs symptômes et leur marche, mais dont l'une est réputée une maladie du foie et l'autre une pyrexie bien connue dans sa forme épidémique, mais qui semble pouvoir se montrer aussi sous la forme sporadique. Pour lui ces cas d'ictère grave, qui semblent se multiplier depuis quelque temps, mériteraient la dénomination de fièvre jaune sporadique.

Sans entrer ici dans l'examen de la question nosologique soulevée par notre confrère, nous prenons acte des doutes même qu'a soulevés ce fait dans son esprit, des différences qu'il a présentées tant dans les symptômes que dans les lésions avec le premier des deux faits communiqués par M. Blachez, et enfin du caractère complétement négatif du second de ces faits sous le point de vue de la lésion dont il s'agit, pour en conclure que l'atrophie aiguë du foie ne saurait plus être considérée désormais comme la lésion exclusivement caractéristique de l'ictère grave, et qu'il reste à déterminer par de nouvelles observations quelle est la nature du rapport qui existe entre ces deux faits.

Phlegmon profond de la paume de la main droite ; hémorrhagies consécutives multiples ; petit sac anévrysmal guéri par une cautérisation faite avec le perchlorure de fer.

Au numéro 14 de la salle des hommes du service de M. Nélaton (hôpital des Cliniques), se trouve un malade dont la profession est d'être manouvrier dans un magasin d'huiles. Ses occupations consistent à rouler des tonneaux à l'aide de la paume des mains.

Vers le milieu du mois de décembre dernier il lui survint vers la base de la main droite une plaque indurée, un de ces durillons auxquels les ouvriers donnent l'épithète de *forcé*, pour exprimer le travail inflammatoire se traduisant par du gonflement, de la rougeur et de la douleur, qui s'établit tout autour et se propage aux parties profondes.

Il alla immédiatement consulter le *marchand de vins de la rue Saint-Martin* (1), qui le soigna moyennant *une petite consommation*; mais le mal s'aggravant et la main se tuméfiant davantage, il entra le 15 janvier à l'hôpital.

La main présentait alors une eschare au niveau du bord interne de la face palmaire, eschare qui avait détruit la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

A son entrée, le traitement fut simple : on lui fit prendre des bains de mains à l'eau de guimauve et appliquer des cataplasmes : on attendit l'élimination de l'eschare. En effet, il n'y avait pas là indication à pratiquer des incisions, puisque par le fait même de la gangrène il existait une large voie pour la sortie du pus au dehors.

Le malade fut pris à plusieurs reprises d'hémorrhagies assez abondantes venant de la plaie laissée à nu par suite de l'élimination de la partie mortifiée. La compression suffit chaque fois pour les arrêter, et depuis plusieurs jours l'écoulement de sang ne s'est pas reproduit.

L'examen de la paume de la main a offert le 31 janvier un fait tout à fait insolite : cette plaie, qui était alors recouverte de granulations pyogéniques de bonne nature, présentait au fond un petit mamelon brun noirâtre, gros comme un petit pois, qui par son siége rappelait si bien la position de l'arcade palmaire superficielle, que M. Nélaton crut devoir l'explorer avec le plus grand soin avant de poser son diagnostic. Ce petit mamelon ou ce petit globe était pulsatile comme une tumeur anévrysmale et s'était formé de la manière suivante :

Il s'était fait une ouverture artérielle, non par le fait d'incision puisqu'il n'en avait point été pratiqué, mais par suite du travail gangreneux, qui avait amené peu à peu la destruction du vaisseau.

C'est une chose très-rare qu'une perforation complète ou incomplète d'une artère par la gangrène, et c'était pourtant là un phénomène bien évident chez ce malade. L'ouverture artérielle avait donné lieu à l'issue du sang, puis à une petite poche anévrysmale située sur le trajet du vaisseau.

Dès ce moment M. Nélaton prévoyait qu'il arriverait de deux choses l'une : ou une nouvelle hémorrhagie qui pourrait se reproduire dans la journée, ou bien la petite pellicule représentant le sac de cette tumeur anévrysmale en miniature, se dilaterait et prendrait peu à peu de l'accroissement.

Si l'hémorrhagie se reproduit, ajoutait-il, il faudra peut-être avoir recours à la ligature de l'artère.

Si le sac prend des proportions plus considérables, une goutte de perchlorure de fer suffira pour amener son oblitération.

Le lendemain, à la visite, on reconnut que le petit mamelon avait pris du développement ; il était de la grosseur d'un pois ordinaire; la pellicule qui le recouvrait était extrêmement mince. Dans la journée, la paume de la main fut le siége de deux hémorrhagies fort abondantes.

La première fut arrêtée à l'aide de l'amadou et d'une compression. A la deuxième, le sang sortait par un jet saccadé et de moyen calibre ; il s'arrêtait quand on interrompait la circulation dans l'artère humérale. On établit une compression plus forte dans la paume de la main et au poignet, après avoir appliqué deux tampons de perchlorure de fer au niveau du jet artériel.

Deux jours après, on appliqua sur le lieu où existait le petit sac anévrysmal et par où l'hémorrhagie s'est faite, un fragment de pâte de chlorure de zinc bien maintenu en place par du coton. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Un mois après les phénomènes que nous venons de rappeler, M. Nélaton donnait sur ce malade les détails suivants, dont nous devons la communication à M. P. Gillette, interne du service :

On se souvient que chez cet homme une gangrène superficielle de la paume de la main, survenue à la suite d'un phlegmon, avait intéressé une partie de l'arcade palmaire superficielle. Il en était résulté des hémorrhagies nombreuses et presque inquiétantes. Ces hémorrhagies cessèrent, et on vit se produire sur le trajet de l'arcade un petit bourgeon violacé, gros comme un pois, pulsatile, doué de mouvements isochrones à ceux de l'arcade palmaire, et présentant une expansion manifeste. Cette petite tumeur était un anévrysme développé sur le trajet de l'arcade palmaire superficielle. On attend deux jours, et le troisième il se rompt et donne lieu à une nouvelle hémorrhagie. On détruit alors la totalité de ce petit anévrysme par la cautérisation. Un fragment de pâte de chlorure de zinc est appliqué sur ce mamelon et entouré de ouate, corps imperméable qui ne s'imbibe pas comme la charpie, et arrête la fusion du caustique sur les parties voisines. Les parois et le contenu de cet anévrysme furent ainsi détruits, et le lendemain nous retrouvâmes à sa place une petite masse dure, compacte, solide, n'offrant plus aucun caractère de la tumeur anévrysmale. On devait cependant conserver quelques craintes. On avait produit en effet une eschare, et sa chute ne pouvait-elle pas déterminer une nouvelle hémorrhagie? Mais on était en droit de faire une seconde supposition : croire que le caustique avait complétement escharifié les parties sur lesquelles il avait agi, et avait produit un coagulum assez étendu dans l'intérieur de l'arcade artérielle. C'est en effet ce qui eut lieu, et aucune nouvelle hémorrhagie ne venant à se reproduire, à partir de ce moment nous pûmes croire à un succès complet.

« Les auteurs, a dit à cette occasion M. Nélaton, rapportent plusieurs cas de guérison d'anévrysme obtenue par la cautérisation. Il en est un que l'on se plaît toujours à citer, parce qu'il est entouré de circonstances remarquables; je veux parler de l'anévrysme inguinal rapporté par Marc-Aurèle Séverin, et guéri par la cautérisation faite avec le fer rouge. Ce n'est pas que je veuille rapprocher cet anévrysme de la petite tumeur qu'il nous a été donné d'observer dans les salles ; mais on ne doit pas oublier que souvent, dans des cas semblables, on peut employer avec avantage la cautérisation.

» Il y a quelques années, ces hémorrhagies, se produisant dans des plaies déjà anciennes, pouvaient, malgré les nombreux moyens que l'on mettait en usage pour s'en rendre maître, exposer le malade à de grands dangers. En effet, que faisait le chirurgien? Il liait l'artère cubitale, ce qui arrêtait momentanément l'écoulement du sang ; puis l'hémorrhagie se reproduisait, les artères radiale et cubitale étaient liées toutes deux, comme l'a fait Bérard. Au bout de quelques jours, la circulation artérielle se rétablissait, et l'hémorrhagie reparaissait. On en venait alors à la ligature de l'artère brachiale, ce qui était la cause chez le pauvre malade de douleurs bien vives, d'œdème du membre supérieur et souvent de suppuration. L'hémorrhagie se reproduisait encore, et on pratiquait enfin la ligature de l'artère axillaire.

» Il y a un certain nombre d'années, une plaie de la main donnant des hémorrhagies consécutives était donc pour le chirurgien un objet d'inquiétude extrême.

(1) Il n'est aucun chirurgien des hôpitaux de Paris qui ne connaisse le marchand de vins de la rue Saint-Martin, qui, sous prétexte de guérir les panaris et à l'effet de débiter ses produits, reçoit chez lui les malheureux blessés, les traite à sa façon, et ne cesse de leur donner des soins que quand une opération, souvent sérieuse, est devenue nécessaire pour empêcher le sujet de succomber non pas à un mal souvent léger dont il était atteint, mais au traitement qu'on lui a fait subir.

» Après avoir échoué dans plusieurs cas d'hémorrhagies qui avaient nécessité la ligature des radiale et cubitale (jamais je n'ai eu recours à la ligature de la brachiale, mais j'ai vu Roux la pratiquer et une gangrène survenir consécutivement), je me décidai, en présence de ces accidents, contrairement à la doctrine de Dupuytren, à tenter la ligature de l'artère dans la plaie. Dupuytren rejetait complétement ce moyen, pensant que l'extrémité du vaisseau baignant dans le foyer de suppuration était modifiée dans sa constitution intime et ne présentait plus la consistance nécessaire pour résister à une constriction et s'opposer à la production d'une nouvelle hémorrhagie. Il regardait cette friabilité de l'artère comme un obstacle insurmontable à sa ligature au milieu de la plaie suppurée.

» Préoccupé de la gravité de ces importantes ligatures que l'on était obligé de pratiquer, je fis la constriction du vaisseau dans la plaie, et je vis qu'elle n'avait pas les inconvénients qu'on lui avait prêtés jusqu'à ce jour. Il est assez difficile de découvrir l'extrémité artérielle; mais une fois cette difficulté du manuel opératoire vaincue, les choses se passent tout autrement qu'on ne le croyait, et voici ce qu'on observe: la division du vaisseau arrive, il est vrai, plus vite que si on avait opéré dans une plaie récente. Ainsi, une ligature dans une plaie non suppurée tombe à peu près le dixième jour; dans une plaie qui suppure, elle tombe du quatrième au cinquième jour. La chute est plus prompte, mais on ne doit pas se laisser effrayer par ce fait, et on ne peut dire que la chute d'une ligature est prématurée, que lorsqu'il y a hémorrhagie consécutive. Quelle que soit l'époque à laquelle tombe le lien constricteur, s'il ne survient pas d'hémorrhagie, ne disons donc jamais que cette chute est prématurée. Le fil tombe de bonne heure, j'en conviens, mais non pas trop tôt, attendu que le vaisseau est oblitéré et ne peut plus fournir d'écoulement sanguin.

» C'est ce que je m'étais proposé de faire ici chez notre malade, si l'oblitération du petit sac anévrysmal n'avait suivi l'application d'un fragment de pâte au chlorure de zinc.

» Ces idées ne sont pas encore adoptées par la plupart des chirurgiens de notre époque, en raison peut-être des difficultés du manuel opératoire; mais je suis persuadé qu'on pourrait dans presque tous les cas mener l'opération à bonne fin et éviter ce terrible accident, la gangrène, qui suit si souvent, comme vous le savez, la ligature de l'artère brachiale. »

Névralgie de la cinquième paire avec tic. — Traitement des névralgies. — Méthode de M. Hiffelsheim.

Tout le monde est d'accord sur les difficultés que l'on rencontre journellement dans le traitement des névralgies. Les névralgies de la cinquième paire sont, sous ce rapport, de la pire espèce. Fréquemment localisées dans des branches profondes, comme le fond de l'orbite, le palais, les alvéoles, alors même qu'elles siégent sur quelques-uns des points émergents de ces profondeurs, elles sont encore extrêmement difficiles à atteindre, quand les calmants et les stupéfiants sont demeurés impuissants. Le médecin désarmé a recours, selon le cas, aux sangsues, aux vésicatoires; mais il est privé ici de la ressource si puissante des cautérisations *loco dolenti*, soit avec l'acide sulfurique, soit avec le fer rouge. Il n'a guère non plus le moyen de recourir à cette forme d'électricité excitante, les courants induits, qui réussissent parfois dans les névralgies du tronc et des membres, et qui n'auraient ici que des inconvénients, attendu que la tête n'est que trop congestionnée dans les fortes névralgies de la face.

Nous ne mentionnerons qu'en passant la résection des nerfs malades, pratiquée en France par M. Jobert (de Lamballe). Il ne faut rien moins que son habileté consommée pour réussir à coup sûr dans cette opération.

A Vienne, cette opération a été mise en honneur par un homme également éminent, le professeur Schuh. Elle est indiquée, suivant lui, quand la névralgie est intolérable et que tout a échoué; c'est l'*ultima ratio* de la thérapeutique des névralgies.

On trouve dans l'importante œuvre de Romberg (de Berlin) une observation de névralgie de la face où la résection était indiquée; par malheur, on n'aurait remédié qu'à moitié au mal, si tant est qu'on y eût remédié réellement, car cette névralgie résidait dans des rameaux profonds de l'ophthalmique, surtout dans les filets nasaux, et en fin de compte, dans les filets du ganglion de Meckel. Mais la joue gauche entière était prise et affectée d'un tic effrayant à voir. L'histoire de ce malade sert à démontrer une fois de plus combien est hasardée l'appréciation étiologique qui déduit de l'intermittence de la douleur l'absence d'une lésion organique permanente.

En effet, dans l'espèce, on trouva comme élément étiologique, sinon primitif, du moins concomitant, un anévrysme de la carotide interne occupant le sinus caverneux, ayant usé l'apophyse clinoïde postérieure gauche et le pont de Varole, avec atrophie du ganglion de Gasser et du trijumeau. Or, le malade avait fréquemment des répits de quelques jours. Ce fait n'est pas exceptionnel dans les douleurs, en général, telles que celles des cancéreux, etc.

A ces réflexions sur les névralgies en général que nous communique M. le docteur Hiffelsheim, nous joindrons une observation type de névralgie de la face avec tic, que notre confrère a traitée selon sa méthode.

Voici le fait:

Le 25 septembre dernier M. Baillarger adressa à M. Hiffelsheim la femme V., Alsacienne, âgée de 33 ans, qui s'exprimait très-difficilement, quoique notre confrère lui parlât sa langue familière; elle est accompagnée d'une femme qui parle pour elle, tant elle a peur de *remuer la mâchoire*. Elle tient dans sa main un mouchoir pour couvrir la joue droite.

Cette femme a toujours été bien réglée; elle dit avoir beaucoup souffert des dents durant son séjour à Strasbourg, où les affections dentaires sont très-communes. Elle se fit arracher alors la seule dent qui paraissait malade.

En 1859, deux ans après cette avulsion, elle souffre de nouveau; on lui arrache une molaire inférieure droite. Aussitôt éclate une douleur dentaire générale; on arrache de nouveau trois dents dans la même rangée. A dater de ce moment le mal devient plus violent. Les accès durent trois ou quatre jours, et quelquefois même huit jours d'une manière continue. Dans les intervalles de ces accès, elle conserve une sensibilité douloureuse qui se manifeste surtout lorsqu'elle se lave ou qu'elle mange. Nouvelle avulsion de deux autres dents. La douleur augmente comme précédemment. Application de sangsues derrière les oreilles; vésicatoire sur la nuque, avec morphine. Elle a fait usage de tous les antispasmodiques et de tous les stupéfiants de l'arsenal ordinaire, sans aucune espèce de soulagement.

Depuis six semaines le mal est continu. La malade, en proie à l'insomnie, à l'inappétence, dépérit et se désespère; elle ne peut ni parler ni mâcher. Sa face est vultueuse, la conjonctive injectée, larmoiement continu. Douce, paisible et résignée de sa nature, elle ne parle que pour se plaindre. Toutes les deux minutes il part, au niveau du nerf mentonnier droit, un chatouillement avec chaleur insolite, qui est suivi d'une douleur perforante dans le trou mentonnier; puis la douleur remonte toute la joue et se porte à la tempe. A ce moment, qu'un intervalle inappréciable sépare de l'invasion de l'accès, elle mâchonne, la salive coule, et toute la joue s'agite convulsivement. Tout s'apaise ensuite; elle devient un peu plus calme, quoique très-souffrante encore.

Au moment où l'accès éclate, une forte pression au niveau du trou mentonnier la soulage beaucoup, et fait en partie avorter l'extension ultérieure des phénomènes.

M. Hiffelsheim tenta une première application de la pile sur la peau même, avec interposition d'un linge mouillé. Il n'y eut pas grand changement, ce qu'il attribua à des brûlures survenues par suite d'une mauvaise interposition du linge (preuve, par parenthèse, que l'irritation révulsive est tout à fait étrangère à l'action de cette méthode, puisqu'au lieu de les seconder, elle en contrarie les effets). Il résolut de tenter sur cette névralgie une application *physiquement* bien différente, et qui, dans d'autres affections, lui a donné de bons résultats.

Toute pile à éléments nombreux, à très-petite surface, dit notre confrère, convient dans ce procédé.

Des fils partant de ces deux pôles transmettent, à l'aide de plaques en cuivre doré d'un pouce de diamètre, le courant engendré par la pile.

Les plaques conductrices furent placées le 28 septembre, à dix heures du matin, la plaque du pôle zinc sur la joue gauche, la plaque du pôle cuivre près du trou mentonnier. Le pôle zinc est placé loin du foyer, à cause de sa prédominance physicochimique excitante, fait qu'il a montré et publié en 1857.

La malade eut le 28 au soir un grand soulagement. Elle dormit trois heures de suite. (Ici M. Hiffelsheim fait remarquer que le sommeil peut être le résultat ou de la simple diminution de la douleur ou d'une action spécifique du courant continu, résultat qui n'est que rarement produit par le courant intermittent).

Le lendemain, le pôle zinc fut placé dans la région temporale; la douleur cessa de s'y porter trois jours après. Les élancements étaient infiniment plus rares, mais la mastication réveillait des douleurs très-vives.

Le 3 octobre, la douleur s'était tout à coup portée dans la région labiale, sans dépasser le milieu de la lèvre supérieure. Le trou mentonnier était très-libre.

Cet état lui-même s'améliora, quand le 10 elle eut ses règles en avance et plus abondantes que jamais; particularité physiologique qui se rencontre très-fréquemment et avec les deux espèces de courant. Les nuits excellentes firent place à l'agitation; la région temporale demeura dégagée, mais le trou mentonnier était encore le siége de vives souffrances. Ces phénomènes durèrent du 9 au soir au 11.

Le 11, elle fut de nouveau assez bien; la région labiale fut engagée au-dessous de la commissure gauche.

Le 14, M. Hiffelsheim s'aperçut du mauvais état de la pile, qui transmettait très-mal l'électricité qu'elle engendrait.

On la fit réparer le 15 et le 16, et, ne redoutant rien de grave, il laissa la malade livrée à sa maladie bien atténuée. Malheureusement, elle retomba très-bas. Pendant ces deux jours elle souffrit beaucoup, ainsi que dans la journée du 17. Le soir, elle fut pourvue d'une pile réparée, et dès la nuit elle en ressentit les avantages, par un sommeil de cinq heures.

A partir du 18, l'amélioration se soutient et se consolide. La malade peut manger, sa bonne mine revient, et les points douloureux cessent de se manifester. Elle conserve seulement une sensation vague, une sorte de souvenir local de son mal.

Du 3 au 12 novembre, M. Hiffelsheim ne la vit que trois fois, et il la trouva en excellent état. Toutefois, il lui sembla que la parole et la mastication n'étaient pas complétement libres. Après avoir examiné la pile et les fils, il les trouva dans de mauvaises conditions; ils furent aussitôt changés, et ce même jour, à quatre heures du soir, elle fut absolument guérie.

Depuis rien n'a modifié son excellente santé. On lui a fait prendre des ferrugineux (le perchlorure en pilules), et cette pauvre femme est aujourd'hui dans les meilleures conditions possibles.

Ce traitement, qui a duré six semaines, aurait pu, suivant M. Hiffelsheim, réussir en un mois, si cette femme avait eu son habitation plus rapprochée.

« Pour moi, dit-il, j'ai acquis une fois de plus la conviction qu'il suffit d'amener le courant sur la région douloureuse, mais *nuit et jour*, et que l'application directe de la pile est inutile. Dès lors toute pile à courant peu intense peut remplir le but; ainsi se trouve facilitée sous tous les rapports l'application du courant voltaïque continu permanent. »

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Jarjavay.

(M. Béraud, suppléant.)

Luxation sus-pubienne de la cuisse droite.

L... (Jacques), salle Saint-François, n° 35, cinquante-huit ans, mécanicien chauffeur, est un homme d'une assez faible constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux; sa santé est habituellement bonne; son système musculaire est peu développé.

Hier, après avoir ouvert à moitié le robinet à vapeur de sa machine, voyant que celle-ci ne se mettait pas en mouvement, il va donner un coup de pied au volant, afin de lui donner la première impulsion.

Ce coup de pied produit l'effet qu'il désire, et la machine se met subitement à fonctionner. Malheureusement pour lui, ne se retirant pas assez vite, il se trouve saisi par une large courroie de transmission qui s'adaptait à une grosse poulie placée sur le même arbre que le volant. Cette courroie l'entraîne dans le sens de son mouvement, mais il se trouve arrêté par un poteau en fonte. La courroie continuant son tour glisse sur la partie moyenne de la cuisse droite, qui se trouve violemment tournée en dehors, tandis que le corps est retenu par le poteau.

Notre homme a la présence d'esprit de se jeter brusquement en dehors, loin de la courroie. Il tombe, et ne peut se relever qu'avec l'aide de ses camarades accourus à ses cris.

Il ressent aussitôt une vive douleur dans la fesse et la cuisse droites, douleur qui augmente quand il veut s'appuyer sur son membre. On le porte à l'hôpital.

Symptômes physiques. — Ce matin 7 septembre, voici l'état que nous constatons:

Le malade est placé dans le décubitus dorsal. Son membre inférieur droit est dans la rotation en dehors; le talon de ce côté regarde au-dessus de celui de gauche; tout le membre malade repose par sa face externe sur le plan du lit, de sorte que le creux poplité droit regarde le condyle interne du fémur gauche; son raccourcissement, par rapport au membre sain, est apparent à la simple vue.

Le corps étant placé par nous suivant une direction bien rectiligne, nous trouvons par la mensuration de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole interne, et des deux côtés, à droite 86 cent. et demi, à gauche 87 cent. et demi.

Le raccourcissement réel est donc de 1 centimètre; ce raccourcissement paraît beaucoup plus considérable à la vue. Cependant la mensuration a été faite avec beaucoup de soin, et à trois reprises différentes.

Le pli de l'aine droite est effacé. Il est difficile de porter la main dans cette région sans y déterminer une vive douleur. Vers la partie moyenne on constate une tumeur dure et résistante, confusément globuleuse; la netteté en est masquée par les ganglions et le tissu cellulaire sous-jacent, qui est le siége d'une légère tuméfaction.

En dedans de cette tumeur bat l'artère fémorale. Si nous tirons une ligne de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'épine du pubis du même côté, nous voyons que la tumeur est manifestement au-dessous de cette ligne. En suivant avec le doigt les limites de la saillie osseuse et en les marquant en même temps sur la peau qui la recouvre avec un trait d'encre, nous obtenons ainsi une circonférence à peu près régulière, qui est séparée de la ligne susnommée par l'étendue d'un centimètre.

Entre le centre de la tête et l'épine du pubis, nous mesurons neuf centimètres; de ce même point à l'épine iliaque six centimètres. La tête est donc plus rapprochée de l'épine iliaque que de l'épine pubienne.

Le pli fessier du côté malade est à peu près effacé et plus élevé que du côté sain.

Méplat considérable au niveau de la fosse iliaque externe droite.

L'épaisseur de la cuisse, mesurée des deux côtés à sa racine, donne, à droite, 64 centimètres, à gauche, 57 centimètres (la circonférence).

Symptômes fonctionnels. — Il y a impossibilité complète de détacher le membre malade du plan du lit. Le malade peut se tourner sur le côté gauche, mais sans pouvoir déterminer des mouvements dans l'articulation coxo-fémorale droite. Les mouvements communiqués à la cuisse se transmettent au bassin.

Le mouvement d'adduction est impossible, le mouvement d'abduction très-borné, celui d'extension impossible également; c'est le plus borné de tous. Un léger mouvement de flexion est possible. Si on veut exagérer ces mouvements, on détermine de fort vives douleurs dans le pli de l'aine.

Réduction. — Le malade étant couché et non chloroformé, M. Béraud fléchit fortement la cuisse droite sur le bassin, en la soutenant sur son épaule gauche; puis, avec ses mains, il pousse en bas la tête fémorale, tandis qu'un aide imprime à la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse et appuyée sur l'épaule gauche du chirurgien un mouvement en dehors, de manière à faire tourner la tête fémorale dans un sens contraire, et de lui faire regagner par ce mouvement combiné avec la propulsion en bas la cavité cotyloïde.

Les contractions musculaires font échouer cette tentative. On donne le chloroforme; une seconde tentative faite de la même manière ne réduit qu'à demi la luxation, qui se reproduit aussitôt.

Enfin une troisième tentative est encore faite en suivant la même méthode, avec cette seule différence que M. Béraud, au lieu de faire tourner l'extrémité de la jambe en dehors par un aide, se contente de porter lui-même la cuisse dans une légère abduction. La manœuvre réussit parfaitement, et la réduction *s'effectue bruyamment*.

Les deux cuisses sont maintenues rapprochées l'une de l'autre au moyen d'une bande.

A la visite du soir, la pression dans le pli de l'aine est encore dou-

loureuse au point où était la tumeur. Un peu de tuméfaction tout autour de la racine de la cuisse ; pas d'ecchymose. — Cataplasme.

Le 8 septembre, état parfait ; peu de douleur à la pression. On enlève la bande qui unissait les deux cuisses, en recommandant bien au malade de rester tranquille dans son lit.

Le 2 octobre, le malade marche depuis huit jours sans aucune claudication. Mais il accuse encore une légère douleur dans le pli de l'aine.

Le 3 octobre, *exeat*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 avril 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Adolphe Dumas, médecin adjoint de l'hôpital de Cette, adresse une nouvelle observation de hernie inguinale étranglée, guérie et traitée par la réfrigération. (Commissaires, MM. Gosselin, Huguier.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que M. le docteur Prestat (de Pontoise), membre correspondant de la Société, est présent à la séance.

— La Société nomme la commission pour l'examen des titres des candidats à la place vacante dans le sein de la Société. (Commissaires, MM. Cullerier, Giraldès, Legouest.)

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. CULLERIER. La Société doit se rappeler qu'elle a reçu de la part de M. Champenois un mémoire fort bien fait sur l'ulcère de Saïgon ou de Cochinchine. Comme le mémoire de M. Rochard (de Brest) a déjà été imprimé, il me semble que la justice voudrait que le mémoire de M. Champenois, connu de vous depuis plus longtemps que celui de M. Rochard, fût imprimé dans nos *Bulletins* à côté de celui de M. Rochard. Je viens donc, en qualité de rapporteur de la commission nommée pour rendre compte de ce mémoire très-important, vous proposer d'en voter l'impression dans vos *Bulletins*.

M. LARREY. J'appuie d'autant plus volontiers la proposition faite par M. Cullerier, que je connais toute la valeur de ce mémoire, et que j'ai eu l'honneur de l'offrir à la Société moi-même au nom de son auteur.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de M. Cullerier, qui est adoptée à l'unanimité.

— M. GUERSANT. Dans la discussion qui s'est élevée au sujet de l'emploi du trocart dans les anus imperforés, il s'est produit des opinions que je crois trop exclusives. Quant à moi, je ne suis pas partisan outre mesure du trocart, mais je professe qu'il peut rendre de grands services dans certains cas bien déterminés. J'ai opéré ainsi plus de trente cas d'imperforation. J'ai établi des règles pour éviter de blesser la vessie, l'utérus et les organes pelviens.

Voici du reste la description succincte de mon procédé et des instruments que j'emploie avec succès dans ces circonstances.

Après avoir cherché à reconnaître si le cul-de-sac du rectum fait plus ou moins de saillie au périnée, je procède de la manière suivante :

Chez le petit garçon, je commence par vider la vessie, et je laisse même la sonde, qui me permet, par un mouvement de bascule, d'éloigner la vessie du rectum.

Chez la petite fille, je vide également la vessie d'abord, puis je porte l'extrémité de la sonde à petite courbure dans le vagin, et je me sers de cette sonde ainsi placée pour éloigner le vagin et l'utérus de la face antérieure du rectum, en les portant vers la symphyse pubienne.

Après ces soins préliminaires, je commence l'opération à l'aide d'un petit trocart courbe cannelé dont la courbure s'adapte parfaitement à celle du sacrum. Je fais la ponction avec cet instrument audevant du coccyx, en suivant la courbure sacro-coccygienne.

La canule est laissée en place ; lorsqu'on pense être arrivé dans l'intestin, le trocart est retiré ; et lorsqu'on voit le méconium sortir par la canule, une tige à vis est adaptée à l'extrémité de cette canule, offrant à son extrémité libre un pas de vis. Les deux parties, tige et canule, étant agencées, on a un conducteur qui peut servir au débridement, et qui permet, comme un mandrin, de conduire une canule en gomme élastique jusque dans le rectum.

On peut même à l'aide de ce procédé, après avoir retiré la canule, passer un instrument que M. Bonafont et M. Guersant emploient depuis longtemps pour étaler le prépuce dans l'opération du phimosis, pour saisir l'extrémité intestinale et exercer sur elle des tractions dans le but de l'abaisser et de l'attirer au dehors pour le fixer à la peau après une dissection méthodique.

Quant au débridement, ou plutôt à l'agrandissement de l'orifice produit par le trocart, il doit être pratiqué de la manière suivante :

La petite canule introduite par le trocart offre sur sa concavité une rainure qui va servir à ce débridement, en la tournant à droite, à gauche et en arrière, et en guidant la pointe du bistouri.

Le complément de cette opération consiste à avoir une petite seringue s'adaptant à la canule, qui servira à injecter du liquide pour délayer le méconium trop épais.

M. LE PRÉSIDENT. M. Guersant a-t-il fait souvent cette opération?

M. GUERSANT. Oui, et avec succès. Quand on a ainsi fait la ponction, on peut plus facilement disséquer le rectum et le descendre pour l'adapter à la peau par la suture et combattre le resserrement. J'ai suivi jusqu'à l'âge de deux ans des enfants que j'avais opérés par ce procédé. Du resto, après l'opération, on peut maintenir l'ouverture dans un état de dilatation convenable, en introduisant chaque jour le petit doigt dans l'anus ; on peut habituer les nourrices à pratiquer elles-mêmes cette petite manœuvre, qui est très-efficace.

COMMUNICATION.

M. BROCA. A la fin de la dernière séance, j'ai mis sous les yeux des membres de la Société la moelle épinière d'un homme qui a succombé dans mon service à la suite du tétanos, et qui avait été traité sans succès par le curare. Je viens aujourd'hui vous donner l'histoire complète de ce malade.

Contusions de la jambe et de la cuisse. Oblitération de la poplitée. Gangrène de la jambe. Tétanos traité par les injections de curare dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mort. Autopsie.

M..., quarante-trois ans, a été renversé le 9 mars 1862 par une voiture dont la roue lui a passé sur la cuisse gauche, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse. Il en résulte de violentes contusions et un vaste épanchement sanguin au niveau du canal de Hunter. La roue a froissé aussi la jambe, qui a été en même temps froissée par la civière de la voiture.

Ces diverses lésions sont suivies d'une gangrène du pied et de la partie inférieure de la jambe, et cette gangrène remonte progressivement vers la racine du membre. Bientôt il y a formation d'un abcès sanguin à la cuisse, au point contus. Cet abcès est ouvert par un médecin.

Le blessé est porté à l'hôpital de Bicêtre le 24 mars 1862.

Le 25, la gangrène, assez nettement limitée, remonte jusqu'à environ 12 centimètres au-dessous du genou. La fémorale ne bat plus au-dessous de l'origine de la fémorale profonde.

L'amputation de la jambe au lieu d'élection était possible, mais on devait craindre que le lambeau se sphacélât ; d'ailleurs il n'était pas sûr que la gangrène eût cessé de marcher.

L'amputation de la cuisse eût porté au niveau de l'abcès sanguin, qui était encore en pleine suppuration. On se décida à attendre. (Incisions profondes dans le membre gangrené, et introduction de charpie imbibée de coaltar saponiné dans les incisions.)

Le 26, la gangrène a remonté d'environ deux centimètres. Il y a des gaz infiltrés dans les tissus adjacents. Amputation *dans le mort*, immédiatement au-dessous de la limite de la gangrène. Aucune douleur, mais le canal médullaire du tibia donne quelques gouttes de sang. — Coaltar saponiné sur le moignon.

Le lendemain et le surlendemain la gangrène remonte encore d'un centimètre et demi, puis elle s'arrête. L'état général devient très-bon. Les eschares se détachent. La suppuration de la cuisse diminue et tarit presque entièrement. Les chairs du moignon commencent à bourgeonner. On espère qu'on pourra se borner à retrancher plus tard la partie saillante du tibia, et que le malade conservera le genou.

Le 1er avril, il n'y a plus de fièvre. On sent sur le condyle interne battre une collatérale qui paraît être la grande anastomotique.

M. Broca, d'après cela, pense que l'artère fémorale est oblitérée au niveau de l'anneau du troisième adducteur, immédiatement au-dessous de la naissance de la grande anastomotique.

Le 3, roideur de la mâchoire ; douleur dans la région temporale. 98 pulsations. — 15 centigrammes d'extrait d'opium.

Le 4, trismus complet, 104 pulsations. (20 centigrammes d'opium.) Somnolence dans la journée, alternant avec des secousses convulsives dans la mâchoire et dans le cou.

Le soir, potion avec 40 centigrammes de curare de M. Pelouze.

Le 5, opisthotonos avec pleurosthotonos à droite. Dysphagie ; convulsions de temps en temps.

Injection de curare dans le tissu cellulaire sous-cutané (curare de M. Cl. Bernard, très-bon, et essayé d'ailleurs à l'hôpital sur un chat, qui est mort en deux minutes).

On fait l'injection avec une solution d'une partie de curare pour dix parties d'eau.

A dix heures, injection de 15 gouttes de la seringue de Pravaz.

A midi, 15 gouttes.

A deux heures, à trois heures et demie, à cinq heures et demie, à sept heures trois quarts, même dose chaque fois.

A dix heures et demie du soir, 20 gouttes.

A minuit et demi, 30 gouttes.

A deux heures un quart, 30 gouttes : ç'a été la dernière injection, le malade est mort à trois heures et demie du matin.

Le résultat de ces neuf injections a été absolument nul. Il n'y a pas même eu le moindre effet passager. Le tétanos a fait des progrès continus. A partir de midi la déglutition était devenue impossible, et le soir la respiration commença à s'embarrasser. A 1 heure 50 du matin, il y eut un accès violent de suffocation ; le pouls s'arrêta : mort apparente pendant plus d'une minute. Les internes pratiquent la respiration artificielle ; le malade fait enfin une inspiration, et revient à la vie avec toute son intelligence.

A deux heures un quart, crise semblable pendant laquelle on injecte 30 gouttes de la solution de curare. On pratique en même temps la respiration artificielle.

A trois heures, nouvelle crise plus forte, avec convulsions épileptiformes.

A trois heures et demie, dernière crise plus violente encore. Cessation du pouls et de la respiration : respiration artificielle pendant plusieurs minutes. Le malade ne revient pas.

On ne saurait trop louer le zèle intelligent des internes de Bicêtre, et spécialement de M. Legros, interne du rang.

Autopsie. — Le cerveau paraît sain. La moelle épinière et la queue de cheval sont dans toute leur étendue le siége d'une injection et d'une congestion très-considérable, surtout au niveau du renflement lombaire de la moelle.

Au niveau du renflement brachial, les faisceaux postérieurs de la moelle sont le siége d'un ramollissement très-prononcé, qui occupe une étendue d'environ 3 centimètres. Le tibia est nécrosé jusqu'à l'anneau de la diaphyse avec l'épiphyse supérieure ; la ligne de démarcation entre le mort et le vif est très-nette.

La veine poplitée est oblitérée par un caillot volumineux, ainsi que la fémorale dans presque toute son étendue ; celle-ci ne devient perméable qu'à partir de l'embouchure de la saphène interne.

L'artère poplitée est oblitérée dans toute sa largeur ; le caillot obturateur remonte jusqu'à l'extrémité inférieure du canal de Hunter ; il ne se prolonge pas dans ce canal, comme M. Broca l'avait supposé pendant la vie ; une toute petite collatérale naît de la fémorale dans le canal même ; la grande anastomotique dilatée naît à 3 centimètres plus haut. On voit en outre sept ou huit artères, dont l'une est aussi grosse que la grande anastomotique, naître de la fémorale entre l'origine de la profonde et le niveau de la grande anastomotique.

Les parois de l'artère fémorale sont d'ailleurs parfaitement saines.

M. Broca fait remarquer deux choses :

1° L'oblitération de la veine fémorale, plus étendue même que celle de l'artère. Il n'est pas démontré que l'oblitération veineuse toute seule soit une cause suffisante de gangrène. Mais il est certain que cette oblitération favorise beaucoup la gangrène lorsque le tronc artériel est oblitéré en même temps.

2° La Société avait mis à l'ordre du jour, il y a quelque temps, une question qu'elle n'a pas eu jusqu'ici le temps de discuter, savoir : le parallèle du procédé de Hunter et du procédé de Scarpa dans le traitement de l'anévrysme poplité. M. Broca, d'après les statistiques qu'il a consignées dans son *Traité des anévrysmes*, pense que le procédé de Hunter expose beaucoup moins à la gangrène que celui de Scarpa. M. Richet lui a objecté que les artères qui naissent entre le sommet du triangle inguinal et l'anneau du troisième adducteur sont à peu près insignifiantes ; il est certain qu'à l'état normal elles sont très-petites ; mais elles se dilatent promptement, et l'artère que M. Broca met sous les yeux de ses collègues, prouve que ces voies collatérales fourniront une ressource très-importante dont on est privé lorsqu'on applique le procédé de Scarpa au traitement de l'anévrysme poplité.

DISCUSSION.

M. RICHET. La communication de M. Broca soulève plusieurs questions d'un grand intérêt. Je n'aborderai pas aujourd'hui la question de la circulation artérielle dans le membre inférieur après la ligature pratiquée dans le canal de Hunter ou au sommet du triangle de Scarpa.

J'ai apporté une artère dans laquelle il n'y a pas de collatérale, et je soumettrai cette pièce à l'examen de la Société.

Les faits de gangrène à la suite de contusion des artères sont assez rares. Cependant je puis en citer un exemple que j'ai observé il y a peu de temps à l'hôpital Saint-Louis.

Un homme très-fort, très-bien constitué, fut renversé par une voiture très-chargée dont la roue lui passa sur la cuisse. Cet homme, quoique âgé seulement de cinquante-deux ans, présentait une circonstance que M. Broca n'a pas discutée, à savoir : qu'il avait une ossification des artères. Quoi qu'il en soit, douze jours après l'accident il se montra de la gangrène au-dessus du genou. La fémorale ne battait plus que jusqu'au sommet du triangle de Scarpa ; dans tout le reste du membre, on ne sentait plus guère qu'une sorte de déplacement en masse de l'artère ; c'était, si l'on veut, une transmission du choc.

Comme ce malade était dans le service de M. Denonvilliers, mon collègue à l'hôpital Saint-Louis, je ne crus devoir prendre une détermination que lors du retour de notre collègue, quoique cependant le cas fût très-sérieux.

Quelques jours après, en effet, M. Denonvilliers ayant repris son service, nous eûmes ensemble une consultation dans laquelle l'amputation fut discutée, mais rejetée à cause de la faiblesse profonde dans laquelle le malade était tombé. Il survint bientôt après des abcès sanguins vers la partie moyenne de la cuisse, et le malade mourut d'épuisement.

A l'autopsie, nous trouvâmes que la fémorale était oblitérée jusqu'à la partie moyenne de la cuisse ; elle avait des plaques athéromateuses et calcaires. Il n'y avait pas d'oblitération dans les veines, ce qui établissait une différence entre ce malade et celui de M. Broca.

AUTRE COMMUNICATION.

M. PRESTAT. J'ai donné des soins tout récemment à un jeune homme qui m'a présenté un fait curieux au point de vue du diagnostic.

Ce jeune homme vint à l'hôpital de Pontoise se faire soigner pour une plaie occupant le cuir chevelu. Cette plaie lui avait été faite dans une rixe à laquelle il avait été mêlé en sortant d'un théâtre, où il était claqueur. Comme cette plaie ne guérissait point, il vint à l'hôpital. J'observai alors une solution de continuité en suppuration. Quelques jours après son entrée, il y eut une hémorrhagie, et je fus obligé d'employer le perchlorure de fer pour l'arrêter.

Je fus fort étonné alors de voir que le liquide qui sortait de la plaie était noir comme de l'encre. Comme l'os était à nu dans une certaine étendue, je pensai que cette suppuration prenait cette couleur à cause de l'os. Les choses étaient dans cet état depuis quelques jours, lorsqu'en examinant la plaie je sentis un corps étranger, que je pris au premier abord pour un séquestre, mais que je reconnus bientôt être un corps venu du dehors.

Je procédai immédiatement à son extraction avec des pinces. J'amenai alors au dehors une lame de couteau, que je vous présente.

Cette lame est longue de 5 à 6 centimètres et large de 3 centimètres environ.

Dès lors tout s'expliquait, et la présence d'un corps étranger, et la difficulté de la guérison, et l'issue d'un liquide noir après l'application du perchlorure de fer.

Quelques jours après l'extraction, la plaie guérit très-bien sans nécrose.

M. HUGUIER. Le malade a-t-il avoué qu'il avait reçu un coup de couteau?

M. PRESTAT. Non. Malgré l'extraction et en présence de la pièce de conviction, il a nié avoir reçu ce coup.

RAPPORT.

M. CHASSAIGNAC. La Société m'a chargé de faire un rapport verbal sur une scie à chaîne présentée par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. Depuis cette époque, j'ai cherché à apprécier les avantages et les inconvénients de cet instrument. Je viens vous dire aujourd'hui que je lui reconnais des avantages très-grands. Cette scie à chaîne diffère des autres en ce qu'elle offre ses deux extrémités articulées avec un arbre à manche. Il résulte de cette seule disposition que les divers chaînons restent toujours dans le même plan, de sorte que l'inconvénient de la scie à chaîne ordinaire, qui consistait dans l'impossibilité de la faire marcher lorsque les chaînons ne se suivaient plus parfaitement, a complétement disparu. J'attribue encore à cet instrument l'avantage de pouvoir permettre de scier des os à une profondeur plus ou moins grande, au moyen d'un changement qui consiste à articuler la chaîne sur l'arbre de manière à lui faire décrire une anse plus ou moins grande. En somme, je pense que cet instrument restera dans la pratique des opérations.

DISCUSSION.

M. HUGUIER. Je pense qu'avec l'instrument nouveau que nous présente M. Chassaignac on ne peut pas couper des os à une grande profondeur, parce que l'anse décrite par la chaîne est trop grande.

M. RICHARD. Je prierai M. Huguier de vouloir bien remarquer que le dos de la chaîne qui est en contact avec les chairs ne peut les couper, parce qu'il est mousse. Pour ma part, je pense que cet instrument est très-commode.

M. BAUCHET. Je suis de l'avis de M. Richard. Je reconnais à cet instrument l'avantage précieux de laisser une main libre, qui sert à écarter les tissus et à les protéger au besoin, tandis qu'avec la scie

ordinaire on a besoin d'aides qui écartent les chairs ; avec celle-ci, vous pouvez opérer seuls.

M. TRELAT. Je crois que cette modification est utile, et je profiterai de cette circonstance pour faire remarquer qu'autrefois l'arsenal chirurgical était encombré d'instruments très-compliqués, très-coûteux, et qu'aujourd'hui de plus en plus les chirurgiens préfèrent les instruments simples. La scie à chaîne elle-même tend à être remplacée dans une foule d'opérations par la scie droite. Ainsi on peut faire, sans la scie à chaîne, des opérations telles que la résection du coude et l'amputation partielle de la mâchoire inférieure.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas prétendu que cet instrument fût sans défaut. Ainsi, je reconnais volontiers qu'il est inférieur à la scie à chaîne, en ce sens que les deux extrémités de l'anse ne peuvent pas se rapprocher autant.

Je ne pense pas qu'il faille proscrire la scie de Heine, parce qu'elle peut encore offrir des applications. Ainsi, lorsqu'il y a une lésion du calcanéum qui exige son excision, vous disséquez les lambeaux ; mais à cause de leur épaississement, de leur dureté, vous ne pouvez les rabattre, et sans la scie à molettes vous n'arriveriez jamais à pratiquer cette excision.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. RICHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société une première pièce relative au cas d'oblitération artérielle dont j'ai parlé au commencement de la séance.

DISCUSSION.

M. BROCA. Les petites artères collatérales se dilatent suffisamment pour permettre une circulation suffisante dans les cas les plus fréquents ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Quand on pratique la ligature de la fémorale au niveau du canal de Hunter, il n'y a presque jamais de gangrène ; tandis que si la ligature est faite au sommet du triangle de Scarpa, la gangrène se manifeste, d'après mes recherches, environ 17 fois sur 100.

M. RICHET. Je remarque que dans cette discussion trois faits sont produits, et dans tous les trois il y a eu gangrène ; cependant la lésion était analogue à celle qui résulterait d'une ligature au niveau de l'anneau du troisième adducteur.

M. BROCA. Dans un cas il y avait quelque chose de plus que dans une ligature, c'est-à-dire une embolie artérielle, un caillot dans une grande longueur du vaisseau. Or les branches collatérales ne pouvaient recevoir du sang. C'est bien différent de ce qui a lieu après une ligature qui laisse le vaisseau perméable et au-dessus et au-dessous du point sur lequel elle porte. Dans les deux autres cas, la contusion avait porté au niveau du troisième adducteur ; la roue avait froissé l'artère fémorale et produit des désordres qui ont été suivis d'une réaction insuffisante. Or, dans ces conditions, la gangrène est facile.

M. RICHET. Je ne confonds pas les conditions d'une ligature et celles d'une embolie ; j'avais même signalé la différence radicale entre ces deux états. Mais dans le cas que j'ai cité, la roue n'avait passé que sur la cuisse, et la jambe n'avait reçu aucune contusion ; et autant que je puis me le rappeler, c'était une roue d'omnibus, qui est assez étroite, comme tranchante.

— M. RICHET présente une pièce d'anatomie pathologique sur une fracture du sourcil cotyloïdien, sur laquelle il remettra une observation lors d'une prochaine communication.

DISCUSSION.

M. BERAUD. C'est moi qui ait réduit la luxation sur l'existence de laquelle il a été élevé quelques doutes. La Société voudra bien me permettre de lui rapporter l'observation qui m'a été remise par l'interne du service, M. de Gaulejac; observation prise avec beaucoup de soin et que j'ai dictée moi-même.

Voici cette observation. (Voir plus haut).

Ainsi, cette luxation ne peut être révoquée en doute. Les phénomènes cliniques observés avant, pendant et après la réduction, sont très-probants.

M. Richet invoque à l'appui de ses doutes l'existence d'une fracture du sourcil cotyloïdien; mais il faudrait, ce me semble, indiquer la relation qui existe entre cette fracture et la luxation que j'ai réduite.

M. BROCA. Je ferai remarquer que le cal est bien solide pour une fracture récente.

M. BERAUD. J'insiste sur la remarque faite par M. Broca. Il y a six ou sept mois seulement que la luxation a été réduite. Or, dans un tel espace de temps, comment le cal serait-il aussi régulier et aussi solide? Je le répète, je ne pense pas qu'il y ait eu production simultanée de la fracture et de la luxation. Cet homme était mécanicien ; il était, par conséquent, exposé à de violents traumatismes; et la preuve, c'est qu'il est venu à l'hôpital Saint-Antoine pour une luxation ; il est allé huit mois après à l'hôpital Saint-Louis pour un écrasement du bras. Qui nous dit qu'il n'avait pas eu une fracture avant ces deux derniers accidents?

M. RICHET. Le malade m'a assuré qu'il n'avait éprouvé que ces deux accidents, et il s'est plaint qu'après celui pour lequel il a été traité à Saint-Antoine, il a conservé une difformité dans l'aine. Cependant, en présence des signes fournis par M. Béraud, en présence surtout du bruit caractéristique qui a accompagné la réduction, je pense qu'il y a eu luxation en même temps que fracture, et je me propose même de montrer des faits à la Société dans lesquels on n'a pas reconnu cette fracture du sourcil cotyloïdien.

— M. CHASSAIGNAC. J'ai l'honneur de présenter à la Société la tumeur que j'ai enlevée à la jeune femme que j'ai montrée dans la dernière séance. Cette tumeur a le volume d'un œuf de poule; elle est globuleuse, lisse à sa surface, et la coupe montre bien qu'il s'agissait d'un enchondrome.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une décision de M. le ministre de la guerre, du 18 mars 1862, vient de modifier celle du 6 mars 1857, sur l'emploi des eaux minérales naturelles et le service des hôpitaux thermaux.

Parmi les divers changements apportés aux dispositions antérieures, nous voyons qu'un traité a été passé avec l'hospice civil de Plombières, pour le traitement thermal pendant la saison des eaux de cette localité, d'un certain nombre d'officiers et de soldats, qui ne pourraient être traités dans d'autres thermes dépendant du département de la guerre ;

Que trois saisons d'hiver sont ajoutées aux saisons de l'été à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, de telle sorte que cet établissement reste actuellement ouvert toute l'année.

On remarque également qu'une quatrième saison est ajoutée aux trois saisons ordinaires de Vichy, afin de faire jouir un plus grand nombre d'officiers et de soldats des bienfaits de cette station.

Par suite de ces changements, le départ des malades pour les diverses stations thermales se trouve modifié de la manière suivante :

A Amélie-les-Bains la saison d'été doit commencer le 15 avril, et celle de l'hiver le 15 octobre ;

A Baréges, deux saisons ; la première commence le 1er juin, et la deuxième le 1er août, pour finir le 30 septembre ;

A Bourbon-l'Archambault, deux saisons, du 15 mai au 15 juillet, pour finir le 14 septembre ;

A Bourbonne, deux saisons, du 15 mai au 15 juillet, et du 15 juillet au 14 septembre ;

A Guagno, deux saisons, comme à Baréges ;

A Plombières, quatre saisons, chacune ayant un mois de durée, à partir du 15 mai au 14 septembre.

A Vichy, quatre saisons, d'une durée de 38 jours, du 1er mai au 30 septembre ; la première commencera le 1er mai, la deuxième le 8 juin, la troisième le 16 juillet, et la quatrième le 23 août.

Les médecins chargés en chef du service médical de chaque établissement thermal pendant la saison de 1862, sont :

M. Artiques, à Amélie-les-Bains ; M. Campmas, à Baréges ; M. Cabrol, à Bourbonne ; M. Barthez, à Vichy.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, dans sa séance de mercredi dernier, au renouvellement de son bureau et de ses divers comités.

M. Monneret a été nommé *président* et M. Béhier *vice-président* pour l'année 1862-1863. M. Henri Roger a été réélu *secrétaire-général*; M. Triboulet, *secrétaire particulier*, et M. Labric, *trésorier*. M. Colin a été nommé *deuxième secrétaire* des séances, en remplacement de M. Empis, démissionnaire. — Ont été nommés : du *Conseil famille*, MM. Lasègue, Léger, Moutard-Martin, Thirial et Vernois; du *Conseil d'administration*, MM. François Barthez, Boucher (de la Ville-Jossy), Bouchut, Empis et Vidal; du *Comité de publication*, MM. Bergeron, Colin, Labric, H. Roger et Triboulet.

— M. le docteur Deroubaix, professeur à la Faculté de médecine de l'université de Bruxelles, vient d'être nommé membre de la commission médicale provinciale du Brabant, en remplacement de M. le baron Seutin, décédé.

— Par arrêté du 15 avril, M. Levicaire, médecin du collége de Toulon, a été nommé officier de l'instruction publique.

— L'examen d'aptitude des médecins-majors pour l'emploi de *médecin traitant* vient d'avoir lieu. Les épreuves ont commencé pour les médecins-majors de première classe le 31 mars dernier. Ils ont eu pour sujet de composition la question suivante : *Déterminer les indications de l'emploi des préparations mercurielles et iodées dans le traitement des maladies vénériennes*. Les dix candidats qui se sont présentés ont tous été reconnus aptes, savoir :

Spécialité médicale. — MM. Busschaert, du 33e de ligne ; Schoeffer, du 40e de ligne ; Marchessaux, du 60e de ligne ; Armieux, du 98e de ligue ; Dufour, du 7e de ligne ; Dexpers, dit Faudoas, du 58e de ligne ; Lespiau, du 39e de ligne.

Spécialité chirurgicale. — MM. Duplessy, du 2e de zouaves ; Jeaux, du 70e de ligne ; Béchade, du 24e de ligne.

L'examen a commencé, pour les médecins-majors de deuxième classe, le 8 avril. La question écrite a été : *De la suppuration*. Six candidats s'étaient présentés pour la médecine et treize pour la chirurgie. Un seul a été refusé ; il appartenait à la section de médecine. Voici les noms de ceux qui ont été reçus :

Spécialité médicale. — MM. Meunier, du 4e lanciers ; Messager, du 34e de ligne ; David, du 29e de ligne ; Fleury (C.), du 7e cuirassiers ; Lecard, du 51e de ligne.

Spécialité chirurgicale. — MM. Boyreau, du 5e chasseurs ; Lavigne, du 17e de ligne ; Bauchet, du 2e spahis ; Damour, du 10e bat. de chass. à pied ; Pomonti, du 15e de ligne ; Leroux, du 7e bat. de chass. à pied ; Michel, du 1er de tirailleurs algériens ; David de Lestrade, du 1er escadron du train d'artillerie ; Beurdy, du 19e de ligne ; Reeb, du 7e d'artillerie ; Sistach, du 11e bat. de chass. à pied ; Boulongne, du 20e d'artillerie ; Morel, du 3e lanciers.

— Dans son audience du 27 mars 1862, le tribunal de police correctionnelle de Bordeaux a condamné le nommé Charles Chavanel à un mois de prison et à 25 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine et blessures par imprudence. Il a été établi que l'accusé traitait les maladies vénériennes par des applications de suie et de crotin de cheval, et qu'il en était résulté pour un malheureux ouvrier des accidents très-graves. Les poursuites avaient été intentées sur la déclaration du secrétaire général de l'Association des médecins de la Gironde.

— M. de Quatrefages, professeur, membre de l'Institut, reprendra son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle, le samedi 26 avril 1862, à trois heures un quart, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Le professeur passera en revue les races noire, jaune et blanche. Il en fera connaître la distribution géographique, les caractères anatomiques, physiologiques, intellectuels et moraux. Il insistera sur les groupes les plus importants à ces divers points de vue, et en particulier sur les populations océaniennes et américaines.

— M. Hérard, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, commencera des conférences cliniques au lit des malades, le jeudi 1er mai, à huit heures du matin, et les continuera le jeudi de chaque semaine à la même heure.

— ERRATA. — Dans la leçon de M. Piorry sur *l'expectoration* (no du 24 avril 1862), au lieu de *l'augiaire* (3e colonne, 7e alinéa), lisez *l'angiaire*, mot de la nomenclature de M. Piorry, exprimant l'ensemble des conduits de l'air ; au lieu de *morborganie* (4e colonne, 10e alinéa), lisez *monorganie*, ou maladie d'un seul organe.

Clinique obstétricale, ou Recueil d'observations et statistique de M. le docteur MATTEI, professeur libre d'accouchements. Paris, 1862. Première livraison de 212 pages in-8o compacte, contenant cinquante observations détaillées, précédées chacune d'un sommaire, et suivies de réflexions. Dans toutes les librairies médicales. Prix : 4 fr. — Cette clinique se composera de volumes contenant chacun cent observations détaillées et leur statistique.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Nº 50. — MARDI 29 AVRIL 1862.

(35e ANNÉE.)

Nº 50. — MARDI 29 AVRIL 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 AVRIL 1862

Séance de l'Académie des Sciences.

Une communication faite à la fin de la séance par M. Renault (d'Alfort), a paru intéresser vivement l'Académie. Il s'agissait de la rage. Le temps était venu de rechercher quelle avait pu être l'influence de l'impôt sur la race canine sur la manifestation des cas de rage. D'après les documents recueillis par M. Renault, cette mesure ne paraît pas avoir produit le résultat qu'on s'en était promis au point de vue sanitaire. Le nombre des chiens n'a que peu baissé, et les cas de rage, loin d'avoir diminué, semblent au contraire avoir augmenté. Mais, à côté de cette expérience infructueuse, il a été fait dans un pays voisin une expérience d'un autre genre qui paraît avoir eu des résultats beaucoup plus satisfaisants. Le musellement général et permanent des chiens, adopté en Prusse depuis 1854, a eu cet effet remarquable que les cas de rage, qui pendant la période décennale précédente s'étaient élevés à un chiffre assez considérable, ont complétement cessé de se produire dans ces dernières années.

Si surprenant que puisse paraître le fait, et si contraire qu'il soit aux idées que l'on avait pu se faire *a priori* sur les effets de la contrainte, il est rendu trop manifeste par les chiffres que l'on trouvera plus bas, pour qu'on ne doive pas le prendre en très-sérieuse considération.

Nous reviendrons dans un prochain numéro sur quelques autres communications qui ne peuvent trouver place dans le compte rendu d'aujourd'hui. — [illegible]

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Croup. Angine maligne.

(Leçons cliniques recueillies par M. E. GOIN, externe du service.)

OBS. I. — *Croup guéri par les vomitifs et le bromure de potassium.*

Au nº 2 de la salle Sainte-Marguerite, on a pu voir une enfant qui vient d'avoir un croup bien caractérisé et qui a guéri sans nulle intervention chirurgicale, uniquement par l'effet de vomitifs répétés et du bromure de potassium. L'enfant a rejeté les fausses membranes qui obstruaient son larynx.

C'est le deuxième fait d'une semblable guérison qui se présente dans le service de M. Bouchut depuis le commencement de l'année.

De pareils exemples montrent de plus en plus combien on doit se prémunir contre cet entraînement qui porte certaines personnes à recourir trop vite à une opération qu'on peut souvent éviter et qui ne doit être qu'un remède contre l'asphyxie.

Des faits nombreux consignés dans les recueils scientifiques prouvent qu'on aurait grand tort de considérer le traitement médical comme inutile; mais il faut savoir l'employer pour en tirer de bons résultats. Le médecin doit accorder une part égale à l'importance de ces deux méthodes, et c'est dans la juste alliance des deux traitements qu'il doit établir sa pratique, lorsqu'il est en présence d'un croup.

M. Bouchut, tout en étant prêt à opérer dès que la maladie ayant occasionné l'aphonie, le sifflement laryngo-trachéal, les accès de suffocation, la diminution de la sensibilité et l'anesthésie, entre dans sa troisième période, commence par faire administrer à l'enfant des vomitifs coup sur coup. Cette médication a un double effet : d'abord elle agit mécaniquement, en produisant des secousses violentes qui détachent et rejettent les fausses membranes; ensuite, elle a une action dissolvante des exsudations couenneuses.

Il n'est pas question ici de l'ipécacuanha, qui n'a qu'une action expectorante purement mécanique, mais bien du tartre stibié, que l'on donne plusieurs fois par jour à haute dose.

Voici du reste la formule de M. Bouchut :

Potion gommeuse.	125 grammes.
Sirop diacodé.	15 —
Emétique.	0,25 à 50 centigr.

Une cuillerée à bouche d'heure en heure, en évitant de donner beaucoup à boire.

En agissant ainsi, M. Bouchut a souvent obtenu des effets très-avantageux, car sur 115 cas de croup ainsi traités, il y a eu 88 guérisons et 27 morts (1). Mais le résultat n'est plus le même si on administre le tartre stibié mollement, à de longs intervalles, à dose insuffisante, comme font beaucoup de médecins, ainsi qu'il l'a indiqué en faisant connaître que de cette manière l'émétique n'avait pas d'action. Il cite à l'appui de cette assertion 22 autres cas de croup ainsi traités par l'émétique à dose insuffisante, sur lesquels il y a eu 21 morts et seulement une guérison.

Pour que l'émétique réussisse, il faut de toute nécessité qu'il fasse vomir, sans produire beaucoup de déjections alvines. Malheureusement il arrive quelquefois que le médicament n'a qu'une action purgative, ce qui est d'un mauvais augure, car l'enfant tombe bien vite dans un état de faiblesse et de cachexie qui amène souvent une terminaison funeste. Aussi, pour éviter cela, faut-il avoir soin de ne pas noyer le médicament dans une trop grande quantité de liquide. En effet, quand sur une prise d'émétique on fait boire, l'effet vomitif se change en effet purgatif, et c'est comme si l'on administrait ce qu'on appelle l'*émétique en lavage.*

A cette médication on pourra joindre les alcalins, qui sont souvent utiles, mais sur lesquels il ne faut pas trop compter, les résultats obtenus jusqu'à ce jour étant loin d'être bien concluants.

Ainsi le chlorate de potasse, qu'on a certainement trop vanté comme dissolvant des fausses membranes, n'a jamais offert à M. Bouchut de réels avantages. Les effets produits par ce médicament sont loin d'être aussi utiles ici que dans la stomatite ulcéreuse, où ils sont des plus remarquables. On peut employer aussi le bromure de potassium, qui, d'après les dernières observations de MM. Ozanam et Hutin, paraît être un très-utile adjuvant. M. Bouchut l'a ordonné chez la malade dont voici du reste l'observation :

Marie G..., âgée de cinq ans, est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie le 12 avril 1862. Cette enfant, malade depuis le 9, toussait un peu, mais n'avait pas la voix altérée.

Le 11, la toux est devenue rauque, ainsi que la voix; le sommeil a été très-agité, sans accès de suffocation.

Le 12, la voix s'est éteinte, et la toux conserve son caractère spécial de raucité. Du sirop d'ipécacuanha a été donné à l'enfant hors de l'hôpital.

État actuel. — Le 13 avril, toux fréquente, rauque; respiration pénible, avec sifflement laryngo-trachéal; voix complétement éteinte; bonne résonnance de la poitrine; respiration vésiculaire naturelle des deux côtés, sans râles; langue blanche, villeuse. Les amygdales sont tuméfiées, couvertes de concrétions blanchâtres, peu épaisses, disséminées. Ces concrétions existent à la partie postérieure de la luette et du voile du palais. Les urines sont claires, non albumineuses; la peau chaude et le pouls à 140. — 25 milligrammes de tartre stibié ont été ordonnés hier soir au moment de l'entrée à l'hôpital, ce qui a occasionné plusieurs vomissements et le rejet d'un large lambeau de fausse membrane provenant de la trachée-artère ou de l'intérieur du larynx, et il y a dans les matières vomies d'autres fausses membranes en voie de décomposition. Plusieurs selles demi-molles. Aujourd'hui M. Bouchut prescrit : tartre stibié, 5 centigrammes dans un julep gommeux, autant le matin, autant le soir; de plus, 50 centigrammes de bromure de potassium.

Le 14, l'enfant a vomi plusieurs fois, mais n'a pas rendu de nouveaux fragments de fausses membranes. La toux et la voix sont encore éteintes. Bonne résonnance de la poitrine; on y entend du râle ronflant des deux côtés, dans les deux poumons. Langue naturelle; peau modérément chaude; pouls à 136. — Même traitement, avec l'émétique et le bromure de potassium.

Le 15, l'enfant a vomi plusieurs fois et a eu plusieurs garde-robes; elle a toujours la voix éteinte et la toux rauque; les fausses membranes des amygdales ont en partie disparu; pouls à 116. — Même traitement.

Le 16, la voix est plus forte et la toux plus grasse; pouls à 104. — On supprime l'émétique, et on continue le bromure de potassium.

(1) E. Bouchut, *Traité des maladies de l'enfance,* 4e édit., p. 265.

EMS ET SES EAUX.

Les premières chaleurs du printemps sont venues rappeler à la foule oisive ou malade qu'elle aurait bientôt à songer à ses préparatifs d'émigration annuelle. Les stations hydro-minérales françaises et celles de l'étranger ont commencé leurs agaceries périodiques, et leurs promesses pour la saison de 1862 fourmillent d'attrayantes séductions. Laissez-vous donc tenter, heureux de la terre, et prenez bientôt votre vol vers quelque enchanteresse Naïade : le repos, le plaisir et la santé vous attendent. Si le choix seul de l'établissement thermal vous embarrasse, parcourez quelques-unes de ces productions hydrologiques écloses au soleil d'avril — car il en est d'excellentes — mais consultez surtout votre médecin.

L'Allemagne vous est-elle inconnue? Partez pour ces duchés aux eaux célèbres, aux roulettes plus célèbres encore; arrêtez-vous à Ems, et permettez que je vous y serve de guide, car j'ai fait une partie de mes études médicales dans les Universités germaniques, et j'ai revu depuis ce beau pays que l'on accuse en France de rêver, et auquel appartient cependant le monopole de toutes les inspirations scientifiques contemporaines.

Ems est situé dans un des points les plus pittoresques de la vallée de la Lahn, dans le duché de Nassau, très-près de Coblentz, de Wiesbaden et de Francfort-sur-le-Mein. L'air pur et balsamique qu'on y respire, la température douce et peu variable, l'élégance et le confort des hôtels, le luxe des établissements destinés aux baigneurs, les promenades faciles et parfaitement entretenues, font d'Ems un séjour attrayant et salutaire.

Les Romains avaient établi à Ems une de leurs stations principales; ils y avaient fondé une colonie, et employaient à leur usage les eaux thermales. Les sources, au nombre de vingt et une, jaillissent derrière les bâtiments du Curhauss : elles sortent séparément des fentes d'une roche de grauwacke, et quoiqu'elles viennent certainement d'une seule et même formation, elles présentent quelques différences dans leur température et leur composition chimique.

Toutes sont gazeuses; elles paraissent en bouillonnement perpétuel par l'ascension continue de grandes bulles de gaz acide carbonique, et ont une température qui varie de 27 à 52 degrés centigrades.

Les bains sont généralement pris à une température modérée, dont la chaleur ne dépasse pas 32 à 34 degrés centigrades, et il est rare qu'on y reste plus de 25 à 30 minutes. En y entrant, on éprouve un sentiment de bien-être tout particulier; la peau devient onctueuse et lisse, comme si l'eau tenait en dissolution un corps savonneux.

Dans chaque établissement de bains on a organisé un nombre suffisant d'appareils à douche.

La *Bubenquelle* (source aux garçons) constitue une douche ascendante naturelle, propre aux affections des organes génitaux de la femme, et vantée contre la stérilité.

Mais c'est surtout en boisson que s'emploient les eaux d'Ems. Trois sources ont été depuis quelques années exclusivement réservées à cet usage. Ce sont :

1º Le *Krœnchen* (source du robinet) : température de 29º,5 centigrades, 23º,6 Réaumur;

2º Le *Furstenbrunnen* (source des Princes) : température de 35º,25 centigrades, 28º,2 Réaumur;

3º Le *Kesselbrunnen* (source de la chaudière) : température de 46º,25 centigrades, 37º Réaumur.

Les eaux de ces sources sont d'une transparence parfaite : elles ont une saveur à la fois alcaline et salée, qui rappelle le goût d'un faible bouillon de veau. La source de Krœnchen a quelque chose de plus piquant et de plus agréable. On commence en général par boire deux ou trois verres, et l'on arrive facilement jusqu'à cinq ou six par jour : ces eaux sont parfaitement digérées, à cause de la quantité d'acide carbonique qu'elles contiennent.

D'après les analyses faites en 1851 par le célèbre chimiste Fresenius, les eaux minérales d'Ems contiennent en moyenne par 1,000 gr. de liquide :

Bicarbonate de soude.	2 grammes.
Chlorure de sodium	1 —
Bicarbonate de chaux et de magnésie . . .	22 à 23 centigr.
Sulfate de potasse.	4 à 5 —
Bicarbonate de fer, de manganèse, de baryte, de strontiane, etc.	proport. minime.
Alumine, silice, iodure de potassium . . .	traces.

La quantité d'acide carbonique libre oscille entre 1 gramme et 90 centigr. En outre, il existe, surtout dans les sources réservées pour les bains, une petite quantité de substance gélatineuse et filante, véritable conferve qu'on rencontre dans la plupart des eaux minérales, et à laquelle on a reconnu beaucoup d'analogie de composition avec l'albumine.

En raison du principe minéralisateur dominant, le bicarbonate de soude, les sources d'Ems doivent être rangées parmi les eaux alcalines gazeuses, eaux bicarbonatées sodiques. Elles sont surtout précieuses en ce qu'elles tiennent le milieu entre les eaux fortes et les eaux faibles de cette classe : par leur action douce et tempérante, elles sont applicables à un grand nombre de cas pathologiques qui ne pourraient supporter l'excitation et le mode altérant d'eaux plus fortement chargées.

Les travaux modernes ont démontré que les bicarbonates alcalins sont indispensables aux fonctions les plus importantes de l'économie, aux phénomènes de combustion, digestion, sécrétion : de telle sorte qu'ils interviennent dans tous les actes de nutrition et d'assimilation.

La voix revient peu à peu les jours suivants, et la toux conserve le caractère de toux catarrhale.

Le 20 avril, l'enfant sort de l'hôpital entièrement guérie.

Comme on le voit, chez cette enfant la maladie a été purement locale; il n'y avait pas de diphthérite, c'est-à-dire pas d'empoisonnement. Ce qu'il y a eu de remarquable ici, c'est que le mal ayant débuté par le larynx, a marché de bas en haut, et a paru secondairement sur les amygdales. En effet, la fausse membrane qui a été rejetée est venue du larynx, car le 12 avril l'enfant n'avait rien ni dans les fosses nasales ni dans la gorge, et c'est alors que les fausses membranes ont envahi les amygdales.

Aujourd'hui l'enfant va beaucoup mieux; on supprime les vomitifs. Il est vrai qu'il reste un peu d'aphonie; mais cela tient à une laryngite simple qui persistera encore quelques jours, fait ordinaire après la guérison du croup pseudo-membraneux.

Obs. II. — *Angine maligne gangreneuse. — Vomitifs, bromure de potassium, guérison.*

Une seconde malade non moins intéressante que la première est couchée au n° 8 de la salle Sainte-Marguerite. Ici se présente une forme de l'angine gangreneuse maligne, cette forme antique qu'on nommait autrefois, d'après Arétée, ulcère syriaque, qu'on a depuis appelée angine gangreneuse, mal de gorge gangreneux, angine maligne, diphthérite, etc., forme enfin que Bretonneau a cru devoir rayer de la nosologie.

C'est un exemple de plus qui vient s'ajouter à bon nombre de faits semblables déjà observés par M. Bouchut, et d'après lesquels il faut nécessairement revenir à l'ancienne classification, c'est-à-dire admettre une angine ulcéreuse, gangreneuse et couenneuse.

Et, en effet, que l'on consulte les nombreuses relations d'épidémies d'angine, et on y trouvera les trois formes qui viennent d'être mentionnées. Qu'on ouvre notamment la thèse de M. Delbet sur une épidémie d'angines malignes observée à la Ferté-Gaucher, on y verra que ces angines étaient la plupart suivies de gangrène, et que sans fausses membranes ni croup elles occasionnaient la mort par suite de l'intoxication, que Bretonneau n'a voulu attribuer qu'à la fausse membrane.

Souvent M. Delbet a observé les amygdales, la luette, le voile du palais, morcelés par suite de la chute d'eschares; une fois, entre autres, il a vu un enfant rejeter son épiglotte mortifiée.

M. Bouchut, de son côté, a enlevé des parties considérables d'amygdales sphacélées; plusieurs fois il a vu la luette noirâtre, gangrenée, être séparée du voile du palais.

Après tous ces faits, comment admettre avec Bretonneau que l'angine gangreneuse n'existe pas, et que ce qu'on signale comme des eschares de gangrène n'est autre chose que des fausses membranes noircies par le sang?

Or si on reconnaît une angine gangreneuse, on ne peut plus considérer la fausse membrane comme produit caractéristique des angines, et partant de là on ne peut plus accepter la diphthérite en tant qu'unité morbide devant établir une identité entre des maladies parfaitement dissemblables.

M. Bouchut, s'appuyant sur de nombreuses observations cliniques, admet une angine maligne qui peut se caractériser par trois sortes de lésions : l'ulcération, la gangrène et l'exsudation couenneuse.

L'observation suivante vient à l'appui de cette manière de voir :

M... (Eugénie), âgée de cinq ans, est entrée le 11 avril 1862 à l'hôpital Sainte-Eugénie. Cette enfant, dont le père et la mère sont bien portants, n'a eu ni gourmes ni glandes. Elle a eu la rougeole à trois ans; elle est très-sujette à s'enrhumer.

Depuis le 8 avril, elle a mal à la gorge, de la difficulté à avaler, et il se fait un peu d'écoulement nasal.

Etat actuel. — 12 avril. Enfant assez forte et bien développée; respiration gutturale, bouche ouverte, voix gutturale sans enrouement; gonflement de la région sous-maxillaire, qui est énorme, très-douloureuse, et où on sent les amygdales tuméfiées. A l'intérieur de la bouche, ces glandes sont volumineuses, profondément ulcérées à leur face interne, couvertes de bourgeons charnus saignants, avec suppuration sanieuse, infecte, sans fausses membranes ni gangrène. L'ulcération semble exister derrière la luette et remonter dans les fosses nasales. Il y a un écoulement nasal séro-muqueux abondant, sans ulcération à l'intérieur des narines.

L'enfant ne tousse pas et n'a aucun râle dans la poitrine. Soif fréquente; un peu d'appétit; difficulté pour avaler. Urines claires, non albumineuses. — 25 milligrammes de tartre stibié dans une potion gommeuse contenant 10 grammes de sirop diacode; julep avec 1,50 de bromure de potassium.

Le 13 avril, l'enfant a vomi plusieurs fois et a rendu plusieurs selles demi-molles. Elle avale et parle plus facilement. Le gonflement sous-maxillaire est moindre, et la douleur à la pression du cou a disparu. Les amygdales sont un peu moins grosses; leur surface, inégale, déchiquetée, grisâtre, saigne moins, est couverte de pus qui a perdu sa fétidité. A gauche, existe une ulcération profonde et anfractueuse de l'amygdale; elle existe aussi, mais moins prononcée, à droite. La luette est rouge, tuméfiée et ulcérée sur ses bords. L'écoulement nasal est moins abondant. L'enfant tousse un peu; pas de râles; pouls à 120. — Même traitement.

Le 14, les ulcérations des amygdales et de la luette sont moins profondes, la fétidité bien moindre. L'enfant avale sans trop de difficulté et la voix n'est plus gutturale. Il n'y a pas d'albuminurie. Pouls à 112. — Même traitement.

Le 15, le fond de la gorge va de mieux en mieux; les amygdales ne sont plus saignantes.

Le 16, aujourd'hui l'enfant est à peu près guérie.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE LYON.

(ENSEIGNEMENT LIBRE.)

Examen des opinions émises récemment par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris.

(Deuxième leçon faite par M. Alexandre Viennois, le 21 février 1862, à l'Ecole de médecine de Lyon.

Eh bien, Messieurs, quel est le nom de la maladie qui a causé tant de ravages? Est-ce la syphilis? Oui. L'épidémie de Rivalta était réellement syphilitique. L'étude des symptômes, leur ordre de succession ou l'étude de leur marche, la transmission de la maladie aux nourrices, aux frères et sœurs des vaccinés, etc., déposent à la fois dans le même sens. Mais pour que cette assertion de notre part devienne une démonstration, supposons-nous pour un instant à la place de la commission d'Acqui, qui examinait les petits malades de Rivalta plus de quatre mois après la vaccination, et demandons-nous quels symptômes nous présenterait un syphilitique qui aurait contracté la maladie depuis plus de quatre mois sans avoir jamais fait aucun traitement.

Ce malade nous offrirait d'abord l'accident primitif, cicatrisé ou non; quelquefois cet accident transformé sur place en papule humide, phénomène suffisamment connu aujourd'hui; puis, à côté de cet accident, au point inoculé naturellement ou artificiellement, nous verrions des accidents généraux variés : roséole, tubercules plats dispersés çà et là, plaques muqueuses, alopécie, iritis, etc., sinon tous ces accidents à la fois, du moins quelques-uns; mais nous nous garderions bien de considérer tous ces accidents comme contemporains; nous demanderions au malade lequel a paru le premier, et nous serions ainsi amenés à constater un accident primitif.

La commission d'Acqui n'a réellement pas dû voir autre chose. En effet, elle a constaté sur la plupart des vaccinés une ou plusieurs ulcérations aux points inoculés; mais ces ulcérations ne sont arrivées qu'à la chute de la croûte vaccinale ou peu après, c'est-à-dire à une époque où la vaccine avait eu le temps de parcourir ses périodes; il y avait donc eu entre le moment de l'inoculation vaccinale et celui de l'ulcération un intervalle de quinze à vingt jours qui représente l'incubation longue du chancre induré. Ainsi voilà que nous tenons les deux principaux caractères du chancre infectant : longue incubation, ulcération; nous pourrions déjà conclure. Mais ce n'est pas tout : l'induration des ulcères des bras, qui n'a pas été signalée au début, est notée plus tard chez quelques enfants, ainsi que l'induration laissée par les cicatrices; on a aussi signalé l'adénite axillaire indolente. Mais, chose capitale, les accidents généraux se sont montrés chez les uns du dixième au vingtième jour de l'inoculation vaccinale, et chez les autres après deux mois, c'est-à-dire que les premiers ont eu d'emblée des manifestations générales, résultat d'une diathèse syphilitique latente réveillée par l'opération vaccinale; tandis que les seconds, qui n'ont eu ces manifestations qu'après deux mois, ont eu le temps d'avoir le chancre primitif au bras, avec sa longue incubation, quinze jours, par exemple; puis un mois et demi après, dans le délai voulu, dans le délai classique, manifestations syphilitiques secondaires.

Vous voyez donc qu'aux termes mêmes des renseignements fournis par les médecins italiens, et quoique ceux-ci en aient tiré tout d'abord une conclusion différente, l'épidémie de Rivalta ressemble à toutes les épidémies analogues qui l'ont précédée, c'est-à-dire qu'on peut diviser en deux groupes les enfants vaccinés de Rivalta devenus malades ultérieurement à la vaccination, tout comme dans les observations de Cerioli, Tassani et autres : le premier groupe, extrêmement restreint, contenant les enfants qui avaient une syphilis latente au moment de la vaccination, et le second groupe ceux qui étaient parfaitement sains; les premiers ayant des manifestations générales d'emblée, les seconds contractant un chancre induré du bras d'abord, avec sa longue incubation, son adénite axillaire indolente, et les accidents secondaires survenant un mois et demi après, dans le délai classique.

Les symptômes dont nous venons de parler, leur ordre d'apparition, sont les symptômes pathognomoniques de la vérole; si ces symptômes avaient besoin d'une preuve de plus, ils la trouveraient éclatante, indéniable, dans la transmission de la maladie aux nourrices.

Au 8 octobre, il y en eut 4.
Au 8 novembre, 10.
Au 5 janvier, 19.

Chez toutes, la maladie commence toujours par son commencement, par un chancre induré du mamelon avec adénite axillaire indolente; le chancre suppure peu; il siége tantôt sur un mamelon, tantôt sur les deux; il reste stationnaire assez longtemps, se transforme quelquefois sur place en tubercule muqueux, et, s'il vient à se cicatriser, laisse la trace de l'induration. Dans le délai voulu les accidents généraux éclatent : roséole, tubercules plats, ulcérés ou non, plaques muqueuses, alopécie, impetigo du cuir chevelu, etc.

Chez une seule nourrice on ne trouve aucun chancre du sein; mais en même temps qu'elle a des symptômes constitutionnels, elle présente une ulcération de l'amygdale avec adénite sous-maxillaire indolente, accident initial qui peut être le résultat de baisers imprudents sur la bouche infectée d'un nourrisson.

Si, dans ce cas, il n'y a pas chancre induré du mamelon, c'est que cette femme, déjà diathésée par le chancre de l'amyg-

---

C'est donc par leurs propriétés alcalines que les eaux d'Ems sont aptes à maintenir ou à rétablir les conditions nécessaires à l'intégrité de la santé.

Leur action générale est l'excitation commune à toutes les sources minérales; elle se traduit par surcroît d'appétit, digestions plus faciles et plus promptes, assimilation plus complète, selles plus régulières, augmentation des sécrétions urinaires et cutanées, amélioration de la nutrition, accroissement des forces, etc. Rarement ces eaux provoquent de la diarrhée; elles donnent plutôt lieu à une légère constipation, qui doit être combattue par quelques purgatifs appropriés.

Mais bientôt apparaît l'action spéciale, c'est-à-dire la modification chimique qu'elles déterminent dans l'économie : elles rendent alcalines toutes les sécrétions, même celles qui auparavant étaient naturellement acides, telles que les urines et les sueurs : preuve manifeste qu'elles ont modifié le sang lui-même, en lui donnant une proportion plus considérable de principes alcalins. Par suite, elles en diminuent la plasticité, en portant principalement leur action dissolvante sur la fibrine et l'albumine; elles fluidifient les dépôts déjà effectués, et les ramènent, sous forme liquide, dans le torrent circulatoire; elles s'unissent aux éléments des sécrétions biliaires et urinaires pour en rendre la dissolution plus facile et empêcher les précipités qui tendent à se produire.

Les eaux d'Ems ne sont point destinées à produire de violents effets, à provoquer des crises : c'est par une combinaison lente et insensible avec les fluides et les tissus, qu'elles impriment une douce impulsion à tout l'organisme. Elles ne constituent proprement ni un moyen ni un remède particulier : c'est par leur haute température, c'est par l'heureuse combinaison de leurs principes minéralisateurs, qu'elles acquièrent une grande valeur thérapeutique.

De tout temps elles ont été vantées dans les affections de la poitrine, de l'estomac, des intestins, du foie, des reins, de la vessie, de l'utérus; dans des cas de débilité générale ou partielle du système nerveux; dans les maladies liées aux vices lymphatique, scrofuleux, rhumatismal, goutteux; dans certaines altérations de la peau, etc.

En première ligne des affections contre lesquelles Ems possède une action spéciale, se rangent les maladies chroniques des voies respiratoires, bronchite, laryngite, enrouement, aphonie, catarrhe, asthme, emphysème.

Quant à la phthisie pulmonaire, les eaux ne guérissent pas les tubercules, mais elles guérissent le catarrhe chronique qui accompagne la tuberculisation et en favorise le développement. Si, dans les prodromes d'une phthisie commençante, elles exercent une heureuse influence en activant la circulation, nous devons dire que lorsqu'il s'agit de phthisies confirmées, elles sont formellement contre-indiquées.

Cette vertu spéciale des eaux d'Ems, relative aux affections de poitrine, doit-elle être attribuée à la proportion considérable de chlorure de sodium qu'elles renferment? Les travaux de quelques habiles praticiens semblent résoudre affirmativement cette question : une série d'observations et d'expériences cliniques a paru démontrer que le chlorure de sodium contribuait en effet à l'arrêt, et même à la guérison de la diathèse tuberculeuse.

Les sources d'Ems conviennent dans les cas de gastralgie, dyspepsie avec rapports acides, flux diarrhéiques, et certaines affections catarrhales de la vessie et des reins. Elles agissent comme fondants dans l'obstruction des viscères abdominaux, principalement du foie et de la rate. C'est par ces qualités que ces eaux se rapprochent de celles de Vichy, auxquelles elles devront être préférées toutes les fois qu'il s'agira de calmer et d'adoucir. En effet, moins chargées de principes minéralisateurs, les eaux d'Ems sont toujours facilement supportées, même par les organisations les plus délabrées; et lorsqu'il existe un état névropathique de l'appareil digestif, elles conviennent beaucoup plus sûrement que les eaux de Vichy, souvent inapplicables à cause de leur trop grande activité.

C'est en améliorant la constitution générale, en modifiant les principes du sang, en favorisant les efforts critiques de résolution au moyen desquels l'organisme cherche à éliminer les matériaux nuisibles ou inutiles, que les eaux d'Ems donnent d'heureux résultats dans le traitement de la chlorose, des maladies lymphathiques et scrofuleuses.

Ajoutons que par l'activité qu'elles impriment aux fonctions d'absorption et de sécrétion, elles combattent efficacement l'obésité qui se présente si souvent chez les femmes par le manque d'exercice et d'oxygénation, ou par la suppression incomplète ou totale de la menstruation.

Les affections nerveuses forment la principale clientèle d'Ems; aussi les femmes s'y trouvent-elles en majorité. L'action sédative des bains explique comment ces eaux peuvent être utiles contre les palpitations, les spasmes, l'hystérie, la chorée, certains tics douloureux, en un mot, contre la classe des névroses. Les eaux constituent un moyen très-efficace dans tous les désordres du système utérin; employées à l'intérieur et à l'extérieur, elles donnent des résultats sérieux dans les cas de stérilité et de disposition à l'avortement. La source privilégiée a reçu le nom de *Bubenquelle* (source aux garçons), à cause de ses vertus spéciales. Mais il est évident que la conception n'est favorisée que par la diminution sensible de l'irritabilité utérine et par la disparition des engorgements du col : l'organe et ses annexes sont ramenés à une vitalité plus normale.

Ems offre encore des ressources précieuses contre certaines formes de la goutte. La goutte se présente parfois avec un éréthisme du système nerveux tel, qu'il n'est pas permis d'attaquer la maladie d'une manière trop violente : dans ce cas les eaux d'Ems donnent les résultats les plus avantageux. Que ces résultats soient dus à des actions chimiques, à des réactions vitales, ou à des modifications des humeurs et des tissus, toujours est-il que beaucoup de malades rentrent dans leurs foyers sinon guéris radicalement, du moins soulagés pour longtemps.

Il en est de même pour certains cas d'affection rhumatismale. Dans le siècle dernier les eaux d'Ems étaient spécialement vantées pour le

dale, ne peut en recevoir un autre sur le reste du corps, pas plus au mamelon qu'ailleurs (Clerc).

Tant que les petits vaccinés n'ont d'autres manifestations syphilitiques que le chancre du bras, les nourrices ne sont pas exposées d'une manière directe à la contagion. Mais dès que la maladie permet aux symptômes dits secondaires d'envahir la bouche par des plaques muqueuses, le sein des nourrices, sur lequel vient se greffer, pendant plusieurs heures du jour et de la nuit, une bouche infectée, est dès ce moment exposé à la contagion.

Dans ces cas, comme M. Rollet l'a montré le premier (*Gazette médicale de Paris*, 24 juillet 1858), le mamelon des nourrices reçoit un véritable chancre induré, la vérole à son commencement, accident initial suivi à son tour et dans le délai voulu des accidents constitutionnels généraux.

De même que les nourrissons n'étaient pas un danger pour les nourrices tant que l'accident primitif du bras était chez eux le seul accident de la vérole ; de même, tant que les nourrices n'ont que l'accident local du mamelon, les maris ne sont pas directement exposés à la contagion ; mais dès que les accidents généraux se manifestent à la vulve par des plaques muqueuses ulcérées, les maris commencent à être contaminés. C'est d'abord Carozzo, quarante-deux ans, père de l'enfant n° 2. Le 18 décembre, trois chancres indurés, un sur le prépuce et deux à gauche à la limite du scrotum et de la cuisse, adénite bi-inguinale indolente.

Puis Zaccone (André), trente-cinq ans, chancre induré du prépuce à droite (17 janvier), adénite inguinale indolente. Les femmes de ces deux hommes avaient depuis plusieurs semaines des plaques muqueuses ulcérées de la vulve. Ici encore l'accident secondaire transmet comme toujours la vérole à son commencement, à savoir un chancre induré : c'est toujours le même accident transmis.

Mais la maladie ne se borne pas à atteindre les nourrices et les maris des nourrices : les frères et sœurs qui soignaient les enfants vaccinés, les embrassaient sans précaution pour les empêcher de pleurer ou les portaient sur les bras nus, sont aussi infectés.

C'est ainsi que Parodi (Jacques), onze ans, frère de Madeleine Parodi (obs. XXIII), a d'abord un ulcère de l'amygdale, avec adénite sous-maxillaire indolente ; le 20 décembre une éruption spécifique, le 5 janvier une éruption papuleuse confluente ;

Que Viotti (Angèle), sœur du n° 46, contracte le même accident initial, et quinze jours après (il est rare que les accidents généraux soient si précoces), tubercules plats ulcérés autour de la vulve.

Enfin, Testa (Catherine), douze ans, sœur du n° 12, contracte le 28 septembre, sur l'avant-bras droit, partie moyenne et interne, un chancre induré à auréole cuivrée, sécrétant peu, adénite axillaire indolente, et le 20 novembre accidents généraux ; cette petite fille avait l'habitude de porter sur ses bras nus sa sœur, qui avait au creux poplité droit une ulcération secondaire sécrétante ; il est probable que la contagion se sera opérée par le contact permanent d'un ulcère sanieux et de la peau fine de l'avant-bras ; la petite Testa, la vacciuée, est morte le 14 octobre.

Un fait analogue, chancre de l'avant-bras suivi de vérole constitutionnelle, a été observé dans le procès Hubner, sur deux bonnes qui avaient l'habitude de porter sur leurs avant-bras nus des enfants ayant des plaques muqueuses ulcérées de l'anus. J'ai noté ce fait dans mon mémoire des *Archives* (1).

(1) *De la syphilis transmise par la vaccination.* Juin, juillet, septembre 1860, *Archives gén. de méd.*

Tant que la maladie est méconnue, chez les vaccinés de Rivalta, la mortalité fait des progrès. A peine le spécifique est-il donné que la mortalité s'arrête. Il y avait six morts au 8 octobre, il n'y en a plus qu'une après cette date, et encore c'est une enfant dans le marasme, qui meurt le 14 octobre, avant qu'un traitement sérieux ait pu produire son effet en six jours.

Les nourrissons voient leurs symptômes diminuer et disparaître le 8 novembre, le 5 janvier, et si l'état des nourrices n'est pas amendé dans les mêmes proportions, cela tient probablement à l'administration exclusive de l'iodure de potassium, qui a peu de vertu contre les accidents secondaires.

Il s'est passé, en un mot, pour l'affaire de Rivalta, au point de vue du traitement, ce qui s'était déjà passé en 1821 dans l'observation de Cerioli, tant que la nature de la maladie avait été méconnue ; 19 enfants sur 46 avaient eu le temps de mourir, 8 dans celle de Tassani, 1841 ; à peine le mercure est-il administré que la mortalité s'arrête, et que nourrissons et nourrices reviennent à la santé.

Ainsi donc, l'influence heureuse du traitement spécifique chez les vaccinés de Rivalta vient encore corroborer le diagnostic que nous avons établi, à supposer que ce diagnostic eût eu besoin d'une preuve de plus. — *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Parlons maintenant des vaccinifères, ils sont au nombre de deux : le jour de la vaccination, le 2 juin, le premier, Giovanni Chiabrera, a onze mois, et le second, Louise Manzone, six mois. Les symptômes du premier me paraissent avoir été ceux de la syphilis secondaire ; il se pourrait, à la rigueur, car il faut tout prévoir, que le premier vaccinifère eût eu une syphilis acquise dans les premiers jours de sa naissance, par une cause accidentelle quelconque ; mais tant que cette cause ne sera pas démontrée, on peut se demander s'il ne faut pas rattacher à la syphilis héréditaire les symptômes syphilitiques dont le premier vaccinifère était porteur, à savoir : l'alopécie complète et l'aphonie, deux accidents qui ont complétement disparu du 8 octobre 1861 au 5 janvier 1862, sous l'influence d'un traitement mercuriel énergique, le traitement par les frictions. Ces deux symptômes me suffisent pour le moment pour établir le diagnostic de la syphilis ; ils suffiront toujours, mais nous verrons tout à l'heure qu'on peut même discuter les autres, qui paraissent difficiles à interpréter au premier abord.

Mais qui a donné la vérole à Giovanni Chiabrera, le premier vaccinifère ? Est-ce le tube d'Acqui ? la lancette du vaccinateur ? les parents ? ou encore une cause accidentelle quelconque indémontrée jusqu'ici, mais *possible à la rigueur* (1) ?

Le tube d'Acqui ? M. Ricord répond : Non ; car il est établi, dit M. Ricord, d'après le rapport du docteur Alberletti, que le premier vaccinifère était indemne de vérole ; que, du reste, le tube d'Acqui n'aurait pu donner qu'une syphilis constitutionnelle à Chiabrera, vaccinifère, et que cette syphilis n'aurait pas eu le temps d'être en évidence à l'époque indiquée par le rapport.

Cette petite argumentation est du reste copiée mot à mot sur l'article de M. Jaccoud, *Gazette hebdomadaire*, n° du 17 janvier, page 35. Il y a dans les raisons qu'apporte M. Ricord autant d'erreurs que d'assertions.

M. Alberletti d'abord, non-seulement n'a jamais été rapporteur, mais même n'a jamais fait partie de la commission ; bien mieux, il n'a jamais vu les malades.

Mais lorsque M. Ricord nous dit que le tube d'Acqui n'aurait pu donner à Chiabrera, vaccinifère, qu'une syphilis constitutionnelle, il oublie que les pères et mères seulement peuvent transmettre d'emblée une syphilis constitutionnelle par l'hérédité. Que le tube d'Acqui n'est ni une maman ni un papa ;

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux*, 30 janvier 1862.

que le tube d'Acqui est un instrument, et que tout instrument qui donne la vérole donne une vérole acquise ; or toute vérole acquise commence par son commencement, c'est-à-dire par un chancre ; mais on sait que les pustules vaccinales du vaccinifère Chabrera ont été parfaitement régulières et ne se sont jamais ulcérées ; donc un chancre n'a pas été vu sur les points vaccinés de Chiabrera ; donc Chiabrera n'a jamais eu de syphilis *acquise, au moins par la vaccination ;* donc le tube d'Acqui, qui ne pouvait donner qu'une syphilis acquise, s'il eût donné quelque chose, est innocent ; le même argument sert pour innocenter la lancette du vaccinateur ; donc M. Ricord a oublié dans cette circonstance son enseignement de trente ans, qui consistait à dire sur tous les tons, que la vérole acquise commençait toujours par un chancre.

Mais lorsque M. Ricord ajoute que le vaccinifère Chiabrera n'aurait pas eu le temps d'avoir des manifestations constitutionnelles à l'époque indiquée par le rapport, il oublie que la commission d'Acqui a vu les enfants le 8 octobre, c'est-à-dire qu'il y avait plus de quatre mois que la vaccination du 2 juin avait été faite, et que si les enfants vaccinés après Chiabrera avaient eu le temps d'avoir un accident primitif du bras, avec sa longue incubation, et plus tard des accidents constitutionnels contagieux, puisque quatre nourrices, les mères des n°s 1, 3, 11 et 20, avaient contracté un chancre induré du mamelon le 8 octobre. Chiabrera, qui, dans la pensée de M. Ricord, devait avoir sur les autres vaccinés toute l'avance de sa longue incubation du chancre infectant, devait être au moins aussi avancé qu'eux comme symptômes généraux, toutes choses égales d'ailleurs.

Voilà une assertion qui est loin d'être en harmonie avec cet autre précepte, que les accidents constitutionnels se développent dans les premiers mois.

Si on élimine la contagion de Chiabrera par une cause accidentelle hypothétique (mais que l'on suppose un instant, pour tout prévoir) ; si le tube d'Acqui ne peut être accusé ; si la lancette du vaccinateur est innocente par la même occasion, le premier vaccinifère ne peut tenir la syphilis que de sa mère ou de son père.

La tient-il de sa mère ? Mais non, puisque celle-ci a un chancre du sein le 8 octobre, et une cicatrice sur le mamelon du côté opposé, tandis que Chiabrera a le même jour des accidents secondaires manifestes, *alopécie complète* et *aphonie complète*, qui disparaissent avec l'emploi des mercuriaux, permet de dire : laryngite syphilitique, *aphonie*, le signe le plus précieux de la syphilis infantile.

L'accident primitif ne peut pas avoir donné un accident secondaire, ce qui est contraire à l'observation, et puis la mère a été malade après son nourrisson, donc on ne peut accuser celle-ci. Du moment que Chiabrera, vaccinifère, ne tient pas la vérole d'une circonstance accidentelle, possible à la rigueur, mais indémontrée, le tube d'Acqui, la lancette et la mère ne pouvant non plus être incriminés, je déclare que Chiabrera vaccinifère ne peut tenir la syphilis que de *celui* qui l'a engendré. Ce n'est que de celui-là que je veux parler en ce moment.

On a dit qu'il n'avait rien pu transmettre à son enfant, parce que, examiné le 8 octobre, il n'avait présenté aux commissaires aucune trace de syphilis récente ou ancienne. Mais d'abord, j'observerai que tous les accidents syphilitiques ne laissent pas de traces. Ai-je besoin de rappeler que les accidents secondaires en laissent très-rarement, s'ils en laissent jamais ; que l'accident primitif et les accidents tertiaires ont seuls ce privilége ? Mais, d'abord, tous les syphilitiques sont très-loin d'arriver tous aux accidents tertiaires ; et quant à l'accident primitif, il disparaît généralement assez vite, surtout s'il est bien traité.

Après cela, je remarque que le père de Chiabrera devait avoir une syphilis ancienne datant d'au moins deux ans. En effet,

---

traitement du rhumatisme chronique ; elles attirent aujourd'hui peu de rhumatisants, parce que les bains, pris autrefois aussi chauds et aussi prolongés qu'ils pouvaient être supportés, n'agissent plus de la même manière actuellement qu'ils sont administrés à température modérée et de courte durée.

Quant au diabète, il est difficile d'admettre, avec les auteurs allemands, qu'il ne trouve aucun soulagement dans les eaux d'Ems. L'expérience pratique a démontré que, chez tous les diabétiques soumis au traitement des eaux minérales de Vichy, il survient en très-peu de temps une grande amélioration : le sucre disparaît peu à peu puis complétement des urines ; la soif s'apaise, la vision reprend son intégrité, les forces générales renaissent ; la constipation fait place à des selles bilieuses d'abord, puis régulières ; le calme succède au malaise, le sommeil à l'insomnie.

Or les eaux d'Ems ne diffèrent des eaux de Vichy que par une moindre proportion de bicarbonate de soude ; possédant les mêmes éléments chimiques, elles doivent avoir les mêmes propriétés thérapeutiques. Il ne s'agit donc que d'une plus grande quantité d'eau minérale à introduire dans l'économie pour arriver aux mêmes résultats de saturation alcaline.

Tous les auteurs s'accordent pour constater l'efficacité des eaux d'Ems dans les maladies de la peau. Les anciens les recommandaient pour toutes les impuretés cutanées, dartres, plaies, ulcères, érysipèles, pustules, taches hépatiques, démangeaisons, etc. Les modernes, Vogler, Franque, Dielh, Dœring, d'Ibell, Spengler, en réservent l'emploi pour certaines affections peu profondes souvent liées à des diathèses goutteuse, rhumatismale, lymphatique et scrofuleuse, à des troubles de l'appareil digestif et à des désordres dans les sécrétions utérines. Elles conviennent, en raison de leurs propriétés à la fois calmantes et altérantes, aux malades chez lesquels un traitement énergique ne peut être employé, et surtout à ceux qui, par suite d'irritabilité nerveuse ou de disposition à des congestions cérébrales et à des hémorrhagies, ne peuvent supporter les eaux sulfureuses. Si elles ne possèdent pas une action assez énergique pour les altérations ulcéreuses, profondes, sécrétantes, elles combattent avec succès les exanthèmes secs, les démangeaisons, les desquamations furfuracées, l'acné et la couperose.

On regarde la saison la plus chaude de l'année comme la plus favorable pour résider à Ems : cependant l'expérience a montré que le printemps et l'automne conviendraient aussi bien pour la plupart des cas. Même la saison froide peut y être passée avec avantage : la position de la vallée, la nature du terrain, où jamais les eaux de pluie ne séjournent, les bâtiments réservés aux buveurs, bien clos et chauffés par la vapeur même qui se dégage des sources, permettent de suivre un traitement complet pendant la saison d'hiver.

Les malades, en retournant dans leurs foyers, doivent pour la plupart continuer quelque temps encore l'usage des eaux minérales, soit pour compléter la cure, soit pour prévenir les accidents qui tendraient à se reproduire.

Il est certain que les eaux d'Ems employées loin des sources (1) produisent des résultats remarquables dans un grand nombre de maladies, surtout dans les désordres des appareils digestifs, urinaires et respiratoires. Elles sont particulièrement utiles aux personnes qui fatiguent beaucoup les organes de la voix, orateurs, chanteurs, professeurs, etc. Lorsqu'elles sont destinées à combattre les irritations de poitrine et du larynx, elles sont prises le matin à jeun, soit pures, soit coupées avec du lait tiède. Dans les autres cas elles se boivent aux repas, et supportent très-bien le mélange du vin.

Les considérations très-sommaires que je viens de développer sur l'action thérapeutique d'eaux minérales si justement célèbres, ne sont qu'un écho affaibli des monographies consciencieuses principalement dues à MM. les docteurs Dielh, Vogler, d'Ibell, Dœring et Spengler ; mais elles suffiront certainement, je l'espère, pour démontrer à mes confrères la part importante que peuvent prendre les eaux d'Ems dans le rétablissement d'une santé compromise. Historiographe sincère, je n'ai fait que rendre à César ce qui lui appartient.

Dr F. PASQUIER.

(1) Le dépôt à Paris des eaux d'Ems est rue de la Michodière, 11.

Chiabrera le père est examiné le 8 octobre. Or, ce jour-là, son fils avait quinze mois, puisque le 2 juin il en avait onze : onze et quatre valent quinze ; quinze et neuf de gestation valent vingt-quatre. Il y avait donc vingt-quatre mois, ou deux ans au moins, que M. Chiabrera avait dû avoir, au moment du coït fécondant, ou un chancre primitif, ou des accidents constitutionnels, et rien ne prouve que les accidents dont je parle n'aient été antérieurs à l'époque à laquelle je fais allusion.

Le père de Chiabrera ayant eu depuis au moins deux ans un accident primitif, a eu le temps de voir pousser ses accidents constitutionnels dans les huit mois suivants, et de les voir disparaître dans les dix-huit mois qui ont succédé aux six premiers, surtout si un traitement rationnel a été fait ; à bien plus forte raison les accidents ont-ils dû disparaître, si la vérole du père de Chiabrera est de beaucoup antérieure à l'époque dont j'ai parlé. Y aurait-il donc quelque chose d'étonnant à ce qu'un homme qui a la réputation d'être un coureur de femmes gagne la vérole une fois en sa vie? Et puis n'y a-t-il pas des syphilis bénignes qui peuvent passer inaperçues de certains malades peu soigneux, et ces syphilis bénignes n'engendrent-elles pas quelquefois des syphilis graves, tout comme des varioles bénignes engendrent aussi des varioles graves, et ainsi des autres maladies virulentes, *et vice versâ*, sans qu'une explication satisfaisante ait été donnée de ces faits? Enfin, je me suis demandé si l'irritation des esprits à Rivalta et la crainte de la vindicte publique, n'avaient influé en rien sur les réponses du père de Chiabrera (1).

Je suis donc amené à penser que Giovanni Chiabrera avait la syphilis ou de son père, ou d'une circonstance accidentelle dont je ne me rends pas compte, *mais possible à la rigueur*, le 2 juin 1861, jour de la vaccination des 46 enfants de la première série.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 avril 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Rage. — M. RENAULT fait sur ce sujet la communication suivante :

L'Académie sait qu'en 1855 il a été édicté, dans un intérêt d'hygiène publique, un impôt sur la race canine. On espérait, en rendant ainsi onéreuse à leurs possesseurs la conservation d'une foule de chiens parfaitement inutiles, diminuer le nombre de ces animaux, et, partant, diminuer proportionnellement le nombre des cas de rage.

Cette mesure n'a pas eu les résultats qu'on en attendait : le nombre des chiens n'a que très-peu diminué ; il est démontré par les statistiques administratives, qu'à Paris, où on en comptait en moyenne un peu plus de 60,000, cette diminution n'a été que d'environ 6,000.

Loin que le nombre des cas de rage ait diminué avec le chiffre de la population canine, et depuis que l'on oblige davantage à renfermer et attacher les chiens, il semblerait plutôt qu'il a augmenté. Un document officiel constate que jamais, depuis vingt ans, le nombre des décès pour cause de rage sur l'homme n'a été si considérable que pendant ces trois dernières années.

On conçoit ce que doivent être, en présence de pareils résultats, l'anxiété du public et les embarras de l'administration. Quand un mal aussi effrayant se présente toujours menaçant, dont la nature est restée jusqu'à présent un mystère, contre lequel tous les remèdes sont jusqu'à cette heure restés impuissants ; quand, ignorant les causes qui le produisent originairement, on ne sait comment soustraire les animaux aux conditions, au milieu et sous l'action desquelles il s'engendre, il faut du moins rechercher et mettre en usage les moyens les plus propres à s'opposer à sa propagation. Or, parmi ces moyens, il en est deux qui semblent efficaces pour arriver à ce résultat ; ce sont :

1° Le *musellement* permanent de tous les chiens qui ne sont pas enfermés ou à l'attache ;

2° L'*occision* immédiate de tous ceux de ces animaux chez lesquels se manifesteraient les moindres symptômes de nature à laisser craindre la naissance de la rage, et, surtout, de tous ceux qui auraient été mordus ou seraient soupçonnés avoir été mordus par des chiens enragés.

Je me bornerai pour aujourd'hui à ce qui regarde le musellement.

A première vue, quand on considère que ce n'est que par leur morsure que les chiens enragés peuvent transmettre leur maladie à d'autres animaux, et que la muselière les empêche de mordre, on a lieu d'être étonné que l'administration se montre si peu exigeante sur la prescription obligatoire de son emploi ; ce à quoi l'administration répond deux choses :

D'abord, le musellement a été et est tous les jours mis en usage, et, nonobstant, la rage n'a jamais disparu à la suite de son application.

Ensuite elle fait remarquer que, de l'avis de plusieurs écrivains des plus considérables, l'observation semblerait avoir démontré que les diverses sortes de gêne ou de contrainte qu'on impose aux chiens à l'état de domesticité, et, parmi eux, la *muselière* particulièrement, en les contrariant et irritant d'une manière continue, seraient l'une des causes, la principale peut-être, du développement chez eux de la rage spontanée.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer le peu de solidité des raisons sur lesquelles on s'est appuyé.

Relativement aux effets du musellement en tant que cause productrice de la rage, je sais tout ce qui a été écrit sur cette question, et j'ai lu avec le plus grand soin tous les raisonnements plus ou moins spécieux qui ont été faits pour les démontrer ; mais j'avoue n'avoir vu aucune observation rigoureuse, aucun fait bien établi apporté à l'appui de ces inductions plus spéculatives que pratiques. C'est là une opinion, une croyance, une présomption si l'on veut ; mais jusqu'à présent ce n'est que cela.

Mais voici des documents que j'ai recueillis dans l'un de mes derniers voyages en Allemagne, et qui me paraissent, à raison de leur importance et de leur authenticité, de nature à jeter quelque jour sur ces questions :

En Prusse, comme on l'a fait plus tard en France, le gouvernement a, dès 1829, établi dans la même pensée un impôt sur la race canine. Mais, comme en France, on a constaté que si cet impôt, qui est de 3 thalers (environ 12 francs) par tête de chien imposé, avait abaissé quelque peu le chiffre de ces animaux, il n'avait pas sensiblement diminué celui des cas de rage, qui s'accrut même tellement dans les années 1852 et 1853, qu'à Berlin, dans les premiers mois de l'année 1854, la police, effrayée, ordonna le musellement général et permanent de tous les chiens qui ne seraient pas enfermés et tenus à l'attache chez leurs maîtres. Depuis lors cette mesure est sévèrement exécutée.

Or, voici ce qui résulte des relevés faits sur les registres officiels de l'Ecole vétérinaire de Berlin et sur ceux de la police pendant la période décennale qui a précédé 1854, année où le musellement général a été prescrit, et pendant les huit années suivantes où il a été mis en pratique.

En 1845, il a été constaté à l'École vétérinaire.	32	cas de rage.
En 1846.	47	»
En 1847.	3	»
En 1848.	47	»
En 1849.	30	»
En 1850.	19	»
En 1851.	10	»
En 1852.	68	»
En 1853.	82	»
	278	»

Soit, en moyenne, près de 28 cas par année.

Voici maintenant le relevé des cas constatés, depuis et y compris 1854, non pas seulement dans l'Ecole, mais dans toute la ville :

En 1854.	4	cas.
En 1855.	1	»
Eu 1856.	1	cas.
En 1857 / En 1858 / En 1859 / En 1860 / En 1861	0	»

Ces résultats n'ont pas, je pense, besoin de commentaires ; et peut-être pourrait-on dès à présent, sans trop de témérité, en tirer les conclusions qu'ils semblent comporter. Je serai moins hardi en me bornant à dire que, s'ils se continuaient les mêmes pendant quelques années encore, il en résulterait évidemment :

1° Que, comme je l'ai écrit depuis longtemps, et comme le pensent un certain nombre d'observateurs, la rage *spontanée* est très-rare ;

2° Que le musellement général et permanent des chiens est une mesure efficace pour empêcher la propagation de cette maladie ;

3° Que c'est à tort que plusieurs auteurs regardent la contrainte résultant de l'application de la muselière sur le chien comme une cause du développement de la rage chez cet animal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 19 avril, M. le docteur Pajot, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de faire, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1861-62, le cours des élèves sages-femmes à la clinique de ladite Faculté.

— Un concours pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg s'ouvrira : à Strasbourg, le 25 septembre de cette année ; à Lyon, le 3 octobre ; à Montpellier, le 6 ; à Toulouse, le 9 ; à Bordeaux, le 13, et enfin à Paris, le 17 octobre.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, du 8 de ce mois, M. Dulac, médecin de l'hôpital thermal de Luchon, est nommé deuxième inspecteur adjoint de l'établissement thermal de Bagnères-de-Luchon, en remplacement de M. le docteur Villers, décédé.

— Par arrêté de M. le préfet de la Haute-Garonne, MM. Sentaux et Bonenfant, élèves en médecine de la Faculté de Paris, ont été nommés internes de l'asile d'aliénés de Toulouse.

— M. Campmas, médecin principal en retraite, n'a pas accepté la position de médecin requis chef de service à l'hôpital militaire thermal de Baréges, à laquelle il vient d'être appelé. Cet honorable confrère a agi ainsi, nous a-t-on assuré, pour ne pas fermer l'accès de cet établissement à ses anciens camarades de l'armée en conservant une position qui, par le fait de sa retraite, leur appartient légitimement. On ne saurait trop louer cet acte de délicatesse confraternelle.

— Nous avons encore à déplorer la mort d'un membre du corps médical. M. le docteur Vautrin, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du VIIe, vient de succomber, à l'âge de trente-six ans, à une pneumonie ataxique.

Praticien aussi modeste qu'instruit, il négligeait sa santé, toujours un peu chancelante, pour prodiguer ses soins à tous ses malades.

— M. le docteur Hingston, de Montréal (Bas Canada), a reçu une indemnité de 600 dollars (3,000 fr.) de la municipalité de cette ville, pour une fracture de clavicule qu'il s'était faite dans une chute de cheval causée par le mauvais entretien d'un pont public.

Le généreux malade a immédiatement réparti cette somme entre une institution scientifique et un établissement de bienfaisance.

— Parmi les étudiants qui suivent les cours de médecine à Oxford, on remarque un Mohican âgé de vingt et un ans.

Ce jeune Indien, dont le nom est Oronhyateka, est un protégé du docteur Acland, qui a fait sa connaissance lors du voyage du prince de Galles au Canada.

— M. le docteur Mandl commencera un cours public et gratuit sur la phthisie pulmonaire et la phthisie laryngée, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre n° 1, le jeudi 1er mai, à sept heures et demie du soir, et le continuera tous les jeudis à la même heure. Des conférences ont lieu à sa clinique, rue du Pont-de-Lodi, n° 6, les jeudis matins, de dix heures à midi.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

(1) Depuis l'époque où j'ai fait cette leçon, M. Pacchiotti, rapporteur de la commission d'Acqui, m'a fait l'amitié de me communiquer, par une lettre du 22 mars, un fait d'une importance capitale qui vient lever tous les doutes sur l'origine de la syphilis de Chiabrera. La contagion accidentelle, la syphilis acquise, que j'avais prévue, s'est en effet produite. Giovanni Chiabrera aurait pris le sein d'une femme syphilitique à une certaine époque avant la vaccination. Voilà le fait brut ; les détails ne sont pas encore connus. Mais le fait même, malgré son laconisme, suffit pour faire comprendre comment la contagion a pu s'effectuer, et démontre que nous étions dans le vrai lorsque nous avancions que l'origine de la syphilis ne venait ni du tubo d'Acqui, ni de la lancette du vaccinateur, ni de la mère, et qu'on ne pouvait hésiter qu'entre une contagion par le père ou une contagion accidentelle.

N° 51. — JEUDI 1er MAI 1862. (35e ANNÉE.) N° 51. — JEUDI 1er MAI 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 AVRIL 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur l'hygiène des hôpitaux, close dans la précédente séance par le vote des conclusions du rapport de M. Gosselin, semblait devoir se réengager encore à l'occasion des propositions que MM. Devergie et Piorry s'étaient réservé le droit de soumettre à la délibération de l'assemblée. Un incident nouveau est venu couper court au développement de ces propositions et mettre un terme définitif au débat. La lettre par laquelle S. Exc. le ministre d'Etat demande à l'Académie de lui transmettre un résumé de la discussion, en donnant à entendre qu'elle pourrait être par la suite officiellement mise en demeure de formuler son avis sur la question, a paru à la majorité de l'Académie, qui a partagé à cet égard l'avis de M. Larrey, un motif de surseoir à toute délibération qui pourrait engager en quelque sens que ce soit son opinion. Aussi est-elle passée à l'ordre du jour, sur la proposition de M. Devergie; et M. Piorry, se tenant pour averti par ce premier vote, a prudemment retiré la sienne. A MM. les secrétaires de l'Académie le soin de présenter au ministre le résumé de cette discussion. A nous la mission plus modeste de dire en quelques mots l'impression générale qui nous a paru ressortir de ce long débat.

Un orateur qui a contribué, par le document qu'il a apporté au débat, à l'éclairer dans un de ses points de vue pratiques les plus importants, M. Renault, s'exprimait ainsi presque au début de la discussion : « Savez-vous, je vous le demande, parmi toutes les questions ressortissant à votre compétence, une question plus grande par son côté scientifique, plus grave par les conséquences pratiques qu'elle peut avoir, plus digne de votre examen et de vos méditations, par ses rapports étroits et journaliers avec la santé publique? »

M. Renault avait parfaitement raison, et nous n'aurions pu mieux exprimer, qu'en lui empruntant ses propres paroles, l'importance du débat qui vient de se terminer ; aussi émettait-il le vœu que la discussion ne cessât qu'elle n'eût été pour ainsi dire épuisée, et qu'il en sortît tout ce qui pouvait en sortir d'utile pour la science ou pour la pratique.

Le vœu de l'honorable académicien a-t-il été accompli? Ce n'est assurément ni faute d'orateurs ni faute de temps si la question n'a point été épuisée. Voyons quels en ont été les résultats scientifiques et pratiques, et s'ils ont donné toute la somme d'utilité désirée.

L'un des éléments les plus importants introduits dans le débat, nous l'avons déjà dit, est le document fourni par M. Renault lui-même sur l'influence de l'encombrement. Ce n'est assurément pas une notion nouvelle que celle de l'influence pernicieuse de l'encombrement dans un espace confiné et des heureux effets du régime de l'aération ; mais par la précision des résultats de la vaste expérience qui a été faite, elle a acquis un degré d'évidence qui la met hors de toute contestation.

Nous en dirons autant des faits intéressants exposés par MM. Larrey et Michel Lévy, relativement aux résultats de la dissémination et de la plus large aération possible chez les malades de nos armées. C'est là évidemment le point capital, essentiel, qui devra préoccuper désormais et médecins et administrateurs. Nous ne nous dissimulons pas que réduire l'encombrement, c'est accroître les dépenses ou diminuer le nombre des sujets secourus ; mais nous n'avons pas à entrer dans cet ordre de considérations. Notre devoir se borne à signaler ce besoin.

Nous ne nous arrêterons pas ici sur une foule de points de détails d'aménagement intérieur qui ont certainement leur importance dans la pratique, mais sur lesquels il aura suffi sans doute d'appeler l'attention de l'administration, pour voir faire droit aux réclamations dont ils ont été déjà ou pourront être ultérieurement l'objet. L'un de nos collaborateurs, M. Chalvet, en a signalé un grand nombre dans une série d'articles qui ont été plusieurs fois cités à la tribune; et nous pourrions assurément dénoncer nous-même, comme résultat de nos fréquentes visites dans les hôpitaux,

Cent choses tous les jours
Qui pourraient mieux aller, prenant un autre cours;

mais les avertissements n'ont pas manqué à cet égard à l'administration, et ce que nous y pourrions ajouter serait probablement d'un faible poids.

La statistique a joué un grand rôle, on pourrait dire même le rôle principal en cette affaire. Mais a-t-elle prouvé tout ce qu'on a voulu lui faire prouver? Nous avons déjà dit dans nos précédents articles à quelles conditions elle est admissible pour les faits médicaux, et combien il faut être réservé dans les déductions que l'on en tire hors de ces conditions et des limites de ses applications rigoureuses. La statistique comparative des services de chirurgie des hôpitaux de Londres et de ceux de Paris a établi que les grandes opérations chirurgicales donnent une plus grande proportion de succès chez nos voisins que chez nous. Nous avons accepté ce fait. Mais s'ensuit-il qu'on en doive accuser exclusivement l'hygiène de nos hôpitaux, quand il paraît établi par la même statistique que la mortalité dans les services de médecine est à peu près la même des deux côtés? Nous voulons bien admettre que les conditions hygiéniques d'un hôpital ont une action plus directe sur les opérés que sur les autres malades ; mais est-ce là une raison suffisante pour s'abstenir de chercher ailleurs les causes possibles de ces différences? Nous n'entendons pas le moins du monde exonérer l'administration de la part de responsabilité qui peut lui incomber dans ce fait; mais nous aurions voulu voir les chirurgiens se demander au moins s'ils n'auraient pas aussi des enseignements à en tirer.

Le relevé statistique de M. Trélat indique un progrès sensible dans la proportion des succès à la suite des grandes amputations sur l'époque à laquelle s'applique le relevé de M. Malgaigne. Et M. Malgaigne d'en tirer cette conclusion, que nous croyons très-légitime d'ailleurs dans une certaine limite, que c'est au régime alimentaire qu'il faut attribuer cet heureux résultat; mais on oublie les conditions hygiéniques des hôpitaux.

Que dirait-on si, encouragés par les résultats de ces heureuses modifications dans le régime, les chirurgiens jugeaient à propos d'introduire quelques réformes dans les modes de pansement, et qu'au bout de quelques années la statistique eût rétabli l'équilibre entre les résultats de la pratique des chirurgiens de Paris et celle des chirurgiens de Londres? Invoquerait-on encore les conditions hygiéniques des hôpitaux? Il y a là matière à sérieuse réflexion.

Mais la question n'est pas exclusivement chirurgicale. Malgré les efforts qu'a faits M. le rapporteur pour la ramener et la restreindre à son point de départ, elle a de beaucoup franchi ces limites; et l'on s'est appuyé encore sur la statistique pour démontrer l'insalubrité absolue de nos hôpitaux, voire même de ceux que leur splendeur a fait qualifier par les pompeuses expressions que l'on connaît; n'oubliant qu'une chose, c'est qu'il n'est peut-être pas de problème plus complexe que celui que l'on a prétendu résoudre ainsi, de par les chiffres.

Mortalité ne veut pas toujours dire insalubrité, ainsi que l'a fait remarquer avec beaucoup de raison un de nos confrères; et M. Tardieu, par une analyse délicate mais difficile des éléments divers dont se compose la clientèle habituelle de Lariboisière, a montré par ce seul exemple comment un hôpital, non-seulement sans être insalubre, mais même avec les meilleures conditions possibles de salubrité, pouvait avoir une mortalité plus considérable que d'autres hôpitaux placés dans des conditions hygiéniques manifestement inférieures.

BIBLIOGRAPHIE.

Des climats sous le rapport hygiénique et médical; Guide pratique dans les régions du globe les plus propices à la guérison des maladies chroniques, par M. le docteur GIGOT-SUARD (1).

« Depuis longtemps, en littérature médicale, la production dépasse la consommation. Les journaux de médecine sont littéralement inondés de brochures et de livres. Où trouver le temps de les lire, de les analyser, de les apprécier? Le temps suffirait que l'espace ferait défaut. C'est immense, inouï, ce qui se publie. Que prendre, que laisser dans ce tas énorme qui s'accumule sur le bureau d'un journaliste? Embarras profond, et qui explique, s'il ne l'excuse, le parti pris par quelques journaux de supprimer entièrement la bibliographie. »

Voilà ce que disait dernièrement M. A. Latour à propos de la critique en général.

Il doit être pénible, en effet, pour un homme enclin par tempérament à distribuer l'éloge plus souvent que le blâme, de faire acte de sévérité quand l'occasion l'exige. Je comprends qu'avec la bienveillance que se reconnaît M. Latour, il lui plaise davantage de déférer aux académies le soin de la critique que d'en prendre lui-même la responsabilité. Mais voyons pourtant : il me souvient que M. Latour s'est volontairement constitué le censeur, puis le réformateur des habitudes vicieuses de la profession médicale; qu'il a relevé plus d'une fois avec vigueur le langage des académiciens faisant un accroc au bon sens; qu'avant-hier encore le docteur *Simplice* épluchait fort agréablement les discussions de la Société d'hydrologie à propos de la pulvérisation des liquides. Pourquoi donc le cœur lui manquerait-il quand il s'agit de sottises imprimées?

Un auteur vous apporte son livre, et vous prie d'en rendre compte; on peut être flatté de cet hommage, mais on n'est point tenu de le solder en perles fines.

Dire juste et vrai; juger sans calomnier ; peindre les choses telles qu'elles sont, sans les amoindrir d'un défaut, sans les augmenter d'une qualité ; être désoccupé ou guéri de tout entraînement ; tenir en bride l'orgueil qui s'emporte ; avoir une main et une plume qui ne se fatiguent point à ce métier : telles sont les diverses aptitudes qu'exige le rôle de critique. Il arrive souvent, il est vrai, dans l'exercice de cet emploi, où la franchise oblige parfois de signaler un cheveu blanc sur une tête qui prétend être entièrement noire, que l'on fasse grimacer les vanités blessées. Mais qu'importe à l'artiste si la ressemblance mécontente le modèle?

Il est impossible de voir sans regrets M. le rédacteur en chef de l'*Union médicale* se décourager devant une tâche que personne ne remplirait mieux que lui... s'il le voulait. Que signifie l'excuse tirée de son embarras? Est-ce que nous ne savons pas que M. Latour porte en lui le don d'activité, et qu'il n'est pas de ceux qui nagent la tête en bas?

La presse médicale est d'une exubérante fécondité, je le reconnais; mais cette fécondité ne me déplaît pas plus qu'elle ne me décourage.

En moins de deux heures je puis savoir ce que vaut un livre; s'il me paraît mauvais ou médiocre, je le dis quand on me le demande. J'ai fort heureusement un autre témoignage à rendre de l'ouvrage de M. Gigot-Suard. Ce que j'ai là sous les yeux n'est qu'un premier volume, un premier sac monté de la cave.

Néanmoins, les malades en proie à une affection chronique, peuvent dès aujourd'hui trouver dans ce volume un remède à quelques-unes de leurs douleurs. Ce n'est point à la thérapeutique mise en flacons que M. Gigot-Suard emprunte ce remède; il le choisit uniquement parmi les modificateurs hygiéniques les mieux appropriés à l'espèce morbide.

En général, pour que le vulgaire croie à notre utilité, il lui faut des actes visibles, des signes d'intervention saisissables : une saignée, un vomitif, une purgation, etc. Voilà sans doute pourquoi, dans nos traités modernes de pathologie, il est si peu fait mention de l'hygiène, et encore quand il en est question, n'est-ce que pour complaire à l'usage, remplir un cadre de rigueur (1)? Aussi, j'avoue que je me sens en fonds de bienveillance et d'encouragement pour toute tentative opérant en sens inverse.

La direction hygiénique des malades se justifie par ce fait, que les causes qui troublent la santé se trouvent un peu partout, dans les conditions du sol sur lequel nous vivons, dans l'air que nous respirons, dans les agents météorologiques qui nous environnent, dans les substances dont nous nous alimentons, dans la prépondérance fonctionnelle de tel ou tel de nos organes, etc. Or, l'hygiène qui pourvoit à tout, aux grandes comme aux petites choses, est seule en mesure de déterminer les qualités de l'air, des aliments, des exercices qui nous conviennent, de doser la proportion de tous ces modificateurs, comme la thérapeutique dose l'opium ou le quinquina.

Toutefois, la médecine ne peut être fructueuse pour le malade avec

(1) Un vol. de 600 pages. Paris, chez J. B. Baillière. Prix, 5 fr.

(1) Fonssagrives.

La provenance des malades et leur acclimatation à l'hôpital, s'il nous est permis de nous servir de cette expression, constituent un ordre de considérations d'une très-grande importance, et dont on ne tient généralement pas assez compte dans la supputation des causes de la mortalité et des influences générales de la vie hospitalière.

S'il nous était permis de prendre des exemples en dehors même du sujet de la discussion, nous en trouverions un très-frappant dans les faits très-curieux que M. Girard de Cailleux a communiqués tout récemment à l'Académie, à propos du transfert des aliénés de Paris dans les départements. Il nous montrerait l'action souvent funeste d'un changement brusque de milieu, alors même que ce changement semblait devoir être de tout point favorable, tant est puissante cette liaison harmonique qui s'établit entre les êtres et leur milieu habituel.

Mais ces considérations nous entraîneraient beaucoup trop loin ; elles nous feraient oublier que nous n'avons voulu présenter qu'une simple appréciation très-sommaire des résultats de cette discussion.

En résumé, bien que l'Académie n'ait cru devoir prendre aucune conclusion ni formuler aucune proposition, et que les opinions exprimées dans son sein restent à l'état d'opinions individuelles, on peut affirmer sans crainte de se trop avancer, que cette discussion aura une portée considérable, et qu'elle conduira à d'utiles réformes dans l'aménagement intérieur de nos hôpitaux. Déjà, pendant la durée même du débat, témoignant par là que si elle se croyait le droit de repousser quelques-uns des reproches, évidemment empreints d'exagération, qui lui étaient adressés, elle acceptait du moins les avis utiles et les vœux compatibles avec l'étendue de ses pouvoirs, l'administration a fait connaître à plusieurs reprises les améliorations qu'elle était en voie de réaliser, et celles qu'elle se proposait d'effectuer par la suite avec le concours du corps médical des hôpitaux.

C'est là évidemment le meilleur résultat que pût avoir cette discussion, et dans ce fait seul se résume toute son importance. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Tumeur encéphaloïde de la région frontale. — Tumeur intra-abdominale; contre-indication à l'opération de la tumeur du front.

(Leçon recueillie par M. P. Gillette, interne du service.)

Nous avons actuellement dans le service une malade dont l'examen peut vous être de quelque utilité, et vous montrer combien il est facile de commettre une erreur et de se laisser entraîner à pratiquer une opération brillante pour le chirurgien, extrêmement nuisible pour le malade.

C'est une femme de trente ans qui porte une tumeur de la région frontale droite, désignée par les personnes étrangères à la médecine sous le nom vague et insignifiant de loupe, et dont elle désire ardemment être débarrassée.

Cette tumeur se détache de la surface du crâne de manière à produire une saillie considérable un peu conique, ayant 6 centimètres dans la direction verticale et 22 centimètres de circonférence à la base.

Cette tumeur, sur laquelle la peau est tendue, lisse dans toute sa partie antérieure, recouverte de cheveux dans sa moitié postérieure, soulève tout autour les téguments voisins et les entraîne avec elle, de sorte qu'il semble que la peau et les tissus sous-jacents qui la recouvrent n'aient pas eu le temps de céder et de s'étaler à sa surface par suite de son développement rapide, et aient été attirés et tiraillés d'une manière assez uniforme : aussi la base de cette tumeur, ne s'isolant pas bien des parties circonvoisines, paraît se confondre avec elles par un plan incliné dans toute la circonférence de cette base.

Les téguments ont subi une altération notable : ils sont très-amincis, et sont le siége d'un œdème qu'il est permis de constater par une pression prolongée.

Le système vasculaire veineux a éprouvé un développement considérable au niveau du front et de la tempe; l'artère temporale y est devenue plus volumineuse qu'à l'état normal, et se fait surtout remarquer par ses nombreuses flexuosités.

Une fois ces symptômes constatés, nous n'avons pu nous arrêter un seul instant à l'idée de l'existence d'une loupe dans toute l'acception du mot, et nous avons poursuivi notre exploration.

Cette tumeur présente une consistance molle et une fluctuation qui n'est point franche. Est-elle le siége de battements? Oui, dans toute la partie recouverte par les ramifications de l'artère temporale; mais ce sont là des pulsations artérielles qu'il est très facile de constater en ce point, et dont on ne retrouve aucune trace ailleurs.

Quels sont les rapports que la tumeur affecte avec les parties sous-jacentes? quel est l'élément anatomique où elle a pris naissance? A-t-elle débuté par la peau et les couches sous-cutanées, ou bien est-ce le crâne ou les enveloppes de l'encéphale qui ont été son siége primitif, et a-t-elle perforé consécutivement la boîte osseuse, pour venir se faire jour au dehors?

Voici ce que je crois pouvoir affirmer :

Nous avons affaire ici à une tumeur extra-crânienne, et je base mon diagnostic sur l'absence des symptômes suivants :

1° Toute tumeur en communication avec l'intérieur du crâne par un orifice assez large (les dimensions de l'ouverture doivent être prises en considération, car les choses ne se passeraient plus de même si l'orifice était très-étroit) est animée des mouvements qui lui sont directement transmis par le cerveau.

2° Une tumeur en communication avec le crâne est le siége de mouvements produits à volonté en faisant faire un effort à la malade, mouvements analogues à la propulsion d'une hernie pendant la toux.

3° Enfin l'impossibilité complète de réduction partielle de la tumeur et l'absence de pourtour osseux à la base, portent à faire croire qu'on a plutôt ici une tumeur extra-crânienne.

A-t-elle envahi primitivement le tissu osseux pour venir s'étendre ensuite en dehors, ou bien est-elle bornée aux parties molles? Les moyens qu'on a pour résoudre ce problème sont assez restreints. Pour cela, il faut voir si la tumeur se confond intimement avec ces parties, et chercher à lui imprimer des mouvements de latéralité. En agissant ainsi chez notre malade, on a une sensation de locomotion, la tumeur semble se mouvoir et glisser à la surface du crâne; cependant j'ai beaucoup de peine à me laisser aller à cette croyance, et je suis presque persuadé que la mobilité que nous venons de constater n'est qu'apparente. Cette erreur reconnait pour cause la mollesse de la tumeur, ce qui lui permet de fléchir sous les doigts qui la pressent et d'être entraînée par eux. Mais il est facile de reconnaître que cette locomotion se passe dans toute la masse, et non pas à la base seulement.

Un autre signe fort important est tiré de l'ancienneté de la tumeur. Les commémoratifs, vous le savez, rendent un grand service dans le diagnostic, et parmi eux il n'en est pas de plus exact que la date du commencement de telle ou telle affection chirurgicale; si on n'y prend pas garde, on est souvent trompé à cet égard, les personnes assignant au début de leur maladie une date qui est trop récente. C'est au chirurgien à persévérer dans son interrogation, en amenant peu à peu le malade à remonter jusqu'à la date précise du commencement du mal.

Interrogée à plusieurs reprises, cette femme affirme que sa tumeur ne date pas de plus de cinq mois; or, une tumeur quelconque (loupe, kyste, etc.), née dans les parties molles, le derme, par exemple, mettrait un nombre d'années considérable avant d'acquérir le volume qu'elle a chez notre malade. Rejetant l'abcès dont le diagnostic ne doit même pas être discuté ici, nous sommes portés à croire que nous avons affaire à une tumeur encéphaloïde, dont la rareté n'est pas excessive dans cette région où une grande quantité de tumeurs de ce genre ont été décrites à tort sous le nom de fongus de la dure-mère : ces fongus n'étaient en réalité que des tumeurs encéphaloïdes ayant débuté par les os, les ayant détruits et ayant envahi la dure-mère, dont elles avaient amené la dégénérescence consécutive.

Une preuve de ce que j'avance ici, est l'étude de la marche de l'affection. En effet, chez ces malades, l'examen de la tumeur au début ne fournit aucun signe propre à la communication intra-crânienne, et on ne peut constater ni la réduction partielle, ni les battements, ni l'impulsion pendant la toux ; plus tard on voit apparaître un ou plusieurs de ces phénomènes; la maladie faisant des progrès rapides, la mort arrive et on trouve que la tumeur, qui avait été d'abord extra-crânienne, a envahi la dure-mère après avoir érodé les os de dehors en dedans.

Un autre fait qui vient à l'appui de cette assertion, est la présence de tumeurs extra-crâniennes en quantité assez considérable au musée Dupuytren, tandis qu'il n'existe qu'un seul exemple de tumeur fongueuse de la dure-mère (tente du cervelet), et encore n'est-il pas complétement exempt d'obscurité dans son mode d'origine. Nous croyons donc que les encéphaloïdes débutant par la dure-mère constituent de véritables exceptions : la règle est l'envahissement primitif de la boîte osseuse du crâne.

Chez notre malade la propagation du mal dans la cavité crânienne ne s'est pas encore produite, mais le pronostic n'en est pas moins grave. En effet, que va-t-il arriver ici? La peau s'amincira, et les perforations qui bientôt auront lieu, seront suivies d'hémorrhagies multiples qui hâteront la fin prématurée de cette pauvre femme.

Quel rôle doit ici jouer le chirurgien? Doit-il opérer? Il ne doit pas le faire malgré les désirs de la malade; et ce sont les motifs de cette résolution qui, au premier abord, peut paraître hasardée à quelques-uns d'entre vous, ce sont ces motifs, dis-je, que je veux exposer devant vous avec quelque détail.

Il ne faut pas opérer cette femme, parce que sa tumeur crânienne n'est qu'une manifestation d'une disposition générale évidente qui a déterminé dans l'économie la production de tumeurs semblables à celle dont je viens de vous retracer les caractères. Ne sait-on pas, en effet, que les tumeurs crâniennes sont bien rarement solitaires? Aussi, dans l'examen que nous avons fait subir à cette femme, avons-nous immédiatement recherché l'état des autres parties du corps; nous n'avons constaté rien de semblable; mais l'exploration de l'abdomen nous a révélé l'existence d'une tumeur d'un volume si considérable, qu'elle s'étend de la région de l'hypochondre droit, où elle soulève les dernières côtes, à la région iliaque du même côté, c'est-à-dire bien au-dessous de l'ombilic. Dans l'hypochondre, elle semble adhérente au foie, dure, bosselée et s'avançant jusqu'au voisinage de la région épigastrique. Le toucher n'apprend rien, l'utérus étant complétement indépendant de la tumeur.

Mais tout n'est pas dit encore relativement au changement que doit amener, à l'égard du pronostic, la présence dans l'abdomen de ce corps hétéromorphe, qui est, selon toute probabilité, de même nature que celui du front.

En effet, dira-t-on, on peut porter pendant très-longtemps des tumeurs dans le ventre (tubercules de l'épiploon, hydatides du foie, etc.), sans que l'accroissement en soit trop rapide et porte réellement préjudice à la personne qui en est atteinte?

D'accord; mais chez notre malade tout porte à penser que la tumeur abdominale est assez récente et a pris un volume énorme en peu de temps, c'est-à-dire en quatre ou cinq mois. La malade a cru être enceinte, et les personnes avec lesquelles elle est journellement en rapport se sont aperçues du gonflement rapide de la région abdominale. Elle reconnait elle-même par le palper

---

l'hygiène seule, pas plus qu'avec des médicaments seuls. Il y a là deux catégories de ressources qu'il ne s'agit point de comparer ou d'opposer, mais de compléter les unes par les autres. Si dans les maladies aiguës l'empire doit être surtout au médicament, dans les dérangements chroniques de la santé il appartient presque uniquement à l'hygiène, qui dispose pour ces cas d'une puissance de réparation incontestable.

L'idée d'utiliser l'influence climatérique dans le traitement des maladies chroniques, est une idée qui nous vient de loin, puisqu'elle remonte à Hippocrate. Cette méthode curative, dont je ne veux point décrire ici l'itinéraire à travers les siècles qui ont précédé le nôtre, ne peut offrir de certitude ni donner de résultats avantageux qu'autant que le médecin qui y a recours possède une connaissance exacte des localités qu'il assigne à son malade : cette étude-là, en ce qui concerne l'Europe, est à peu près moderne.

Les éléments en ont été recueillis par des observateurs dont les recherches si patientes, si précises, sont devenues le texte invariable du gaspillage mis en petites brochures. Clark, Taylor, Mason, Schow, Mahelmann, de Rienzi, etc., n'avaient guère fourni en études de ce genre que des monographies topographiques. M. Carrière, auquel sa bonne fortune a permis de visiter le littoral de la Méditerranée, a le premier embrassé dans leur ensemble les stations groupées sur cette ligne; il en a signalé avec une rare impartialité les défauts comme les mérites.

Aussi son livre, quoique de date déjà un peu ancienne, fait-il encore autorité parmi nous. En rajeunissant l'œuvre de M. Carrière, on pourrait croire de prime abord que dans une crise d'émulation M. Gigot-Suard n'a pris la plume que pour surpasser son modèle : telles ne sont point cependant ses visées. M. Gigot-Suard, pour tout ce qui ne lui est pas familier, s'en rapporte à ce qui a été écrit par Clark, Taylor, Schow, etc., ou publié par moi-même sur diverses stations climatériques. Il n'est pas nécessaire, dit-il dans la préface de son livre, de séjourner longtemps dans une localité pour être à même d'apprécier les qualités et l'action curative de son climat. Il suffit de soumettre à une patiente analyse les documents épars, de les comparer pour en déduire des règles de pratique; il suffit, en un mot, d'être pourvu de la faculté d'assimilation.

Un sourire pourrait bien être l'accueil fait à ces propositions, propositions que je trouve cependant très-justes, au moins en un point. En effet, s'il s'agissait d'observer soi-même pendant dix, quinze ou vingt ans, les événements météorologiques qui surviennent journellement sur plusieurs points du globe, il est évident que la vie d'un seul homme serait trop courte pour une pareille entreprise. Force est donc ici, comme en beaucoup d'autres circonstances d'ailleurs, de s'en rapporter à ce qui a été vu, à ce qui a été dit par d'autres. Mais discourir magistralement sur les charmes d'un site que l'on ne connait pas, sur le mérite d'une région que l'on n'a point fréquentée, c'est risquer peut-être de se compromettre dans la confiance du lecteur; c'est ressembler quelque peu au feuilletoniste rendant compte d'une pièce qu'il n'a pas vu représenter.

Ce qu'a fait M. Carrière pour les stations disséminées par étapes sur la zone septentrionale du rivage de la Méditerranée, M. Gigot-Suard l'entreprend pour les contrées du globe réputées favorables à la guérison des maladies chroniques. Son premier volume comprend la France, la Suisse, l'Italie, l'Algérie, l'Egypte, l'Espagne et le Portugal. L'auteur a été fort bien avisé dans le choix qu'il a fait de son plan, dans le jour qu'il donne à ses tableaux. Une station étant donnée, M. Gigot-Suard en expose méthodiquement les conditions atmosphériques (vents, température, hygrométrie, hydro-météores, pression barométrique, salubrité), l'influence physiologique et pathologique, les applications thérapeutiques, et enfin les précautions hygiéniques auxquelles doivent rester soumis les malades pendant la durée de leur séjour dans cette station.

Il est d'autres détails encore qu'il importe aux émigrants valétudinaires de ne point ignorer; ce sont les voies et moyens de transport, le choix et le prix des logements dans chaque localité, la valeur monétaire, etc. M. Gigot-Suard a fait de tout cela un appendice sous le titre d'*Itinéraire*.

En résumé, ce livre est d'une facture très-convenable; le style en est simple, sans beaucoup de relief peut-être, mais d'une clarté qui ne se trouve pas toujours dans les productions mixtes, c'est-à-dire destinées aux médecins et aux gens du monde. Dr C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Guide pratique du médecin électricien, ou théorie des appareils volta-magnétiques, et exposé sommaire des données pratiques acquises à l'électrothérapie; avec trois grandes planches lithographiées comprenant vingt six figures pour l'intelligence du texte; par M. le docteur Nivelet, de Commercy (Meuse). A Paris, chez Leiber, libraire, rue de Seine, 13; à Commercy, chez Mme Charles, libraire, et chez l'auteur.

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'inhalation des liquides pulvérisés et par les fumigations de goudron, par M. le docteur Sales-Girons. Un volume in-8° de 600 pages. Prix, *franco* par la poste, 5 fr. Chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

sa tumeur, et à en juger par la manière dont elle s'y prend pour faire cette exploration, je crois pouvoir affirmer que si la grosseur existait depuis plus longtemps, elle l'aurait parfaitement reconnue.

Nous pouvons donc ajouter foi à la date récente du début qui vient de nous être donnée.

Cette malade étant atteinte de deux tumeurs de même nature, il serait non-seulement inutile, mais encore très-dangereux d'enlever la tumeur extra-crânienne quand on sait en exister une seconde plus volumineuse dans l'abdomen; on aurait fait courir à cette femme de grands dangers, et en pure perte. A la rigueur, si on voulait lui pratiquer une opération, cette dernière serait extrêmement grave. En effet, la tumeur étant adhérente au crâne, il faudrait pénétrer jusque dans la cavité pour se mettre à l'abri d'une récidive; et même, en détruisant toute l'épaisseur osseuse par les caustiques, ne serait-on pas sûr d'atteindre les limites d'un mal qui a pu, comme nous l'avons dit, se propager à la dure-mère. Nous ne ferons que citer enfin comme accident consécutif les abcès intra-crâniens, qui peuvent parfaitement s'observer en pareil cas, et dont vous comprenez la gravité.

En considérant tous ces faits, nous ne devons donc tenter aucune opération chez cette malade, à cause de la présence de la tumeur abdominale, contre laquelle il n'y a pas de remède efficace.

Plusieurs exemples de ce genre se sont présentés dans ma pratique, entre autres trois cas d'hématocèle intra-testiculaire opérés et suivis de la mort, ce qui a permis de constater des masses cancéreuses développées dans les poumons, dans la région lombaire ou les intestins. Tous ces exemples vous prouvent que lorsqu'on a affaire à un cancer à marche aiguë, il faut toujours se méfier de l'existence d'autres tumeurs de même nature situées dans diverses parties du corps, et particulièrement dans les viscères.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE LYON.

(ENSEIGNEMENT LIBRE.)

Examen des opinions émises récemment par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris.

(Deuxième leçon faite par M. Alexandre Viennois, le 21 février 1862, à l'École de médecine de Lyon.

Passons à l'histoire du deuxième vaccinifère, Louise Manzone, qui a servi à vacciner la deuxième série.

Cette enfant était saine le 2 juin 1861; un ou plusieurs ulcères qu'elle a eus d'abord aux bras étaient des chancres infectants qui persistèrent longtemps, et auxquels avaient succédé les accidents constitutionnels les moins équivoques constatés le 2 août: éruption papuleuse sur le dos; plaques muqueuses de la bouche, de l'anus, etc.; transmission de la maladie à la nourrice par un chancre induré du mamelon; enfin, mort dans le marasme le 10 septembre. Aucun traitement n'avait été fait, malgré les recommandations du docteur Silventi.

Manzone (Louise) a donc eu une syphilis acquise.

Mais par quel mécanisme les 46 vaccinés ont-ils pu être infectés? Ce n'est pas par le liquide vaccinal, car pour la première série ce n'est pas 38 sur 47 qui eussent été infectés, mais 47 sur 47; et pour la seconde, ce n'est pas 7 sur 17, mais 17 sur 17. On pourrait rappeler encore les expériences directes de Bidart (1831) et les autres. Si ce n'est pas le vaccin, ce ne peut être que le seul liquide que la lancette du vaccinateur puisse mélanger au liquide vaccinal, le sang. Or nous avons démontré que le sang était contagieux, dans des conditions encore indéterminées. Donc le sang du premier vaccinifère peut seul être accusé de la contagion de la plupart des vaccinés de la première série.

Mais ce qu'il y a de très-remarquable, c'est que le sang de Manzone ait été contagieux, lorsque le deuxième vaccinifère n'en était encore qu'à la période d'incubation de la vérole, l'incubation des chancres infectants qui n'avaient pu se montrer encore le jour de la vaccination du 12 juin.

Aussi ce fait m'arrête-t-il dans les tendances que j'avais à considérer le sang de la syphilis héréditaire comme plus contagieux que dans la syphilis acquise (1). Le sang de Manzone a produit sur un certain nombre d'individus ce que le sang de Chiabrera avait produit, à savoir, la vérole à son commencement, c'est-à-dire le chancre induré au point inoculé.

Mais M. le rapporteur ayant revacciné quatre enfants des plus gravement infectés et ayant obtenu un résultat négatif, puis sur lui, comme contre-épreuve, un résultat positif, on voit que ce que j'avais avancé en 1860, à savoir, que deux virus peuvent être donnés par la même piqûre, virus-vaccin avec le liquide vaccinal, virus syphilitique avec le sang, se trouve ici pleinement confirmé. Et il est à croire que si l'on revaccinait tous les enfants infectés, le même résultat serait produit sur le plus grand nombre, car il faut prévoir les cas de non-réceptivité. On sait que dans le procès Hubner deux enfants avaient reçu les deux virus par la même piqûre, comme on put s'en assurer plus tard par la revaccination.

A propos de cette contagion du sang, M. Albertetti a rappelé un fait annoncé par M. Pacchiotti (lettre à l'*Union médicale* du 18 novembre), à savoir, que du sang avait été vu sur la lancette du vaccinateur, il est vrai, mais pendant la vaccination de deux enfants seulement; que par conséquent deux seulement auraient dû être infectés.

Je ferai remarquer à mon tour, qu'il n'est pas probable que le vaccinateur ait essuyé sa lancette après qu'on l'eut vue teinte de sang pour deux enfants, par cette raison que, s'il eût soupçonné la contagion du sang du vaccinifère, il n'eût pas vacciné deux enfants avec sa lancette infectée, ni même un seul; par conséquent, que les globules sanguins qui sont invisibles à l'œil nu ont bien pu rester en certaine quantité au bout de la lancette jusqu'à la fin de la vaccination. Enfin, je remarque que le vaccinateur, ayant à vacciner *quarante-sept* enfants en une seule séance, avec un seul enfant, n'a pas dû entamer tous les boutons à la fois, ce qui est contraire à l'usage, mais en entamer un d'abord, l'épuiser, et, de peur d'être à court, ramener un peu de sang, que la lancette aura gardé jusqu'à la fin de la vaccination, et ainsi à chaque bouton.

M. Diday a fait observer dans la *Gazette médicale* de Lyon, numéro du 6 février 1862, p. 94, que l'observation de Manzone, deuxième vaccinifère, venait détruire un des faits de principe que j'avais avancés, à savoir, la disparition selon moi constante de la pustule vaccinale, avant que le chancre commence à apparaître sur la même place.

Je ferai observer à M. Diday que le fait avancé par lui, fût-il exact, n'empêcherait pas de regarder l'ulcération des bras de Manzone comme une incubation longue; trois ou quatre jours de plus ou de moins n'enlèvent rien à la valeur de ce fait d'observation. Mais il n'y a aucun détail dans l'observation de Manzone (numéro du 25 janvier, *Gazette de l'Association médicale des États sardes*) qui dise que l'apparition du chancre des bras ait été plus hâtive chez Manzone que chez les autres vaccinés, aucun détail n'est donné à cet égard; au contraire, l'observation dit très-nettement que Manzone devint malade quelque temps après *comme tous les autres enfants* (textuel). Il n'y a rien, ce me semble, dans cette phrase, qui nous autorise à conclure comme M. Diday.

Mon honorable contradicteur veut que les ulcères du bras de Manzone aient suppuré depuis le moment de l'éruption vaccinale jusqu'à la mort. Mais, ai-je besoin de rappeler à M. Diday que le premier moment de l'éruption vaccinale a lieu du troisième au quatrième jour, et que, si un ulcère avait existé à ce moment à la place des boutons vaccinaux, je me demande comment les ulcères qui se seraient substitués aux boutons normaux de la vaccine auraient pu servir à vacciner, et si le vaccinateur ne les eût pas repoussés? Je n'insiste pas davantage, je crois que M. Diday n'a pas suffisamment réfléchi à l'objection qu'il m'a faite.

Mon honorable contradicteur m'a paru beaucoup plus heureux en faisant remarquer aux unicistes que l'épidémie de Rivalta n'avait pas donné lieu à un seul chancre mou; il aurait pu ajouter: à aucune blennorrhagie.

L'épidémie de Rivalta ressemble donc complétement aux endémo-épidémies syphilitiques, telles que le pian de Nérac, la falaldine, le sibbens, etc., sur lesquelles M. Rollet a appelé l'attention dans un mémoire très-intéressant que les *Archives générales de médecine* ont inséré en 1860.

Telle est l'appréciation la plus saine qu'on puisse donner du fait de Rivalta. Voyons cependant quels ont été les commentaires des journaux italiens et français:

Lorsque le numéro du 20 octobre de la *Gazette de l'Association médicale des États sardes* eut fait connaître les premiers renseignements sur les vaccinés de Rivalta, M. Pacchiotti, signataire des articles insérés dans le journal italien que je viens de citer, M. Pacchiotti, le rapporteur de la commission, M. Pacchiotti, qui, par conséquent, avait vu les malades non pas une fois, mais plusieurs fois, soutint que l'épidémie de Rivalta était syphilitique, et M. Albertetti, qui ne les avait pas vus, soutint de son côté, dans quatre articles, novembre et décembre de la *Gazette médicale italienne*, que l'épidémie n'était pas syphilitique. L'*Union médicale* adopta complétement, par l'organe de M. Cerise, la manière de voir de M. Pacchiotti, et la *Gazette hebdomadaire* adopta complétement celle de M. Albertetti, par l'organe d'un de ses écrivains les plus distingués, M. Jaccoud.

M. Pacchiotti crut, au 8 octobre, que la maladie avait été communiquée d'emblée par des accidents secondaires, sans chancre primitif; plus tard, une étude plus attentive, plus scientifique, conduisit M. Pacchiotti à reconnaître que la maladie avait commencé à Rivalta comme partout ailleurs, par la vérole à son commencement, c'est-à-dire par un chancre au point inoculé chez les vaccinés; mais à côté de cette conviction, que d'incertitudes sur l'origine du vaccin! M. Pacchiotti ne savait s'il fallait accuser le tube vaccinal d'Acqui, l'enfant Chiabrera, il se demandait même si le vaccinateur n'aurait pas pris une pustule syphilitique secondaire pour une pustule vaccinale; nous avons vu, chemin faisant, comment toutes ces difficultés s'étaient aplanies comme d'elles-mêmes.

Quant à M. Albertetti, il ne partage pas l'opinion de la commission; il est vrai de dire qu'il n'a pas vu les malades, et il a développé sa manière de voir dans les articles de la *Gazetta medica italiana* des 4, 11, 18 novembre et 16 décembre 1861.

M. Albertetti soutient que les manifestations syphilitiques des enfants vaccinés de Rivalta sont rares, que six enfants seulement sur 46 auraient eu ces manifestations réellement syphilitiques, manifestations favorisées par l'acte de la vaccination. Que pour tous les autres, on peut se demander s'il n'y avait pas chez eux tendance à des manifestations dartreuses auxquelles le jeune âge est sujet, et que l'on aura confondues avec des manifestations syphilitiques. La roséole et les taches cuivrées ne sont pas pour M. Albertetti essentiellement syphilitiques; le médecin italien va même si loin dans cet ordre d'idées, qu'il refuse aux tubercules ulcérés des organes génitaux le caractère spécifique; il invoque même, pour soutenir sa thèse, l'opinion de M. Thiry (de Bruxelles).

Mais si M. Albertetti paraît un peu exagéré dans cette voie, c'est avec beaucoup de sagacité qu'il a fait remarquer qu'on n'avait pas tenu compte au début, le 8 octobre, des caractères que pouvait présenter l'ulcération des bras, l'induration de la base et surtout l'ordre de succession des symptômes.

Cependant, nous avons vu que même en l'absence de renseignements il était possible de retrouver dans les termes du rapport la trace de ce qui avait dû se passer avant l'arrivée des commissaires.

M. Albertetti soutient enfin que Chiabrera le vaccinifère n'a présenté de symptômes syphilitiques ni avant ni après la vaccination; que du moment que le tube est innocent, que le vaccinifère n'a pas la syphilis, comment Chiabrera pouvait-il la donner aux petits vaccinés de Rivalta? L'opération vaccinale, dit-il, a seulement fait développer la syphilis latente chez un petit nombre (6); chez tous les autres, il y a erreur de diagnostic, et M. Jaccoud de répéter cette petite argumentation (*Gaz. hebd.*, 17 janvier, p. 35), et M. Ricord de l'accepter (*Gaz. des Hôp.*, 30 janvier 1862).

(*La suite à un prochain numéro.*)

EAUX DE VICHY.

Altérations que subissent les différentes sources par le transport.

Par M. le docteur Alf. Hébert.

Lorsque l'expérience s'est lentement et froidement prononcée sur la valeur thérapeutique et les applications multiples d'une eau minérale, il devient superflu d'insister sur ses mérites incontestés: les faits sont des interprètes éloquents. La réputation, par exemple, des eaux de Vichy n'est plus à faire, et c'est en vain qu'on essayerait ou de préconiser les résultats obtenus ou d'en combattre la haute portée: l'opinion publique s'est prononcée. Il est également inutile d'essayer de démontrer qu'une simple dissolution de bicarbonate de soude ne peut remplacer cette eau, qui contient aussi des sels de chaux, potasse, magnésie, des sulfates et phosphates de soude; enfin l'arsenic, signalé dans la plupart des eaux minérales par les travaux de MM. Schauffèle, Chevalier, Figuier, Blondeau, etc., quoique existant dans les eaux de Vichy en proportions assez faibles, doit jouer un rôle important dans la thérapeutique de ces eaux.

Malheureusement, si à la source les eaux de Vichy renferment à l'état d'intégrité parfaite les sels que nous avons signalés, il n'en est pas de même quand il s'agit de cette eau mise en bouteilles. Il est donc important de fixer l'attention des praticiens sur le genre d'altération que subissent dans cette circonstance les différentes eaux de ce pays, altérations si bien décrites dans le remarquable travail de M. Bouquet.

Laissant de côté les eaux des environs de Vichy, dont quelques-unes n'ont peut-être pas la riche minéralisation qu'on leur prête, nous ne nous occuperons que des anciennes sources, sur lesquelles s'est fondée la célébrité de Vichy, et de celles plus récentes qui ont contribué à l'étendre. Or n'avons-nous pas nommé les eaux de la *Grande-Grille*, de l'*Hôpital*, des *Célestins*, du puits *Lardy* et de la source *Larbaud?* Cette dernière, dont la découverte ne date que de quelques années, est captée dans les meilleures conditions et se présente avec des qualités qui nous paraissent devoir la faire adopter de préférence à toutes les autres quand il s'agira du régime de l'eau de Vichy loin de la source.

En effet, il est constaté que les cinq sources nommées plus haut sont composées des mêmes éléments dans des proportions sensiblement les mêmes; mais deux sont chaudes: la Grande-Grille 41°, l'Hôpital 35°; les trois autres sont froides: Lardy 23°, Célestins 15°, Larbaud 15°. Or, nous allons voir que ce sont les deux premières surtout qui s'altèrent par l'embouteillage et le transport. A la page 269 de son ouvrage, M. Bouquet dit « que les eaux de Vichy sont susceptibles d'éprouver deux genres d'altération.

» *L'altération par perte d'acide carbonique* déterminant la précipitation d'une partie de la silice, des carbonates neutres de chaux, magnésie, strontiane, manganèse, entraînant avec eux des traces de sulfate et phosphate.

» *L'altération par oxydation*, sous l'influence de laquelle une partie de l'arsenic et du principe ferrugineux se sépare de l'eau minérale à l'état d'arséniate hydraté carbonique de sesquioxyde de fer. » Comme on le voit, l'acide carbonique joue un grand rôle dans les eaux de Vichy, puisque l'intégrité de composition de ces eaux tient principalement à sa présence en quantité suffisante. Or voici l'ordre suivant lequel les principales sources de Vichy perdent leur acide carbonique, en commençant par celles qui en perdent le moins: *Larbaud, Lardy, Célestins, Grande-Grille, Hôpital.*

En y réfléchissant, on peut aisément arriver à l'explication toute naturelle du fait qui vient d'être signalé, puisque l'acide carbonique est d'autant moins soluble, que la température de l'eau minérale est plus élevée. N'est-on pas dès lors conduit à penser que les eaux de la Grande-Grille et de l'Hôpital, dont l'usage sur place offre des avantages qui n'ont pas besoin d'être rappelés, deviennent au contraire susceptibles d'éprouver des altérations dès qu'on les emploie loin de la source? En effet, leur thermalité s'est évanouie et leur acide carbonique a dis-

(1) A bien plus forte raison, maintenant qu'on sait que la syphilis du premier vaccinifère Chiabrera était acquise.

paru. Cette opinion a, du reste, été vaillamment soutenue par MM. les docteurs Durand-Fardel et Armand Rotureau, dans leurs ouvrages si recommandables, et ces médecins distingués ont été d'avis que l'usage des eaux chaudes loin de la source ne présentait pas des garanties suffisantes.

Les seules eaux qu'il serait donc à la rigueur rationnel de prescrire loin de la source sont celles des *Célestins*, *Larbaud* et *Lardy*, qui représentent peut-être plus exactement les qualités requises de l'eau prise à la source. Celle de Lardy est plus spécialement employée quand les ferrugineux sont indiqués. Quant à l'eau de Larbaud, admirablement captée, abondante, limpide, elle réunit les qualités qui distinguent une eau minérale de premier choix. L'analyse faite de cette eau à la source et transportée, a démontré que sa composition n'était presque point changée. Si nous ajoutons qu'il est de notoriété publique que le débit des Célestins est considérablement diminué et n'est plus que de quelques centaines de litres par vingt-quatre heures, nous ne pensons pas être trop téméraires en prédisant que l'*eau de Larbaud* est probablement destinée à occuper un jour l'un des premiers rangs parmi les sources minérales de Vichy. Nous en appelons donc à l'expérience.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 avril 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Calvados et des Alpes-Maritimes pendant l'année 1861. (Commission des épidémies.)

— M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret par lequel l'élection de M. H. Roger dans la section de pathologie médicale, par suite du décès de M. Bricheteau, est approuvée.

Sur l'invitation de M. le président, M. Roger prend place parmi ses collègues.

Le même ministre prie l'Académie de vouloir bien lui adresser un compte rendu sommaire des discussions qui ont eu lieu sur l'hygiène des hôpitaux. Parmi les différents points qui ont fait l'objet de ces discussions, le ministre désire avoir surtout des renseignements détaillés relativement à la comparaison qui a été établie entre les hôpitaux français et les hôpitaux anglais, et connaître à cet égard les appréciations et les conclusions de l'Académie.

Le compte rendu demandé sera adressé au ministre par les soins de MM. les secrétaires de l'Académie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Des lettres de MM. Sappey et Giraldès, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie (renvoi à la section) ;

2° Une note de M. le docteur L. Hamon (de Fresnay-sur-Sarthe), intitulée : *Étude sur l'albuminogénèse* (commissaire, M. Barth);

3° Un mémoire de M. le docteur Émile Marchand, de Sainte-Foy (Gironde), intitulé : *Des bruits artériels qui existent à l'état normal chez les enfants* (commissaires, MM. Beau et H. Roger);

4° Un travail de MM. les docteurs V. Auphan et F. Larguier sur le cowpox et son origine, à propos d'une éruption qui s'est manifestée en mars et avril 1862 dans une vacherie des environs d'Alais. (Commission de vaccine.)

— M. LARREY présente au nom de M. Jourdeuil, médecin-major de 1re classe, un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur le 6e régiment de lanciers;

Et au nom de M. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine à Brest, une brochure intitulée : *De l'emploi des cuisines et appareils distillatoires dans la marine.*

— M. DANYAU donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Cazeaux.

RAPPORT.

M. BOULLAY, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport officiel sur un appareil pour la fabrication des eaux gazeuses artificielles.

Les conclusions négatives de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La parole est à M. Devergie pour donner lecture à l'Académie de sa proposition relative à l'hygiène des hôpitaux.

— M. DEVERGIE donne lecture de la proposition suivante :

L'Académie émet le vœu qu'une commission nommée dans son sein prête son concours à l'administration de l'Assistance publique pour étudier les questions d'hygiène relatives à l'aménagement des hôpitaux.

Il entre dans quelques développements pour appuyer cette proposition; mais M. le président l'arrête bientôt comme rentrant dans le fond de la discussion. Il l'engage à s'en tenir uniquement aux termes de la proposition.

La délibération est ouverte sur cette proposition :

M. LARREY pense qu'en présence de la lettre du ministre d'État, qui entraînera probablement de nouvelles explications de la part de l'Académie, il serait convenable de suspendre toute décision.

M. RENAULT. Le résumé que demande le ministre entraînera, dit-on, probablement une demande d'avis et de nouvelles explications de la part de l'Académie. Mais si ce que l'on considère comme probable n'a pas lieu, si le ministre ne demande pas l'avis de l'Académie, il en résultera qu'après une longue discussion l'Académie se trouvera n'avoir exprimé aucune opinion.

M. ROBERT appuie la proposition de M. Devergie, et combat la fin de non-recevoir que lui oppose M. Larrey.

M. LE PRÉSIDENT donne de nouveau lecture de la proposition de M. Devergie et la met aux voix; elle est repoussée à une grande majorité.

M. PIORRY, qui avait aussi à présenter une proposition, la retire.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Poggiale, relatif à la question de la pulvérisation des liquides médicamenteux. La parole est à M. Durand-Fardel.

Discussion sur la question de la pulvérisation des liquides médicamenteux. — M. DURAND-FARDEL commence par déclarer qu'il n'a aucune objection à présenter aux conclusions du rapport de M. Poggiale; mais il se propose de faire ce que le rapporteur de l'Académie n'a pas fait, une appréciation de la valeur thérapeutique de la pulvérisation.

La question de la pénétration des liquides pulvérisés, dit-il, comprend deux termes bien distincts : la région sus-glottique et la région sous-glottique, et dans celle-ci le tube laryngo-trachéal et les bronches.

Lorsqu'on respire de l'eau pulvérisée, celle-ci vient frapper les parois de la bouche et de la voûte palatine ; il faut abaisser la langue si l'on veut qu'elle pénètre jusque dans le pharynx. Une sorte de gymnastique plus compliquée de l'appareil buccal est nécessaire pour qu'elle pénètre plus avant. Une sensation pénible éprouvée vers la glotte avec toux et rejet du liquide, annonce que celui-ci a atteint l'orifice glottique ; ces phénomènes cèdent, en général, promptement à un peu d'habitude.

Jusqu'où peut pénétrer l'eau pulvérisée parvenue à la glotte ?

La présence des liquides pulvérisés dans les bronches des lapins a été démontrée dans un grand nombre d'expériences ; mais ces expériences prouvent simplement que l'orifice glottique n'établit pas un obstacle infranchissable aux poussières aqueuses, pas plus qu'aux poussières solides, surtout lorsqu'on le tient béant par force. Mais il est impossible de comparer les conditions artificielles où l'on tient ces animaux, avec celles d'une personne placée devant un appareil de pulvérisation.

Les expériences à l'aide d'appareils artificiels comme la bouche en gutta-percha de M. Sales-Girons, et les expériences de M. Delore sur le cadavre, créent des conditions trop différentes de la réalité pour présenter aucune signification.

Les expériences sur l'homme se réduisent à la recherche de l'iode dans la salive et l'urine de personnes soumises à la pulvérisation d'une solution iodée; elles ont fourni d'ailleurs des résultats plus souvent négatifs que positifs.

Toutes ces observations conduisent aux conclusions suivantes :

La pénétration des liquides pulvérisés se fait largement dans toute la région sus-glottique.

Elle a lieu également dans le larynx et la trachée.

Rien ne démontre qu'elle s'opère dans les bronches elles-mêmes. Tout porte à croire, au contraire, qu'elle s'affaiblit à mesure qu'elle s'éloigne de la glotte, et que, si elle dépasse la trachée, c'est dans des proportions qui ont perdu toute valeur thérapeutique.

M. Durand-Fardel termine par quelques considérations sur la désulfuration des eaux pulvérisées et sur les conséquences pratiques qui ressortent des différents faits qui précèdent. Nous reviendrons sur cette dernière partie de son discours.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 28 avril 1862, M. Guignard, délégué dans la chaire d'accouchements de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Négrier, décédé.

— Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'hôpital général du Havre.

— Les candidats du concours pour une place de chirurgien du Bureau central ont eu à traiter la question suivante : *Plaies des artères.*

— M. le docteur Piroux vient d'être nommé médecin adjoint de l'asile des aliénés d'Auxerre, en remplacement de M. Decool, démissionnaire.

— MM. les docteurs en médecine qui seraient dans l'intention de faire des cours pendant l'année scolaire 1862-1863, sont prévenus qu'ils doivent déposer leur demande avant le 10 mai prochain au secrétariat de la Faculté.

— M. le docteur Beau fera, pendant le semestre d'été, son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, les mardis, jeudis et samedis. La première leçon a lieu aujourd'hui jeudi.

— M. le docteur Beyran commencera son cours sur les maladies vénériennes le samedi 3 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1, à l'École pratique.

— M. le docteur Joulin commencera son cours d'accouchements le vendredi 2 mai, à sept heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, pour le continuer les lundis, mercredis et vendredis.

— La Société des sciences et arts de Poligny (Jura), décernera en septembre prochain des récompenses aux auteurs des meilleurs mémoires *inédits* sur les sciences naturelles et médicales *concernant la Franche-Comté*, notamment : topographie et statistique médicales; étude du goître, des maladies épidémiques; procédés simples à l'usage des fromageries pour reconnaître les falsifications du lait; remplacement du houblon dans la confection de la bière; description des maladies les plus fréquentes du bétail ; traitement chirurgical du vertigo chez la race bovine; biographie d'une célébrité dans les sciences ou les arts, etc. Adresser les mémoires avant le 1er août 1862.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. Constitution médicale du mois de mars.

M. Lallier continue avec une louable persévérance l'œuvre utile qu'il a inaugurée l'année dernière, et à laquelle se sont associés avec un empressement non moins digne d'éloges la plupart de ses collègues de la Société médicale des hôpitaux. Nous empruntons au compte rendu des travaux de cette Société le rapport présenté par notre laborieux et savant confrère sur les maladies qui ont dominé dans les hôpitaux de Paris dans le mois de mars dernier.

La dernière communication signalait la prédominance de l'état bilieux. Les renseignements à cet égard sont aujourd'hui moins unanimes, dit M. Lallier. Ainsi, tandis que M. Bergeron signale 4 cas d'embarras gastrique qui marquent bien, suivant lui, la persistance d'une constitution médicale accusée par tous les relevés des deux mois précédents, et que M. Chauffard considère le fond de la constitution comme étant toujours le même, M. Colin, au contraire, commence sa communication en faisant remarquer que la nature des affections reçues dans son service depuis un mois semble accuser la cessation complète de la constitution bilieuse du mois précédent. De son côté, M. Moutard-Martin signale l'adynamie comme caractérisant les maladies qu'il a observées dans le courant de mars.

Les fièvres typhoïdes ont diminué de fréquence; cependant, MM. Oulmont, Boucher de la Ville-Jossy et Xavier Richard en ont observé un certain nombre. Toutes celles qu'a observées M. Moutard-Martin ont été graves, avec adynamie et prédominance des accidents thoraciques; il en a perdu 2 sur 8. Il en a été observé quelques-unes aussi à l'hôpital des Enfants-Malades et à Sainte-Eugénie.

La variole et la varioloïde ont décru en nombre et en intensité; elles ont été encore signalées par MM. Oulmont et Nérard, à Lariboisière, par MM. Boucher, Richard et Chauffard, à Saint-Antoine, par MM. Moutard-Martin et Gubler, à Beaujon.

La maladie qui a dominé est la pneumonie, observée presque sous toutes les formes. Les cas ont été assez nombreux chez MM. Boucher et Richard (10 pour 150 lits). Ils ont tous présenté pour caractère d'avoir peu de souffle, beaucoup de râles crépitants, et de guérir par la pure expectation. MM. Oulmont et Chauffard ont signalé la forme bilieuse et les succès obtenus avec le tartre stibié.

Dans le service de M. Moutard-Martin, toutes les pneumonies sans exception ont affecté la forme catarrhale adynamique, et toutes ont présenté quelque chose de spécial, tant dans leurs symptômes généraux que dans les symptômes locaux. Pas ou presque pas de fièvre; crachats à peine caractéristiques; matité peu prononcée du côté affecté; râles crépitants; presque pas de murmure vésiculaire; souffle dans les grandes inspirations; enfin, adynamie très-marquée. Toutes (au nombre de 7) ont guéri.

A côté de ces pneumonies, on a signalé des cas de broncho-pneumonie, des bronchites profondes, des catarrhes pulmonaires et quelques pleurésies.

On a signalé aussi une quantité considérable de phthisiques, avec cette particularité que ce n'était qu'avec une peine extrême que l'on obtenait la moindre amélioration, même momentanée. A Saint-Antoine, il y a, dans les services de MM. Boucher et Richard, 30 phthisiques sur 150 lits (1 sur 5), et dans le service de M. Lallier, des séries de lits de 5 ou 6 phthisiques qui se suivent et qui vont de mal en pis. M. Colin en a observé aussi un assez grand nombre au Val-de-Grâce.

Pour les services d'accouchement, les renseignements ont fait défaut, excepté pour celui de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu, qui est dans un excellent état sanitaire.

Dans les hôpitaux d'enfants, M. Bouvier a constaté la même prédominance de rougeoles qu'en février, moins graves cependant, quoique accompagnées de leurs complications habituelles. On en a également observé à Sainte-Eugénie, où on l'a vue se développer chez les malades de l'hôpital, du moins dans le service de M. Bergeron, qui ajoute que le caractère de gravité signalé par ses collègues de l'hôpital des Enfants, a été et reste marqué chez les rubéoliques de Sainte-Eugénie.

A l'hôpital des Enfants, M. Bouvier a signalé un plus grand nombre de scarlatines; et, outre les complications habituelles, il a noté dans 4 cas des manifestations rhumatismales, surtout du côté des articulations supérieures. Il a signalé enfin la fréquence de la stomatite ulcéro-membraneuse, sans gravité d'ailleurs et cédant aux applications de chlorate de potasse. Il a encore dans son service beaucoup de diphthéries pharyngo-laryngées, mais elles sont moins graves, et dans 4 cas la trachéotomie a été suivie de guérison.

Sur quatre enfants trachéotomisés dans le service de M. Bergeron, trois ont succombé, l'un intoxiqué par la diphthérie, l'autre par suite de caillots fibrineux dans les cavités du cœur; un troisième a succombé, trois semaines après l'opération, à une pneumonie double. Le quatrième, enfin, débarrassé de sa canule au bout de quatre jours, aurait probablement succombé à une diarrhée rebelle et à une ulcération profonde de la plaie, dit le rapport, si on ne lui avait fait quitter l'hôpital, et si l'interne du service, M. d'Heilly, n'avait été pendant quinze jours de suite à Belleville le panser et l'alimenter à l'aide de la sonde œsophagienne.

De l'état des pupilles dans la paralysie générale.

La paralysie générale apporte dans l'état des pupilles des modifications qui n'ont pas échappé à l'attention des observateurs, mais dont il ne paraît pas que l'on ait tiré jusqu'à présent, en France du moins, tout le parti qu'elles peuvent prêter à la séméiologie. Un ancien médecin d'asile, M. le docteur Austin, dans un travail écrit en allemand, dont nous devons la traduction à M. Duchemin, ce jeune interne distingué de Lariboisière si prématurément enlevé à la science, a fait de ces modifications le sujet d'une étude toute particulière. Il nous a paru utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs les résultats principaux de ce travail, qui apporte des éléments nouveaux à la séméiologie et au diagnostic de la paralysie générale.

On peut affirmer, dit M. Austin, que dans tous les cas de paralysie générale, à une période ou à une autre, la mobilité des iris est diminuée ou leur symétrie troublée. Dans la grande majorité des sujets, ces altérations sont permanentes, quoiqu'il soit rare de les trouver constamment évidentes. Dans quelques cas peu nombreux, les pupilles sont ordinairement symétriques et normalement contractiles; et cependant, même alors, il y a des moments où l'une ou l'autre de ces conditions est altérée.

La forme la plus remarquable des diverses déviations que la paralysie générale imprime au type normal des fonctions de l'iris, est un état de contraction symétrique qui a été désigné sous le nom de « pupille en pointe d'épingle ». On l'observe surtout dans la première période de la maladie. L'iris est alors fortement contracté, de telle façon que la pupille n'a que les dimensions d'une pointe d'épingle. Il est complétement immobile. La vision n'est cependant pas altérée. Cet état est rare. Cependant M. Austin ne doute pas qu'il ne soit un des premiers symptômes de la première période.

La forme la plus voisine est celle dans laquelle l'iris est fortement contracté et immobile, mais à un degré moindre, les deux pupilles restant symétriques. Il est beaucoup plus fréquent de rencontrer des cas où, avec une diminution considérable dans la motilité de l'iris, coïncide une légère altération dans la symétrie des deux pupilles. Celles-ci ne sont plus rondes, mais irrégulièrement polygonales. Leur surface reste égale dans les deux yeux, mais leur forme est irrégulière et dissemblable. D'autres fois les pupilles, médiocrement contractées, sont paresseuses, non symétriques, en forme de trapèze ou de triangle. On peut alors observer une légère inégalité.

Mais ce n'est pas là, suivant M. Austin, ce qui doit attirer principalement l'attention. Dans les divers états dont il vient d'être question, le caractère dominant de l'altération est la contraction de l'iris. Dans un second groupe de faits, c'est la symétrie des pupilles qui est surtout modifiée.

Ainsi les deux pupilles peuvent être de dimension moyenne, leurs bords arrondis et réguliers, et pourtant l'une est manifestement plus grande que l'autre. Souvent cette inégalité est très-marquée. Quelquefois la pupille affectée est aplatie dans un sens, et son bord présente une forme ovale, elliptique, ou même réniforme. L'axe de la pupille est alors dévié. Au lieu d'être directement antéro-postérieur, il devient oblique en haut et en dehors, plus rarement en haut et en dedans. D'autres fois, la pupille est aplatie de haut en bas ou dans le sens transversal; dans certains cas, une des pupilles est fortement contractée et immobile, tandis que l'autre conserve sa motilité et ses dimensions normales. Enfin, l'altération la plus profonde que puisse éprouver la symétrie des pupilles se rencontre lorsque l'une des pupilles étant dilatée et paresseuse, l'autre reste contractée d'une manière permanente.

Ces détails paraîtront peut-être minutieux, et on se demandera quelle peut être la raison de l'importance qu'on semble attacher à déterminer ainsi jusqu'aux plus petites nuances de ces modifications de la pupille. Cette importance serait réelle, si, comme le pense M. Austin, qui assure avoir été conduit par une observation longue et attentive à formuler cette proposition, il est vrai qu'il existe un rapport intime entre l'état de l'iris et la disposition d'esprit du malade, et par suite, le caractère du délire. Suivant cet observateur, la dépression et le délire mélancolique seraient associés chez les paralytiques généraux avec une lésion de la pupille droite, tandis que l'excitation maniaque et le délire ambitieux le sont avec une lésion de la pupille gauche. Voici en quels termes il résume le résultat de ses observations à ce sujet :

1° Lorsque les deux yeux sont également et légèrement affectés, il n'y a aucun délire;

2° Lorsque les altérations sont manifestes et égales dans les deux yeux, le délire est mixte ou alternant;

3° Lorsque les deux pupilles sont affectées, mais que l'une l'est un peu plus que l'autre, le délire est mixte, mais avec prédominance de l'espèce correspondante à l'œil le plus gravement atteint;

4° Lorsque la pupille droite est la plus altérée, le caractère général du délire est celui du délire mélancolique;

5° A une pupille gauche plus profondément affectée, correspond l'excitation maniaque et le délire ambitieux.

Nous signalons ces faits à l'attention et au contrôle de ceux de nos confrères qui sont plus particulièrement à même d'observer et de traiter des sujets atteints de paralysie générale.

D'une variété de syphilide vésiculeuse qu'on pourrait appeler syphilide herpétiforme généralisée.

M. A. Lorda, externe du service de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis, nous communique l'observation suivante, recueillie tout récemment dans ce service, qui lui paraît constituer une variété de cette espèce de syphilide que M. Cazenave a décrite sous le nom d'herpès syphilitique généralisé, et qu'il propose d'appeler syphilide herpétiforme généralisée.

Le nommé Alexis T..., âgé de dix-neuf ans, cocher, se présente à l'hôpital le 25 avril 1862. Il a eu une blennorrhagie il y a trois mois, avec deux chancres sur le gland; l'un sur la partie latérale gauche du méat, l'autre près du frein. On aperçoit encore les traces de ces deux chancres. Il y eut à cette époque engorgement indolent des ganglions inguinaux du côté gauche.

Il y a deux mois, il fut pris d'un violent mal de gorge avec engorgement des ganglions sous-maxillaires. Ce mal de gorge fut amélioré par l'usage d'une décoction de têtes de pavot.

Il y a six semaines, c'est-à-dire quinze jours après l'apparition de l'angine, il vit apparaître sur la face dorsale des avant-bras l'éruption qu'il porte aujourd'hui; éruption qui aurait débuté par de petites taches rouges et circulaires lesquelles, par poussées successives, ont envahi le tronc, les jambes, les cuisses, le front, le bord libre des paupières de l'œil gauche. Sur ces taches rouges se serait développé postérieurement l'élément vésiculeux qu'on voit aujourd'hui.

Voici ce que l'on observa lors de son entrée: induration des ganglions inguinaux des deux côtés; engorgement des ganglions cervicaux; cordon noueux le long du bord interne du bras gauche sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. L'angine a reparu il y a quinze jours; elle paraît liée à l'existence des plaques muqueuses, qu'on peut facilement constater sur les amygdales et sur la lèvre inférieure au voisinage de la commissure gauche. Le malade présente aux bras et aux avant-bras des disques circulaires de divers diamètres. Parmi les plus petits, les uns ressemblent à de l'herpès; ils sont parfaitement circulaires, formés par la réunion d'un certain nombre de vésicules qui, difficiles à voir à l'œil nu, se crèvent très-rapidement, laissent une légère desquamation, mais jamais de croûtes. Les autres forment des cercles incomplets. Quant aux disques, d'un diamètre considérable, ils n'ont pas une forme bien régulière, et siégent surtout à la face postérieure de l'avant-bras, au côté externe et à la partie supérieure du pli du coude. Aux jambes, l'éruption est tellement confluente, les plaques se sont si bien confondues, qu'on croirait voir deux larges plaques de psoriasis en voie de résolution. Sur les cuisses, l'éruption est bien moins considérable; on l'observe sur les faces externe et interne. Ici,

les disques sont petits, circulaires, parfaitement séparés les uns des autres.

Sur le dos, on ne voit plus ces disques circulaires des cuisses; c'est plutôt une multitude de points vésiculeux isolés qui accomplissent séparément leur évolution; l'éruption du dos se continue sur les fesses, surtout à gauche. Sur les parties latérales du thorax, vers la partie inférieure, on voit quelques disques circulaires déjà effacés. Il est probable, d'après les apparences, que c'est là qu'a eu lieu le début de l'éruption. Sur le front, on voit sept ou huit petits disques formés par la réunion de quelques vésicules. A l'angle interne et sur la paupière supérieure de l'œil gauche, on remarque un disque circulaire du diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Le bord libre de la paupière supérieure de l'œil gauche est le siége de quelques vésicules qui, par leur présence, ont donné lieu à une légère conjonctivite. Sur le bord libre de la paupière inférieure du même œil, on trouve un seul point vésiculeux et enflammé.

Un fait bien digne de remarque, c'est que cette éruption si confluente ne donne lieu à aucune espèce de démangeaison; de plus, elle présente une coloration d'un beau jaune cuivré.

Le malade n'a subi aucun traitement anti-syphilitique avant son entrée à l'hôpital; sa blennorrhagie avait disparu à la suite d'injections astringentes et de tisanes.

L'état général du malade est excellent; il ne présente pas les symptômes qui accompagnent d'ordinaire l'évolution des accidents secondaires de la syphilis; pas la moindre réaction fébrile, pas d'embarras gastrique, pas de céphalée; on ne trouve chez lui que l'angine syphilitique.

On prescrit pour traitement: une pilule de proto-iodure d'hydrargyre par jour; tisane de salsepareille avec sirop sudorifique.

Le 1[er] mai, 30 grammes de sirop de bi-iodure ioduré d'hydrargyre par jour; tisane de salsepareille; gargarismes au chlorate de potasse.

C'est là évidemment, ainsi que le fait remarquer M. Lorda, une syphilide vésiculeuse. Cette forme de la syphilide est, comme on le sait, une des plus rares. Elle est caractérisée par de petites vésicules contenant un liquide séreux et se développant sous l'influence de la syphilis. Ces vésicules se crèvent très-rapidement, en laissant une légère desquamation. Ce qu'il y a de particulièrement remarquable chez ce malade, c'est que les vésicules se sont rangées sur tout le corps par groupes le plus souvent circulaires, de sorte qu'on a une syphilide herpétiforme généralisée.

A ce propos, M. Lorda a passé en revue les opinions des syphiliographes sur la syphilide vésiculeuse, ce qui l'a conduit à rendre un juste hommage au savant qui a décrit le premier cette variété. Voici ce rapide aperçu que nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs:

M. Bassereau admet quatre variétés de syphilide vésiculeuse: 1° la syphilide vésiculeuse à forme de varicelle; 2° à forme d'eczéma; 3° à forme d'herpès; 4° formée par des vésicules à base papuleuse.

M. Hardy admet les trois premières variétés de M. Bassereau.

M. Bazin n'a admis jusqu'ici parmi les syphilides exanthématiques ou généralisées qu'une seule forme vésiculeuse, la varicelle syphilitique. Quant à l'herpès syphilitique, il considère: 1° l'herpès circiné, comme parasitaire; 2° l'herpès à grosses bulles, comme une forme aiguë de la dartre ou de l'arthritis.

M. Gibert admet; 1° La varicelle syphilitique; 2° la syphilide vésiculeuse à forme d'eczéma.

M. Devergie n'admet que la varicelle syphilitique.

M. Cazenave décrit: 1° la syphilide vésiculeuse à forme de varicelle; 2° à forme d'eczéma; 3° l'herpès syphilitique, dans lequel il distingue deux variétés. Dans la première de ces deux variétés il décrit l'herpès circiné; dans la seconde, on trouve un tableau parfait de l'éruption que présente notre malade.

Parmi les auteurs si distingués dont il vient d'être parlé à propos de la syphilide vésiculeuse, les uns, ajoute M. Lorda, ont admis trop de variétés, les autres n'en ont pas admis assez.

M. Follin a admis dans son excellent *Traité de pathologie externe*: 1° la varicelle syphilitique, déjà admise par tout le monde; 2° la syphilide herpétiforme, qui, dit cet auteur, existe très-certainement, quoique rare.

A l'appui de son opinion, le savant agrégé rapporte un cas qu'il a observé à l'hôpital Saint-Louis; seulement, dans ce cas, il s'agit d'une *syphilide herpétiforme* limitée au front. Quant à la syphilide herpétiforme généralisée, M. Follin n'en parle pas.

En résumé, M. Lorda croit devoir admettre:

1° Une syphilide vésiculeuse à forme de varicelle;

2° Une syphilide herpétiforme qui peut être limitée ou généralisée.

La syphilide herpétiforme limitée siége ou à la face, ou au cou, ou au front, comme dans le cas de M. Follin; elle est très-rare, car on a souvent pris pour des syphilides herpétiformes des herpès circinés parasitaires, se trouvant sur des sujets atteints de syphilis. La syphilide herpétiforme généralisée serait assez commune suivant M. Cazenave.

C'est à M. Cazenave, du reste, ajoute-t-il, que doit revenir l'honneur d'avoir été le premier et le seul à décrire cet herpès syphilitique généralisé dont les observations sont rares, et que nous proposons d'appeler *syphilide herpétiforme généralisée.*

Depuis que M. le professeur Jobert (de Lamballe) a commencé son cours de clinique du semestre d'été, nous avons assisté à deux opérations, une amputation de cuisse pour un cancer périostique de la tête du péroné, et une opération de grenouillette.

L'amputation de cuisse a été le sujet de quelques considérations cliniques sur les cancers périostiques en général, et l'occasion d'une expérience comparative entre les fils de soie et les fils métalliques comme moyen de ligature. Nous reviendrons sur ces deux sujets.

L'opération de grenouillette a été faite sur une petite fille qui présentait un bel exemple de cette espèce de grenouillette muqueuse développée dans la bourse muqueuse de Fleischmann.

M. Jobert l'a opérée par son procédé autoplastique, qui consiste, comme on le sait:

1° A disséquer dans un premier temps la membrane muqueuse buccale sur la face antérieure de la tumeur sans ouvrir celle-ci, et à retrancher les lambeaux qui résultent de cette dissection;

2° A ouvrir la tumeur par une incision transversale;

3° A passer trois fils aux deux angles et à la partie moyenne de chaque lambeau, et à nouer séparément ces fils de manière que les deux surfaces saignantes du lambeau se trouvent en contact, et qu'il reste une ouverture permanente destinée à livrer un passage facile aux liquides sécrétés par la poche.

Nous ferons connaître le résultat de cette opération.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. RICHET.

Gangrène de la jambe, suite d'oblitération de l'artère crurale, par embolie.

(Lu à la Société de chirurgie, séance du 16 avril.)

Je soumets à la Société l'artère crurale droite d'une femme morte dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, avec une gangrène de la jambe remontant jusqu'au-dessus du genou. Les circonstances qui ont précédé cette gangrène sont assez curieuses pour être brièvement rapportées.

Il y a six semaines environ, cette pauvre femme se trouvait dans la rue au moment de l'échauffourée des étudiants au Collége de France. Elle fut saisie, à la vue de la force publique repoussant les étudiants, d'une telle frayeur qu'elle eut une syncope. Transportée immédiatement chez elle, elle ne revint de son évanouissement que longtemps après, une demi-heure environ, et à ce moment on constata qu'elle avait de la difficulté à s'exprimer et que le côté droit était paralysé.

Dès le soir de l'accident la parole était revenue, ainsi que la sensibilité et le mouvement dans le bras droit; mais le membre abdominal droit resta insensible ou à peu près.

Les jours suivants, la paralysie sembla se concentrer à la jambe, et huit jours après le début des accidents, comme on constatait que les orteils de ce membre se refroidissaient, on la transporta à l'hôpital Saint-Louis.

Il nous fut facile de constater alors que les orteils, déjà noircis autour des ongles, étaient complétement insensibles, et qu'en les piquant profondément avec de grosses épingles il n'en sortait point de sang. Cette insensibilité s'étendait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Les battements de l'artère crurale ne pouvaient être perçus au delà de la partie moyenne de la cuisse. A partir de ce point, on trouvait un cordon dur, *assez douloureux* à la pression, qu'on pouvait suivre dans le canal du troisième adducteur jusqu'au point où celui-ci entre dans le creux poplité.

Les jours suivants, la gangrène devint plus manifeste et envahit par plaques toute la jambe jusqu'au niveau de l'épine du tibia. L'exploration du cœur démontra qu'il existait une altération au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, mais sans préciser davantage la lésion.

Le diagnostic porté fut: *Oblitération de l'artère crurale par un caillot formé pendant la syncope aux orifices du cœur*, en d'autres termes, *gangrène par embolie.*

La malade, qui s'affaiblissait tous les jours, succomba six semaines environ après le début des premiers accidents.

A l'autopsie nous trouvâmes un rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, avec caillots déjà anciens, situés entre les valvules altérées et les parois charnues du cœur. Un de ces caillots, ramolli à son centre, offrait une cavité remplie de sanie; rien aux autres orifices.

Voici l'artère crurale: elle est oblitérée par un caillot depuis son entrée dans le canal du troisième adducteur jusqu'au bas du creux poplité.

Ses parois sont épaissies et offrent des plaques athéromateuses petites, et en petit nombre.

Le caillot, de formation évidemment déjà ancienne, est adhérent aux parois artérielles; il remonte en s'amincissant jusqu'au niveau de la naissance de la crurale profonde; mais il n'oblitère réellement tout le calibre de l'artère qu'à partir du tiers moyen de la cuisse.

Contrairement à ce que vient de vous faire voir M. Broca sur une pièce analogue, on ne remarque entre la naissance de la profonde et le creux poplité que des artérioles de très-petit calibre, et véritablement insignifiantes. Or il est à remarquer que la malade a vécu six semaines, et que les collatérales auraient dû avoir le temps de se développer.

Quant à démontrer que ce caillot est ou non formé par embolie, cela est actuellement impossible, puisqu'il s'est écoulé quarante-cinq jours depuis l'accident; mais la manière dont la gangrène est survenue me paraît établir ce fait d'une manière irrécusable. A ce propos, qu'il me soit permis de faire remarquer que, longtemps avant que le mot d'*embolie* ait été prononcé, M. le professeur Bouillaud, en France, avait parfaitement démontré le mode suivant lequel se produisait la gangrène dans les affections valvulaires du cœur; et notre collègue M. Chassaignac se rappellera sans doute un malade sur lequel cet éminent professeur porta dès 1842 ce diagnostic à l'hôpital de la Charité.

L'ÉPILEPSIE ET SON TRAITEMENT,

Par M. le docteur A. ROYER.

Il n'est certainement pas dans tout le cadre nosologique d'affection morbide contre laquelle les thérapeutistes aient lutté avec plus de persistance et avec des armes plus multipliées que contre l'épilepsie, cette redoutable névroses convulsive dont l'invasion première est si souvent un mystère étiologique, et dont les manifestations subites distendent passagèrement les ressorts de l'intelligence. Tout a été mis en œuvre depuis deux mille ans, et comme le nombre des insuccès a été extrêmement considérable, un découragement profond semble s'être emparé de la presque unanimité des médecins. Un cas d'épilepsie étant donné, n'y a-t-il donc réellement rien à faire? Au point de vue de la simple philanthropie, cette proposition est plus que contestable. Au point de vue des résultats déjà obtenus, l'inaction thérapeutique est une déplorable méthode.

Depuis quelques années, le traitement des épileptiques par les préparations de *Gallium album*, qui s'expérimente à Tain (Drôme) sur une large échelle, et l'impression favorable qui en a été la conséquence, ont mis quelques praticiens en demeure de répéter ces essais. Les études cliniques se font lentement, mais sagement, et la presse commence à avoir à enregistrer des faits dignes d'attention. Nous n'en voulons prendre aujourd'hui à témoin que la lettre suivante, qui a été écrite à un de nos confrères par M. le docteur Ebrard, médecin en chef de l'hôpital général de Nîmes.

Vous me dites qu'avant de faire des essais en grand dans votre hôpital avec l'*élixir anti-épileptique* préparé par M. Taillotte, pharmacien à Tain, vous désirez savoir quel est le résultat que j'en ai obtenu moi-même.

Je dois vous dire tout d'abord, que j'ai retiré de ce médicament un bien meilleur effet en ville qu'à l'hôpital. Vous savez aussi bien que moi qu'on ne vient dans ce lieu qu'à la dernière extrémité, alors qu'on a épuisé toutes les ressources de l'art, et que la maladie, le plus souvent de *forme essentielle*, ne laisse plus aucun espoir de guérison. En effet le cerveau, désorganisé pour ainsi dire par la fréquence des accès et par leur violence, tombant dans une torpeur voisine de l'insensibilité, reste désormais étranger à toute stimulation salutaire. Toutefois, j'ai quelques exemples où cet élixir anti-épileptique a modifié d'une manière heureuse la durée et l'intensité des accès. J'ai eu même un pauvre jeune homme, âgé de vingt et un ans, épileptique de naissance, qui était à l'abri des accès pendant tout le temps qu'il prenait ce remède, et qui en était repris aussitôt qu'il en cessait l'usage.

Il en est tout autrement quand la maladie est *accidentelle* et que les malades se trouvent placés dans des conditions différentes.

J'ai obtenu de nombreuses cures dans l'épilepsie à forme gastrique, c'est-à-dire quand l'accès part de l'estomac; cette forme est plus commune qu'on ne pense. Les premiers accès sont précédés de vertiges, ce n'est que plus tard, quand la maladie s'aggrave, que le malade est foudroyé et tombe; il existe toujours dans ces cas des acidités dans les premières voies; le malade ne les accuse pas toujours, mais on peut s'assurer de leur présence; il y a constamment un pointillé rouge au bout de la langue, qui reste large et pâle en arrière. J'ai réussi jusqu'à ce jour en débarrassant promptement l'estomac des acides, puis en faisant prendre une bouteille au moins par jour d'eau de Valz (source la Chloé), jusqu'à saturation complète de l'économie; après quoi, je fais commencer l'usage de l'élixir Taillotte.

Il est une autre forme épileptique contre laquelle j'ai lutté avec quelque succès, je veux parler de la forme hystérique, celle qui a son point de départ dans l'utérus; il s'agit qu'elle ne soit pas trop invétérée et qu'elle soit débarrassée de toutes les complications qui l'accompagnent, pour que l'élixir de *Gallium album* en fasse justice.

J'ai eu des guérisons dans des cas déterminés, par des causes morales, par un violent chagrin. Un malade, frappé d'épilepsie par la perte d'un de ses enfants, fut guéri en peu de temps; trois ans après il rechuta par un malheur semblable, et se guérit de même avec l'élixir de Taillotte.

J'ai traité aussi un homonyme qui était venu à moi avec grande confiance; malheureusement il n'a pu jouir longtemps du bienfait de sa guérison, une phthisie pulmonaire l'a emporté un an après.

Je finirai par un fait qui m'a paru présenter quelque intérêt. Une dame, âgée de quarante-huit ans, et sa fille, âgée de vingt ans, étaient atteintes toutes les deux de cette terrible maladie; la mère depuis quelques années, la fille depuis peu. On me consulta pour savoir si dans cette position on ne pourrait pas établir cette jeune personne. Je conseillai de différer le mariage, et de faire subir au plus tôt un traitement à la malade. Ce traitement ayant réussi, et la guérison s'étant maintenue pendant dix-huit mois, on maria cette fille, qui a eu depuis plusieurs enfants, et n'a plus ressenti d'atteinte depuis cinq ans.

La mère, encouragée par le succès, a eu recours à la même médication, et s'en est aussi bien trouvée que sa fille.

Il est vrai de dire que les accès chez ces deux malades n'étaient ni bien longs ni bien intenses, et ne se présentaient chez l'une comme chez l'autre que tous les quinze jours ou tous les mois.

En somme, je puis vous dire que l'élixir anti-épileptique m'a rendu de très-grands services, et que je continue de l'employer de préférence à tout autre remède.

En présence d'un aussi honorable témoignage et émanant d'un confrère qui est aussi bien placé pour observer sainement, nous ne pouvons que former des vœux pour que les expérimentations se multiplient de plus en plus. Alors même qu'il faudrait compter encore avec une somme imposante de revers, ne serait-ce pas déjà un grand pas de fait que d'avoir engagé la question dans une voie scientifique, et d'en avoir retiré quelques profits réels pour la santé des hommes?

M. Devergie nous adresse la lettre suivante, dans laquelle il rectifie et commente le texte de la proposition qu'il a soumise à

l'Académie de médecine sur l'hygiène des hôpitaux, et qui, dans sa pensée, a été inexactement rapportée dans notre compte rendu de la séance. Nous nous empressons d'accueillir cette rectification et les commentaires qui l'accompagnent; mais nous saisirons en même temps cette occasion pour faire remarquer à notre honorable confrère, et généralement à tous les membres de l'Académie qui ont à soumettre des propositions à la délibération de la Compagnie, qu'il y aurait un moyen sûr de prévenir toute erreur de rédaction et partant la nécessité d'une rectification, ce serait de nous communiquer le texte même de ces propositions.

A Monsieur le Rédacteur de la GAZETTE DES HOPITAUX,

Monsieur le Rédacteur,

Le compte rendu de la séance de l'Académie du 29 courant relate d'une manière inexacte la proposition que je désirais faire adopter par la Compagnie.

Vous la traduisez ainsi : L'Académie émet le vœu qu'une commission, *nommée dans son sein*, prête son concours à l'administration de l'Assistance publique pour étudier les questions d'hygiène relatives à l'aménagement des hôpitaux.

Pour nommer une commission prise dans son sein, l'Académie n'avait pas de vœu à former, il lui suffisait de faire cette nomination.

Je me suis bien gardé d'engager la Compagnie dans cette voie. Une commission nommée par l'Académie n'aurait pas eu le droit de pénétrer dans les hôpitaux (établissements publics dirigés par une administration publique) sans le concours de l'administration, et je ne pouvais pas engager l'Académie à s'exposer à un refus.

J'ai demandé purement et simplement que l'Académie formulât un vœu, celui de la création d'une commission *d'hygiène*, c'est-à-dire composée de tous les éléments de l'ordre médical, chirurgical, pharmaceutique, architectural, administratif, etc., qui prêtât son concours à l'administration de l'Assistance publique, dans le but d'introduire dans nos établissements hospitaliers toutes les améliorations dont ils peuvent être l'objet.

Seulement, j'attachais à cette création une certaine permanence, une certaine durée, et peut-être même une durée illimitée, assimilant ainsi cette commission à toutes les commissions d'hygiène qui sont instituées auprès des autorités, auxquelles incombe la tâche de veiller à la santé publique.

L'administration a déjà réalisé une partie de ma pensée : au lieu de former comme par le passé une commission purement *médicale*, elle vient de nommer une *commission d'hygiène*; seulement, elle lui a donné une mission *limitée* : celle de *déterminer les principes* et de poser les *bases générales* à observer dans la construction des nouveaux hôpitaux et dans l'*aménagement* des hôpitaux anciens. La commission doit formuler son avis *dans un rapport* qui sera remis à l'administration et *dont le dépôt terminera sa mission*.

Je comprends que l'on détermine les *principes* et que l'on pose les *bases générales* à observer dans la construction d'hôpitaux nouveaux. Ces principes et ces bases devront faire l'objet d'un programme pour l'architecte.

Mais lorsqu'il s'agit de quinze hôpitaux anciens, construits sur des modèles différents, où les mesures de salubrité doivent être prises en raison même des localités déjà établies, je ne comprends plus des *principes généraux* qui, à chaque instant, devront subir des restrictions, lorsqu'il s'agira de les réaliser, attendu les impossibilités que l'on pourra rencontrer de la part des localités diverses où ils pourront être appliqués.

Une commission permanente étudierait concurremment avec l'administration toutes ces difficultés, et des améliorations considérables seraient successivement introduites dans les hôpitaux de Paris.

Il n'y a plus qu'un pas à faire pour atteindre ce but; que l'administration étende les pouvoirs de la commission, et elle verra qu'une telle condescendance ne portera aucune *violation aux attributions des pouvoirs compétents* pour statuer sur les questions d'administration ou d'hygiène.

Toutes ces commissions n'ont jamais, en définitive, qu'un pouvoir consultatif, l'autorité auprès desquelles elles sont placées se réservant toujours le droit d'adopter ou de ne pas adopter les propositions qui lui sont faites.

La discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie a créé une belle tâche à remplir; et je ne doute pas que, mieux éclairé sur les attributions et sur les pouvoirs des commissions d'hygiène, M. le directeur de l'Assistance publique, dans sa haute sollicitude pour nos établissements hospitaliers, ne s'empresse de réaliser notre pensée d'une manière plus complète et plus durable.

Une expérience de plus de trente ans de séjour dans nos hôpitaux, et le désir si consciencieux d'ailleurs de voir réaliser les améliorations que chacun d'eux réclame, m'ont déterminé à défendre jusqu'à la fin la seule solution pratique que, suivant moi, puisse recevoir la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

Agréez, etc. A. DEVERGIE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 avril 1862.—Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. LABORIE donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société de chirurgie, sur la tombe de M. Cazeaux, le 19 avril dernier. La Société vote l'impression de ce discours dans les *Bulletins*.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. BÉRAUD. La Société voudra bien me permettre de revenir sur la discussion soulevée par la présentation faite par M. Richet d'une pièce d'anatomie pathologique, et dans laquelle il a été élevé des doutes sur l'existence de la luxation que j'avais été appelé à réduire. Or, de nouveaux arguments peuvent être apportés en faveur de mon opinion. Non-seulement les symptômes cliniques sont très-probants, mais encore les lésions observées sur cette pièce démontrent d'une manière évidente qu'il y a eu réellement luxation. Ainsi le ligament rond et la capsule articulaire offrent des altérations profondes. Le ligament rond n'a plus son prolongement vers l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, et en outre il a une longueur beaucoup plus grande que dans l'état normal, de sorte que la tête peut se luxer et se porter très-loin de la cavité sans que ce ligament y oppose le moindre obstacle. Ajoutons à ces deux lésions celle d'un amincissement considérable, et l'on sera convaincu que ce ligament est bien en rapport avec une luxation qui daterait de sept ou huit mois.

La capsule offre aussi des altérations. Ainsi, tandis que dans l'état normal elle offre sa plus grande épaisseur en haut et en avant sur la direction du ligament de Bertin, celle-ci présente, au contraire, un amincissement considérable dans ce point.

Les symptômes cliniques et les lésions anatomiques sont parfaitement en concordance, et tout vient nous confirmer dans l'existence d'une luxation ayant existé au moment de mon observation.

M. RICHET. Je suis du même avis que M. Béraud. J'avais d'abord cru que la fracture pouvait avoir été prise pour une luxation, mais aujourd'hui je n'ai plus de doute à cet égard. Je reconnais toutes les altérations décrites par M. Béraud.

Quant à la capsule, quoiqu'elle fût cicatrisée, je n'ai pas pensé qu'elle vînt déposer contre l'existence d'une luxation. J'ai même cité à cet égard l'exemple de M. Gely, qui, examinant une capsule quarante jours seulement après une luxation bien évidente, la trouva sans aucune lésion apparente. J'admets donc qu'il y a eu fracture du sourcil cotyloïdien et luxation de la tête fémorale.

Quant à ces fractures du sourcil cotyloïdien, elles ne sont pas décrites; il y a là un chapitre tout entier à faire. Je pourrais même dire dès aujourd'hui que personne jusqu'ici n'a diagnostiqué cette fracture quand elle existait en même temps que la luxation, et cela expliquerait parfaitement pourquoi. M. Béraud ne l'a point vue lui-même.

COMMUNICATION.

M. DEPAUL. Aujourd'hui même, avant la séance, j'ai reçu dans mon cabinet un enfant âgé de trois jours, ayant une imperforation rectale et m'étant envoyé par M. Robert. Cet enfant ne rendait pas de méconium, il avait des vomissements bilieux jaunâtres. Le ventre était assez développé, mais d'une manière uniforme. Il offrait une sonorité remarquable en avant. Sur les côtés il y avait une différence très-sensible dans la sonorité; ainsi sur le trajet du côlon, en déprimant autant que possible la paroi abdominale, on obtenait par la percussion une matité relative très-manifeste, surtout dans la fosse iliaque gauche. En introduisant le petit doigt dans l'anus, on sentait bientôt un cul-de-sac dont le fond était constitué par une membrane épaisse d'environ un centimètre. En faisant pousser des cris à l'enfant, cette membrane bombait un peu sur le bout du doigt, qui percevait alors une fluctuation obscure.

Tous ces caractères m'ont décidé à pratiquer immédiatement l'opération.

L'opération a consisté dans une simple ponction au moyen d'un bistouri à lame étroite introduit sur mon doigt comme sur un cathéter. J'ai ensuite débridé à droite et à gauche, puis en arrière. A peine avais-je fait la ponction qu'une fusée de gaz m'a indiqué que j'avais pénétré dans le rectum. Cette fusée de gaz a été bientôt suivie de méconium. Cette opération a donc réussi par la simple ponction, et j'ai voulu montrer ces résultats à la Société.

DISCUSSION.

M. TRÉLAT. Je désire faire remarquer que lorsque l'oblitération siége près de l'anus, elle n'existe pas sur une grande étendue. La pièce de M. Chairou, qui se rapporte au fait de M. Huguier, celle de M. Depaul, viennent appuyer cette proposition.

Il est, du reste, difficile d'apprécier sur le vivant l'étendue de l'obstacle. Ici on avait une membrane d'un centimètre; on peut en rencontrer de plus épaisses, et alors la fluctuation n'est plus appréciable.

Je suis très-heureux que M. Depaul ait recherché et constaté la matité sur le trajet du côlon.

Quant au procédé opératoire, je n'en dirai rien. Je vois que le résultat a été obtenu; mais si on avait attiré l'intestin au dehors, je crois que le résultat serait encore meilleur.

M. RICHET. J'ai observé un cas analogue à celui de M. Depaul, il y a environ un mois, à Passy. J'avais été appelé auprès d'un nouveau-né en l'absence de M. Richard. Cet enfant avait une oblitération à un centimètre au-dessus de l'anus, dans le fond duquel je sentais une fluctuation obscure; il y avait matité sur le trajet du côlon et de l'S iliaque. Il y avait déjà une inflammation très-forte du péritoine; le ventre était très-ballonné, et il existait des vomissements fréquents.

Je ne voulus pas opérer; on insista. Je fis la dissection avec le bistouri; je découvris la fin de l'intestin, je l'attirai au dehors, et alors je l'ouvris. Immédiatement après il y eut issue du méconium. L'enfant mourut huit ou dix heures après, des suites de la péritonite.

Quant aux injections conseillées pour favoriser l'issue du méconium, et dont M. Depaul a parlé, je les trouve mauvaises. Elles distendent l'intestin, et vont précisément contre le but que l'on s'est proposé. Souvent on croit que les liquides arrivent dans l'intestin, lorsqu'on les fait pénétrer tout simplement dans le tissu cellulaire du bassin. Pour remédier à cet inconvénient, il faut mettre une canule à demeure.

M. GUERSANT. Les injections doivent, en effet, être pratiquées avec une canule. C'est pour cela que dans mon procédé je laisse une canule à demeure, que je fixe, et qui sert non-seulement à l'évacuation du méconium, mais aussi à l'injection de liquides pour délayer le méconium. Cette canule a aussi l'avantage d'empêcher l'oblitération de l'ouverture que l'on vient de pratiquer. Ainsi faites, les injections sont très-utiles.

M. DEPAUL. Quand j'ai vanté les injections, je voulais qu'on les pratiquât de la sorte, car l'on évite ainsi les infiltrations dont M. Richet a parlé.

AUTRES COMMUNICATIONS.

M. NOTTA (de Lisieux) fait la communication suivante :

Fracture de la mâchoire inférieure; appareil de gutta-percha; guérison. — G..., cultivateur, âgé de soixante ans, demeurant aux environs de Lisieux, fut renversé et foulé aux pieds par une vache qu'il conduisait, et qui prit l'épouvante dans la soirée du 29 août 1861. Je fus appelé auprès de lui le lendemain matin, et je le trouvai dans l'état suivant :

Une plaie contuse intéressant toute l'épaisseur des parties molles, longue de 4 centimètres, existe sur la pommette droite.

La mâchoire inférieure présente une fracture verticale à 4 ou 5 millimètres à gauche de la symphyse du menton. Je réunis la plaie avec des points de suture entortillée, et j'obtins une réunion par première intention.

Quant à la fracture de la mâchoire, je voulus la maintenir réduite avec une fronde; mais je ne pus y parvenir. Il était facile d'affronter les deux fragments; mais aussitôt qu'on cherchait à les immobiliser en serrant le bandage, il s'opérait un déplacement du fragment droit, qui se portait en bas et en arrière, tandis que le gauche se portait en haut et en avant. Il est du reste facile de concevoir que la fronde était tout à fait insuffisante dans ce cas particulier pour maintenir les fragments immobiles.

En effet, la mâchoire inférieure, dépourvue de ses dents molaires et garnie seulement à la partie moyenne de quelques dents de hauteur inégale pour les deux fragments, ne pouvait prendre un point d'appui solide sur la mâchoire supérieure, qui elle-même était en grande partie dépourvue de dents.

J'appliquai alors l'appareil de gutta-percha de M. Morel-Lavallée, en me conformant de tous points aux préceptes qu'il a tracés, et j'eus la satisfaction de voir les fragments de la fracture parfaitement immobilisés.

J'appliquai en outre une fronde pour plus de sécurité, et je nourris mon malade de bouillon et de potages.

Le 28 septembre, je levai l'appareil et je trouvai les deux fragments réunis sans traces de déplacement.

— M. Notta (de Lisieux) fait une seconde communication sur le sujet suivant :

Luxation uni-latérale incomplète de l'apophyse articulaire droite de la sixième vertèbre cervicale sur la septième. — R... (Victor), âgé de 22 ans, journalier, d'une très-robuste constitution, est apporté à l'hôpital le 3 novembre 1861, dans la soirée, par plusieurs hommes plus ou moins ivres, dont il est impossible d'obtenir aucun renseignement. Lui-même est ivre; il laisse tomber sa tête sur sa poitrine et ne peut se tenir sur les jambes; ses vêtements sont souillés de matières alimentaires qu'il vient de vomir. Néanmoins il reconnaît l'infirmier qui lui a donné des soins il y a trois semaines, alors qu'il était dans le service de médecine pour une jaunisse qui l'y a retenu environ une huitaine de jours.

On le couche dans un lit et il y reste dans un état de torpeur et de somnolence que l'on attribue à l'effet des boissons alcooliques.

Le lendemain matin, à la visite, la religieuse me disant que cet homme a été reçu la veille ivre-mort, je passe devant son lit sans l'examiner, me proposant de le renvoyer le lendemain.

Le lendemain 5 novembre, j'apprends que cet homme, étant ivre et portant sur ses épaules un panier de charbon, est tombé dans un escalier de la hauteur d'un second étage, et qu'on l'a trouvé sur le sol la tête pliée sous lui. Je procède alors à son examen, et je constate l'état suivant :

Décubitus dorsal; il ne peut tourner la tête ni à droite ni à gauche; le cou est court, la tête enfoncée entre les épaules, mais n'offre pas de déviation sensible ni à droite ni à gauche. Intelligence nette. Il répond bien aux questions qu'on lui adresse; la vue est bonne. Il se rappelle vaguement avoir fait une chute. Il accuse une vive douleur dans le cou et entre les deux épaules. Il se plaint de fourmillements dans les deux bras. Il les remue, ainsi que les doigts, mais avec peine, et il n'aurait pas la force de prendre son verre avec sa main et de boire.

Avec une épingle, on constate que la sensibilité est conservée dans les membres thoraciques, sur le cou et le sommet de la poitrine jusqu'à un travers de doigt au-dessous des clavicules. Le reste du tronc et les membres inférieurs sont complétement insensibles à la piqûre, à la chaleur, au froid. Il y a en même temps paralysie complète du mouvement. Rétention d'urine. La vessie, distendue, remonte jusqu'à l'ombilic. Pas d'érection.

En explorant le rachis, on n'observe aucune déformation appréciable. Si on saisit successivement toutes les apophyses épineuses, on ne détermine aucune crépitation, mais on cause une très-vive douleur au niveau des sixième et septième cervicales. La pression est également douloureuse au niveau des quatre premières dorsales et de la quatrième et cinquième cervicale.

Soif très-vive. La déglutition se fait bien et sans douleur. Apyrexie. — Cathétérisme; 30 sangsues au niveau de la partie douloureuse du rachis; limonade; diète.

Le 6, même état. Il y a seulement un peu moins de douleur dans le rachis. Il tient la tête immobile à cause des douleurs qu'il ressent dans le cou lorsqu'il veut faire un mouvement. — 20 sangsues sur la région cervicale; cathétérisme.

Le 7, la soif est toujours très-vive. Les urines, traitées par la potasse, ne se colorent pas : elles ne renferment donc pas de sucre. Intelligence très-nette; il remue un peu mieux les bras. Les autres symptômes de paralysie persistent toujours. — Bouillons, potages.

Le 8, il a eu cette nuit trois épistaxis; il paraît, du reste, qu'il y est sujet. — 15 sangsues le long du rachis, au niveau des cinquième, sixième et septième cervicales.

Le 9, la douleur à la pression le long du rachis a presque entièrement disparu. Il remue mieux les bras, mais il n'a pas encore assez de force pour boire avec son verre.

Soif très-vive, peau chaude; pouls à 88. Sur la fesse droite, large excoriation de 15 à 16 centimètres de diamètre. Epistaxis abondante. Il demande à manger. Pas de garde-robes depuis son entrée. Langue naturelle. — Décoction de 25 grammes de séné dans du jus de pruneaux; une portion.

Le 10, il se sent mieux ce matin, a dormi une partie de la nuit et a eu plusieurs garde-robes. Il demande à manger. L'excoriation qui s'observait hier sur la fesse s'est transformée en eschare; pouls à 100. Toux grasse, fréquente. Vers midi, il est pris d'un accès de suffocation; subdélirium.

Le 11, il meurt à cinq heures du matin, conservant sa connaissance jusqu'au dernier moment, mais étouffé par des mucosités qui remplissent les bronches et qu'il ne peut expulser.

Autopsie. — La colonne vertébrale, dépouillée de toutes ses parties molles et enlevée avec précaution de manière à ne lui imprimer aucun mouvement qui puisse déranger les rapports des parties déplacées, nous présente, vue par sa face antérieure, une courbure latérale assez prononcée, à convexité dirigée à droite et à concavité dirigée à gauche. Cette courbure a son sommet au niveau de la sixième et de la septième cervicale. Il résulte de cette déviation que

les apophyses transverses cervicales sont plus écartées les unes des autres à droite et plus rapprochées à gauche.

Les apophyses épineuses présentent une déviation qui correspond à la courbure décrite. Mais elle est beaucoup plus marquée sur la pièce que sur le vivant, où il était impossible de l'apprécier à cause de l'embonpoint et de la brièveté du cou du malade.

Au niveau de la face antérieure du corps de la septième cervicale, le ligament antérieur est soulevé par un fragment du corps de cette vertèbre.

Après avoir fait une coupe antéro-postérieure de la pièce, on constate que le calibre du canal rachidien est rétréci dans le sens antéro-postérieur d'un tiers environ par la saillie formée par l'angle de réunion des corps des sixième et septième cervicales, dont le tiers antérieur est écrasé et diminué d'épaisseur. L'apophyse transverse droite de la septième cervicale est fracturée à sa base. L'apophyse transverse gauche de la sixième est également fracturée à sa base. En arrière, la facette articulaire droite de la septième cervicale s'engage sous le bord inférieur de la lame vertébrale de la sixième cervicale, et en la soulevant fait basculer d'une part les corps vertébraux des sixième et septième cervicales, et leur fait faire la saillie décrite dans le canal rachidien, et d'une autre part détermine la déviation latérale que nous avons décrite en commençant.

Le ligament jaune est décollé dans toute la longueur de son bord inférieur. Du côté gauche, ce ligament est intact.

La dure-mère rachidienne est saine, et il n'y a aucune trace d'épanchement sanguin entre elle et le canal osseux.

La moelle épinière est réduite en bouillie dans une longueur de 4 à 5 centimètres au niveau de la luxation.

Cette observation m'a paru offrir quelque intérêt : D'abord, ainsi qu'on vient de le voir, il s'agit d'une luxation unilatérale d'une vertèbre cervicale ; or ce genre de lésion est rare, puisque M. Malgaigne n'a pu en réunir que neuf cas dans son ouvrage. Ensuite, nous avons affaire à une luxation incomplète qui, au point de vue de l'anatomie pathologique, peut être considérée comme un type. Les surfaces articulaires déplacées sont intactes. Le bord inférieur de l'apophyse articulaire inférieure de la sixième cervicale s'est simplement engagé sur l'extrémité supérieure de l'apophyse articulaire supérieure de la septième. Ce déplacement n'a pu s'opérer que par l'effet d'une flexion exagérée de la colonne vertébrale dans le sens opposé, c'est-à-dire en avant et à gauche. Or, pour que ce mouvement de flexion fût suffisant, il a fallu que le disque intervertébral et que les corps des vertèbres correspondantes fussent aplatis, écrasés en avant, ainsi qu'on le voit très-bien sur la coupe pratiquée sur la pièce. Remarquons ici que les apophyses articulaires gauches ne paraissent pas avoir subi de déplacement marqué.

Je n'ai fait pendant la vie aucune tentative de réduction ; mais en examinant la pièce pathologique, on voit combien on donne au hasard lorsqu'on cherche à réduire ces luxations. En effet, si on opère une traction dans le sens de l'axe de la colonne vertébrale, on ne réduit pas la luxation. Pour y arriver, il faut fléchir en avant et à gauche la tête, c'est-à-dire reproduire le mouvement qui a déterminé la luxation, et opérer en même temps une traction. On obtient ainsi la réduction avec facilité.

DISCUSSION.

M. HOUEL. J'ai vu trois malades atteints de luxation de la colonne cervicale ; tous ces malades avaient fait une chute sur le sommet de la tête, et aucun d'eux n'avait de fracture. Le fait de M. Trélat cité dans la thèse de M. Richet est dans ce cas. Ces malades sont morts asphyxiés quatre ou cinq jours après l'accident, par suite de la lésion consécutive du nerf phrénique.

M. CHASSAIGNAC. La luxation unilatérale sans fracture me paraît impossible. Ainsi, dans le cas de M. Notta, il y a fracture d'une lame en arrière, et le corps de la vertèbre est un peu écrasé.

M. HOUEL. Je ne suis pas de cet avis. Je renvoie M. Chassaignac aux *Bulletins* de la Société. M. Michon a montré un fait de luxation unilatérale sans fracture.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MARJOLIN. Je désire montrer à la Société une jeune fille de douze à treize ans que j'ai déjà présentée il y a trois ou quatre ans. Cette fille, un peu pâle, amaigrie, offre une tumeur sur l'avant-bras droit ayant le volume d'un gros œuf de poule, fusiforme, et dont la nature est douteuse. Quant au siége, elle paraît occuper le cubitus.

Comme cette fille souffre et ne peut se servir de son bras, comme d'ailleurs la tumeur fait des progrès, je me suis demandé s'il fallait pratiquer une amputation, et dans le cas où elle serait acceptée, je suis dans l'hésitation entre la désarticulation du coude et l'amputation du bras. J'avoue que je serais cependant plus décidé à faire cette dernière opération, parce que les tissus seront plus sûrement sains. Je me rappelle ma dernière désarticulation de la cuisse, dans laquelle nous avons trouvé que le lambeau antérieur participait à la dégénérescence. Je demande, du reste, l'avis de la Société.

M. CHASSAIGNAC. Ne s'agirait-il pas d'une suppuration profonde ? d'un abcès sous-périostique ? Il faudrait donc pratiquer une ponction exploratrice. Dans le cas d'une tumeur solide tenant à l'os, ne serait-il pas suffisant de faire simplement la résection du cubitus ? Il sera toujours temps d'enlever le bras.

M. BROCA. Depuis que cette fille a été présentée, sa tumeur n'a pas fait beaucoup de progrès. La tumeur siége sur l'os, évidemment. Est-ce un enchondrome ou un fibrome ? En tout cas, ce n'est pas une tumeur maligne. Dans ce cas, il faut attendre ; c'est le parti le plus prudent.

M. MARJOLIN. Je ne suis pas pressé d'agir. Je sais que les douleurs éprouvées par la malade peuvent être dues à l'enchondrome. Du reste, je suivrai l'avis de la Société ; j'attendrai.

— M. MARJOLIN. Je désire présenter une seconde malade. La Société s'est occupée de l'ankylose de la mâchoire inférieure, et il n'y a pas longtemps qu'elle a entendu le rapport si complet de M. Verneuil sur ce sujet. La jeune fille que je soumets à votre examen est âgée de dix ans. Atteinte il y a quelques années d'une gangrène de la bouche, elle a eu la joue perforée, et il s'est formé une cicatrice qui, en se rétractant, a rapproché de plus en plus les mâchoires. A l'extérieur, on voit une sorte d'infundibulum tapissé de tissu cicatriciel, au fond duquel se trouve un orifice qui donne issue à la salive. Cette ankylose a été d'abord suivie d'une grande émaciation ; puis on a pu ramener quelques mouvements entre les mâchoires, et la malade a pu prendre un peu de nourriture, de sorte qu'aujourd'hui elle pourrait supporter l'opération. L'écartement possible entre les deux mâchoires est de 2 ou 3 millimètres seulement.

Mon intention est de choisir entre le procédé de M. Esmarch, qui consiste à faire une pseudarthrose avec perte de substance, et celui de M. Rizzoli, qui consiste à produire la même fausse articulation sans perte de substance. Peut-être y aurait-il un moyen terme à suivre. Ce serait, par exemple, de faire la section de l'os non avec une scie, mais avec une pince incisive, qui produirait une section de l'os sans nécrose, sans éclats d'os, comme on le fait avec la scie.

DISCUSSION.

M. LARREY. La crainte de M. Marjolin de voir la section simple de l'os, suivant le procédé de Rizzoli, être suivie de soudure, est peut-être exagérée. En effet, plus les fractures de la mâchoire inférieure sont simples, plus elles ont chance de se convertir en pseudarthrose.

M. CHASSAIGNAC. Avant toute opération, il faudrait s'assurer qu'il y a réellement ankylose de la mâchoire. Pour cela, il faut couper largement la bride, en y comprenant la fistule salivaire, et on s'assurera après de l'état des mouvements de la mâchoire. Ainsi, cette opération doit présenter deux étapes. Dans la première, section des tissus ; dans la seconde, abaissement du maxillaire ou section de cet os.

M. MARJOLIN. Après la lecture du mémoire de Rizzoli, je suis convaincu qu'il n'y a qu'une chose possible ici, c'est la section de l'os. Le tissu cicatriciel s'oppose à tout mouvement ; si l'on veut forcer, on amène une fracture qui peut être suivie de pseudarthrose, et c'est même ce qui a servi à découvrir cette méthode à M. Carnacan.

M. CHASSAIGNAC. Il est impossible de s'assurer de l'existence des mouvements sans couper la bride. Sans cette section, on a beau se servir des vis coniques, des leviers, on casse les dents déjà ébranlées par le mauvais état des gencives, mais on n'écarte rien.

M. LARREY. Je me range à l'avis de M. Chassaignac par les raisons que j'ai déjà exposées devant la Société. Je crois qu'il y a seulement ankylose apparente, et que c'est la bride seule qui s'oppose aux mouvements d'abaissement. Il faut donc couper la bride et se faire jour autant que possible. On peut consulter à ce sujet la thèse de M. Sarrazin.

M. MARJOLIN. Je me conformerai à la ligne tracée par MM. Chassaignac et Larrey ; seulement, je ferai remarquer que cette méthode a été déjà suivie et qu'elle a échoué.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite du décès de M. Becquerel, M. le docteur Matice, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a été nommé médecin de la Pitié.

M. le docteur Mesnet, médecin du Bureau central, a été nommé médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

M. le docteur Axenfeld, médecin du Bureau central, est nommé médecin de la direction des nourrices.

— Par suite de la non-acceptation de MM. Monod et Alphonse Guérin, les juges du concours pour une place de chirurgien du Bureau central, qui a commencé le 29 avril dernier, sont MM. Denonvilliers, Manec, Désormeaux, Follin et Delpech, *juges titulaires* ; MM. Voillemier et N. Guillot, *juges suppléants*.

Les candidats à ce concours sont MM. Bastien, Duchaussoy, de Saint-Germain, Guyon, Houël, Lefort, Legendre, Liégeois, Pana, Parmentier, Péan, Rambaud et Sée.

— Le programme qui doit servir de base aux épreuves du concours, pour un nombre indéterminé d'emplois d'*élève du service de santé militaire*, annoncé dans notre numéro de mardi dernier, est déposé dans les bureaux du secrétariat de la Faculté de médecine, où on pourra en prendre connaissance. Les étudiants en médecine qui compteront quatre inscriptions, et qui auront subi avec succès le premier examen de fin d'année, pourront être admis à ce concours.

— Les obsèques de M. le docteur Bretonneau auront lieu à Tours le mercredi 7 mai, à onze heures du matin. La ville de Tours a voulu donner à cette cérémonie un éclat digne de l'homme illustre qu'elle vient de perdre. Le conseil municipal a décidé que les funérailles se feraient aux frais de la ville ; que le nom de M. Bretonneau serait donné à l'une des rues nouvelles que l'on va percer et que le buste en marbre de l'ancien médecin en chef de l'hôpital serait placé dans le Musée.

Les cordons du catafalque seront tenus par le préfet d'Indre-et-Loire et le maire de Tours ; par M. le professeur Bouillaud, président de l'Académie impériale de médecine ; par MM. les professeurs Velpeau et Trousseau, et par M. le docteur Herpin, directeur de l'École secondaire de médecine de Tours.

— Le corps médical vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Loiseau (de Montmartre), connu par sa méthode de cathétérisme du larynx dans le croup et ses travaux sur les affections couenneuses.

Les regrets qu'inspire cette perte prématurée sont encore plus vifs en songeant qu'il est mort victime de son dévouement et de son zèle.

Après une nuit passée presque entière près d'un enfant opéré de la trachéotomie pour le croup, il éprouva les atteintes d'une angine couenneuse qui fut conjurée ; mais un érysipèle de la face survint, qui épuisa ses forces, et il succomba.

M. Loiseau exerçait à Montmartre depuis vingt-cinq ans ; pendant douze ans il y remplit les fonctions de médecin du bureau de bienfaisance.

C'était un excellent praticien, un judicieux observateur.

Depuis 1840 il s'occupait avec prédilection des affections couenneuses, et sa méthode de cathétérisme du larynx, ainsi que les divers instruments qu'il avait inventés et perfectionnés pour cet usage, avaient donné du retentissement à son nom dans le monde médical.

La mort l'a ravi au moment où il préparait les éléments d'un ouvrage sur la diphthérie. La science et l'humanité font en lui une double perte.

C'était un homme de bien, il laisse d'universels regrets ; aussi, un nombreux public assistait à ses funérailles, et, dans un discours touchant et vrai, M. le docteur Maurel, un de ses confrères, rendait un dernier et juste hommage à sa mémoire.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 53. — MARDI 6 MAI 1862. (35e ANNÉE.) N° 53. — MARDI 6 MAI 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 MAI 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nos lecteurs n'ont pas oublié les belles expériences à l'aide desquelles MM. Chauveau et Marey ont cherché à fixer, par le sphygmographe, ce point de physiologie si longtemps débattu, savoir : auquel des deux mouvements de systole ou de diastole des ventricules du cœur correspond l'impulsion cardiaque.

La commission de l'Académie des sciences, chargée d'examiner les travaux de ces deux habiles physiologistes, après constatation *de visu* des résultats énoncés dans leur dernier mémoire, a déclaré, par l'organe de son rapporteur, M. Milne-Edwards, qu'il était bien démontré aujourd'hui à ses yeux que c'est la systole ventriculaire qui détermine la pulsation cardiaque, et que les expériences de MM. Chauveau et Marey leur semblaient devoir faire cesser toute discussion sur ce point de l'histoire de la circulation du sang. On trouvera dans le compte rendu de la séance l'extrait du rapport où est formulé ce jugement.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture d'un savant mémoire de M. Giraud-Teulon, sur un point délicat de physiologie oculaire; l'étude des causes et du mécanisme de certains phénomènes de diplopie observés dans le cas de l'aberration physiologique du parallaxe et l'application de ces faits à la détermination des limites du champ de la vision distincte.

M. Guyon, correspondant de l'Académie, a communiqué dans cette même séance un fait très-intéressant de lèpre enrayée par le changement de climat, dont il a tiré une induction pratique un peu prématurée peut-être, mais dans tous les cas digne d'appeler l'attention des médecins qui sont à même de renouveler l'épreuve, savoir que l'arrêt de développement de la lèpre par le changement de climat est un fait acquis à la science, et « que s'il est malheureusement toujours vrai de dire que la lèpre est un mal incurable, ce n'est plus qu'avec cette consolante restriction : A moins que les sujets qui en éprouvent les premières atteintes ne soient soustraits sans retard au climat sous lequel ils les ont reçues. »

Parmi les pièces de la correspondance, dont on trouvera l'indication au compte rendu, il en est une qui a particulièrement fixé notre attention, c'est une lettre de M. le professeur Laugier sur un nouveau mode de traitement de la gangrène spontanée des extrémités par un bain d'oxygène, dont l'idée lui a été suggérée par les expériences intéressantes consignées dans la thèse de M. Raynaud. Nous reviendrons incessamment sur ces faits, qui sont en voie d'expérimentation. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MESNET.

Affaissement progressif de toutes les fonctions de la vie animale et de la vie de relation. — Compression probable du cerveau. — Guérison.

L..., âgé de quarante-six ans, demeurant à Vanves, est entré à la salle Saint-Louis le 16 août 1861.

Ce malade se présente à nous avec l'air somnolent, la figure hébétée, la démarche chancelante. Il se plaint d'éprouver dans la région occipitale des douleurs qui s'irradient dans le front et les yeux; ses paupières sont lourdes, dit-il, ainsi que sa tête, qu'il a grand'peine à maintenir droite. La sensibilité générale, un peu engourdie, est conservée sur toutes les parties du corps; le système musculaire présente à peu près sa vigueur normale de contraction.

La marche du malade a une physionomie toute particulière: il s'avance lentement, la poitrine relevée, gardant avec peine son équilibre; il porte fréquemment la main à son front en disant: Ma tête... ma tête!...

L'intelligence, la mémoire, présentent un degré d'engourdissement proportionnel à celui qui existe dans toutes ses fonctions animales; cependant le malade comprend parfaitement les questions qu'on lui adresse; ses réponses sont lentes à venir, mais justes et précises; il prononce les mots lentement, en allongeant toutes les syllabes, mais sans bégayement, sans aucune lésion appréciable dans l'articulation.

Interrogé sur le début de sa maladie, sur les causes qui l'ont produite, il semble réfléchir un instant et répond : Je ne sais pas. Pressé de questions, sollicité vivement, il nous dit qu'il est malade depuis une quinzaine de jours, et que cela est venu à la suite d'une rixe qu'il a eue avec son patron (il est garçon maçon). Il a été maltraité pour n'avoir point obéi à un ordre injuste; il a été roulé par terre et frappé.

Pressé de questions sur sa famille, il nous dit encore qu'il a à Vanves un oncle qui le connaît bien.

Ces renseignements avaient besoin de contrôle. Un parent du malade me les confirma tous, et m'apprit en outre que L... avait une vie régulière; qu'il ne buvait point; qu'il était resté quelque temps sans connaissance après la querelle qu'il avait eue avec son patron et les coups qu'il avait reçus, puis qu'il était revenu chez lui étourdi et hébété; que depuis lors il avait passé ses journées couché, dans un état de somnolence continuel; que cependant il se levait, et allait de temps en temps chez son beau-frère, qui habitait une maison voisine; qu'il était évident pour tout le monde que son intelligence et ses forces baissaient beaucoup.

Pour compléter les renseignements, il faut ajouter que L... a eu un frère placé à Bicêtre comme épileptique, et que sa mère est morte à cinquante-sept ans d'accidents cérébraux survenus à la suite d'une contrariété avec son mari.

Le 18 août, depuis deux jours qu'il est à l'hôpital, ce malade a presque constamment gardé le lit; il ne se lève que pour satisfaire ses besoins; il reste étranger à tout ce qui se passe autour de lui, et sommeille d'une manière continue. Il faut l'interpeller violemment, le secouer même, pour obtenir un peu d'attention et quelques réponses. Lui demande-t-on s'il souffre, il ne se plaint que de la tête et y porte la main. Après chaque réponse, il retomberait dans son engourdissement, si l'on n'avait le soin de le tenir éveillé. Chaque fois qu'on lui adresse la parole, il bâille, puis grince des dents, et fait entendre un mâchonnement presque continuel. Cependant les questions qu'on lui fait sont comprises de lui.

Sa mémoire engourdie a conservé les impressions des jours précédents, mais le présent s'efface tout aussitôt; il se souvient avoir été reçu au Bureau central; il sait me dire que c'est moi qui lui ai donné un billet d'entrée, qu'on lui a payé une voiture pour le conduire à l'hôpital, mais il ne se souvient pas depuis combien de jours il y est; il se rappelle qu'on l'a changé de lit dans la salle, mais il ne sait point dire où il était d'abord couché.

Lorsqu'à l'heure des repas on le réveille pour lui donner à manger, il s'assied et mange en dormant à demi, ayant l'air de n'avoir nulle conscience de ce qu'il fait.

La sensibilité générale est affaiblie, mais non perdue : la piqûre d'une épingle est sentie sur toute la surface du corps; la sensibilité tactile est également conservée, car si on lui met entre les doigts les corps les plus petits, une épingle par exemple, il la roule, la tourne, la retourne, et la présente très-bien par la tête ou la pointe, les yeux étant fermés.

Les organes des sens n'offrent aucune particularité à noter. La bouche n'est point déviée; la langue se tire droite; les paupières se ferment également des deux côtés; les pupilles sont égales, un peu dilatées; la vue s'exerce également par l'un et l'autre œil.

La marche est de plus en plus titubante; à le voir debout, on dirait un homme au degré le plus avancé de l'ivresse, à cela près que le malade continue à présenter une grande propension à tomber en arrière. La force de contraction musculaire est toujours assez considérable. La température du corps est peu élevée; la peau est fraîche.

Le pouls, développé, bat 60 fois par minute.

Le 25 août, depuis trois jours, L... n'a pas quitté son lit; l'engourdissement physique et moral est arrivé au point que le malade n'a plus aucune manifestation, et qu'il présente presque tous les caractères que les naturalistes assignent aux animaux hibernants. Il est étranger de la manière la plus complète à toute excitation du dehors; le service de la salle, la visite du médecin, se font sans qu'il y porte la moindre attention; qu'on vienne près de lui, qu'on lui parle, il ne se remue ni même n'ouvre les yeux; veut-on obtenir qu'il descende de son lit, il faut le prendre, le mettre debout.

La marche est impossible, il faut le soutenir, sinon il tombe en arrière; le tient-on par le bras pour le faire marcher, il s'avance le corps renversé, portant la tête à droite et à gauche, en regardant autour de lui d'un air hébété; il urine en marchant sans en avoir le sentiment; il est devenu gâteux et ne se lève même plus pour satisfaire ses besoins. Dès qu'on lui permet de regagner son lit, il s'endort aussitôt, et quand dans la journée l'infirmier le fait asseoir et lui donne sa soupe à manger, il s'endort l'assiette sur ses genoux et la cuiller à la main.

La sensibilité générale est très-engourdie sur toute la surface du corps; les piqûres qu'on lui fait avec une épingle finissent par être perçues, mais la sensation est affaiblie et lente, comme si l'impression tardait à arriver jusqu'au cerveau.

Les organes des sens ont aussi une bonne part d'engourdissement. L... regarde sans voir, à moins qu'on ne fixe son attention sur l'objet; il n'entend qu'à la condition de parler haut et de le secouer par le bras; il mange sans porter la plus minime attention à ce qu'on lui sert.

L'intelligence sommeille tout aussi bien que le corps; il n'y a plus chez notre malade aucune trace de spontanéité; mais quand on peut le tirer de sa torpeur, les réponses qu'il fait prouvent que sa mémoire est encore assez fidèle, mais seulement relativement aux faits des premiers jours de sa maladie; les quelques paroles affectueuses qu'il nous adresse parfois prouvent qu'il a encore un peu de sensibilité morale. Autant les actes intellectuels sont lents à se manifester, autant les mots qui correspondent à l'idée tardent à venir; la parole est lente, mais le mot n'a jamais cessé d'être bien articulé, non plus que de répondre à l'idée que le malade voulait exprimer.

Les grandes fonctions de circulation, de respiration, de calorification, sont ralenties, comme les actes qui émanent directement du système nerveux cérébro-spinal.

Le pouls est régulier, mais ne bat que 50 fois par minute. La peau est au-dessous de sa température normale. La respiration est lente, petite, et se répète 12 à 14 fois par minute.

L'état que nous venons de décrire a duré jusqu'au 3 septembre.

Le 5 septembre, une notable amélioration s'est produite depuis deux jours dans la situation de notre malade. Il n'a plus l'air endormi des jours précédents, il porte attention à ce qui se passe dans la salle, et le matin, à la visite, il est le premier à nous dire : « Monsieur, comment me trouvez-vous? Je sens que je vais mieux... quand pourrai-je sortir? » La religieuse le trouve attentif aux heures des repas, et il mange comme les autres malades. L'amélioration survenue dans son état mental existe pareillement dans son être physique.

La sensibilité générale s'est réveillée, il sent parfaitement la piqûre d'une épingle sur les différentes parties du corps.

La sensibilité morale elle-même a suivi la même progression, car L... trouve chaque matin un mot aimable, une parole affectueuse pour nous dire qu'il nous remercie de nos soins, et qu'il est bien reconnaissant des services qu'on lui a rendus. Il commence même à reprendre de la spontanéité, car il n'est plus nécessaire qu'on le provoque à parler, il est le premier à s'adresser à ses voisins.

Tout le système musculaire, si gravement troublé il y a dix jours dans l'accomplissement de ses actes, et présentant alors de la faiblesse dans les contractions, du tremblement dans les muscles, du défaut d'équilibration dans les mouvements, revient aujourd'hui à des conditions meilleures. L... se tient sur ses jambes, et peut marcher sans appui : il ne garde point encore, il est vrai, un équilibre parfait, mais il n'a plus cette propension à tomber en arrière que nous avons signalée dans la première partie de cette observation.

Le 20, l'amélioration survenue dans l'état du malade a suivi une marche progressive : c'est aujourd'hui un retour à une santé à peu près complète, sauf quelques accidents du côté de la poitrine, dus vraisemblablement à l'existence de quelques tubercules. Tant qu'a duré la période d'engourdissement, L... n'a accusé aucune douleur, aucun trouble vers les organes thoraciques; mais depuis que la sensibilité est réveillée, il tousse et se plaint de souffrir du côté gauche. Il y a en effet, au sommet du poumon gauche, des signes de tuberculisation encore peu avancée : abaissement notable du son, affaiblissement très-marqué du murmure vésiculaire, et quelques craquements sonores dans la toux : à la base du même côté, quelques signes d'un léger épanchement, qui motivent l'application d'un vésicatoire.

La physionomie, l'expression, le maintien de cet homme, sont changés à tel point que plusieurs élèves qui l'avaient vu il y a un mois ont eu peine à le reconnaître aujourd'hui. Il est attentionné, poli pour toutes les personnes du service; il demande à sortir de l'hôpital, en faisant valoir le besoin qu'il a de travailler, et le plaisir qu'il aurait à retourner dans sa famille.

La mémoire est complète, il a le souvenir exact de tous les faits qui se sont passés dans la première période de sa maladie; il raconte dans les plus grands détails les événements qu'il accuse d'avoir produit son mal, mais les jours d'anéantissement complet, de torpeur absolue pendant lesquels nous l'avons vu à l'état d'animal hibernant, sont pour lui lettre morte.

Il passe toutes ses journées soit en promenades dans le jardin, soit à converser avec les autres malades : la sensibilité est normale sur toute la surface du corps, la puissance d'action de ses bras et de ses jambes ne laisse plus rien à désirer; il est rentré dans les simples conditions d'un malade tuberculeux.

Deux mois après sa sortie de l'hôpital, j'ai revu ce malade : sa santé s'était parfaitement maintenue, sauf quelques accidents du côté de la poitrine : il avait recouvré toute son activité physique et ses facultés intellectuelles.

L'étude des affections cérébrales est pleine d'écueils et de difficultés; quelque soin que l'on apporte à la recherche des causes, à l'examen des symptômes, à l'étude d'ensemble des manifestations pathologiques que présente un malade, il est parfois difficile de formuler un diagnostic précis. Cependant on peut toujours limiter le champ des probabilités, en mettant à profit les notions physiologiques consacrées par l'observation et l'expérience.

L'analyse comparative des troubles apportés, d'une part, dans les fonctions de la sensibilité et de la locomotion, d'autre part dans l'exercice des facultés intellectuelles, mémoire, spontanéité, jugement, etc., est un critérium qui permet de rapporter telle lésion aux parties centrales profondes du cerveau, telle autre aux parties superficielles, substance grise ou membranes en-

veloppantes; mais à côté des faits simples, dégagés de toute complication, que de doutes, que d'incertitudes !

Le malade dont je viens de rapporter l'histoire est un de ces remarquables exemples dans lesquels l'être physique et moral, intelligent et sensible, frappé dans toutes ses fonctions à la fois, est réduit à la vie végétative dans son expression la plus simple, telle que la présente l'animal hibernant : somnolence continue, engourdissement de la sensibilité, ralentissement général des trois grandes fonctions, circulation, respiration, calorification.

Ce n'est point à coup sûr une lésion circonscrite du cerveau, de quelque nature qu'on la suppose, qui peut rendre compte de semblables désordres; ou bien, sans être aussi entier dans la négation, il faut pour le moins admettre qu'une telle cause ne peut avoir été que l'occasion, le stimulus de complications ultérieures dont les effets se sont rapidement étendus à l'ensemble des fonctions cérébrales. La généralisation des accidents, et la parfaite harmonie pathologique qui a existé entre eux, nous conduit, *à priori*, à diriger nos recherches vers une lésion assez étendue, assez générale pour entraver l'accomplissement simultané de tous les actes cérébraux.

Je ne mets point en doute que cette observation présente quelques-uns des caractères de la maladie désignée en aliénation mentale sous le nom de mélancolie avec stupeur ou stupidité; je comprends qu'à l'appui de cette idée on puisse même invoquer les conditions héréditaires du malade; mais aussi que de raisons à faire valoir pour combattre cette opinion! Le début de l'affection, qui succède immédiatement à une rixe; sa marche rapide; la faiblesse, l'impuissance des actes organiques plus grande encore que celle des fonctions intellectuelles; l'attitude du sujet; le facies engourdi, somnolent plutôt que stupide, et déformé par le relâchement des traits et la bouffissure du visage; la terminaison hâtive de la maladie; enfin une physionomie d'ensemble qui n'a jamais répondu au tableau si fidèle que Georget, Etoc-Demazy et Ferrus, nous ont tracé de main de maître de la stupidité. Eloignant l'idée de la mélancolie avec stupeur qu'il convenait tout d'abord d'examiner, il fallait une autre explication : une méningite lente, subaiguë, ne pouvait non plus avoir aucun crédit, car la terminaison heureuse de la maladie l'aurait exclue si l'expression symptomatique ne l'avait condamnée déjà. Les exsudats pathologiques que produisent les méninges enflammées sont essentiellement persistants et durables; que la phlegmasie reste limitée aux membranes (méningite simple), ou qu'elle s'étende à la surface du cerveau (méningo-péri-encéphalite), dans les deux cas, elle se révèle par un cortége de symptômes qui ne permettent guère de la méconnaître, et elle laisse après elle des désordres qui compromettent gravement l'exercice des facultés intellectuelles.

En présence des deux termes de comparaison que présente ce malade : d'une part, la torpeur physique et morale la plus grande, l'engourdissement de la vie végétative et de la vie de relation porté au maximum; d'autre part, le réveil progressif et simultané de toutes les fonctions, et le retour à la santé complète; en présence, dis-je, d'une transformation aussi remarquable s'effectuant en quelques semaines, il fallait songer à une lésion susceptible de se modifier pareillement, et de disparaître en même temps que s'effaçait le dernier trait pathologique. Une violence exercée sur la personne du malade signale le début de tous les accidents. Renversé violemment contre terre dans la lutte qu'il eut à soutenir, cet homme reçut un choc vers la tête, comme le prouvent les symptômes de commotion qui suivirent immédiatement; puis on vit apparaître et grandir tous les signes de la compression du cerveau : il devint lourd, somnolent, incapable de tout travail; sa marche chancelante ressemblait à celle d'un homme ivre; peu à peu ses facultés s'engourdirent; sa mémoire, d'abord paresseuse, en vint à ne plus entrer en exercice qu'à la condition d'un effort considérable; la sensibilité générale, qui n'était qu'obtuse, alla s'affaiblissant, au point de ne plus produire de sensations que sous l'influence d'excitations violentes et longtemps prolongées; la marche devint impossible, tant étaient grandes la perte d'équilibration des mouvements et la faiblesse musculaire; les sens étaient émoussés; les sphincters eux-mêmes n'accomplissaient plus leurs fonctions, laissaient échapper les excréments quand le malade était au lit, les urines quand on le mettait debout et qu'on voulait le faire marcher. Je ne sais nulle affection autre que la compression exercée sur la masse entière du cerveau, à laquelle on puisse rapporter cet ensemble pathologique : la contusion d'un point limité du cerveau, non plus que l'encéphalite consécutive, n'ont rien dans leur expression symptomatique de commun avec le tableau que je viens de tracer.

La compression cérébrale étant admise comme condition matérielle de tous ces accidents, mais condition essentiellement consécutive, deutéropathique, il restait à déterminer la cause première, la cause occasionnelle.

L'esprit devait d'abord être amené à rechercher si le point de départ ne se trouverait point dans les conditions organiques du malade, et s'il n'y aurait pas lieu de conclure de l'existence bien constatée de la phthisie pulmonaire à une manifestation tuberculeuse vers les méninges; mais alors, où seraient les caractères de la méningite : la fièvre, la sécheresse des muqueuses, l'injection des conjonctives, le délire, les soubresauts des tendons, etc...? Admettre que le malade serait entré d'emblée dans la période d'affaissement, de collapsus, serait une hypothèse elle-même inacceptable par la terminaison heureuse de la maladie, et le retour complet des facultés à la convalescence. J'en dirai autant de l'hémorrhagie méningée de cause traumatique.

Conduit ainsi à l'élimination successive des différents états pathologiques que cette affection rendait discutables, j'ai recherché si l'œdème des membranes ne pourrait donner raison de tous ces accidents; si l'ébranlement, la commotion cérébrale n'aurait pu devenir la cause d'un épanchement séreux dans les mailles du tissu sous-arachnoïdien ou dans la cavité de l'arachnoïde, au même titre que l'hydarthrose succède à une chute sur le genou, ou l'épanchement dans la plèvre à une contusion des parois de la poitrine. Est-il nécessaire que la capsule synoviale s'enflamme pour que le genou se remplisse de sérosité? Verra-t-on une phlegmasie de la plèvre, parce que le plessimètre révélera un épanchement dans la cavité de cette membrane? Pourquoi la séreuse méningienne n'aurait-elle pas les mêmes priviléges, lorsque nous reconnaissons à bon droit, d'autre part, les sympathies de tissus, les analogies pathologiques? L'œdème sous-arachnoïdien ou intra-arachnoïdien, lésion essentiellement transitoire et mobile, susceptible de croître ou de diminuer plus ou moins rapidement par l'exhalation ou l'absorption du réseau vasculaire que forme la pie-mère, susceptible de disparaître complétement sans laisser de traces ni de lésions matérielles, après avoir produit des accidents plus ou moins graves de compression et d'engourdissement en rapport avec la quantité de liquide épanché, l'œdème, dis-je, est la seule condition anatomique qui ait pu me rendre compte des phénomènes observés chez mon malade depuis le début jusqu'à la terminaison de son affection.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE LYON.

(ENSEIGNEMENT LIBRE.)

Examen des opinions émises récemment par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris (1).

(Deuxième leçon faite par M. Alexandre VIENNOIS, le 21 février 1862, à l'École de médecine de Lyon.

Telle est la thèse de M. Albertetti, ou plutôt M. Albertetti ne nie rien, il hésite et formule son opposition dans les trois conclusions suivantes :

1° Il est douteux que le pus vaccinal envoyé dans les tubes d'Acqui soit la source de la maladie observée chez les vaccinés de Rivalta, parce qu'on l'affirme de même nature que celui donné à d'autres chirurgiens et dans d'autres pays où les mêmes phénomènes n'ont pas été observés, parce qu'il ne s'est manifesté chez Chiabrera aucun symptôme caractéristique de syphilis.

2° Il est douteux que la pustule vaccinale, entre le neuvième et le dixième jour de son évolution, puisse renfermer les deux virus, virus-vaccin et virus syphilitique; moins encore dans le cas présent, où les cicatrices vaccinales n'ont rien présenté d'anormal.

3° La nature syphilitique de la maladie est douteuse chez la plupart des petits vaccinés de Rivalta; et dans le petit nombre de cas où l'existence de cette maladie peut être admise, le fait peut avoir une autre explication.

Puis M. Albertetti ajoute, tant, en définitive, il est peu hostile à notre manière de voir : « Nous souscrivons à la prudente réserve du congrès d'Acqui, car ce que nous avons écrit n'a *d'autre but* que d'épurer les faits, pour qu'on n'accuse pas de dangers provenant d'une autre source un utile prophylactique sur lequel pèsent malheureusement encore beaucoup de préjugés. » (*Gazetta medica italiana*, 18 novembre 1861.)

Réponse à la première conclusion. — Nous sommes d'accord avec M. Albertetti sur l'innocence du tube d'Acqui, non-seulement à cause de la raison que ce médecin invoque, à savoir, que le même vaccin n'a pas produit d'accidents ailleurs, entre les mains des vaccinateurs, mais surtout, comme nous l'avons déjà dit, parce que si le tube d'Acqui avait donné quelque chose à Chiabrera, c'eût été la syphilis acquise, c'est-à-dire la syphilis à son commencement, à savoir : un chancre infectant au point inoculé, au bras. Or l'enfant Chiabrera n'a pas eu d'ulcère au bras; il a eu une vaccine régulière, donc le tube d'Acqui est innocent.

Mais si l'enfant n'a pas été malade avant la vaccination, il l'a été après, et assez malade pour que la commission l'ait jugé en danger de mort le 8 octobre. M. Albertetti ne veut pas que cet enfant ait été syphilitique. La belle santé de Chiabrera avant la vaccination serait-elle invoquée? Mais dans la plupart des cas de syphilis transmise par l'opération vaccinale, les vaccinifères sont toujours bien portants en apparence. Dans l'observation de Cerioli de 1821, la petite Martha, vaccinifère, était saine en apparence, dit l'observation; dans l'observation Tassani, 1841, l'enfant P. C..., vaccinifère, était sain, bien nourri, bien développé; l'enfant Keller, du procès Hubner, paraissait sain le jour de la vaccination, le 16 juin 1852, etc. Du reste, il est facile de comprendre que les enfants soient sains en apparence au moment de la vaccination; car sans cette apparence de santé, les vaccinateurs ne les choisiraient pas pour l'inoculation.

M. Albertetti pense que la diarrhée avec érythème de l'anus et des fesses, les ganglions mésentériques engorgés, ne sont pas des signes de syphilis infantile. Je réponds que ces symptômes peuvent parfaitement n'être pas une manifestation de la syphilis viscérale; mais rien ne démontre que cela ne soit pas, d'autant plus qu'il y a d'autres symptômes concomitants manifestement syphilitiques.

Quand je vois un symptôme aussi évident que celui de l'alopécie complète et que la laryngite syphilitique, et avec tout cela de l'amaigrissement et le marasme propre à la cachexie syphilitique, marasme menaçant de mort celui qui en est atteint, et tout cela disparaissant sous l'influence des mercuriaux, je ne puis que diagnostiquer la diathèse syphilitique chez le premier vaccinifère. Une autre preuve, c'est la transmission de la maladie à la nourrice, qui présentait le 8 octobre une cicatrice, d'un côté, sur le mamelon, et sur l'autre un ulcère nettement caractérisé, avec adénopathie dans l'aisselle, ulcère suivi un mois après d'accidents constitutionnels, tubercules ulcérés autour des organes génitaux.

M. Albertetti dit que le chancre du mamelon peut avoir une autre origine, et s'en tient là de son accusation. Si notre confrère italien avait bien voulu formuler plus explicitement l'origine probable du chancre du mamelon, nous pourrions le suivre sur ce terrain. Nous ne pouvons combattre des arguments qu'on nous laisse ignorer; discutons cependant ce point d'étiologie, et cherchons à pénétrer la pensée de notre adversaire.

L'enfant examiné le 8 octobre a la bouche saine. Comment a-t-il pu donner ce chancre du mamelon?

Je ferai remarquer que le chancre infectant a une longue incubation, quelquefois d'un mois, et que le chancre du mamelon, qui n'existait pas le 27 septembre, jour où Mme Chiabrera fut visitée par M. Martorelli, avait pu être gagné plusieurs semaines avant, alors que l'enfant Chiabrera pouvait être porteur d'accidents secondaires contagieux dans la bouche; que ces accidents avaient eu le temps de disparaître, d'autant plus qu'ils ne laissent pas de traces. Ce qui me porte encore à penser que ces accidents contagieux de la bouche pouvaient exister quelques semaines avant le 8 octobre, c'est qu'à cette date il y avait aphonie complète, phénomène que l'on peut traduire par plaques muqueuses ulcérées du larynx; mais du larynx au pharynx il n'y a pas loin.

Un autre mode possible de contagion est celui-ci : le sang pouvant être contagieux chez les syphilitiques, il se pourrait parfaitement que dans la succion du mamelon par le nourrisson, la muqueuse malade de l'enfant ait saigné et inoculé le sang sur une petite éraillure du sein, éraillure d'autant plus possible que la peau qui recouvre cette région est extrêmement fine, et qu'elle peut bien parfois ne pas résister à une succion énergique durant plusieurs heures du jour et de la nuit.

Ce que je dis du chancre du mamelon encore en activité d'un côté, je le dis avec autant de raison pour le côté opposé, où la lésion ne se manifestait plus que par une cicatrice; mais ce que je dis de la bouche du vaccinifère Chiabrera, je le dis des quelques nourrissons qui ont infecté leurs nourrices, et qui ont pu paraître avoir la bouche saine au moment de l'examen des commissaires.

Sans doute M. Albertetti n'a pas songé à tout cela, mais je livre cet ordre d'idées à vos méditations.

Maintenant, si nous voulions considérer d'où a pu venir le chancre du mamelon, nous voyons que M. Albertetti est obligé d'entasser hypothèse sur hypothèse.

Pour que le chancre du mamelon de Mme Chiabrera soit explicable, il faut supposer qu'il lui a été donné accidentellement, ou bien par son mari, ou bien par un amant. Accidentellement! Je cherche en vain. A la bouche, on peut encore invoquer l'usage d'un ustensile de ménage, comme une cuiller, une fourchette, un couteau, un verre, une cigarette; mais au mamelon!...

Sera-ce la bouche lascive du mari?

Mais pour que le mari pût être accusé, il faudrait d'abord supposer certaine manœuvre que je concède cependant volontiers; mais il faudrait surtout que le mari eût eu, le jour de l'inoculation du chancre du sein, un ulcère syphilitique contagieux dans la bouche. Cela pouvait-il être? Ce n'est pas probable. En effet, le mari ne pouvait avoir un accident primitif, puisque nous avons reconnu plus haut que cet accident avait dû exister au moins depuis deux ans; or la vérole ne se doublant pas, l'accident buccal supposé ne pouvait être un chancre infectant. Etait-ce davantage un accident secondaire? Ce n'est pas probable, car la vérole datant d'au moins deux ans chez le père de Chiabrera, sinon plus, un accident secondaire avait eu le temps de disparaître sans laisser de traces, surtout avec un traitement rationnel. Aussi, rien d'étonnant à ce que la commission n'ait constaté aucune trace de syphilis récente ou ancienne sur la bouche du père de l'enfant.

Supposons un amant, malgré le langage des commissaires, qui parlent en termes si dignes de la moralité de Mme Chiabrera; mais il faut encore supposer que cet amant soit malade. Voyons, y a-t-il plus de probabilité pour M. Albertetti avec toutes ses hypothèses, que pour moi qui montre d'un côté le dommage, le chancre du mamelon, et de l'autre le corps du délit, le nourrisson vérolé? Que M. Albertetti veuille réfléchir à tout cela, et, avant de se prononcer définitivement, se rappeler l'aphonie de Chiabrera, l'alopécie complète de ce premier vaccinifère, symptômes guéris par les mercuriaux.

Ainsi donc le vaccinifère Chiabrera était syphilitique, et avec cette démonstration s'écroule l'échafaudage de M. Albertetti affirmant que le petit Chiabrera n'était pas syphilitique, et que s'il n'était pas syphilitique, il ne pouvait donner ce qu'il n'avait pas aux vaccinés de Rivalta. Ainsi tombe de soi l'argumentation de M. Jaccoud, calquée sur celle de M. Albertetti; ainsi tombe par conséquent celle de M. Ricord.

Réponse à la deuxième conclusion. — Il n'est pas seulement douteux que la pustule vaccinale entre le neuvième et le dixième jour de son évolution puisse renfermer les deux virus, virus-vaccin et virus syphilitique : cela est impossible. Ce qui le démontre, c'est l'observation du vétérinaire B..., où le vaccin de

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er mai.

l'enfant E... fut pris dans ces conditions, et qui n'infecta pas tous les vaccinés, mais seulement 19 sur 24. Le vaccin, au dixième jour, est toujours le vaccin, et dans le cas présent ce n'est pas 38 sur 47, mais 47 sur 47 qui eussent été infectés, si le vaccin au dixième jour eût pu transmettre autre chose que le vaccin.

Réponse à la troisième conclusion. — M. Albertetti, en émettant des doutes sur la nature syphilitique de la maladie des vaccinés de Rivalta, a été amené à cette manière de voir en examinant chacune des observations sommaires relatives aux vaccinés. Il admet 6 exceptions où la syphilis est pour lui évidente et a été réveillée par l'opération vaccinale.

Je ferai remarquer que la sagacité que M. Albertetti a déployée dans cet examen, me fait vivement regretter qu'il n'ait pas fait partie de la commission, et qu'à ce défaut il n'ait pas cru devoir lui-même se transporter sur les lieux, puisqu'il en était proche; il eût certainement vu l'accident primitif qu'il n'a pas su voir dans la relation du 20 octobre 1861 (*Gazetta dell' Associazione medica degli Stati sardi*) par M. Pacchiotti, relation primitivement incomplète, mais que le rapporteur distingué de Turin a su achever avec tant d'intelligence.

Lorsque M. Albertetti ne compte pas la roséole pour un accident syphilitique, il oublie que cette manifestation appartient essentiellement à la vérole, qu'elle ne peut être confondue qu'avec la roséole copahique, et encore le siége particulier de celle-ci sur les jointures servira à éviter l'erreur, à supposer que l'ingestion du médicament n'ait pas mis sur la voie; et puis encore la cessation du médicament entraîne la disparition des symptômes.

Ainsi de ce côté pas de doute.

Mais les taches cuivrées recouvrant le corps sont un symptôme essentiellement syphilitique; aussi quelle est la dartre qui pourrait simuler ce symptôme?

Et d'abord, quelles sont les maladies qu'il faut ranger dans les dartres? M. Hardy veut qu'on y fasse rentrer l'eczéma, le psoriasis, le pytiriasis et le lichen.

Je ne vois que le psoriasis que l'on pourrait confondre avec les taches cuivrées, et encore il faudrait que ce psoriasis eût été traité pour prendre la couleur des taches cuivrées; il faudrait encore une autre condition, c'est qu'il appartînt à la variété qu'on appelle psoriasis *guttata*. Et comme les enfants de Rivalta n'avaient pas été traités lors du 8 octobre, le diagnostic ne devait pas permettre une semblable confusion.

Mais lorsque M. Albertetti conteste le caractère spécifique des tubercules muqueux ulcérés ou non, il méconnaît un des caractères les moins équivoques de la syphilis secondaire.

Peu importe que les accidents ne siégent pas à la fois à l'anus et aux organes génitaux; la pratique enseigne que les éruptions spécifiques peuvent être discrètes. Mais je me demande à quel genre de dartres on pourrait rattacher les tubercules muqueux? Enfin, en invoquant l'opinion de M. Thiry à l'appui de ses propres interprétations, M. Albertetti ne s'est pas assez souvenu que le professeur de Bruxelles confond dans la vérole les végétations, et me donne ainsi le droit de ne pas avoir une grande confiance dans le sentiment du médecin belge.

Mais que doit dire à l'heure qu'il est M. Albertetti en voyant des nourrissons dartreux communiquer à leurs nourrices, non plus à quatre, mais à vingt, une maladie caractérisée chez toutes, moins une, par un symptôme initial au mamelon, qui a tous les caractères du chancre infectant, symptôme suivi dans le délai voulu des accidents syphilitiques constitutionnels les plus vulgaires? Que doit-il dire de la contamination des maris, des frères et sœurs des vaccinés, commençant chez tous par un chancre induré au point inoculé?

M. Albertetti choisit ensuite douze enfants pour les présenter comme types de dartreux; ce sont les vaccinés des n°s 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 21, et sur ce nombre la moitié, six d'entre eux, les n°s 2, 3, 10, 11, 17, 21, ont donné un chancre du mamelon à leur nourrice. L'heureuse influence du traitement chez les vaccinés ne lui suffit pas pour assurer son diagnostic. Il se rabat sur les dartres, sans songer à profiter pour chaque observation du conseil qu'il a donné lui-même à la commission; à savoir, la recherche de l'ordre d'apparition des symptômes chez les vaccinés. C'est, en effet, en introduisant cet élément nouveau dans la question, qui change complétement le point de vue auquel s'est placé M. Albertetti, que ce médecin abandonnera de lui-même la singulière opinion qu'il s'était faite de la maladie de Rivalta. Un seul exemple va le montrer.

M. Albertetti propose entre autres, comme exemple d'enfants parfaitement dartreux, l'enfant dont l'observation figure au n° 10. Voici cette observation :

« Tortrolo (Jean), huit mois, vacciné de la première série. Les pustules vaccinales se sont de suite transformées en ulcères, et ont suppuré pendant plus de trois mois. On voit maintenant des cicatrices larges et brunes. Il y a eu, il y a un mois et demi, une roséole syphilitique. On voit maintenant des taches cuivrées de diverses grandeurs sur la peau de la face, du cou, du thorax, de l'abdomen et des extrémités. Aucune manifestation à l'anus et aux organes génitaux.

» Pléiade cervicale. — Mère très-saine (1). »

Et c'est cet enfant qu'on range parmi des dartreux, parce qu'il n'a rien aux organes génitaux, comme si chaque enfant devait avoir, pour établir un diagnostic, le cortége complet de la vérole! Ce n'est pas assez d'avoir le corps couvert de taches cuivrées, et d'avoir eu pendant trois mois de suite un accident primitif, un chancre induré, dont la longue durée au point inoculé n'a pu fixer l'attention de M. Albertetti. Et, en effet, c'était un chancre primitif. On dit que les pustules vaccinales se sont *de suite* transformées en ulcères. Cette expression *de suite* pourrait en imposer et faire croire à l'absence d'incubation : il n'en est point ainsi. En effet, pour que les pustules vaccinales puissent s'ulcérer de suite, il faut nécessairement qu'elles existent. Or, elles ne peuvent pas exister sans avoir acquis leur développement complet; mais il faut plusieurs jours pour que l'évolution de la pustule vaccinale s'opère; donc, l'intervalle qui sépare le jour de la vaccination du jour où la pustule est complète, représente l'incubation du chancre.

Au 8 octobre, il y avait un mois et demi qu'une roséole avait apparu, c'est-à-dire environ deux mois après l'apparition de l'accident primitif. Cette roséole survenant dans le délai classique d'un à six mois, délai qui suit tout chancre infectant, ne peut pas permettre de regarder comme de nature douteuse les taches cuivrées auxquelles je fais allusion. Mais il y a plus; on a su depuis que cet enfant avait infecté sa nourrice par un chancre du mamelon, suivi d'accidents constitutionnels. Il est impossible que les dartres, en Italie, se conduisent de cette façon.

On voit donc que si toutes ces questions paraissent être très-embrouillées, ce n'est pas qu'elles le soient en elles-mêmes, mais c'est que, d'une part, on n'a pas su les examiner par le bon côté, et que, d'autre part, on a négligé de rechercher pour chaque malade la date précise de l'apparition des divers symptômes, et encore ne puis-je pas rappeler que ce renseignement se trouve implicitement dans une phrase du rapport de la commission d'Acqui; phrase annonçant que les symptômes constitutionnels généraux arrivèrent chez la plupart des enfants deux mois après l'inoculation vaccinale. Espérons que cet élément nouveau introduit dans la question amènera ceux qui ne sont pas de notre avis à partager notre sentiment.

Telles sont les raisons par lesquelles j'ai cru devoir combattre l'opinion de M. Albertetti, opinion qu'un homme distingué, M. Jaccoud (dans la *Gazette hebdomadaire*) a acceptée en toute confiance, sans discussion, les yeux fermés; opinion que M. Ricord reçoit non moins facilement toute faite, de seconde main.

Eh quoi! le malheur de Rivalta émeut l'opinion publique, les médecins italiens, les médecins étrangers; un premier ministre abandonne pour un instant les soucis de la politique pour se préoccuper d'une question d'hygiène qu'il regarde avec raison comme intéressant tous les peuples civilisés!

Que va faire M. Ricord? Quel tribut va payer à la science, dans cette circonstance grave, celui dont la réputation syphillographique couvre le monde entier? M. Ricord fera ce qu'il a fait tant de fois; M. Ricord croira s'acquitter avec un jeu de mots. « Le fait de Rivolta, s'écrie-t-il en estropiant ainsi le mot italien, le fait de Rivolta me révolte! » Puis ce syphiliographe, devant lequel s'est incliné pendant plus de trente années tout ce qu'il y avait d'intelligent dans nos écoles, ne trouvera rien de mieux, en fait de prophylaxie et de thérapeutique, que de préconiser l'expectation; l'expectation, la coupable expectation! qui a tué 19 enfants dans l'épidémie relatée par Cerioli, 8 dans celle de Tassani, 7 dans celle de Rivalta, sans compter les nombreuses victimes qu'elle a entachées d'un vice constitutionnel et héréditaire sans les tuer. Quand toute la science d'une école en est réduite, pour expliquer de pareils faits, ou plutôt pour ne pas les expliquer, à oublier ses propres principes, à entasser, comme je vous l'ai montré, inconséquence sur inconséquence; quand elle en est réduite, devant les exigences de plus en plus légitimes et pressantes des familles et de la société, à se résumer en un triste point d'interrogation, je dis que cette école est jugée, et qu'elle n'a plus seulement à prendre pour elle, comme elle a déjà eu le bon esprit de le faire, cette maxime :

L'homme absurde est celui qui ne change jamais.

mais à disparaître pour faire place à la doctrine nouvelle, qui, en même temps qu'elle arrive avec une explication pour tous les faits, arrive aussi avec un ensemble de mesures hygiéniques et prophylactiques toutes-puissantes, pour éviter que ces faits ne se renouvellent.

Telles sont, messieurs, les raisons par lesquelles j'ai cru devoir combattre les opinions de M. Albertetti, opinions si facilement acceptées par MM. Jaccoud et Ricord.

Espérons cependant que si l'enseignement de mon maître Rollet n'a pu triompher jusqu'ici des hésitations de M. Ricord, en lui faisant accepter le dogme de la contagion secondaire dans toutes ses conséquences, et amener ainsi une conversion qui nous serait chère, espérons du moins que les malheurs qui s'accumulent en Italie éclaireront enfin une des plus belles intelligences de notre époque et ne tarderont pas à la ramener dans le giron de la vérité.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 avril 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Lèpre enrayée par le changement de climat. — M. GUYON fait sur ce sujet la communication suivante :

La lèpre, comme on sait, est très-répandue sous les tropiques, dans les deux hémisphères, et c'est un des revers de ces belles contrées. A l'époque où j'y étais, une famille composée du père, de la mère et de trois enfants, venait de perdre l'aîné de ces enfants, de l'âge de dix à douze ans; il avait succombé à la lèpre tuberculeuse. Depuis, les parents étaient dans les plus vives inquiétudes sur le sort des deux autres, dont le dernier était encore à la mamelle.

Un jour que j'examinais, comme j'en avais été prié, le corps des deux enfants, je reconnus que tous deux présentaient déjà des indices de la maladie si redoutée. Le celer aux parents eût été assumer sur moi une grande responsabilité : je ne le fis point. Toutefois, en signalant le mal, j'en indiquai en même temps un remède à tenter, par le conseil de soustraire les jeunes malades à l'influence du climat et de les faire passer, aussitôt que possible, sous celui de la France. Je disais, pour appuyer mon avis, que le mal était un produit du pays, étranger à l'Europe, et qu'il en devait être de ce mal comme des plantes du même pays, plantes dont les semences, transportées en France, ne se développent pas, alors même qu'elles parviennent à germer.

La famille, qui était dans l'aisance, eut bientôt pris son parti; elle régla ses affaires, quitta le pays et vint se fixer en France. Il y a de cela plus de trente ans (1826). Eh bien, que s'est-il passé depuis? Ceci, que le mal s'est arrêté, qu'il a été enrayé... Je dis qu'il s'est arrêté, qu'il a été enrayé, *non qu'il a été guéri*, parce que ce qui en existait déjà, l'empreinte par laquelle il avait décelé sa présence, est restée ce qu'elle était, mais sans s'étendre davantage, pas même *d'une ligne*, on pourrait dire.

Cette empreinte consistait en des portions tégumentaires frappées d'insensibilité, et dont le siége et l'étendue étaient révélés par des taches sans altération de tissu apparente. Je dis *apparente*, car l'abolition complète de la sensibilité dans les parties dont nous parlons suppose nécessairement une altération du système nerveux, et cette altération doit être profonde, puisqu'elle persiste toujours dans la lèpre. C'est une désorganisation, une destruction, *une mort sans appel* de la trame nerveuse.

Ajoutons que, devenus adultes, les deux jeunes gens, l'un du sexe masculin, l'autre du sexe féminin, se sont mariés sous leur nouveau climat, qu'ils y ont eu l'un et l'autre des enfants des deux sexes, et que ces enfants sont tous remarquables par leur bonne et belle constitution. Ajoutons encore que chez les auteurs de leurs jours la maladie était accidentelle, qu'elle s'y était développée *accidentellement, spontanément*. Et, en effet, ni le père, qui était Européen, ni la mère, qui était créole, ni eux, ni leurs ascendants, n'ont jamais rien offert de la maladie de leurs enfants; ils ont même toujours joui de la meilleure santé avant comme depuis leur séjour en France. De plus, en France, ils ont encore eu deux enfants, un garçon et une fille, qui tous deux ont grandi et se sont mariés sans rien présenter de semblable à leurs aînés des tropiques, non plus que les enfants des deux sexes auxquels l'un et l'autre ont donné naissance.

Sans doute, il va sans dire que, pour obtenir du climat l'heureuse influence que je viens de rapporter, il faut y recourir de bonne heure, dès le début même du mal; car, une fois développé, il poursuit *impitoyablement* sa marche, à l'instar de la phthisie, dans les contrées les plus propres pourtant à en arrêter les progrès. Aussi est-ce en France, où il avait été envoyé trop tard, à une époque où la maladie s'était déjà tuberculisée, qu'est mort le frère aîné des deux jeunes gens, eux au contraire, si redevables à un changement de climat plus opportun.

Des deux observations que je viens de soumettre à l'Académie ressort suffisamment, je crois, et ainsi qu'elle en jugera sans doute, que *l'enrayement de la lèpre, son arrêt de développement*, si je puis m'exprimer ainsi, par un nouveau climat, est un fait désormais acquis à la science, et d'où résulte que si, *malheureusement*, il est toujours vrai de dire que la lèpre est *un mal incurable*, ce n'est plus qu'avec cette consolante restriction :

A moins que les sujets qui en éprouvent les premières atteintes ne soient soustraits SANS RETARD *au climat sous lequel ils les ont reçues.*

Physiologie des mouvements du cœur. — M. MILNE-EDWARDS, au nom d'une commission composée de MM. Flourens, Rayer, Bernard et Milne-Edwards, rapporteur, lit un rapport sur deux mémoires de MM. Chauveau et Marey, relatifs à l'étude des mouvements du cœur à l'aide d'un appareil enregistreur.

Après avoir rappelé les termes de la question en litige et les expériences de MM. Chauveau et Marey, que nos lecteurs connaissent déjà, M. le rapporteur en apprécie en ces termes les résultats :

L'expérience fut répétée, dit-il, par MM. Chauveau et Marey, en présence de la commission, et donna les résultats les plus nets. Les élévations de la courbe représentant les pulsations cardiaques se superposaient exactement à celles correspondant aux mouvements de contraction des ventricules, et ce fut dans l'intervalle compris entre le tracé de deux pulsations cardiaques que se plaçait toujours l'élévation de la courbe indicative des contractions des oreillettes.

D'après l'inspection de ces tracés, il nous parut évident que la systole des ventricules et la pulsation cardiaque déterminée par le choc du cœur contre les parois thoraciques, commencent et finissent toutes deux simultanément, tandis que la systole de l'oreillette commence et finit avant celle des ventricules.

Il est aussi à noter que le tracé correspondant aux variations de pression dans l'intérieur des ventricules décelait non-seulement le moment où ces cavités se contractent, mais aussi celui où la charge sanguine complémentaire est lancée dans cette portion du cœur par la systole auriculaire, phénomène auquel M. Beau avait attribué la pulsation cardiaque, et que la petite élévation dans la courbe déterminée de la sorte ne correspondait jamais avec le commencement du mouvement d'où dépend le choc du cœur.

Les vues de Harvey, dont la justesse nous semblait toujours peu contestable, se trouvent donc complétement confirmées par les expériences précises de MM. Chauveau et Marey. Ces jeunes physiologistes ont rendu visibles et faciles à constater des phénomènes dont l'observation était très-difficile, et leurs expériences nous semblent devoir faire cesser toute discussion sur ce point de l'histoire de la circulation du sang chez l'homme et les animaux qui se rapprochent le plus de lui par leur organisation. Il peut rester encore diverses questions à résoudre relativement à la manière dont la systole ventriculaire détermine la pulsation cardiaque, mais dans notre opinion il est aujourd'hui bien démontré qu'elle est la cause de ce phénomène. Les expériences de MM. Chauveau et Marey nous ont paru bien instituées et habilement exécutées. Enfin les résultats qu'ils en ont tirés ont de l'intérêt pour le diagnostic médical aussi bien que pour la physiologie. Par conséquent, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'approuver leur travail et d'en ordonner l'insertion dans le *Recueil des savants étrangers.*

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Physiologie de la vision. — M. GIRAUD-TEULON lit un mémoire dans lequel il s'est proposé d'étudier les causes et le mécanisme de

(1) Elle eut ultérieurement un chancre induré du mamelon, suivi d'accidents généraux.

certains phénomènes de polyopie monoculaire observables dans le cas de l'aberration physiologique du parallaxe et d'en faire l'application à la détermination des limites du champ de la vision distincte. Voici un extrait de ce mémoire :

On sait, dit l'auteur, qu'en optique mathématique on appelle *aberration de sphéricité*, la façon incorrecte et inégale dont les rayons émergents d'une lentille concourent à la formation du foyer.

Le système dioptrique de l'œil est-il soumis à cette même imperfection?

Les physiologistes et les physiciens ne sont point d'accord à cet égard.

C'est ce que M. Giraud-Teulon s'est proposé de résoudre dans ce mémoire.

Et d'abord, dit l'auteur, lors du fonctionnement physiologique, c'est-à-dire entre les limites de l'accommodation, en dehors de l'aberration de parallaxe, l'analyse des pinceaux lumineux, au moyen de l'optomètre de Scheiner, révèle une grande différence entre la marche de la lumière dans les lentilles ou dans notre œil. Dans les premières, les images données par la périphérie ne concordent jamais avec celles des régions centrales. Le cristallin, au contraire, donne toujours, dans ces mêmes conditions, des images concordantes et de même foyer.

La même étude appliquée à la marche des rayons lors de l'aberration de parallaxe dans l'emploi des lentilles, ou en dehors des limites de l'accommodation dans l'exercice de la vue, accuse bientôt des différences bien plus notables. Avec les lentilles homogènes de l'optique les images confuses se forment par un mélange de plus en plus inégal des cercles de diffusion, à mesure que l'on s'écarte davantage du point de la caustique linéaire faisant fonction de foyer ; lors de l'exercice de la vision, en deçà ou au delà des limites de l'accommodation, les cercles de diffusion sont compliqués de la présence d'images multiples de l'objet, phénomène connu des physiologistes sous le nom de diplopie ou, plus exactement, de polyopie monoculaire.

L'auteur reproduit ici la description classique de ce phénomène demeuré jusqu'ici sans explication ; il analyse ensuite expérimentalement, en éliminant une à une les circonstances qui le compliquent, ce phénomène singulier, et reconnaît que les images multiples observées dans les conditions de l'aberration de parallaxe fonctionnelle de l'œil sont exactement ce qu'elles seraient, à l'intensité près, si un optomètre de Scheiner à trous d'épingles multiples était dans ces circonstances interposé entre l'objet et l'œil.

Mais où est cet optomètre naturel? Quels sont ces points du système dioptrique de l'œil qui peuvent ainsi donner lieu à des images distinctes lors de l'aberration de parallaxe dans des états anatomiques normaux, en l'absence de toutes facettes cornéales ou de luxations du cristallin?

L'observation directe d'un petit point de la grosseur d'un trou d'épingle assez éclatant et visé dans des conditions artificielles de myopie ou d'hyperopie, c'est-à-dire en dehors des limites de l'accommodation, nous fait bientôt voir quels sont ces points. Ce sont les intersections deux à deux des scissures à étoiles hexagonales qui séparent normalement les fibres du cristallin.

La démonstration du mécanisme de la polyopie monoculaire, lors de l'observation de parallaxe, offre l'avantage de déterminer très-exactement la limite éloignée de la vision dans la myopie et sa limite rapprochée dans l'hyperopie. (Commissaires : MM. de Sénarmont, Bernard, Fizeau.)

Rôle physiologique de l'oxygène. — M. F. V. JODIN communique la première partie d'un mémoire intitulé *Du rôle physiologique de l'oxygène étudié spécialement chez les mucédinés et les ferments.*

Ce mémoire est la première partie d'un ensemble d'études chimico-physiologiques ayant pour objet les phénomènes corrélatifs de la vie de ces êtres organisés microscopiques, sur lesquels reposent actuellement tous les débats de la question des générations dites *spontanées.* (Nous reviendrons sur l'ensemble de ce travail lorsqu'il sera terminé.)

Nouveau mode de traitement de la gangrène. — M. LAUGIER adresse une lettre dont voici un extrait :

Une thèse d'un grand intérêt a été soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 25 février dernier, par M. Raynaud (Maurice). Dans cette thèse, qui a pour titre : *De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités*, il est dit que les parties gangrenées ont été soumises à l'analyse par M. Réveil, et que d'après ces analyses l'auteur est arrivé à cette conclusion : que le fait fondamental de la gangrène consiste dans la diminution ou l'absence de l'oxygène nécessaire à l'intégrité de la vie d'un tissu.

Chose remarquable, cette idée théorique, que M. Raynaud a essayé de démontrer avec beaucoup de talent, ne l'a conduit à aucune expérience autre que l'analyse chimique, propre à en démontrer l'exactitude, ni à aucun traitement en rapport avec cette idée, dont le mérite lui appartient incontestablement.

Un cas de gangrène spontanée, survenu dans mon service à l'Hôtel-Dieu au moment où je lisais la thèse de M. Raynaud, m'a fourni l'occasion d'une expérience qui est devenue un traitement d'une efficacité surprenante.

Le pied, dont un orteil était déjà mortifié en partie, et dont la peau sur le cou-de-pied était douloureuse, changée dans sa couleur et menacée elle-même de gangrène, a été placé dans un appareil simple, où le dégagement d'oxygène pur le tenait dans un bain de ce gaz sans cesse renouvelé. Le résultat prompt a été l'arrêt de la gangrène et le retour des parties menacées à l'état sain. L'élimination de l'eschare qu'offrait l'orteil a eu lieu, et la cicatrice est presque faite.

Un autre malade est entré dans mon service atteint de gangrène spontanée des deux derniers orteils du pied gauche. La peau voisine jusqu'à l'articulation du pied avec la jambe était rouge, douloureuse et menacée de mortification. Il y a quelques jours que le même traitement lui a été appliqué. Aujourd'hui la gangrène est restée bornée aux parties d'abord atteintes. La peau voisine est restée saine et n'offre presque plus de rougeur ; les douleurs ont beaucoup diminué : il y a lieu d'espérer une solution favorable, quoique le malade, comme le premier, soit âgé de soixante-quinze ans.

Ainsi, que l'idée de M. Raynaud soit juste ou ne le soit pas, il résulte des faits que je soumets à l'Académie que les bains d'oxygène pur arrêtent rapidement, au moins dans certains cas, la marche de la gangrène spontanée des extrémités. »

— M. PAPENHEIM, à l'occasion d'une communication récemment adressée à l'Académie par M. Kuehne, conteste les conclusions admises par cet observateur au sujet des nerfs de la cornée transparente. Il affirme que de nombreuses observations, publiées par lui et répétées devant des juges très-compétents, montrent que, contrairement à l'opinion de M. Kuehne, les nerfs de la cornée se terminent en arcades, et qu'ils entrent de tous côtés dans la membrane, et non pas seulement, comme semble l'indiquer M. Kuehne, dans son bord inférieur.

— M. ESMEIN présente à l'Académie un nouveau système d'aération pour les hôpitaux de Paris. Sa note est renvoyée à l'examen de MM. Velpeau, Rayer, Bernard,

— M. MALBRANCHE adresse un mémoire sur la statistique pharmaceutique, qu'il destine au concours pour le prix de statistique. (Renvoi à la future commission.)

— Les frères DORNER annoncent qu'ils possèdent un moyen de guérir le choléra, et proposent de le communiquer à l'Académie. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

Régénération des tendons. — M. VELPEAU présente au nom de M. Demeaux la note suivante sur la régénération des tendons :

Depuis 1841, 1842 et 1843, je n'ai cessé, dans ma pratique, de consigner avec le plus grand soin toutes les observations, tous les faits qui se rapportaient à cet important sujet.

J'ai suivi avec la plus scrupuleuse attention le travail remarquable que M. le professeur Jobert (de Lamballe) vient de communiquer à l'Académie des sciences ; j'en attendais avec impatience les conclusions, où je comptais trouver formulée la loi organique qui préside aux divers phénomènes que l'illustre académicien a exposés avec tant de méthode et de précision.

M. le professeur Jobert, dans ces deux passages de son remarquable mémoire, n'a signalé que des effets.

Le sang est la matière dont la nature se sert pour reproduire, pour régénérer la portion d'organe supprimée ; mais la structure de ce nouveau produit est subordonnée à des conditions, à des lois organiques dont le secret nous échappe.

Les tendons se régénèrent, se reproduisent au moyen de la membrane péri-tendineuse (je n'entends pas parler des gaînes synoviales, mais seulement des gaînes celluleuses), comme l'os se reproduit par la membrane périostique, comme une artère lésée se cicatrise et se régénère, si la suppression de l'impulsion de la colonne sanguine lui en laisse le temps, par sa tunique externe, par sa membrane péri-vasculaire (guérison des plaies artérielles par une compression longtemps prolongée).

L'épanchement du sang entre les deux bouts du tendon coupé n'est pas indispensable pour sa régénération, car, à défaut du sang extravasé, il se produit dans la plaie et par voie d'exhalation une substance lympho-plastique qui produit le même résultat.

La rapidité de la reproduction du tendon n'est pas subordonnée à la quantité de sang épanché, mais au degré de vascularisation de la gaîne celluleuse péri-tendineuse.

Je me borne aujourd'hui à formuler cette loi de la régénération des tendons, me réservant d'exposer plus tard, dans un travail plus étendu, les faits et les expériences qui en sont la base, et en même temps les considérations chirurgicales pratiques que l'on peut en déduire.

— M. VELPEAU communique au nom de M. Ciniselli, chirurgien à Crémone, une réclamation de priorité relative à la communication faite par M. Tripier sur un procédé de galvano-caustique fondé sur l'action chimique des courants continus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commission administrative de la Société centrale des médecins de France a prononcé, dans sa séance du 2 mai, l'admission des nouveaux membres qui suivent :

MM. Barthez (François), Bauche, Chenu, Chereau, Danjoy, Devergie, Alph. Guérin, Hedouin, Henry de Saint-Arnould, Hervieux, Hubert-Valleroux, Lebeau, Ratier, Real, Ch. Robin, Ségalas fils, Suquet.

— M. le docteur Baumers, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a succombé le 29 avril dernier à une longue et douloureuse maladie.

— La ville du Mans vient de perdre un de ses praticiens les plus distingués. M. Bachelier a succombé à une longue et douloureuse maladie, à l'âge de cinquante-huit ans.

— M. Giovanni Romano, médecin génois, vient de mourir à Constantinople, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera le second semestre de son cours au Collége de France, le mercredi 7 mai, à midi et demi, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

— M. le docteur Constantin James ouvrira son cours mardi, 6 mai, à huit heures du soir, au Cercle des Sociétés savantes, 3, quai Malaquais, et le continuera le mardi de chaque semaine à la même heure. Le professeur fera l'histoire des maladies pour lesquelles on se rend aux eaux, indiquant tout spécialement les sources les mieux appropriées à leur traitement. Le cours est public.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 54. — JEUDI 8 MAI 1862. (35e ANNÉE.) N° 54. — JEUDI 8 MAI 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 MAI 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion du rapport de M. Poggiale sur la pulvérisation des eaux minérales et médicamenteuses, engagée mardi dernier par M. Durand-Fardel, après quatre mois d'inscription, a été continuée dans la séance d'hier par un discours de M. Trousseau, et sera close, suivant toute apparence, dans la prochaine séance, par la réponse de M. Poggiale, personne n'ayant demandé la parole à la suite de ces deux orateurs.

Nous ajournerons donc à huitaine les quelques réflexions que pourra nous susciter ce court débat.

L'Académie n'en a pas fini encore avec l'hygiène des hôpitaux; ainsi que nous l'avions pressenti, la lettre par laquelle le ministre d'État demandait un résumé de la discussion a été suivie d'une seconde lettre qui met l'Académie en demeure de formuler ses conclusions sur la question. Une commission, dont nous donnons la composition dans le compte rendu de la séance, est chargée de rédiger le projet de réponse au ministre. La composition même de cette commission fait augurer encore une nouvelle discussion.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE REIMS. — M. LANDOUZY.

Diabète sucré; diabète non sucré; fréquence du diabète sucré chez les gens d'une constitution robuste.

(Leçon recueillie par M. BENOIST, interne du service.)

Messieurs,

Les cinq diabétiques que vous avez actuellement sous les yeux donnant matière à des considérations d'ensemble qui seraient inopportunes au milieu des salles, nous avons dû faire aujourd'hui la leçon à l'amphithéâtre, au lieu de la faire, selon notre habitude, au lit même des malades.

Voilà, d'ailleurs, plus d'un mois que ces faits sont soumis à votre examen journalier, et il est temps de généraliser pour votre instruction les données spéciales qui en découlent.

Une circonstance vous frappe tout d'abord; c'est cette réunion de cinq cas simultanés d'une affection assez rare, surtout dans les hôpitaux.

Mais remarquez qu'il en est ainsi de la plupart des maladies que nous voulons particulièrement étudier, et que ce chiffre de cinq diabétiques dans le même service n'indique pas le moins du monde la fréquence absolue de l'affection, mais seulement le soin que prennent les internes d'envoyer à la clinique les maladies rares ou les maladies en cours spécial d'observation.

Ajoutons cependant qu'une fois l'attention éveillée sur une question nouvelle pour vous, vous saisissez au passage les cas semblables, et que parmi ces cas il en est qui vous eussent échappé en temps ordinaire; témoin ce jeune garçon envoyé de la prison, il y a quinze jours, et chez lequel les symptômes étaient certainement trop peu évidents pour vous frapper de suite, si déjà vous n'aviez eu trois diabétiques dans les salles.

Le diabète, en effet, est l'une des maladies les plus méconnues, malgré l'extrême facilité du diagnostic.

La plupart des sujets continuant à bien manger, à bien digérer et à se livrer à leurs travaux habituels, n'éprouvent en général, au début, que des accidents trop légers pour les préoccuper.

Cet appétit exagéré, ils le regardent comme un signe de parfaite santé; cette soif ardente, comme le résultat de ce fort appétit; ce besoin incessant d'uriner, comme la conséquence du besoin de boire, et, quant à l'amaigrissement, quant à l'affaiblissement, ils surviennent quelquefois si lentement, qu'ils peuvent rester pendant des mois ou des années inaperçus.

Les ouvriers, les cultivateurs ne consultent guère que quand l'augmentation de la faiblesse a fini par rendre tout travail impossible, et les gens éclairés eux-mêmes rendent souvent depuis longtemps d'énormes quantités de sucre sans s'en douter, et sans se préoccuper beaucoup des accidents généraux, qui augmentent graduellement.

C'est que, d'une part, comme je vous l'ai déjà plusieurs fois signalé, le diabète n'atteint que les gens robustes qui peuvent perdre beaucoup sans être sensiblement affaiblis, et que, d'une autre part, ces pertes incessamment réparées par une alimentation abondante, n'amènent qu'à la longue des désordres caractérisés.

Il en résulte que le diagnostic du diabète a lieu souvent de la manière la plus fortuite.

Il y a quelques années, je causais dans une soirée avec un de mes clients, âgé de trente-cinq ans, de la plus belle stature, de la plus belle corpulence, et dont tout le monde eût envié la santé. On avait passé plusieurs plateaux de rafraîchissements, et comme après un troisième verre d'eau je m'étonnais de le voir recommencer encore : « Mais, docteur, me répondit-il, ce n'est rien pour moi que ces quelques verres d'eau sucrée! Tout à l'heure je vais trouver dans ma chambre deux carafes bien pleines, l'une pour boire en me déshabillant, et l'autre pour la nuit. »

Notez que j'allais à chaque instant, comme médecin, chez lui, et que jamais il ne m'avait dit un mot de cette soif maladive. A quelques réponses qui me prouvèrent qu'il maigrissait un peu, qu'il s'affaiblissait manifestement, je demandai à examiner l'urine; elle contenait 75 grammes de sucre par litre.

Il y a quinze jours, j'étais, dans le département de l'Aisne, près d'un enfant malade. La mère, âgée de trente ans, d'une excellente santé apparente, et surtout d'un notable embonpoint, se fait apporter un grand verre de limonade et le boit avidement tout d'un trait. Frappé de cette sorte d'infraction aux usages, je lui demande si elle n'est pas souffrante. Elle me répond qu'elle est très-bien portante, mais qu'elle a presque toujours soif, sans doute parce qu'elle mange beaucoup. Sur mon insistance, j'apprends qu'elle a les gencives ramollies et douloureuses, et le lendemain je vous apportais à la clinique un flacon d'urine où vous constatiez au polarimètre 30 degrés, c'est-à-dire plus de 60 grammes de glycose par litre.

Vous le voyez, sans le hasard qui m'a rendu témoin de cette soif insolite, voilà deux diabètes qui auraient continué à s'accroître peut-être encore longtemps. Traités immédiatement, ils ont aussitôt diminué; mais ils reparaissent très-vite et très-intenses au moindre écart de régime.

Au sujet de ces apparences trompeuses d'une parfaite santé, il y a longtemps que je vous fais remarquer la longue persistance de l'embonpoint chez les diabétiques et la dangereuse sécurité que cet embonpoint peut produire. Mais un fait sur lequel j'ai déjà insisté près de vous et sur lequel je veux insister encore, parce que je ne le crois indiqué nulle part, c'est la constitution primitivement robuste de la plupart des diabétiques chez les deux sexes.

Il y a trois ou quatre ans que, dans une semblable leçon, je vous citais un grand nombre de cas qui tous avaient trait à des gens d'une forte complexion et d'un notable embonpoint. Depuis, j'ai continué à vérifier cette remarque, et soit par ce que nous avons vu ensemble à l'Hôtel-Dieu, soit par ce que j'ai vu dans mes consultations, soit par ce que j'ai su en interrogeant mes confrères, je n'hésite pas à établir comme règle générale que le diabète sucré affecte principalement les sujets robustes, bien constitués et doués d'embonpoint.

Or, je vous le faisais pressentir tout à l'heure, cette forte complexion, cette apparence d'une excellente santé, sont une source d'erreurs dans le diagnostic.

Qu'un de ces sujets, en apparence si bien portants, aille consulter un médecin, celui-ci, s'il se rappelle ses livres où l'amaigrissement occupe le premier rang parmi les symptômes du diabète, ou s'il n'a vu que des diabètes déjà parvenus à l'état de marasme, comme cela arrive presque toujours dans les hôpitaux, ne songera guère à la glycosurie, qu'on ne se représente en général que comme une affection éminemment cachectique.

Une malade se plaindra de prurit incommode à la vulve, elle sera traitée pour un eczéma. Un malade se plaindra de ramollissement douloureux des gencives, il sera envoyé au dentiste; un autre de sécheresse insupportable de la bouche et de la gorge, il sera traité pour angine ou stomatite chroniques; un autre accusant d'incessants besoins d'uriner, l'attention sera portée vers les reins, la vessie, la prostate ou l'urèthre; un autre d'incessants besoins de boire, l'attention sera portée vers l'estomac.

Je connais des erreurs de ce genre que je n'oserais pas vous rapporter, tant elles vous paraîtraient invraisemblables.

J'ai vu un homme, très-éclairé cependant, traité pendant cinq ans pour une gastrite (c'était alors le plein règne théorique de cette maladie, si exceptionnelle aujourd'hui); il commençait à s'affaisser sous l'influence du mal et du traitement, lorsque allant

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE L'YONNE.

La Société de médecine et de prévoyance du département de l'Yonne a tenu le 1er mai sa séance trimestrielle à Auxerre. Après un discours du président, qui appelle l'esprit de concorde et de conciliation parmi les médecins, comme favorable aux progrès de l'art, comme avantageux au bien de l'humanité, on a entendu un habile résumé des travaux de l'année par M. Duché, secrétaire général.

Le dernier bulletin de la Société renferme une série de bons mémoires, parmi lesquels nous distinguons celui du vénéré doyen de notre chef-lieu, le docteur Paradis, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, sur la diphthérite épidémique qui a régné dans l'arrondissement d'Auxerre et qui a fait un grand nombre de victimes. M. Paradis a constaté l'avantage de la cautérisation avec l'azotate d'argent. Ce caustique a mieux réussi que tout autre, à la condition d'enlever successivement les parties sphacélées. M. Paradis ajoute que le soufre paraît avoir réussi à M. le docteur Duché, ainsi que le perchlorure de fer, pour faire tomber les couches diphthéritiques et prévenir de nouvelles formations.

Un membre de la Société, M. le pharmacien Ravin, a fait hommage d'un ouvrage portant le modeste titre de *Catalogue raisonné des plantes du département de l'Yonne*. Nous en offririons un extrait analytique si l'espace nous le permettait. Ce livre, à côté du magnifique ouvrage de Loret et Duret (1831), composera la flore complète de l'ancienne Bourgogne.

M. Ravin dit, au point de vue botanique : On peut établir quatre régions qui serviront de base pour étudier la distribution géographique des plantes de l'Yonne :

1° La région granitique, qui comprend la partie sud de l'Avallonais, depuis Pontaubert jusqu'à la Nièvre;

2° La région jurassique, qui s'étend dans le Centre et l'Est, depuis Avallon jusqu'à Auxerre, et de Châtel-Censoir jusqu'à la Côte-d'Or;

3° La région crétacée, qui occupe la partie nord du département;

4° La partie sableuse, à l'ouest.

L'auteur ne prétend pas que chacun de ces terrains ne renferme que des plantes spéciales; mais il maintient qu'il en existe un assez grand nombre qui les caractérisent et leur donnent une végétation particulière.

Nous pourrons peut-être un jour donner quelque développement, dans la *Gazette des Hôpitaux*, à un important travail de statistique sur l'Asile d'Auxerre, inséré dans le *Bulletin*, par M. le docteur Rousseau, médecin adjoint de l'Asile, en 1861.

Cet Asile est d'une date bien reculée; mais on peut affirmer qu'il ne reste plus rien de l'ancien édifice, et qu'il est réellement la création de M. le docteur Girard de Cailleux, notre collègue. Mais que de luttes M. Girard a eu à soutenir contre de mesquines passions! Heureusement il fut constamment défendu, protégé par les premiers magistrats du département, et notamment MM. Haussmann et Boitelle.

Les plans de cette admirable création furent d'abord approuvés par M. Haussmann, qui, comme nous l'avons dit ailleurs, a transformé en temple d'Hygie la Lutèce parisienne. Là aussi on a opposé à ce prodige, la gloire de notre siècle, quelques idées mesquines.

Encore quelques heures, et le fléau des épidémies, s'il atteint la capitale, ne pourra s'impatroniser d'une manière durable dans une cité inondée d'air et de lumière!

Encore quelques heures, et des torrents d'eau pure viendront, comme à Rome, qui en a dix fois plus que notre capitale, verser leurs flots purs et bienfaisants sur la reine du monde civilisé!

Dr BALLY.

consulter Chomel, celui-ci s'écrie, rien qu'à la vue de la chemise empesée par le sucre : *Mais vous avez le diabète!*

J'ai vu, avec M. Bouchardat, un enfant de treize ans traité depuis deux ans pour le ver solitaire.

J'ai vu, avec M. Rayer, traitée pendant quatre mois pour une grossesse commençante, une jeune femme qui n'était pas enceinte et qui était glycosurique depuis plus d'une année.

J'insiste donc sur ce point, à savoir, que la glycosurie reste parfois longtemps méconnue, et que l'une des causes de cette erreur c'est la persistance de toutes les apparences d'une bonne santé. La glycosurie rebelle finissant toujours par produire l'état cachectique, les praticiens ont trop devant les yeux ce tableau du mal à sa dernière période, et en présence d'un sujet encore bien portant, l'idée du diabète ne leur vient pas à l'esprit.

C'est que, d'ailleurs, la maladie ne se manifeste pas toujours par une grande soif, par un grand appétit et par une miction abondante. Quelquefois la faim est à peine augmentée; quelquefois elle est diminuée. Quelquefois l'urine ne dépasse pas la quantité normale; quelquefois elle a de la couleur; quelquefois elle a de l'odeur; quelquefois enfin un affaiblissement général, sans lésion appréciable d'aucun organe, est le seul accident qui puisse vous mettre sur la voie.

J'ai vu un confrère qui n'avait pour tout signe qu'un goût sucré, une salivation insupportable et un certain degré de faiblesse qui ne l'avait cependant pas arrêté un instant. Inquiet de cette persistance de la saveur sucrée, et n'étant plus bien au courant des procédés d'analyse, il vint me trouver, et nous constatâmes une trentaine de grammes au saccharimètre.

Le prurit à la vulve est quelquefois pendant longtemps le seul accident manifeste chez les femmes; d'autres fois, c'est seulement un certain état scorbutique des gencives; d'autres fois, c'est seulement l'affaiblissement général, et surtout l'affaiblissement des facultés génésiques.

Si vous interrogez les malades, vous constatez ordinairement quelques autres signes généraux : la faim, la soif ardente, la polyurie, l'amaigrissement, etc.; mais quelquefois un ou deux seulement de ces phénomènes.

L'albuminurie peut coïncider avec la glycosurie; j'en ai publié des observations, et c'est encore là une source d'erreurs. Le médecin trouvant, en effet, dans la présence de l'albumine la raison suffisante des accidents, néglige de porter plus loin ses investigations, et l'affection accessoire se trouve traitée, dans certains cas, pour l'affection principale.

Au moindre symptôme, examinez donc l'urine.

Un peu de chaux, un peu de potasse suffisent pour une épreuve sommaire. Chauffés avec l'urine, ces réactifs qu'on trouve partout donnent une teinte d'autant plus foncée qu'il y a plus de sucre.

Les procédés de MM. Maumené, Luton, Barreswill, Felhing, Bernard, Bœttger, etc., donnent aussi et très-facilement des indications probantes.

Il en est de même du densimètre, dont quelques praticiens se servent même uniquement.

Mais outre que les meilleurs de ces procédés ne donnent que très-imparfaitement la proportion exacte de sucre, ils ne sont pas exempts de chances d'erreurs. Ils peuvent faire croire à la présence du glucose lorsqu'il n'y en a pas un atome, et à son absence lorsqu'il en existe des traces notables.

Continuez donc à vous servir, comme vous le faites ici, de l'admirable instrument de Biot, d'une précision toute mathématique et d'un maniement tellement simple, qu'en moins de cinq minutes les plus novices d'entre vous arrivent à déterminer d'une manière rigoureuse la qualité et la quantité du sucre.

Non que je regarde comme nécessaire que vous possédiez cet appareil. Dans les cas bien tranchés, le polarimètre n'a évidemment qu'une utilité restreinte, et la potasse, la chaux, les liqueurs cupro-potassiques, donnent des indications suffisantes pour apprécier la marche de la maladie. Mais lorsqu'on veut s'assurer qu'il n'y a plus trace de sucre, ou lorsque, voulant juger l'effet d'une médication, on a besoin d'un dosage précis, alors le polarimètre reste le moyen le plus facile et le plus sûr. Dans les observations destinées à la science, il devrait être seul employé, car seul il peut donner des résultats comparatifs. Dans les cas de nature douteuse, il peut seul aussi trancher nettement la question, et vous venez d'en voir la preuve deux fois en quinze jours.

En effet, à côté de ces trois glycosuriques que vous avez vus entrer à la clinique rendant chaque jour plusieurs bassins d'urine fortement sucrée, sont venus, comme tout exprès, pour compléter votre étude, deux diabètes non sucrés du plus haut intérêt : l'un, placé au n° 2 de la salle Saint-Remy, jeune garçon de quinze ans, d'un faible appétit, qui boit chaque jour six à huit litres d'eau et qui urine à proportion; l'autre, couchée au n° 18 de la salle Sainte-Balsamie, forte femme de trente-sept ans, d'un appétit dévorant, qui rend six litres d'urine et boit six litres d'eau.

Nulle différence remarquable, au premier abord, entre ces cinq diabétiques. Aussi, en voyant chez ces deux derniers l'exagération de la soif, l'abondance et la limpidité des urines, ne doutiez-vous pas que nous n'ayons là deux glycosuries de plus.

Mais, dans ces deux derniers cas, et contrairement à ce qui était arrivé dans les trois premiers, l'urine bouillie avec la potasse ou la chaux restait sans couleur; bouillie avec la liqueur de Barreswill elle restait d'un beau bleu; précipitée par l'acétate plombique et examinée au polarimètre, elle laissait l'index à zéro.

Il fallut ce dernier résultat, et encore il fallut qu'il fût constaté à plusieurs reprises pour vous convaincre que dans cette urine si incolore, si inodore et si abondante, il n'y avait pas un atome de sucre et qu'il s'agissait ici de deux diabètes insipides.

Or, ce sont là des cas rares, beaucoup plus rares que les cas de diabète sucré, et nous devons nous y arrêter un instant.

Dans le cours des maladies aiguës la polyurie se confond avec la polydipsie. Le mouvement fébrile en augmentant momentanément la soif augmente la sécrétion urinaire; c'est là un fait vulgaire et qu'on n'a pas l'idée de ranger dans la classe des flux morbides. Mais que tout à coup, sans fièvre aucune, sans cause traumatique, sans lésion appréciable d'aucune fonction, la soif et l'urine viennent à s'accroître d'une façon permanente et sans trace de sucre, il y a alors un phénomène insolite qui n'est lié à aucun trouble bien connu de l'économie, et qu'on a appelé *diabète*, de δια-βαινω, car il est, sauf la présence du glucose, presque complétement identique avec le diabète sucré.

Or, avant d'aller plus loin, qu'est-ce que le diabète sucré?

C'était autrefois, selon les théories des humoristes ou des solidistes, une altération du sang, de l'estomac ou des reins. Grâce aux magnifiques découvertes de M. Cl. Bernard, c'est aujourd'hui une altération de la fonction glycogénique du foie.

Le foie, vous le savez, ne sécrète pas seulement la bile. Au fond des cellules hépathiques, l'illustre physiologiste a trouvé une matière analogue à l'amidon, matière qu'il a appelée glycogène, parce que, effectivement, sous l'influence de la vie, elle se transforme incessamment en sucre. Ce sucre, apporté dans la veine-cave par les vaisseaux efférents du foie, c'est-à-dire par les veines sus-hépathiques, se trouve, en dehors de l'acte de la digestion, presque entièrement détruit à son arrivée dans le cœur droit. Mais vienne l'acte de la digestion, et alors l'activité de la fonction glycogénique augmente; la production du glucose devient supérieure à sa destruction, et on le retrouve dans tout le système de la circulation sanguine, qu'il ne franchit jamais à l'état de santé.

Vienne une exagération morbide dans la fonction glycogénique, alors le sucre se manifeste dans les principales sécrétions et particulièrement dans l'urine.

Cette exagération est-elle primitive dans le foie? Y est-elle déterminée consécutivement par une altération du système nerveux? Je suis pour cette dernière opinion, et il suffit de se rappeler la brillante expérience de Bernard sur la piqûre du quatrième ventricule, sur la section de la moelle, au-dessus des filets du trisplanchnique, et de rapprocher ce résultat des effets produits par les impressions morales sur la marche du diabète sucré, pour demeurer convaincu que c'est là une affection primitivement nerveuse.

Maintenant, qu'est-ce que le diabète non sucré?

Aucune des expériences de M. Bernard, il me le répétait encore dernièrement, n'a pu le lui apprendre, et la plus profonde obscurité reste sur la nature intime de cette maladie.

Et d'abord, le glucose est-il véritablement absent dans le diabète non sucré? Y serait-il seulement masqué, comme le veulent quelques observateurs? Pour nous, l'extrême diminution de la densité de l'urine résout la question négativement. Il n'y a trace d'aucune sorte de sucre dans l'entité morbide appelée diabète non sucré.

La polyurie est-elle, dans ces cas, le résultat de la polydipsie? La polydipsie est-elle le résultat de la polyurie? En d'autres termes, y aura-t-il polyurie quand les malades urinent plus qu'ils ne boivent, polydipsie quand ils boivent plus qu'ils n'urinent? Ce ne sont là, il me semble, que de pures questions de mots; car la plupart du temps il y a proportion à peu près égale entre les deux phénomènes. Aussi trouvons-nous prématuré le changement de nom adopté aujourd'hui dans les livres, et conservons-nous la dénomination de *diabète non sucré*, qui ne préjuge rien ni sur le mécanisme ni sur la nature de la perturbation.

Que s'il fallait changer le langage usuel, nous devrions préférer de beaucoup le mot polydipsie au mot polyurie, adopté dans l'excellent ouvrage de M. Grisolle. Cette dernière dénomination, en effet, semble indiquer un trouble primitif et principal de la fonction urinaire, tandis que tout nous prouve, au contraire, que le trouble primitif et principal part du système nerveux pour agir de là sur les fonctions digestives, en diminuant beaucoup l'appétit et en augmentant considérablement la soif.

Si même j'en juge par les faits cliniques, le diabète non sucré paraîtrait dériver d'une lésion qui atteindrait plus profondément l'encéphale que la glycosurie.

Un rapprochement me frappe, en effet, chez ce jeune garçon du n° 2 de la salle Saint-Remy, atteint de diabète non sucré : c'est qu'il a une intelligence très-faible et qu'il vient d'être condamné pour vol!

Or, il y a huit ans, se trouvait dans cette même salle un autre jeune garçon de seize ans, également atteint de diabète non sucré, d'une intelligence également très-faible, et également condamné pour vol. (Je l'ai fait gracier immédiatement en rapportant sa mauvaise action à sa mauvaise santé). Ce jeune homme, qui habite Fismes, et qui a aujourd'hui vingt-quatre ans, boit encore vingt litres d'eau par jour : il urine à proportion, et il n'a qu'un appétit très-modéré. Son urine, qui vient de nous être envoyée, ne contient pas trace de sucre, et elle marque seulement 98 au densimètre de Gay-Lussac, comme vous l'avez constaté à l'instant. L'état général est bon; mais l'intelligence est restée aussi nulle, et il ne peut être employé qu'à de petits travaux manuels dans la maison.

Si, d'un autre côté, je rapproche de ces deux jeunes gens trois jeunes filles, l'une de quinze ans, que j'ai vue en 1850 avec M. Rostan, l'autre de viugt-deux ans, que j'ai vue avec M. Amstein, l'autre de onze ans, que j'ai vue après M. Bassereau, toutes trois affectées de diabète non sucré, toutes trois privées d'appétit ou ne mangeant qu'avec caprices, toutes trois très-intelligentes, mais atteintes de manies inexplicables qui nous ont vivement frappé, je persisterai plus encore dans l'opinion que cette maladie, mal connue et très-peu étudiée jusqu'ici, prend surtout naissance sous l'influence d'un trouble cérébral.

Les expériences de M. Cl. Bernard confirmeraient presque, d'ailleurs, cette manière de voir, car, bien qu'elles n'aient rien résolu sur la nature intime du diabète insipide, vous vous rappelez cependant que l'illustre physiologiste produisait presque à volonté le diabète sucré ou le diabète insipide, selon qu'il piquait exactement le milieu du plancher du quatrième ventricule ou seulement au-dessus des nerfs acoustiques.

Dans le diabète non sucré du n° 18 de la salle Sainte-Balsamie, vous avez observé aussi certains désordres momentanés du moral et de l'intellect, puisque cette femme vous a dit qu'elle avait l'idée de voler pour satisfaire sa faim. Mais ici le cas n'est pas aussi simple. C'est même un des plus complexes qui se puissent observer, puisqu'il y a en même temps hystérie ancienne, ancienne hématémèse supplétive des règles, et enfin grossesse de huit mois.

La grossesse est-elle ici cause de la boulimie? Cela est probable, car la boulimie, qui est la règle dans la première période du diabète sucré, doit être une rare exception dans le diabète non sucré, où se manifeste bien plutôt une anorexie rebelle.

En raison de cette complexité d'accidents, je ne voudrais tirer de ce dernier cas de la salle Sainte-Balsamie aucune induction rigoureuse, mais il devait cependant être consigné ici à titre de renseignement.

Quel traitement adopter pour ces deux malades atteints de diabète insipide?

La femme du n° 18 étant près d'accoucher et conservant ses forces malgré la polyurie et les vomissements de sang quotidiens, nous nous sommes borné à prescrire le sesquichlorure de fer et des boissons astringentes. Au bout de trois jours de ce traitement, l'hématémèse avait disparu, et le surlendemain, à la visite, vous avez trouvé cette femme presque cyanosée, anhélante, réclamant à grands cris qu'on lui rendît son hémorrhagie, sans laquelle elle allait périr étouffée. Les astringents furent suspendus, l'hémorrhagie revint avec son abondance et sa périodicité ordinaires, et la malade se trouve très-bien aujourd'hui, vomissant toujours plus d'un litre de sang noir, caillebotté et fétide, buvant toujours six litres d'eau et rendant toujours six litres d'urine non sucrée par vingt-quatre heures.

Nous nous bornerons donc ici à la simple médecine des symptômes.

Le jeune garçon du n° 2 manquant d'appétit et se plaignant d'une certaine souffrance épigastrique pendant les digestions, nous avons employé successivement la codéine, la pepsine, la noix vomique, l'hydrothérapie. L'appétit a notablement augmenté, puisqu'il mange aujourd'hui les trois quarts; mais la soif est toujours aussi intense, l'urine aussi abondante et aussi légère, car elle ne marque que 100 au densimètre.

Quel sera notre pronostic? Le diabète non sucré paraît sans danger pour la vie et sans influence rapide sur la détérioration de la constitution; mais aussi il semble d'une désespérante ténacité. Les observations précises que possède la science sont trop peu nombreuses pour en tirer sur ce point aucune conclusion rigoureuse. Quant à moi, je n'ai vu qu'un seul cas de guérison confirmée, et encore reste-t-on, comme dans le diabète sucré, dans la crainte d'une récidive. Soyez par conséquent dans ces cas très-sobres de promesses, malgré les améliorations apparentes, et redoutez une puissante résistance à tous les remèdes.

(*La fin à un prochain numéro*).

OBSERVATION D'UN CAS DE GROSSESSE

avec persistance de la membrane hymen.

Par le docteur Emile EMOND.

Dans le courant de l'année dernière M. X... vint me consulter sur l'état de grossesse de sa femme. Elle était enceinte d'environ six mois et demi, bien que *ses rapports avec elle* n'eussent pas été complets jusque-là, à cause de *l'étroitesse* des parties et d'un obstacle insurmontable placé à l'entrée du vagin.

Sur sa demande, je me rendis le lendemain auprès d'elle, et voici ce que je constatai :

Mme X... a vingt-sept ans, elle est brune et d'une bonne constitution; elle a été réglée à seize ans, et depuis cette époque les menstrues sont toujours venues régulièrement et sans douleur; jamais elle n'a été malade. Elle est mariée depuis sept mois, et les tentatives de coït lui ont toujours occasionné la plus vive douleur. Cependant le développement de son ventre et les mouvements du fœtus lui donnent la certitude qu'elle est enceinte. Elle voit arriver avec épouvante le terme de sa grossesse, parce qu'elle croit ne pas être faite comme les autres femmes.

Puis passant à l'examen des parties, je trouvai au-dessous du méat urinaire, à 2 centimètres à peu près de l'entrée du vagin, un diaphragme complétement circulaire, perforé à son centre d'une ouverture qui aurait à peine laissé passer la pulpe du petit doigt. Cette cloison fibreuse et comme charnue, plus solide et plus résistante qu'à l'ordinaire, était tendue lorsqu'on écartait les grandes lèvres et opposait un obstacle insurmontable aux efforts du mari. Les papilles

tactiles de la face interne des grandes lèvres, qui se prolongeaient sur elle, lui donnaient un haut degré de sensibilité.

Je rassurai Mme X... sur la possibilité d'un accouchement difficile, et lui proposai de la débarrasser de suite de cet obstacle à la sortie du fœtus; mais elle refusa, et préféra attendre l'époque de ses couches.

En effet, deux mois et demi après, j'incisai la membrane, et une application de forceps triompha de l'étroitesse des parties.

J'eus depuis l'occasion de revoir ma cliente et de me convaincre, bien qu'on l'ait nié, que les caroncules myrtiformes sont bien les débris de la membrane hymen. J'ai trouvé vers le pourtour de l'entrée du vagin quatre petites rugosités libres, de couleur rosée et placées suivant l'insertion primitive de la membrane.

ÉCLAMPSIE ET DIARRHÉE CHRONIQUE.

Guérison par l'usage des eaux de La Malou du Centre;

Par M. le docteur Lacroix (de Béziers.)

Les lecteurs de ce journal peuvent se rappeler que j'ai publié l'année dernière une observation remarquable de vomissements incoercibles chez une femme enceinte, qui ont été guéris par l'usage des eaux de La Malou (source Bourges).

Les perturbations de l'innervation, qui sont si fréquentes dans l'acte physiologique de la gestation et quelquefois si graves, reconnaissent-elles la même cause initiale? C'est un point de doctrine que je ne chercherai pas à élucider. Mais le succès obtenu en 1861 m'a engagé à faire usage du même moyen dans une névrose différente, et un nouveau succès est venu couronner mes espérances.

Mme Eug. F..., de Béziers (Hérault), fut atteinte d'un premier accès d'éclampsie pendant le septième mois de sa grossesse; l'accès ne fut pas très-violent, mais il nécessita une saignée générale. Quinze jours après, de nouveaux symptômes de convulsions éclamptiques survinrent. La malade sent une défaillance d'estomac, coïncidant avec un mouvement d'enfant; elle perd connaissance pendant quelques secondes seulement, mais ses yeux dévient de leur axe; ses lèvres tremblent et ses mains se tordent. — Nouvelle saignée.

Chose singulière, Mme F... accoucha au mois de janvier 1861 d'un enfant magnifique, très-gros, et pendant les douleurs elle n'eut pas le moindre accès d'éclampsie.

Un mois après, jour pour jour, Mme F... éprouve une convulsion très-forte. A partir de ce moment, l'estomac perd l'intégrité de ses fonctions; l'appétit diminue; les forces s'en vont; néanmoins la malade continue à vouloir nourrir son enfant jusqu'à la fin de mai. Il ne s'écoule jamais un espace de huit jours sans que Mme F... ait au moins une convulsion, quelquefois deux dans le même jour.

Je n'ai pas besoin de rappeler tout ce que j'ai fait, mais en vain, sous le rapport thérapeutique : je crois n'avoir rien négligé.

Le 8 juin, je dirige Mme F... sur les bains de La Malou (source Bourges), et je lui recommande de faire usage de ces eaux en bains et en boisson.

Mme F... est revenue de *La Malou du Centre* parfaitement guérie. Pendant son séjour elle a eu quatre convulsions graduées; depuis son retour nous n'avons plus rien eu à observer. Dix-huit bains et l'usage continu des eaux en boisson, ont suffi pour cette cure remarquable.

L'enfant n'était pas sevré le 14 janvier 1862.

Je pourrais, à la suite de cette observation, en citer une autre dans un autre ordre de faits; la guérison dans ce cas doit être surtout attribuée à l'usage des eaux en boisson.

M. C..., douanier des environs de Montpellier, après avoir longtemps et infructueusement combattu par les moyens thérapeutiques appropriés une diarrhée excessivement intense, se voyait réduit à un état de marasme tel que sa famille craignait pour ses jours; il présentait tous les symptômes d'une lésion organique des intestins, et avait dû complétement cesser son service au mois de juillet 1861. Sur mes indications M. C... alla passer un mois aux eaux de La Malou du Centre, et une amélioration sensible ne tarda pas à se manifester. A son retour, M. C... avait pris de l'embonpoint et se considérait comme guéri : il n'allait à la selle qu'une fois dans les vingt-quatre heures, et les matières étaient bien moulées. Depuis cette époque le malade est entièrement revenu à la santé.

Ces deux faits si concluants nous ont paru dignes d'être rapportés : c'est en propageant les observations et les moyens employés qu'on arrivera à faire que la thérapeutique ne soit point une lettre morte. Lorsque l'on songe à tous les résultats qui peuvent être retirés de l'intervention hydrologique, on s'explique la marche ascensionnelle de la plupart de nos établissements thermaux.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mai 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département des Basses-Alpes. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de M. Verneuil et de M. Deschamps, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

2° Une note sur un procédé de ventilation des hôpitaux, par M. le docteur Sbrimpton.

3° Une lettre relative à une préparation médicinale nouvelle désignée sous le nom de *café goudron*, par MM. Trayon et Delacroix. (Commissaires, MM. Caventou et Bouchardat.)

4° Une note sur un procédé propre à dépouiller la fumée de tabac de la nicotine, par M. de la Tour-du-Pin. (Commissaire, M. Gavarret.)

5° Une statistique générale des médecins et des pharmaciens de la France, par M. Delarue (de Dijon).

6° M. J. Charrière adresse la lettre suivante :

« Dans la dernière séance de l'Académie, M. Durand-Fardel, comparant l'instrument pulvérisateur que je fabrique avec un autre, a dit que celui-ci avait l'avantage de moins refroidir les liquides pulvérisés.

» Permettez-moi de répondre à cette assertion, qu'il suffit de voir fonctionner ces deux instruments pour rectifier cette erreur de simple physique.

» Nos pulvérisateurs opèrent par le choc d'un filet capillaire de liquides contre un disque, et pour ainsi dire dans la bouche du malade.

» L'autre pulvérisateur opère par la ventilation forcée à la distance d'au moins 40 centimètres de la bouche du malade.

» M. Sales-Girons ayant à opter dans le principe, a préféré le nôtre, par la raison que celui qui souffle vivement les liquides pour les pulvériser, les refroidit par le fait même, et évente les médicaments.

» Du reste, toutes les expériences du savant rapport de M. Poggiale justifient ces prévisions. »

7° M. Sales-Girons adresse la lettre de rectification qui suit :

« Monsieur le Président, dans la dernière séance, M. Durand-Fardel a prétendu que, avant que j'eusse trouvé la théorie physiologique de la pénétration des poussières dans les bronches, les cures et améliorations obtenues dans la salle de respiration de Pierrefonds doivent être comme non avenues, les malades n'ayant pas pu observer les règles de cette théorie.

» Je copie dans mon *Traité des salles de pulvérisation* le passage suivant :

» Il faut avoir un soin particulier de la manière dont respirent les » malades durant les séances de pulvérisation. Si on ne les surveille » pour les avertir, ils oublient qu'il *faut respirer par la bouche* plu» tôt que par les narines. Il ne serait pas inutile de placer, dans l'in» térieur des salles, une inscription lisible de loin, qui indiquât que » le malade doit observer cette règle, et même qu'il faut de temps à » autre *faire des inspirations assez profondes* pour que la poussière » pénètre jusqu'aux bronches déliées, etc. »

« Respirer par la bouche et faire par intervalle des inspirations plus profondes, telles sont les deux règles ordonnées aujourd'hui par la théorie, qui n'a fait que justifier la pratique. Les malades ne guérissaient donc pas sans que le liquide pénétrât.

» Agréez, Monsieur le président, etc. »

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le maire de Tours, qui, au nom du conseil municipal de cette ville, invite M. le président de l'Académie à honorer de sa présence la translation des restes de feu Bretonneau, qui aura lieu demain mercredi 7 du courant.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture ensuite d'une lettre de M. le ministre d'État, qui, en outre du résumé de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux, demande à l'Académie ses conclusions sur ce sujet.

Le bureau désigne une commission, composée de MM. Gosselin, Larrey, Malgaigne, Renault et Tardieu, qui sera chargée de rédiger le projet de réponse au ministre.

LECTURE.

Diviseur céphalique. — M. le docteur Joulin présente un instrument qu'il nomme *diviseur céphalique*, et lit la note suivante :

Dans la séance du 25 février dernier, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, sous le nom d'*aide-forceps*, un instrument destiné à terminer l'accouchement dans le cas où le petit diamètre du bassin a au moins 7 centimètres. L'instrument que je présente aujourd'hui a été imaginé pour les cas d'angustie pelvienne laissant un passage d'un diamètre inférieur à 7 centimètres.

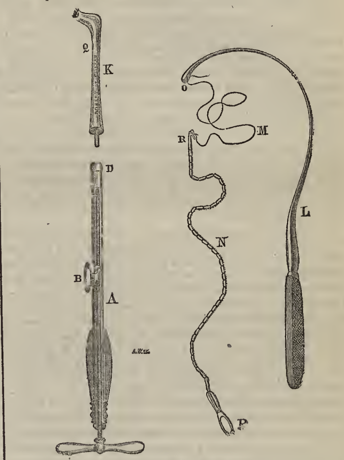
Au-dessous de cette limite, on ne peut espérer au moyen de l'aide-forceps obtenir des enfants vivants. Leurs chances de vitalité sont trop faibles pour qu'on expose la mère à des dangers en dépassant les limites d'une intervention prudente. Il faut donc avoir recours à l'embryotomie, dont le céphalotribe est l'agent le plus actif.

Il n'avait point été fait jusqu'à présent de statistique sur les résultats de céphalotripsie, et il est possible qu'on se soit un peu aveuglé sur les dangers qu'elle fait courir à la mère. J'ai pu, grâce à l'obligeance de M. Rillet, directeur de la Maternité, réunir les éléments d'une statistique comprenant les soixante opérations qui ont été pratiquées depuis dix ans dans cet hôpital; sur 60 cas, on a enregistré 17 morts, c'est-à-dire 28,2 pour 100 des opérées. Il est peu de grandes opérations chirurgicales qui fournissent d'aussi tristes résultats. De plus, le céphalotribe, dans ces rétrécissements inférieurs à 6 centimètres, devient d'une application sinon impossible, au moins extrêmement difficile, et au-dessous de 5 1/2 l'art n'a pas d'autre ressource que l'opération césarienne, plus désastreuse encore.

Le *diviseur céphalique* a pour but, comme son nom l'indique, de diviser la tête du fœtus dans la présentation du sommet en deux parties, par une section embrassant la circonférence trachélo-bregmatique. La partie antérieure de la tête se trouve séparée de la partie postérieure et la base du crâne divisée; l'extraction des fragments ne présente pas de difficultés.

L'instrument se compose : 1° de la canule A, de l'aide-forceps, s'articulant en D avec 2° un bec d'écraseur assez long pour arriver jusqu'au détroit supérieur; 3° d'un porte-fil L, courbe, flexible, monté sur un manche et percé d'un trou à son extrémité O, pour passer un fil M; 4° une forte chaîne N dentée sur un de ses bords, qui, une fois en place, passera par le bec de l'écraseur; elle sera articulée par son extrémité R au point Q du bec d'écraseur, et par l'extrémité P avec le toquet mobile B de la canule. Elle fonctionne comme la chaîne de l'écraseur ordinaire, seulement elle marche en sciant, son extrémité R étant immobilisée.

Application. — Le porte-fil L, armé d'un fil solide, est introduit vers la partie postérieure de l'excavation M, comme une branche de forceps; sa flexibilité lui permet de s'accommoder à la forme de la région où on l'applique. L'extrémité O doit être dirigée de manière à se trouver en rapport avec la région *pré-trachelienne* du fœtus. Alors on fait exécuter au manche un mouvement de rotation qui porte la concavité de la courbure en rapport avec le bregma; puis un second mouvement de rotation, qui porte le point O de la branche vers la symphyse pubienne de la mère, et on le maintient dans cette direction en retirant le porte-fil. De sorte que le fil M embrasse la région du fœtus qui doit être divisée. Ceci fait, on substitue par une traction la chaîne au fil; elle est articulée à la canule et divise les parties avec beaucoup de netteté, sans que l'on ait à redouter les esquilles de toutes formes qui sont un des dangers de la *céphalotripsie*. Avant de faire fonctionner la chaîne, il faut s'assurer que la tête est saisie selon le diamètre *trachélo-bregmatique*, et que ce n'est pas le cou du fœtus qui est embrassé par l'instrument. On ne déterminerait dans ce cas qu'une détroncation, résultat tout à fait négatif.



La division complète sera bien rarement nécessaire, les éléments osseux, fibreux et cutanés, condensés sous l'influence de la pression, occuperont bientôt un si petit volume, que la section complète pourra n'être pas nécessaire.

L'instrument a été fabriqué sur mes dessins et indications par MM. Robert et Collin.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la pulvérisation. La parole est à M. Trousseau.

M. Trousseau commence en exprimant le regret que l'excellent rapport de M. Poggiale n'ait pas été discuté de suite, et qu'en laissant s'engager dans l'intervalle une autre discussion qui n'a pas duré moins de cinq mois, on l'ait en quelque sorte laissé oublier. Il se verra ainsi obligé de le rappeler et de se livrer à d'inévitables répétitions.

La pulvérisation, dit-il, est un moyen nouveau que je crois appelé à rendre des services à la pratique médicale. Peut-être ce moyen a-t-il été un peu trop exalté par son auteur; aussi a-t-il été l'objet de critiques non moins exagérées. M. Sales-Girons a cru que la méthode de la pulvérisation allait changer le régime des eaux minérales; il l'a cru de très-bonne foi, sans doute; mais il a soutenu cette opinion avec un enthousiasme qui devait nécessairement provoquer une vive opposition. Il était naturel que ceux qui manient si bien les médications thermales fussent émus de voir préconiser ainsi une méthode qui semblait s'annoncer comme destinée à s'y substituer.

On a commencé, ainsi que cela arrive toujours quand il s'agit d'une invention, par dire que ce n'était point une méthode nouvelle, qu'il existait depuis longtemps dans quelques établissements thermaux des salles d'inhalation qui présentaient la plus grande analogie avec la pulvérisation. On pourrait tout d'abord contester cette analogie; mais admettons qu'elle soit fondée, qui s'occupait sérieusement de cette méthode d'inhalation? N'a-t-on pas cherché aussi, récemment, à contester la nouveauté de la méthode anesthésique, en disant qu'on avait eu déjà l'idée de pratiquer des inhalations du même genre avant l'invention de Jackson? Il est possible que l'idée de l'inhalation anesthésique ait existé en germe dans quelques esprits; mais l'honneur de la découverte de l'éthérisation n'en restera pas moins irrévocablement attaché au nom de Jackson. J'en dirai autant des inventeurs de la ligature des artères, de la lithotritie, de l'écrasement linéaire, de la méthode des substitutions et de tant d'autres que l'on chercherait en vain à dépouiller de l'honneur de leur découverte. Si l'idée de M. Sales-Girons n'est pas nouvelle, c'est à lui du moins que revient le mérite de l'avoir introduite dans la pratique, de l'avoir appliquée et vulgarisée.

Dira-t-on qu'on a imaginé depuis des appareils qui sont préférables au sien? Que m'importe que tel ou tel instrument soit plus parfait? ce n'est pas moins M. Sales-Girons qui a inventé le premier appareil, et personne n'eût songé à en faire s'il n'en avait pas le premier inspiré l'idée.

Ceci dit, je vais examiner successivement les questions posées dans le rapport de M. Poggiale, savoir :

1° Si les liquides pulvérisés pénètrent ou non dans les bronches;

2° Si la pulvérisation est utile;

3° Si elle n'est pas susceptible de devenir dangereuse;

4° Enfin, si elle est préférable et jusqu'à quel point elle peut être préférée aux autres modes d'administration des eaux minérales.

1° Les liquides pulvérisés pénètrent-ils dans les bronches? Ce qui m'étonne, c'est que ceci ait pu être contesté. Ne savons-nous pas tous qu'après avoir passé la nuit avec une lampe fumeuse, le lendemain matin nous expectorons du charbon? MM. Bouillaud et Tardieu ne nous auraient pas montré ici même des poumons de mouleurs en métaux qui étaient remplis de charbon. Tout le monde connaît le travail récent de M. Archambault, qui a montré que les tailleurs de cristal sont rendus malades par le seul fait de l'inspiration de poussières saturnines; il en est de même des aiguiseurs, des remouleurs et de tous les ouvriers généralement qui vivent au milieu des pous-

sières. Si je parlais des vapeurs, il n'est personne assurément qui osât douter qu'elles ne pénètrent dans les voies respiratoires; j'en dirai autant du chloroforme, des vapeurs alcooliques, dont personne ne songe à contester la pénétration dans l'économie.

Pourquoi refuserait-on d'admettre la pénétration de l'eau pulvérisée? Mais ce n'est pas sur l'analogie seule que nous sommes fondés à l'admettre. L'expérience a prononcé.

M. Demarquay a répété devant qui a voulu les voir ses expériences sur des lapins, qui ne peuvent à cet égard laisser subsister le moindre doute; il a bien voulu les répéter devant moi ces jours derniers.

Voici des pièces qui convaincront tout le monde. (M. Trousseau fait passer sous les yeux de ses collègues une série de préparations anatomiques de poumons de lapins soumis à l'inhalation de l'eau pulvérisée, et présentant les uns la coloration bleu de Prusse, résultant de la réaction du cyanure jaune de potassium sur le perchlorure de fer contenu dans l'eau pulvérisée, les autres divers degrés d'inflammation pulmonaire due à l'action de ce dernier agent.)

Je devrais m'occuper de la température de l'eau pulvérisée, ajoute M. Trousseau; mais cette question a été si complétement et si bien traitée dans le rapport de M. Poggiale, que je me dispenserai d'y insister. J'en dirai autant de ce qui est relatif à la décomposition des eaux sulfureuses sous l'influence de la pulvérisation, point qui a été également traité par MM. Poggiale, Réveil et Filhol, de manière à ne me rien laisser à ajouter.

La méthode de la pulvérisation est-elle utile? Lorsqu'un homme veut faire entrer une méthode dans la thérapeutique, il a à choisir entre deux manières, la faire entrer de vive force en l'exaltant et la prônant partout et sans cesse, — c'est le moyen de provoquer toujours une résistance et une réaction proportionnelles; — l'autre manière, beaucoup plus modeste, et qui vaut mieux à mon avis, consiste à faire connaître sa méthode et à se reposer sur l'expérience et sur le temps du soin de la propagation. Je n'ai pas besoin de dire que cette dernière manière n'est pas celle qu'a adoptée M. Sales-Girons. Notre confrère a peut-être voulu trop prouver; s'il s'était borné à dire que sa méthode était bonne, il aurait eu raison; mais il a voulu prétendre qu'elle valait mieux que les autres, et il a naturellement rencontré de la résistance; il a voulu changer le régime des eaux; là a été la faute. Il y a dans le mode d'administration des eaux minérales des formules traditionnelles empiriques qu'il n'est ni facile ni prudent de chercher à changer. Le pourquoi, la raison de ces formules empiriques, nous ne les connaissons pas plus que nous ne connaissons la manière d'agir des eaux minérales elles-mêmes; et es chimistes n'en savent pas plus que nous à cet égard.

Tout est empirique dans la pratique des eaux minérales; nous ne savons même pas, car cela a été contesté par des hommes très-sérieux, si l'eau du bain est absorbée, si elle pénètre ou non dans l'organisme. Ne sachant pas comment les eaux minérales agissent, je n'aurais pas voulu qu'on touchât à l'arche sainte de l'empirisme, qui est notre seul guide dans la pratique; M. Sales-Girons y a touché, je crois qu'il a eu tort.

M. Trousseau entre ici dans des développements étendus sur les médications empiriques, dont il cite un grand nombre d'exemples; puis, arrivant à la question des applications pratiques des inhalations d'eaux minérales pulvérisées, il continue ainsi:

A l'aide de l'inhalation des eaux minérales pulvérisées, on obtient des effets thérapeutiques très-remarquables. C'est surtout dans l'angine granulée que j'en ai obtenu, pour ma part, les meilleurs effets, dans cette affection, que les Anglais désignent sous le nom d'angine des prêcheurs, et qui est commune aux chanteurs, aux orateurs, en un mot à toutes les professions qui nécessitent un exercice fréquent et prolongé de la voix. Un chanteur très-connu, et qui s'est occupé avec beaucoup de succès d'études scientifiques sur la voix, a suivi ce traitement avec un très-grand avantage, et il lui doit d'avoir pu reprendre, après avoir été forcé de l'interrompre, l'exercice d'une profession honorable, honorée et lucrative.

Il y a un an, une femme, entrée à l'Hôtel-Dieu pour une variole, est prise d'un œdème de la glotte arrivé rapidement à un tel point que la vie était immédiatement en danger; je priai M. Robert de venir lui pratiquer la trachéotomie; cependant, avant d'en venir à cette opération, je voulus essayer de lui faire inspirer de l'eau pulvérisée chargée de tannin; immédiatement après cette première inhalation, il y eut une amélioration telle que je dus ajourner la trachéotomie; on répéta à de courts intervalles ces inhalations; le soir, cette malade était guérie.

Tout récemment j'ai pu prolonger par le même moyen l'existence d'une phthisique qui fut prise également d'un œdème de la glotte. Cette femme était enceinte et près de son terme; j'ai par ce moyen prolongé assez son existence pour qu'elle ait pu accoucher avant de mourir.

J'ai également retiré d'excellents effets de cette méthode dans certaines affections syphilitiques du larynx.

Je pourrais multiplier les exemples; j'en pourrais citer aussi qui montrent, en même temps que l'efficacité de cette méthode, les dangers qu'elle peut avoir dans quelques circonstances, et la nécessité d'en surveiller et d'en régler convenablement l'emploi. Mais je crois en avoir dit assez pour prouver que ce sera pour M. Sales-Girons un véritable titre de gloire d'avoir enrichi la pratique médicale de cette nouvelle méthode.

M. DURAND-FARDEL revient sur le rôle de critique qu'il a cru devoir prendre vis-à-vis des prétentions exagérées de M. Sales-Girons, tout en reconnaissant d'ailleurs les mérites que peut avoir son invention. Personne aujourd'hui, dit-il, ne conteste la pénétration des liquides pulvérisés; mais ce n'est pas là la question; la question importante est de savoir quels sont les effets produits par les médicaments portés par cette voie sur les bronches. Dans ce que vient de dire M. Trousseau, nous avons bien vu le parti que l'on pouvait tirer de cette médication dans le traitement de quelques affections du pharynx, du larynx et même de la trachée-artère; mais il n'a rien dit qui soit de nature à établir la réalité d'une médication bronchique. Ce n'est pas tout que de savoir que les poussières liquides peuvent pénétrer dans les bronches; elles pénètrent, c'est vrai, mais en si petite quantité qu'il y a à se demander réellement s'il peut en résulter un effet utile quelconque. Autre chose est une expérience physiologique et un fait pratique. Je crois donc que ce que j'ai dit dans la précédente séance n'est point changé par ce que vient de dire M. Trousseau.

— La parole est à M. Poggiale; mais l'heure étant trop avancée, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commission administrative de la Société centrale des médecins de France dans sa dernière réunion, et à l'occasion de la mort récente et si regrettable de M. le docteur Cazeaux, membre de cette commission, a adopté la proposition faite par M. Michel Levy, qu'une députation de la commission assiste désormais aux obsèques des membres de la Société qu'elle aura le malheur de perdre, et leur adresse un adieu suprême au nom de l'Association.

Dans la même séance, la commission administrative a décidé qu'une lettre de félicitations serait adressée en son nom à M. Rayer, président de l'Association générale, à l'occasion des nouvelles fonctions dont il vient d'être investi, et qui ne peuvent avoir sur l'Œuvre qu'une influence favorable.

—M. le docteur Landouzy, professeur de clinique médicale à l'Ecole de Reims, désireux d'étendre ses recherches sur la pellagre, prie ses confrères de France et de l'étranger qui auraient occasion d'observer cette maladie dans leur clientèle ou dans les hôpitaux, de vouloir bien lui donner communication de leurs notes. Il s'empressera de les leur renvoyer après en avoir pris connaissance.

Nous croyons devoir rappeler à ce sujet que le symptôme le plus expressif de la pellagre consiste dans un érythème squameux survenant au dos des mains, entre mars et juin, et revenant plus ou moins régulièrement à chaque printemps pendant de longues années. En l'absence de cet érythème, la pellagre n'en existe pas moins, et elle se reconnaît alors principalement à une tristesse profonde, avec tendance au suicide, à un affaiblissement général avec vertiges, et à des accidents entéritiques constitués surtout par la diarrhée et la dysenterie.

— Le bureau de bienfaisance du VIII[e] arrondissement de Paris a pris l'arrêté suivant:

« Considérant que M. le docteur Magne a, par ses longs et nombreux services, mérité un témoignage de satisfaction et de gratitude, » se l'adjoint en qualité de médecin oculiste. Il est autorisé, à ce titre, à donner des consultations pour les yeux à la mairie.

Par suite de cette délibération, M. Magne a transféré sa clinique de la rue Beaubourg à la mairie de l'Elysée, rue d'Anjou Saint-Honoré, nº 11, où il reçoit les mardis et samedis, à trois heures, les indigents atteints de maladies des yeux.

— M. Wecker, docteur des Facultés de Wurzbourg et de Paris, ouvrira son cours clinique d'ophthalmologie au dispensaire de feu M. le docteur Deval, le lundi 12 mai, à midi. Le cours sera public et aura lieu tous les jours, de midi à deux heures, rue des Marais-Saint-Germain, 18.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.:

Breton, né à Pray (Meurthe); *De la bartholinite ou inflammation de la glande vulvo-vaginale.*

Boucher, né à Belfort (Haut-Rhin); *Des accidents consécutifs à l'orchite blennorrhagique.*

Zimberlin, né à Hegenheim (Haut-Rhin); *Du drainage chirurgical et de ses rapports avec la suppuration.*

Ouzaneau, né à Ligny (Meuse); *Du corps thyroïde et de ses maladies.*

Lamiable, né à Coucy (Ardennes); *Quelques observations de chirurgie.*

Santon, né à Bollène (Vaucluse); *Du phlegmon péri-utérin.*

Gavoy, né à Sallèles (Aude); *Hémophylie ou diathèse hémorrhagique.*

Sauvage, né à Metz (Moselle); *Des maladies des voies respiratoires qui peuvent compliquer les fièvres éruptives.*

Luzet, né à Marans (Charente-Inférieure); *Considérations sur les causes et le traitement de la colique sèche.*

Roux, né à la Plume (Lot-et-Garonne); *De la révulsion.*

Les Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées). Voyage, topographie, climatologie, hygiène des valétudinaires, valeur thérapeutique des eaux, promenades, renseignements; par M. le docteur Prosper DE PIETRA-SANTA, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur, médecin consultant aux Eaux-Bonnes; avec deux cartes. 1862. A Paris, chez J. B. Baillière et fils.

De la cure radicale des tumeurs et des fistules lacrymales, etc., à l'aide de la méthode galvano-caustique, par M. le docteur TAVIGNOT, professeur d'ophthalmologie. Brochure in-8º. Prix: 2 fr. Chez Asselin, libraire, 4, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 55. — SAMEDI 10 MAI 1862. (35e ANNÉE.) N° 55. — SAMEDI 10 MAI 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Paralysie diphthéritique.

L'histoire des paralysies consécutives à la diphthérite est déjà bien avancée; on trouve encore cependant des opinions contradictoires sur plusieurs points. C'est à de nouvelles observations qu'il faut en appeler pour éclairer les points litigieux; aussi, malgré le nombre déjà grand d'observations publiées sur ce sujet, nous ferons connaître la suivante, qui vient d'être recueillie au Val-de-Grâce dans le service de M. le professeur Laveran, par M. le docteur A. Brunet, médecin stagiaire.

D... (Claude), infirmier, âgé de vingt-quatre ans, entre dans le service de M. Laveran, le 1er janvier dernier. Dans les premiers jours de décembre ce malade a eu mal à la gorge : comme il n'était pas très-souffrant, il ne s'est pas montré au médecin de sa division; il s'est contenté de faire usage de quelques gargarismes émollients, et en quelques jours le mal de gorge a guéri facilement; mais quinze jours après environ se sont montrés les accidents qui l'amènent dans le service.

Voici ce que l'on constate à son entrée : voix nasonnée, difficulté à ingérer les boissons, une partie revient par le nez; cependant la sensibilité du voile du palais n'est pas abolie, en portant le doigt sur ce voile on provoque des envies de vomir. Les lèvres ne peuvent plus se contracter comme à l'ordinaire, le malade ne peut plus siffler. La pointe de la langue est comme engourdie; quand le malade parle il lui semble que sa langue est plus pesante. La vue a diminué peu à peu, et maintenant il ne peut plus lire. La pulpe des doigts est engourdie, il est maladroit à se servir de ses mains; il compare ce qu'il éprouve à la sensation que cause un grand froid. Il a conservé le sentiment du contact, mais le toucher a perdu de sa netteté.

La marche est moins assurée que d'habitude, pourtant il n'y a pas de tremblement dans la station; le malade ne fauche pas, mais il éprouve de la faiblesse dans le membre inférieur. Les gros orteils ressentent le même engourdissement que la pulpe des doigts.

Prescription : une pilule de chlorhydrate de strychnine de 2 milligrammes chaque jour; bains sulfureux tous les deux jours.

Le 14 janvier, M. Laveran examine l'état de la contractilité électro-musculaire. On constate qu'elle a diminué d'une manière notable dans les muscles de la jambe.

Le 7 février, malgré le traitement employé, la maladie a fait des progrès. M. Laveran prescrit l'emploi de la faradisation. Voici quel est l'état du malade au moment où on le soumet à ce traitement :

Les troubles de la vision ont complétement disparu, ainsi que les troubles de la déglutition, la pesanteur de la langue, l'engourdissement des lèvres. Mais les accidents du côté des membres ont notablement augmenté. L'engourdissement du membre inférieur monte maintenant jusqu'au genou. Quand le malade se lève, les premiers pas qu'il fait sont réguliers, quoiqu'il y ait déjà un sentiment de faiblesse; mais après quelques pas, il marche en zigzag. Il lui semble qu'il y a un corps interposé entre la plante de ses pieds et le sol, pourtant le sentiment de contact et de température est conservé. La contractilité électro-musculaire des muscles de la jambe est notablement diminuée. L'engourdissement dans la pulpe des doigts, dont le malade se plaignait au début, occupe maintenant tout l'avant-bras jusqu'au coude. Les mouvements du membre sont difficiles et maladroits. Le malade a conservé dans les doigts le sentiment de contact et de température; mais quand il a les yeux fermés, il ne sait pas quels sont les objets qu'il touche. Quand il met la main dans sa poche, il en retire sa tabatière croyant prendre son mouchoir; quand il veut mettre sa capote, il est quelquefois arrêté à l'entournure de sa manche, et, s'il regarde, il voit que son pouce ou quelque autre de ses doigts le retenait. Il y a trouble dans la coordination des mouvements : pour porter son verre à sa bouche, il décrit une série de lignes brisées; il laisserait tomber son verre s'il n'avait pas le regard fixé sur lui.

Il y a prédominance marquée des accidents du côté droit. Pas d'amaigrissement.

A partir du 7 février, ce malade est soumis à la faradisation. Elle est pratiquée tous les deux jours.

Dans la première séance, on électrise, à l'aide d'un courant d'intensité moyenne, les muscles de la jambe, de la plante des pieds et de l'avant-bras.

Les jours suivants, le courant étant porté à son maximum, on électrise les mêmes muscles, plus les muscles interosseux dorsaux de la main, les éminences thénar et hypothénar.

A la sixième séance, on constate une amélioration très-manifeste. Le malade porte son verre à sa bouche sans hésiter; il distingue très-bien les objets qu'il touche sans les voir. La marche est assurée; toutefois la sensation du sol n'est pas encore très-nette.

A partir de la septième séance, il faut diminuer l'intensité du courant, le malade ne pouvant plus le supporter aussi fort.

Le 8 mars (quinzième séance), de tous les accidents paralytiques observés chez le malade, il ne reste plus qu'une trace; il se plaint d'un peu de roideur au niveau des régions hypothénar et à la face palmaire des articulations métacarpo-phalangiennes. « Il me semble, dit le malade, que ma peau est trop étroite. » On pratique sur ces points la faradisation cutanée.

Un nouveau phénomène se manifeste à cette époque du côté de la vue. Lorsque le malade ouvre un livre brusquement, il ne voit d'abord que du blanc et du noir; après avoir fixé un instant, il se met à lire couramment comme autrefois. Du reste, le malade peut à volonté faire cesser ce trouble de la vue. Il lui suffit, dit-il, de *poser* différemment ses yeux pour y voir ou ne pas y voir. On ne constate d'ailleurs aucun changement dans l'état du globe oculaire. Les milieux de l'œil, examinés à l'ophthalmoscope, n'ont présenté non plus aucune altération. On a cru pouvoir rattacher cet état à un défaut d'accommodation.

La faradisation cutanée au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes est employée jusqu'au 30 mars (vingt-sixième et dernière séance), époque à laquelle la roideur de ces points a complétement disparu. A l'exception des troubles d'accommodation de l'œil qui persistent, le malade est en parfaite santé; il a toute la force et toute la liberté de ses mouvements comme avant sa maladie.

Le 16 avril, il part en congé de convalescence.

Bien que les débuts de la maladie n'aient point été observés, M. Laveran ne paraît pas mettre en doute la réalité d'une angine diphthéritique comme point de départ de cette affection. La paralysie s'est généralisée; elle a été progressive et successivement décroissante; sa marche, en un mot, a été celle que l'on est habitué à voir en pareil cas.

On peut se demander quelle influence a eue l'électricité dans le traitement. A considérer la durée totale de la maladie, il semble qu'elle ait été peu marquée. Mais il est juste de faire remarquer que son emploi a été commencé longtemps après le début, et après avoir constaté l'inutilité manifeste de la strychnine. Depuis la faradisation, on a noté un amendement de quelques symptômes en quelques séances seulement. Du 7 au 18 février, on a obtenu la coordination des mouvements au membre supérieur, le retour de la sensibilité indépendante de la vue, une amélioration dans le membre inférieur traduite par une plus grande assurance de la marche. Un seul symptôme a résisté longtemps, c'est la roideur des articulations métacarpo-phalangiennes. Quant aux troubles d'accommodation de l'œil, on n'a rien fait pour les combattre.

Les résultats obtenus sont donc en définitive de nature à encourager l'emploi de la faradisation dans ce genre de paralysies.

Fracture de jambe chez un ivrogne; ramollissement du cal quelques jours après la consolidation; cirrhose du foie, mort.

Voici un fait qui montre d'une manière manifeste l'influence pernicieuse d'une maladie intercurrente sur un cal de récente formation :

Le 5 décembre dernier, vers les huit heures du soir, le nommé R..., âgé de quarante-sept ans, étant dans un état complet d'ivresse, glissa sur le pavé et tomba assis sur le bord du trottoir les pieds sur la chaussée. Relevé immédiatement, on le porta chez lui, et le lendemain on le conduisit à la Maison de santé. Là, on constata l'existence d'une fracture de la partie inférieure du tibia gauche; le membre était en même temps le siége d'une tuméfaction considérable, et présentait un grand nombre de phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente. La fracture fut réduite le 7 à la visite du matin, et la jambe placée dans un appareil de Scultet.

Tout alla bien, la jambe fut enlevée de son appareil au bout de six semaines environ; le cal était formé, la fracture bien consolidée. Cependant l'état général du malade laissait à désirer, il était amaigri, la peau était d'une couleur jaune terreux, il avait les yeux caves, n'avait point d'appétit; on lui donna des toniques.

Mais peu de jours après l'ablation de l'appareil, une hémorrhagie nasale assez abondante se produisit; avec elle apparurent des taches de purpura hæmorrhagica sur les deux jambes. La gauche devint en outre le siége d'une infiltration assez considérable pour présenter un volume double de celle du côté opposé; elle était très-chaude; enfin, la synoviale du genou était distendue par une grande quantité de liquide. On prescrivit un julep gommeux avec 20 gouttes de perchlorure de fer.

Cet homme buvait habituellement beaucoup; il évalue à deux litres de vin sa consommation journalière. Il prenait après chaque repas cinq ou six petits verres d'eau-de-vie; le matin à jeun, il en prenait deux ou trois. Il a depuis longtemps une grande répugnance pour les aliments, particulièrement pour la viande. Depuis longtemps il ne mange pas, dit-il, 100 grammes de pain par jour.

La percussion de l'hypochondre droit fait reconnaître que le foie est considérablement atrophié. Les urines analysées ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 10 mars, l'examen de la fracture fait reconnaître la mobilité des deux fragments.

Il s'est en outre formé à la partie antérieure de la jambe, au niveau de la solution de continuité des os, une tumeur manifestement fluctuante. Une incision y est pratiquée; il ne s'écoule point de pus, mais il sort un caillot sanguin d'un aspect rouge brun, du volume d'une noisette. A la suite de l'enlèvement de ce caillot, survient une hémorrhagie dont on ne se rend maître qu'au bout de quelques heures.

Le 11 mars, le malade est très-affaibli; le sang qui s'était écoulé la veille était très-pâle. L'examen microscopique y a révélé la présence d'un grand nombre de globules blancs, dont la proportion n'a toutefois pas été déterminée.

L'état général est plus grave; l'amaigrissement est arrivé jusqu'au marasme. Il y a toujours anorexie et insomnie complète.

Le 18 mars, épistaxis abondante. — Julep; 40 gouttes de perchlorure de fer.

Le 22 mars, le malade a vomi environ trois palettes de sang.

Le 5 avril, abattement extrême; le malade répond avec peine aux questions qu'on lui adresse; sa respiration est embarrassée; bruit de souffle au moment de la systole cardiaque; battements du cœur précipités et irréguliers. Le ventre est légèrement ballonné.

Le 7 avril, le malade a entièrement perdu connaissance; le ventre est excessivement ballonné; le pouls est fréquent, filiforme, le facies hippocratique, la respiration stertoreuse. Il meurt le 9, à quatre heures et demie du soir.

L'autopsie, faite le 11 avril, révèle ce qui suit :

Le foie est manifestement diminué de volume, cirrhosé dans toute son étendue.

La rate est également atrophiée, mais sans altération de son tissu propre.

L'abdomen contenait environ six litres de sérosité très-fortement colorée en rouge; il est probable qu'il y avait eu une hémorrhagie sous-péritonéale.

Le péritoine était couvert de granulations jaunâtres donnant à sa surface un aspect rugueux, d'ailleurs parfaitement sensible au toucher.

Les reins, l'estomac, l'intestin, ne présentaient aucune altération.

Les viscères thoraciques n'ont pas été examinés.

Le cal de la fracture avait entièrement disparu, il n'en restait plus que la trame fibreuse.

La moelle, le périoste, le tissu osseux lui-même, étaient enflammés dans la partie avoisinante.

Transmission de la syphilis du père au fœtus, et du fœtus à la mère.

Le sperme d'un homme vérolé peut-il transmettre le germe de la syphilis au produit de la conception? le fœtus ainsi infecté peut-il à son tour communiquer cette maladie à la mère pendant la gestation? Telle est la question que M. le docteur Beyran a été conduit à formuler par l'observation d'un fait qu'il a bien voulu nous communiquer, et que nous allons rapporter tout à l'heure.

Laissons d'abord à notre confrère le soin d'exposer lui-même les termes du problème qu'il s'est proposé d'élucider.

« Pour résoudre ce problème, dit-il, il ne me paraît pas nécessaire d'invoquer ici l'influence si connue que le père exerce sur l'organisation du produit de la conception. Cette influence est aussi grande qu'incontestable, et chaque jour, pour ainsi dire, un fait nouveau apporte son contingent à l'appui de cette opinion; tellement qu'on pourrait avancer que tout germe contient ou est susceptible de contenir le principe de la plupart des faits antérieurs à son développement, et qu'il en est le résumé et l'essence. En effet, avec la vie, ne voit-on pas tour à tour les mille preuves d'homogénéité et de consubstantialité qui rattachent le fils ou la fille au père; ainsi la similitude des traits, les ressemblances typiques, le tempérament, l'idiosyncrasie, l'aptitude morbide, sans parler des rapports moraux, que je laisse de côté, bien qu'ils ressortissent également au domaine de la médecine. En un mot, tous les faits observés jusqu'ici suffisent amplement pour faire admettre la possibilité de la transmission des phénomènes idiosyncrasiques et morbides de la vie du père à sa progéniture, et la syphilis ne me semble pas échapper à cette loi de pathogénie héréditaire. D'ailleurs le cas suivant démontre une fois de plus le pouvoir infectant, d'abord du père sur le fœtus, et secondairement de ce dernier sur sa mère, alors que celle-ci était exempte de toute contagion syphilitique. »

Voici le fait :

La dame N..., âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament un peu lymphatique, sans antécédents syphilitiques, issue de parents sains, sauf l'hérédité rhumatismale, fut atteinte en 1859, trois mois après son mariage, d'un rhumatisme articulaire aigu, dont elle guérit au bout de cinq semaines. Pendant l'été de cette même année, elle devint enceinte et accoucha au commencement de 1860 *d'un enfant bien portant et ne présentant aucun signe de nature syphilitique.*

Il n'en fut pas de même *du second enfant*, comme on va le voir. Mais avant d'en venir à l'histoire de ce deuxième accouchement, il faut rappeler les antécédents du mari jusqu'en 1859.

Ecoulement chronique ou *goutte militaire* depuis sept ans, avec rétrécissement caractérisé de la portion spongieuse de l'urèthre. — Pas de trace de syphilis antérieure ou récente. — Hypertrophie du foie, pour laquelle M. N... a reçu les soins de MM. Trousseau et Beyran. — Pour le rétrécissement de l'urèthre, ce malade a consulté d'abord M. Leroy, puis MM. Ségalas et Beyran. Il est guéri de son écoulement.

Au commencement de 1860, M. N... contracta (en dehors du ménage) un chancre à la base du gland. Cette ulcération s'indura et fut accompagnée d'adénopathie indolente multiple de la région inguinale gauche. Se trouvant en voyage, ce malade n'a pu se confier aux soins de M. Beyran que trois mois plus tard, alors que déjà on ne trouvait plus que la cicatrice de ce chancre. On pouvait en ce moment constater encore à l'aine gauche la présence de l'engorgement ganglionnaire.

A l'inspection de la cavité buccale, on trouvait une rougeur érythémateuse uniformément répandue au voile du palais, et à l'isthme du gosier, en même temps que des plaques muqueuses sur les amygdales, avec retentissement ganglionnaire au cou. — Le malade fut soumis au traitement spécifique (proto-iodure). — Au bout de deux mois de cette médication, les symptômes syphilitiques avaient disparu, et l'état général semblait considérablement amélioré.

Sur ces entrefaites, le malade a eu des rapports sexuels avec sa femme, malgré l'abstinence conseillée par le médecin. Néanmoins, tout semblait se passer sans accident aucun, et cette dame, devenue enceinte pour la seconde fois, était très-bien portante sous tous les rapports.

Au neuvième mois de sa grossesse, elle accoucha. Mais ce second enfant présentait au moment de sa naissance une rougeur érythémateuse à la région fessière et aux parties génitales, en même temps que des papules ou plaques muqueuses à l'anus et à l'ombilic, au cou et à la tête.

A cette époque, la mère, attentivement examinée, ne présentait rien de suspect aux organes génitaux ni ailleurs.

Deux mois et demi après ses couches, il lui est survenu, sans contagion nouvelle, des accidents syphilitiques caractérisés par l'impétigo du cuir chevelu, accompagné d'hyperesthésie de cette région et de douleurs générales, comme névralgiques, s'exaspérant la nuit.

A ces phénomènes prodromiques succéda bientôt une éruption exanthématique, dont la poitrine et le ventre furent recouverts; cette roséole débuta sans fièvre ni démangeaison. En même temps que cette syphilide, cette dame se plaignait d'une roideur aux mollets, qui rendait parfois la marche très-pénible.

Un traitement mixte composé de proto-iodure d'hydrargyre, d'iodure de potassium et de bains alcalins, continué pendant six mois, a eu pour résultat la guérison de la malade.

Voici les conclusions que M. Beyran tire de ce fait, et que nous soumettons à l'appréciation de nos lecteurs :

Dans cette observation, que voit-on? En premier lieu, une femme parfaitement saine (et dont le mari avait été jusque-là complétement exempt de toute diathèse syphilitique) accouche d'abord d'un premier enfant sain et bien portant. Mais les choses ne restent pas dans le même état lors de la seconde grossesse. Cette fois-ci, le mari étant infecté de la syphilis constitutionnelle, se livre aux rapports sexuels avec sa femme, communique cette maladie au produit de la conception, lequel produit la transmet à son tour à sa mère.

La transmission opérée de cette manière est évidente, surtout lorsqu'on se reporte à l'époque où se sont manifestés les accidents syphilitiques, et aux circonstances qui ont présidé à leur développement. De plus, l'absence de toute lésion spécifique aux parties génitales de la femme au moment de la naissance de l'enfant, et les signes caractéristiques présentés par le mari, ne laissent aucun doute à cet égard.

D'après ce qui précède, il est permis de conclure que le sperme du mari a infecté ou transmis le germe de la syphilis au fœtus lors de la conception, et que le fœtus a communiqué cette maladie à sa mère pendant la gestation.

La constitution médicale, dont nous avons exposé dans la *Revue* de samedi dernier les caractères dominants pour le mois de mars, semble en ce moment changer un peu de physionomie. Les fièvres typhoïdes, qui ont été longtemps rares et sans gravité, se montrent en plus grand nombre depuis quelques jours, en même temps que les affections catarrhales, qui ont dominé d'une manière si notable la scène pathologique pendant toute la durée de l'hiver et du printemps, diminuent sensiblement et tendent à disparaître. Dans le seul service de M. Beau, à l'hôpital de la Charité, on compte en ce moment cinq ou six cas d'affection typhoïde. L'un d'eux a plus particulièrement fixé notre attention par l'extrême gravité d'un épiphénomène qui est survenu vers le déclin de la maladie, et en a déterminé l'issue funeste. Il s'agit d'un malade qui, parvenu au dix-huitième jour d'une fièvre typhoïde, dont les symptômes n'avaient jusque-là présenté rien d'insolite ni de particulièrement inquiétant, a été pris tout à coup d'une toux aphone et déchirée, et d'une gêne de la respiration s'accompagnant de souffle glottique.

M. Beau, à l'apparition de ce symptôme, n'hésita pas à reconnaître une laryngite grave avec gonflement de la muqueuse et rétrécissement du calibre du larynx. Ces nouveaux phénomènes ont pris rapidement une intensité croissante; le malade a été bientôt pris de spasme glottique, et il est mort asphyxié.

A l'autopsie, on a trouvé un œdème de la glotte avec ulcération des cordes vocales.

C'est là un de ces exemples de l'angine œdémateuse observée et décrite pour la première fois par Bayle il y a une cinquantaine d'années dans ce même service de la Charité, comme l'une des complications de la dernière période, et quelquefois même de la convalescence des fièvres graves appelées alors fièvres putrides ou adynamiques. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'autopsie a révélé en même temps les lésions intestinales caractéristiques de l'affection typhoïde.

— Parmi les nombreux malades intéressants que présente en ce moment le service de M. Jarjavay à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons remarqué : Un homme qui a subi, pour un écrasement des orteils et d'une portion de l'avant-pied, l'amputation de Lisfranc, dite amputation tarso-métatarsienne. Une luxation du pouce irréductible : — des tentatives multipliées de réduction faites quarante-huit heures après l'accident, avec l'aide de tous les moyens imaginés dans ce but, sont restées complétement impuissantes; aujourd'hui, trentième jour de l'accident, les mouvements du pouce tendent à se rétablir. — Un cas d'œdème malin des paupières en voie de guérison. Une tumeur ulcérée de la langue ayant toutes les apparences du cancer, et qui tend à se résoudre et à se cicatriser par le seul fait de l'ablation de chicots de dents de la mâchoire inférieure, seule cause réelle de tous ces désordres. Une fracture de la symphyse du menton. Nous signalerons enfin deux cas intéressants que nous avons observés dans la salle des femmes, et dont nous ne dirons rapidement que quelques mots, devant prochainement y revenir. Le premier est un cas de luxation traumatique du cristallin; le second, une tumeur du crâne de nature douteuse et d'un diagnostic très-difficile.

Un coup porté violemment sur l'œil par l'extrémité d'une canne ou d'un parapluie, a produit la déchirure de l'iris et de la capsule cristalline, et l'expulsion de sa loge du cristallin, qui est venu faire saillie à travers une déchirure de la sclérotique, où il a été au bout de quelques jours réduit à l'état déliquescent. M. Jarjavay a enlevé hier, devant nous, ces débris du cristallin; la vision n'est pas entièrement abolie, et il y a lieu d'espérer que lorsque l'épanchement sanguin que l'on aperçoit derrière la pupille sera résorbé, elle pourra être en grande partie rétablie.

La seconde malade qui a fixé notre attention est une femme d'un certain âge, d'une excellente constitution et d'une belle apparence de santé d'ailleurs, qui présente sur la région occipitale et exactement sur la partie médiane de cette région une tumeur régulièrement hémisphérique et du volume d'une grosse moitié d'orange. Cette tumeur, sans changement de couleur à la peau, est vaguement fluctuante, pulsatile, faiblement au sommet, mais plus sensiblement à sa base et dans tout son pourtour, et à pulsations isochrones à celles du pouls. L'oreille appliquée sur cette tumeur n'y distingue pas de bruit de souffle bien manifeste : il nous a paru cependant qu'il y avait un bruit très-léger, il est vrai, ou très-profond à chaque pulsation. Cette sensation n'a pas paru frapper également tous les assistants. Il est évident d'ailleurs, par l'irréductibilité de la tumeur, par l'absence de tout mouvement de soulèvement en masse pendant les efforts d'expiration, et surtout par l'absence de tout phénomène pathologique du côté de l'encéphale quand on presse sur la tumeur, qu'elle n'a aucune connexion avec l'intérieur de la cavité cérébrale. Ajoutons que cette tumeur date d'un an; elle s'est développée à la suite d'une chute en arrière sur la région occipitale, qui a porté sur le bord d'un lit; ce n'est guère qu'un mois environ après cet accident, que la malade s'est aperçue qu'elle avait dans cette région une tumeur du volume d'une noisette; à dater de ce moment, elle s'est développée graduellement et a acquis le volume qu'on lui voit aujourd'hui.

Quelle est la nature de cette tumeur? Il serait trop long de déduire ici les motifs qui, soit par exclusion, soit par la considération de ses caractères directs, nous ont porté à penser qu'il s'agit là d'une tumeur vasculaire, d'un anévrysme anastomotique des nombreuses branches artérielles qui traversent cette région. C'est l'opinion que nous avons émise, sur la demande d'avis que M. Jarjavay a bien voulu nous faire l'honneur de nous adresser. La conséquence pratique que nous tirerions de cette opinion, serait qu'il y aurait lieu de tenter ici l'application des injections de perchlorure de fer d'après la méthode de Pravaz. Nous ferons connaître ultérieurement l'opinion de M. Jarjavay, ainsi que le parti auquel il se sera arrêté.

Obsèques de Bretonneau à Tours.

Ainsi que nous l'avons annoncé, les obsèques de M. Bretonneau ont eu lieu mercredi dernier, 7 mai, à Tours, au milieu d'un immense concours d'amis du défunt et de notabilités médicales de Paris et de la province.

Le corps a été déposé dans un monument élevé dans le petit cimetière de Saint-Cyr, auprès du jardin de Bretonneau. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe, notamment par MM. Bouillaud, Velpeau et Trousseau. Nous n'avons sous les yeux que les deux derniers. Il appartenait surtout à ces deux éminents élèves de Bretonneau, qui ont tant fait l'un et l'autre pour son illustration, d'honorer dans cette solennité la mémoire de leur maître et ami commun. Héritier naturel des richesses scientifiques de Bretonneau, et le plus brillant vulgarisateur de ses doctrines, qu'il a plus d'une fois fécondées et vivifiées au reflet de son propre esprit, M. Trousseau avait plus que qui que ce soit toute l'autorité requise pour rappeler le caractère et la portée des travaux de cet éminent praticien. Aussi a-t-il fait ressortir dans un court discours, où il a condensé en quelque sorte toute la pensée de son maître, tout ce qu'il y a eu de fécond pour la pathologie et la médecine pratique dans le développement de cette notion de la spécificité morbide et de la spécificité thérapeutique qui fait le fond de ses doctrines.

Le plus ancien, le premier de ses disciples, témoin et collaborateur de ses premiers travaux, M. Velpeau, à qui les doctrines de Bretonneau ne sont pas moins familières, s'est attaché surtout, sans négliger toutefois ce qui constitue son véritable titre de gloire, à retracer devant l'auditoire la physionomie originale et le caractère tout à fait à part de son illustre compatriote.

Il nous est impossible de reproduire textuellement ces deux discours et de nous arrêter ici plus longuement sur l'appréciation des titres scientifiques de Bretonneau si connus de tous, et qui devront d'ailleurs, par la suite, être l'objet de jugements critiques plus complets. Nous nous bornerons donc à emprunter au discours de M. Velpeau quelques-uns des passages qui nous ont paru caractériser plus particulièrement l'homme qui était l'objet de cette touchante cérémonie.

Si M. Bretonneau a brillé avec éclat au milieu des hommes éminents de son siècle, s'il a fixé sur lui l'attention des savants, s'il était recherché d'un bout de la France à l'autre, ce n'est point au hasard, à la fortune, aux faveurs des grands, qu'il a dû son illustration; il ne l'a en aucune façon recherchée; elle ne lui est venue ni de la chaire des écoles, ni de la tribune des Académies, ni du tourbillon de la capitale; il l'a conquise sans y penser, en dehors des théâtres retentissants des excitations de la foule, et presque sans sortir de son berceau! Sans en méconnaître l'importance, il est resté étranger aux secousses, aux crises sociales de son temps. Les sciences seules l'ont captivé, ont absorbé son existence tout entière.

Pour être équitable envers Bretonneau, il ne faut pas le mettre en regard du commun des hommes, en évaluer les actes d'après les conventions vulgaires. Figure à part, vigoureusement burinée par la nature dans le type humain, il ne pensait, n'agissait point comme les autres. Sa vie ne ressemblait à celle de personne; il veillait ou se reposait à toute heure; le chaud, le froid, lui étaient indifférents. Sans choix du lieu ni du sujet, il s'occupait, il causait volontiers de tout; je l'ai vu dormir à cheval en allant de Tours à Chenonceaux, sans chanceler et même en causant. Dans la conversation, près des malades, il s'endormait au milieu d'une phrase sans en perdre le fil, et la reprenait en se réveillant quelquefois à l'insu des interlocuteurs.

Son régime n'avait rien de plus fixe; il mangeait et buvait sans suite, la nuit aussi bien que le jour, sans y songer, sans tenir compte des heures des repas de la famille. Tout était spontané dans ses actes et sans souci de l'avenir. Point de plan, point de cadre disposé à l'avance. Un objet le frappe, il s'y attache, et dès lors rien ne peut l'en distraire.

Occupé de la diphthérite et de la dothiénentérie, il tournait le dos dès qu'on lui parlait d'autre chose. Si l'on sonnait à sa porte : « Allez voir, mon ami, me disait-il, s'il s'agit de mal de gorge ou de fièvre, nous irons; sinon, répondez que je n'y suis pas. » Si, en revenant de l'hôpital, on le laissait mettre le pied dans son jardin, il en était de même. Ses malades étaient oubliés. On ne pouvait plus l'en tirer. Les légumes, les marcottes, la greffe, le provignage, la culture des végétaux enfin, l'absorbaient à leur tour.

En opérant une cataracte, il trouve que la tige des aiguilles usuelles est mal faite. Vite il en conçoit une autre (celle dont on se sert aujourd'hui), et, crainte d'être mal compris par l'ouvrier, il la fabrique lui-même. Pendant trois jours, nous ne pouvons pas le sortir de sa forge improvisée. Une autre fois, il imagine des tubes à vaccin. Le voilà aux prises avec la lampe d'émailleur, armé de verre qu'il fond, qu'il tourne et retourne, tant et si bien qu'il en sort des tubes longtemps préférés à tous autres, et que la médecine fut encore pour un moment mise de côté.

Un tel caractère le rend presque insaisissable. Il voit beaucoup de malades cependant. Toutes les familles notables de la contrée et des départements voisins se le disputaient à l'envi. Il était souvent appelé au sein même de la capitale, et le rayon de sa clientèle n'a jamais eu d'analogue chez aucun praticien de province. Chaque malade devenait pour lui un *fait* à élucider. Il le voyait à toute heure, de lui-même, souvent ou rarement, selon qu'il le trouvait utile. Il restait à son lit une heure, une demi-journée ou un moment, sans mesure du temps, veillant *de visu* à ce que la médication fût ponctuellement exécutée, l'exécutant lui-même au besoin.....

Au fond, le mobile de ses travaux, de ses recherches, n'a jamais été ce que le monde se plaît à supposer chez les hommes hors ligne. Ce n'était ni l'amour-propre ni l'amour de la gloire ou de la renommée; il cherchait l'inconnu. Son unique ambition était d'arriver à *ce qui est*, à la vérité; de la dégager de ses entraves ou de ses ombres. Ce qu'il soupçonne, il le poursuit avec une ardeur, une persistance inouïes. Nul obstacle ne l'arrête. Pendant les épidémies de maux de gorge et de fièvres graves, les médecins de la ville, étonnés des doctrines nouvelles, objectent que dans leur clientèle les choses se passent autrement qu'à l'hôpital. Comment s'assurer de leur erreur? Que va-t-il faire pour les détromper? L'examen des cadavres seul peut en décider.

Oui, mais les familles n'y consentiront point ou en seront alarmées. D'autre part, les confrères s'en soucient peu. Cependant il le faut; la question l'exige, en vaut la peine; aller au cimetière à l'insu des vivants, la loi, les gardiens de la cité le défendent. Le jour c'est impossible; mais, après le couvre-feu, l'autorité, à demi prévenue, peut, en faveur du motif, dormir ou faire semblant de dormir. On se risque donc. Nous voilà chaque nuit, vers deux heures, armés d'échelles, escaladant les murs comme des malfaiteurs. Trente-six autopsies de sujets morts de diphthérite ou de dothiénentérie sont ainsi obtenues dans l'espace de quelques mois. A diverses reprises on se douta de nos profanations. Par deux fois même, des habitants effrayés tirèrent sur nous; à tel point qu'il m'en reste encore un grain de plomb dans le haut de la cuisse, à moi qui lui servais de complice dans ses évolutions nocturnes. Mais aussi le bienfait humanitaire, la question scientifique, se trouvèrent ainsi résolus, ne laissèrent plus l'ombre d'un doute; la maladie avait produit des lésions parfaitement identiques à l'hôpital et à la ville!

Maintenant, Bretonneau va profiter de ses découvertes, il va écrire aux journaux, aux académies? Point. Il les raconte à tout le monde, au risque d'en être dépouillé, il ne les rendra publiques par aucune voie. Il a fallu toute notre insistance, à M. Trousseau et à moi, pour l'amener aux rares publications sorties de sa plume.

Bretonneau était un esprit chercheur et libre, pénétrant, profond, un observateur scrupuleux, attentif, sagace, plein d'initiative. Tout ce qu'il abordait, il le creusait à fond; rien ne sortait de ses mains sans avoir été modifié, amélioré, complété. Si tout ce qu'il a fait ou trouvé d'utile, soit en médecine, soit en horticulture, était écrit, la science aurait de lui de nombreux volumes.

D'un esprit plus fin que vaste, les hautes questions de philosophie générale, les horizons sans bornes, les abstractions n'étaient point de son goût. Avec des pensées calmes, il excellait dans l'étude des faits positifs; quoique circonspect, il cédait aux doux entraînements de la science sans égard pour le bruit extérieur, sans grand souci de heurter les opinions reçues ou les préjugés du jour. Avec sa science variée, souvent émaillée d'une fine et douce bonhomie, avec son esprit délié, légèrement sarcastique ou railleur, il était d'une conversation agréable, attachante, instructive. Des aperçus nombreux ou inattendus manquaient rarement de se trouver au fond de ses entretiens, quel qu'en fût le sujet.

Avec l'estime dont il jouissait, recherché comme il l'était, Bretonneau devait avoir une grande fortune; elle eût été mille fois légitime. Mais non; il n'y a jamais songé, pas plus qu'à la célébrité. Aucun client n'a reçu de lui la moindre demande, l'indication d'un chiffre quelconque. Ses malades l'honoraient ou s'en dispensaient à leur guise, il n'y faisait nulle attention. Des sommes importantes lui sont advenues cependant, car tous les clients ne sont pas ingrats; mais en profitait qui voulait. Il ne savait point s'en servir ni les mettre à l'abri. Vivant au jour le jour, il donnait à qui lui demandait.

Quoi qu'il en soit, une grande place lui est réservée dans l'histoire. La Touraine aura lieu de s'enorgueillir de lui avoir donné naissance, de l'avoir conservé parmi ses enfants tout le temps de sa gloire. Si Descartes, si Rabelais, si P. L. Courrier, si tant d'autres encore sont comme lui nés au sein de notre beau pays, il en est peu, en effet, qui, comme Bretonneau, ne soient point allés chercher la grandeur hors de la contrée, et jamais la ville de Tours n'avait vu au milieu d'elle un nom médical porté si haut, entouré d'une aussi splendide auréole, parmi les hommes d'élite de sa patrie. Enfin, Bretonneau restera distinct de tout autre après sa mort, comme il n'a cessé de l'être pendant sa vie.

DE QUELQUES ACCIDENTS

déterminés par l'éruption des molaires persistantes.

Par M. le docteur LÉOTAUD (de la Trinitad).

Les deux premières molaires qui paraissent aux côtés de chaque mâchoire sont caduques, comme on le sait; leur éruption, qui est ordinairement complète vers la fin de la seconde année, expose fort souvent l'enfant à des phénomènes morbides bien connus. Les deux autres molaires, qui doivent *percer* de cinq à onze ans, sont persistantes. Généralement elles sortent de la gencive sans avoir troublé la santé de l'enfant d'une manière notable. Cependant il arrive quelquefois que la marche de ces molaires vers le bord gingival rompt l'harmonie des fonctions organiques, et détermine des maladies qu'il est important de rattacher à leur véritable cause, pour ne point commettre dans le traitement à suivre de ces erreurs qui ne peuvent qu'être préjudiciables au malade. Le fait est connu, il est vrai; mais il me semble qu'on ne lui a pas donné toute l'attention qu'il mérite. Aussi les observations suivantes pourront peut-être offrir de l'intérêt.

Obs. I. — L... a toujours joui d'une bonne santé. A l'âge de cinq ans, il éprouve une photophobie aussi intense que possible. L'examen des yeux ne me laisse rien découvrir de morbide (l'ophthalmoscope n'était pas connu à cette époque). Ne pouvant poser de diagnostic certain, je mets la plus grande réserve dans l'emploi de quelques moyens qui restent sans effet appréciable. Un beau jour, l'enfant se réveille et ses yeux supportent assez bien la lumière. Une circonstance due au hasard me porte dans ce moment à examiner la bouche, et je découvre à la mâchoire supérieure les pointes d'une grosse molaire (première persistante) qui venait de percer la gencive. Je soupçonne immédiatement une relation intime entre le phénomène physiologique et le phénomène pathologique qui viennent de se produire, et la rapidité avec laquelle se rétablissent les yeux enlève tout doute à cet égard. Aussi, quand plus tard reparaît la photophobie, au lieu d'examiner les yeux, j'explore la bouche. Je m'aperçois qu'une autre molaire va percer la gencive; elle paraît, et la photophobie cesse avec la même promptitude que la première fois.

L'enfant est aujourd'hui au lycée Louis-le-Grand. Un des premiers de sa classe, il est nécessairement d'une grande assiduité à l'étude, et pourtant sa vue se maintient très-bonne.

Obs. II. — J... fait une chute sur l'épaule; il se relève et continue à jouer avec ses camarades. Le lendemain, il se plaint d'une douleur qu'il place à l'attache inférieure du deltoïde. Au bout de trois jours, cette douleur est si vive que le sommeil ne peut avoir lieu. Je vois l'enfant, et je m'assure que le milieu du bras ne présente ni rougeur, ni tuméfaction, ni sensibilité à la pression. A cause de la chute, j'examine l'articulation scapulo-humérale. Il me semble y découvrir un peu de rougeur et de gonflement. A peine puis-je y toucher sans exciter des cris; cependant il n'y a ni fracture, ni luxation, ni élongation des liens de l'articulation, etc.

Quelques sangsues, des cataplasmes émollients, ne produisent qu'un soulagement momentané. L'appétit étant nul et la langue saburrale, je purge le petit malade sans réussir à le soulager, etc. En suivant le cas, je m'assure que la douleur a lieu par accès, mais à des heures irrégulières et plutôt pendant la nuit; un peu de fièvre les accompagne. Le sulfate de quinine ne fait que mettre fin à la fièvre.

Au début de l'affection, le temps était beau, sec et froid; il devient chaud et humide, et l'état de l'enfant ne présente aucun changement.

A cause de l'âge du sujet (sept ans), j'examine la bouche; deux grosses molaires à la mâchoire supérieure (les premières persistantes) sont sur le point de *percer*. Je crois devoir tout rattacher à ce travail qui s'opère du côté des gencives, et j'attends. Quelques jours après, les dents percent la gencive, et toute douleur disparaît dans l'espace de douze heures, pour ne laisser qu'un peu d'endolorissement pendant quelques jours. Le petit malade avait souffert pendant quinze jours.

Obs. III. — M..., gaie, vive, ingambe comme tout enfant créole qui jouit d'une bonne santé, est âgée de dix ans. Elle contracte une fièvre intermittente simple, mais rebelle à tout traitement. J'attribue l'inefficacité des fébrifuges à l'influence de la croissance, qui est manifeste dans le moment chez la petite malade. J'insiste alors sur les toniques et les excitants.

La fièvre cesse en laissant M... dans une grande débilité. Pourtant les forces reviennent assez vite, et l'embonpoint est déjà assez prononcé, quand un jour, au retour d'une promenade, la petite se plaint de fatigue. Cette fatigue, qu'elle ressent principalement aux jambes, augmente malgré le repos, et dégénère en véritable paralysie. La sensibilité n'est point affectée. Les intestins et la vessie fonctionnent normalement. Je diagnostique paralysie essentielle, dont la cause pouvait être la fièvre qui avait duré si longtemps.

Mais, d'un côté, je n'avais jamais remarqué ni su que les fièvres paludéennes produisissent une semblable conséquence morbide, et de l'autre côté, je remarquais des symptômes généraux qui ne dataient que du jour où la paralysie avait commencé; ainsi l'appétit était presque nul; la langue était saburrale; tantôt il y avait de la constipation, tantôt une légère diarrhée. Le pouls restait normal; mais un malaise général fatiguait beaucoup la petite malade. Pendant la nuit, le sommeil était agité, et durant la journée, il y avait indifférence pour toute espèce de distraction. J'explore enfin la bouche, et je vois à la mâchoire supérieure les gencives soulevées par les secondes molaires persistantes. Je crois avoir trouvé la cause de la paralysie et des autres phénomènes morbides. Je prescris un régime tonique, et j'attends. Les dents sortent enfin des gencives; les symptômes généraux disparaissent promptement, et plus tard la paralysie cesse complétement. La maladie avait duré sept mois.

Réflexions. Obs. I. — Dans cette observation, l'affection des yeux me rappelle la funeste prérogative attribuée aux canines supérieures d'agir morbidement sur l'organe de la vue; aussi ces dents sont-elles appelées vulgairement dents œillères, et les mères redoutent-elles le moment de leur évolution. Cependant je n'ai jamais vu ces canines affecter la vue d'une manière quelconque. Il peut certainement en être ainsi dans quelques cas, mais d'autres dents peuvent aussi déterminer le même accident auquel sans doute prédisposent certaines conditions individuelles, atmosphériques ou accidentelles.

Obs. II. — Quand J... a commencé à souffrir, les névralgies étaient le cachet de la constitution médicale régnante, et en tenant compte :

1° Que la douleur ressentie par le petit malade siégeait à l'attache inférieure du deltoïde, et que ce n'était qu'à l'attache supérieure de ce muscle que la pression était douloureuse;

2° Que la douleur a cessé presque instantanément, il est plus que probable que la maladie n'était qu'une névralgie du nerf deltoïdien.

La dentition prédisposait le sujet à une affection quelconque; la chute en assigne le siége, et la constitution médicale régnante en détermine la nature.

Obs. III. — Quoique je dise dans cette observation que la débilité de M... ne pouvait être la cause de cette paralysie diffuse, puisque à ce moment la petite malade avait déjà presque recouvré la santé, cependant je crois que cette débilité, suivant les idées de M. Gubler, a été la cause prédisposante de la maladie.

Maintenant, en rapprochant ces trois observations, si l'on admet les causes prédisposantes que je suppose dans les deux dernières, et que par analogie on admette également que pour la première il y a eu aussi une cause prédisposante qui m'a échappé, je puis dire que le siége et la nature des accidents déterminés par la dentition ne peuvent être identiques chez tous les enfants, car la dentition pénible n'est qu'une cause morbide dont les effets, par rapport à leur nature et à leur siége, ne sont que la conséquence de tout ce qui peut agir directement sur l'organisme.

QUELQUES OBSERVATIONS RECUEILLIES EN COCHINCHINE

sur la vaccine, sur l'ulcère de Cochinchine et la colique sèche.

M. Cras, chirurgien de 2e classe de la marine impériale, chargé du service à l'hôpital de Choquan (Cochinchine), transmet de cette localité, sous la date du 24 février, les observations suivantes, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« La vaccine s'introduit sans difficulté parmi les Annamites. Ce matin, c'était un spectacle vraiment curieux que de voir la procession de Cochinchinois qui assiégeaient ma demeure. Soixante-quinze enfants vaccinés par moi à différentes époques venaient me montrer leurs pustules vaccinales. Ils étaient conduits par le curé indigène du village de Choquan, un excellent homme avec lequel j'écorche tous les jours la langue de Cicéron. Sur deux enfants seulement le vaccin n'avait pas pris. Séance tenante, j'ai enseigné l'opération de la vaccine à un médecin annamite auquel j'ai délivré, par l'intermédiaire du prêtre indigène, un certificat de capacité rédigé en langue annamite. Je lui ai fait cadeau de plaques chargées de vaccin et d'une lancette; il est parti enchanté.

» J'ai pu constater que la pustule vaccinale se développe plus lentement chez les Annamites que chez les Européens : au onzième jour le liquide est à peine lactescent. »

Au sujet de l'ulcère de Cochinchine, voici ce qu'après un court séjour l'observation de cette maladie avait fourni à ce médecin :

« Chez les Européens doués d'une bonne constitution ces ulcères, qui au début se guérissent assez facilement, arrivés à un développement plus considérable, la cicatrisation s'opère lentement pour peu que l'anémie résultant du séjour au lit vienne s'en mêler; la plaie prend un caractère atonique, se couvre de productions pulpeuses, parfois gangreneuses, mais ne me paraît pas donner lieu à des considérations différentes de ce que l'on peut observer en France. Ces ulcères siégent le plus souvent à la région malléolaire interne à l'endroit du partage du soulier et de la guêtre. Ils ont pour point de départ une excoriation négligée, piqûres de moustiques, érosion de l'épiderme par suite de contusion. Lorsqu'il n'y a pas de productions anormales à la surface de la plaie, je m'en tiens à la teinture d'iode et aux topiques adoucissants.

» Quant à l'ulcère développé chez les chinois, il donne lieu véritablement à des considérations tout autres. Je les étudie avec grand soin tous les jours. Avant d'en parler, je désire avoir une opinion basée sur des faits plus nombreux. »

M. Cras donne, en outre, quelques renseignements sur la colique sèche, dont il a observé plusieurs cas à bord de l'aviso *le Forbin* quand il était chirurgien-major, et dont il a pu constater l'origine saturnine. De ce qu'il a vu en Cochinchine, il ressort pour lui :

1° Que les Annamites ne sont pas sujets à la colique sèche;

2° Que les hôpitaux militaires n'ont pas reçu un seul cas de colique sèche qui se soit développé sur des soldats séjournant à terre (renseignement verbal);

3° Qu'il en a été de même pour les troupes de débarquement, à deux ou trois exceptions près;

4° Que le chiffre des entrants pour cette maladie au plus fort de l'occupation n'a pas dépassé une moyenne de quatre par mois, tous provenant des navires. Chez la plupart de ceux que j'ai vus, on constatait la présence d'un beau liséré gingival.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 avril 1862. — Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

A l'occasion du rapport présenté par M. Chassaignac dans la séance du 16 avril 1862, sur la scie à chaîne montée à arbre, M. Charrière père adresse une notice avec pièces à l'appui, pour revendiquer la priorité de cette invention. Dans une notice imprimée en 1855, il fait représenter à la page 67, figure 111, un arbre de scie avec un mécanisme qui permet d'y adapter indistinctement une lime pleine ou une scie à chaîne. Un autre mécanisme permet d'allonger ou de raccourcir l'arbre lui-même, de telle sorte que pendant l'opération, et suivant les indications qui se présentent, on peut à volonté augmenter ou diminuer la courbe de l'anse de la chaîne. Cette scie a été employée par Roux dans l'ablation d'une tumeur osseuse par la méthode sous-cutanée.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. VERNEUIL. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade dont je l'ai déjà entretenue, et sur lequel j'ai appliqué la méthode autoplastique à doubles lambeaux superposés pour une rhinoplastie totale. Il restait chez ce malade une difformité à la racine du nez, au-dessus du lambeau frontal une profonde excavation large de 3 centimètres de diamètre et communiquant largement avec les fosses nasales. Il y avait aussi un gros tubercule cicatriciel sur les parties latérales qui était choquant. J'ai cherché à remédier à toutes ces difformités, et je viens aujourd'hui soumettre à la Société le résultat de ces petites opérations complémentaires.

Pour boucher le trou et rétrécir la base du nez qui offrait ce tubercule, au lieu de tailler un nouveau lambeau, j'ai eu l'idée de fendre le nez formé sur la ligne médiane, d'aller chercher la peau qui s'enfonçait, et de souder ainsi les bords de l'ouverture après un avivement préalable. J'ai réussi, et, comme on peut en juger, le résultat est assez satisfaisant.

M. LABORIE. Je désire savoir si les points de suture ont été faits avec des fils métalliques.

M. VERNEUIL. Oui. Je les ai ôtés après quarante-huit heures, parce qu'il n'y avait pas de tension ni de gonflement.

M. LARREY. Je crois devoir rappeler que la première opération de rhinoplastie totale a été faite par mon père. Il a eu recours à un procédé analogue à celui employé par M. Verneuil, moins le lambeau sus-nasal. Du reste, la destruction du nez tenait à la même cause, et le résultat fut aussi satisfaisant. Je pourrais au besoin reproduire le fait dans tous ses détails, et les dessins qui s'y rapportent.

M. GUERSANT. Je désire savoir si dans ces diverses opérations pratiquées par M. Verneuil, le malade n'a pas été soumis à des accidents graves, tels que phlegmon, érysipèle, angéioleucite, etc.

M. VERNEUIL. L'opération pratiquée par Larrey père est restée célèbre. Elle est la première en date pour marquer la renaissance de l'autoplastie française. Cette opération, en effet, a été faite par l'avivement des lambeaux latéraux et la réunion de ces lambeaux sur la ligne médiane.

Après Larrey père, la rhinoplastie par lambeaux latéraux a été faite par Serres et par M. Bouisson. Dans le cas actuel, le procédé aurait été insuffisant, parce que l'espace à combler était trop considérable.

Après avoir constaté les résultats obtenus par la méthode française, je me suis convaincu que le dos du nez, d'abord assez satisfaisant de forme, finissait par s'affaisser de plus en plus. C'est pour éviter cet affaissement que j'ai eu recours à l'interposition du lambeau frontal, qui fournit un soutien solide aux deux lambeaux latéraux.

Dieffenbach avait senti l'insuffisance des lambeaux latéraux et avait emprunté un lambeau frontal; mais cet unique lambeau restait encore insuffisant. En appliquant le lambeau frontal sous les deux lambeaux latéraux, je répondais à toutes les indications. Je tiens ce procédé de communications orales avec M. Ollier. Quoi qu'il en soit, j'ai obtenu le résultat que je cherchais.

Quant à l'opération complémentaire, elle sera souvent nécessaire.

Je réponds à M. Guersant que cette opération est en effet très-grave. L'érysipèle de la face se montre trois fois sur quatre. Ici cependant je n'ai pas eu cet accident ni à la suite de l'opération principale ni à la suite de l'opération complémentaire.

M. GUERSANT. Je prends acte de cet heureux résultat, qui est important en ce qu'il permettra d'être plus hardi pour reculer les limites de l'art sans faire courir au malade de trop graves dangers. Jusqu'ici, il faut l'avouer, les faits connus n'étaient pas trop encourageants. Ainsi Dieffenbach, dans son voyage à Paris, avait opéré deux malades, et il avait eu deux morts. Il fallait donc y regarder à deux fois avant d'opérer, et c'était sans doute ce qui avait fait donner la préférence à la prothèse.

M. VERNEUIL. Je n'entamerai pas la question de la prothèse et de l'autoplastie. Je ferai remarquer seulement que Dieffenbach soumettait ses opérés à un régime trop débilitant. Il les saignait plusieurs fois, il appliquait des sangsues sur les lambeaux, et les mettait à une diète très-sévère, de sorte que des accidents formidables se déclaraient presque nécessairement. Aujourd'hui nous dirigeons beaucoup mieux nos opérés.

RAPPORT.

M. TRÉLAT commence la lecture d'un rapport sur une observation de résection du coude, envoyée par M. le docteur Lala, ancien interne des hôpitaux.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Voici le discours prononcé par M. Laborie, au nom de la Société de chirurgie, sur la tombe de M. Cazeaux, le 19 avril dernier.

« Messieurs,

» Après les éloquents discours que vous venez d'entendre, excusez-moi si je viens à mon tour adresser quelques mots d'adieu à notre regretté confrère Cazeaux. En prenant la parole dans cette triste cérémonie, j'obéis à un devoir sacré, comme représentant de la Société de chirurgie de Paris, et à un sentiment de sincère et profonde estime pour le collègue que nous avons perdu.

» De la vie de Cazeaux, je ne saurais rien dire qui n'ait été dit déjà. Le laborieux médecin, le savant académicien, l'homme honorable, ont été loués dignement par M. Danyau et par M. Blot. Je ne puis avoir la prétention d'ajouter quoi que ce soit à d'aussi remarquables éloges; aussi me renfermerai-je simplement dans ce qui concerne le collègue de la Société de chirurgie.

» Cazeaux, qui aimait le travail et les travailleurs, avait apprécié la valeur d'une Société qui, livrée à ses seules ressources, sans autre soutien que son désir de bien faire, avait conquis dans la science une honorable et haute position. Et lui, qui appartenait au corps médical le plus éminent, lui, membre de l'Académie impériale de médecine, avait brigué l'honneur d'être admis parmi les membres de la Société de chirurgie.

» Pour appuyer sa candidature, Cazeaux nous communiqua un intéressant mémoire sur un sujet encore bien controversé; il s'agissait d'un état particulier du col utérin inhérent à la gestation, et qui, si la description précise et bien faite de l'auteur était juste, devait ne plus être considéré comme appartenant à la pathologie, mais bien comme le résultat d'une modification purement physiologique. Ce mémoire, ainsi que le disait Cazeaux, n'était que le prélude d'un travail plus étendu qu'il nous promettait.

» Chargé par la Société d'examiner cette communication, je me suis attaché à poursuivre les mêmes recherches, et je pouvais, dans mon rapport, apporter à la grande autorité de l'auteur le faible appoint de mes propres observations. Mes conclusions devaient être ce qu'elles furent : je proposais d'accueillir le savant candidat, et, à l'unanimité, Cazeaux était proclamé membre de la Société de chirurgie.

» Cette nomination nous donnait un collègue savant et zélé, et dans toutes les discussions il apportait les vives lumières de son intelligence et de son savoir. Si le fonds était riche et solide, la forme était brillante et séduisante.

» Orateur habile et sobre, il savait avec fermeté maintenir ses opinions. Son visage expressif, ses gestes simples et dignes, constituaient avec sa facilité d'élocution un ensemble de qualités rares, — et nous devions nous estimer heureux de posséder un tel collègue. — En voyant sa santé en apparence robuste, nous espérions que pendant de longues années il apporterait à nos travaux un utile et précieux concours; mais cet espoir devait être cruellement déçu.

» Cazeaux, livré avec ardeur aux travaux scientifiques, auteur d'un livre d'accouchement devenu classique, professeur brillant, écrivain distingué, avait dû en outre se livrer à l'exercice d'une profession écrasante de fatigue. Alliant tout à la fois les nécessités de ce double labeur, homme du monde aimé et recherché, sa santé ne résista pas. De terribles accidents cérébraux vinrent effrayer ses nombreux amis, et nous avons pu assister en toute connaissance de la triste vérité à la lutte de la matière en voie de désorganisation, avec l'intelligence surnageant au milieu des ruines de la matière.

» Toujours fidèle au devoir, toujours exact, notre malheureux collègue restait assidu à nos séances. Voulant, par la puissance de sa volonté, dominer le mal qui l'accablait, il essayait d'entrer dans nos discussions. Mais sa parole hésitante trahissait sa pensée, qui restait encore vive et limpide.

» L'issue de cette lutte ne pouvait être douteuse; notre pauvre ami était enfin vaincu; il nous quittait, nous laissant tous frappés comme d'un vrai malheur de famille.

» Aujourd'hui, nous sommes tous réunis, recueillis, pleurant sur les bords de cette tombe qui, en se fermant, nous sépare à jamais sur cette terre du plus excellent, du plus regretté des collègues, et vous tous qui assistez à ces tristes funérailles; vous surtout, jeunes confrères, qui avez été les élèves de Cazeaux, ne vous laissez pas trop décourager au spectacle de ces tristes catastrophes; notre vie à tous est un combat; si quelques vaillants succombent avant l'heure, martyrs de la science, ils doivent féconder le champ du travail; les honneurs que nous rendons à leurs mortelles dépouilles, la sympathie dont nous entourons leur tombe, la justice que chacun leur rend, montrent que leur existence n'a pas été perdue pour l'humanité.

» Becquerel, Alquié, Cazeaux, illustres victimes du dévouement et de l'étude, nous conserverons dans nos cœurs le culte de votre mémoire; nous espérons bien que, loin de nous, vous avez trouvé la légitime récompense des travaux qui ont ennobli votre existence.

» Je termine en répétant ce que je disais il y a quelques mois sur la tombe d'un autre collègue : Au nom de la Société de chirurgie, adieu, Cazeaux, adieu, cher et bien-aimé collègue ! »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Henri Roger, récemment élu membre de l'Académie de médecine, vient de faire don à l'Association générale de la somme de trois cents francs.

— M. Wecker, docteur des Facultés de Wurzbourg et de Paris, ouvrira son cours clinique d'ophthalmologie au dispensaire de feu M. le docteur Deval, le lundi 12 mai, à midi. Le cours sera public et aura lieu tous les jours, de midi à deux heures, rue des Marais-Saint-Germain, 18.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme, par le docteur SUCQUET, lauréat de l'Académie des sciences, etc. Mémoire approuvé par l'Académie de médecine de Paris. Un volume in-8° avec atlas in-folio de six planches, dessinées d'après nature par Lackerbauer. Prix : 8 fr. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Traité pratique des maladies de l'estomac, par le docteur T. BAYARD. Un volume in-8°. Prix : 7 fr. 50 c. Paris, 1862, chez Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine.

Traité pratique des affections nerveuses et chloro-anémiques, considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles, par le docteur MONNERET. Ouvrage qui a obtenu une récompense de l'Académie impériale de médecine de Paris. Un volume in-8°. Prix : 6 fr. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Corps étranger de la vessie chez une femme enceinte; extraction; accouchement; érysipèle; mort. — HÔTEL-DIEU DE REIMS (M. Landouzy). Diabète sucré; diabète non sucré; fréquence du diabète non sucré chez les gens d'une constitution robuste. — Angine de poitrine compliquant une arthrodynie généralisée et suivie d'ictère grave, d'épistaxis et de purpura; guérison. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 5 mai. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 6 février. — Nouvelles.

PARIS, LE 12 MAI 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Un rapport de M. Becquerel sur les recherches de M. Armand Moreau, relatives à la nature de la source de l'électricité de la torpille et des autres poissons électriques; une lecture de M. le docteur A. Després sur l'érysipèle; et la présentation faite par M. Velpeau d'un mémoire de M. le docteur Collongues sur la biométrie; telles sont les principales communications physiologico-médicales de cette séance.

Nous ferons prochainement un rapide exposé de ce que M. Collongues entend par le mot de biométrie, et de l'appareil décrit dans son mémoire sous le nom de biomètre.

Une courte analyse du mémoire de M. Després, que l'on trouvera dans le compte rendu de la séance, indique en quelques propositions générales les points principaux de l'histoire de l'érysipèle que l'auteur s'est proposé d'élucider dans ses recherches.

Il ne nous reste donc qu'à dire un mot de l'objet du rapport de M. Becquerel.

On connaît les belles recherches anatomiques qui ont été faites dans ces derniers temps sur les organes électriques de la torpille, celles notamment de MM. Mateucci, Jobert (de Lamballe) et Ch. Robin. On sait que M. Robin, en particulier, a constaté dans l'organe électrique une organisation spéciale que l'on ne retrouve ni dans le règne animal ni dans le règne végétal, et qu'il considère cet organe comme doué de la propriété de produire de l'électricité sous l'influx nerveux, de même que le tissu musculaire a la propriété de se contracter sous l'influence de l'influx nerveux moteur.

M. Moreau, partant de cette donnée, a entrepris une série d'expériences avec l'électricité mise en mouvement dans les décharges provoquées artificiellement et recueillie à l'aide d'un condensateur, et il est arrivé à ce résultat : que les nerfs électriques possèdent seulement les propriétés des nerfs moteurs; que l'électricité est élaborée dans l'organe électrique et non dans le cerveau, comme on l'avait avancé; qu'il existe, enfin, un état tétanique pour les nerfs et le tissu électrique, analogue à celui que l'on observe pour les nerfs moteurs et les muscles des animaux.

Ces résultats, qui pourront jeter du jour sur quelques points de la physiologie du système nerveux, ont paru à la commission dignes de l'insertion du travail dans le *Recueil des Savants étrangers*. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Corps étranger de la vessie chez une femme enceinte. — Extraction. — Accouchement. — Érysipèle. — Mort.

(Observation recueillie par M. Ch. HALLÉ, interne provisoire du service.)

Le 11 avril dernier, est entrée à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Nélaton, une femme âgée de vingt-sept ans, atteinte, disait-elle, de calculs vésicaux. Cette femme a toujours été d'une bonne santé; réglée à dix-sept ans pour la première fois, elle ne vit la menstruation s'établir régulièrement qu'à vingt-deux ans. Elle se maria à vingt-quatre ans. Elle est accouchée il y a vingt et un mois d'un enfant bien portant, qu'elle nourrissait encore il y a quelques mois; redevenue enceinte, elle ne peut préciser à combien remonte cette grossesse, n'ayant pas revu ses règles depuis son accouchement. Cependant, par l'examen de la malade et par les mouvements qu'elle ressent, on peut présumer que cette femme est enceinte de cinq à six mois.

Le cathétérisme permit de constater la présence dans la vessie d'un corps dur, d'un certain volume, que l'on put même sentir par le doigt introduit dans le vagin. En outre, le choc de la sonde sur ce corps donnait la sensation d'un calcul.

La malade, pressée de questions sur les symptômes et sur l'origine de sa maladie, finit par avouer que depuis un an environ elle avait l'habitude de s'introduire souvent dans le canal de l'urèthre de petits morceaux de bois qu'elle retirait elle-même. Mais, il y a cinq semaines, elle en avait taillé un avec une petite branche, de la longueur de six centimètres environ et du volume d'une plume d'oie; elle l'avait introduit dans l'urèthre et n'avait pu le retirer comme d'habitude.

Elle raconta que depuis ce temps elle éprouvait de vives douleurs dans la vessie, surtout quand elle urinait, quand elle marchait ou faisait quelque exercice violent. Elle ne fit aucun traitement et ne se décida à avouer le fait à son médecin que le 7 avril.

Celui-ci, après plusieurs tentatives inutiles d'extraction, adressa sa malade à M. le professeur Nélaton, qui l'admit dans son service.

Le 14 avril M. Nélaton résolut d'extraire ce corps étranger. Afin d'ouvrir une voie plus facile aux instruments, et dans la prévision d'ailleurs que le corps étranger avait dû augmenter de volume par suite du dépôt de concrétions calcaires à sa surface, il tailla un cône d'éponge préparée dans le but de dilater le canal dont l'orifice externe lui avait semblé étroit. Avant de placer ce cône, il essaya d'introduire le petit doigt dans le canal de l'urèthre; il fut surpris d'y réussir; il parvint même à introduire l'index, et put ainsi sentir le corps étranger. La malade, qui avait été préalablement soumise aux inhalations de chloroforme, car les manœuvres de l'opération devaient être douloureuses, fut placée sur le bord du lit; M. Nélaton glissa sur le doigt introduit dans la vessie une pince à pansements, qui saisit le corps étranger, dont une des extrémités semblait enfoncée dans la paroi vésicale. L'instrument avait saisi le corps par le milieu, aussi ne put-il être extrait. L'opérateur introduisit alors une seconde pince, le prit par une de ses extrémités et parvint à le faire sortir en entier.

Pendant cette opération, qui fut assez laborieuse, la malade perdit peu de sang; elle fut replacée dans son lit, et on appliqua sur les parties génitales un cataplasme frais qui fut maintenu pendant toute la journée.

Le corps étranger se compose d'une tige de bois revêtue de son écorce, longue de 6 centimètres et un peu plus volumineuse qu'une sonde métallique. Cette tige de bois est recouverte dans une grande partie de son étendue de concrétions calcaires dues au dépôt de phosphate et de carbonate de chaux, et qui en ont presque doublé le volume primitif.

Pendant la journée, la malade rendit quelques caillots de sang avec ses urines; mais celles-ci n'étaient que très-peu teintes de sang.

Le 15, le pouls est fréquent; il y a de la céphalalgie; la malade se plaint de douleurs dans les parties génitales. — Compresses imbibées d'eau tiède sur les grandes lèvres.

Le soir, on constate un gonflement considérable et une teinte érysipélateuse de la face interne de la grande lèvre gauche, qui est très-œdématiée et très-douloureuse au toucher; peau brûlante; 140 pulsations; soif vive.

Le 16, l'érysipèle augmente et envahit toute la fesse; il est limité en dedans par le pli génito-crural, et en dehors il s'élève jusqu'à la crête iliaque. On recouvre la surface érysipélateuse d'une couche de collodion. — Eau de Sedlitz et limonade.

Le 18, toute la face interne de la grande lèvre du côté gauche, qui présentait la veille une teinte ecchymotique, est gangrenée. L'érysipèle a dépassé la limite du collodion, et s'étend sur la cuisse gauche; il envahit aussi la cuisse droite, après avoir contourné le bassin.

Dans la nuit du 18 au 19, la malade, qui est au sixième mois de sa grossesse, est prise de douleurs vives qui font présumer qu'elle accouchera bientôt; en effet, les douleurs augmentent jusqu'à huit heures et demie, et à neuf heures elle accouche d'un fœtus bien conformé (présentation par les pieds). L'enfant présentait quelques obscurs signes de vie, entre autres quelques battements du cœur; mais malgré tous les efforts que nous fîmes, mon collègue M. Gillette et moi, pour exciter les mouvements respiratoires, il fit une douzaine d'inspirations; mais bientôt il se refroidit, les battements du cœur finirent par s'éteindre, et il mourut quarante minutes environ après sa naissance.

Trois quarts d'heure environ après l'accouchement, M. Nélaton fit des tentatives infructueuses pour décoller le placenta; le cordon s'éraillait et menaçait de se rompre. Une heure et demie environ après l'accouchement, et d'après les conseils de M. Tarnier, je fis l'extraction du placenta, qui vint entier.

La malade fut assez tranquille le reste de la journée; mais la soif était vive, la fièvre intense; l'érysipèle gagnait toujours la partie inférieure des cuisses, et remontait un peu dans le dos. La partie gangrenée de la grande lèvre paraissait se limiter.

Le soir, les cuisses sont complétement envahies par l'érysipèle, qui descend jusqu'aux genoux. Le genou gauche est très-douloureux; pouls à 144 pulsations; respiration courte et très-fréquente.

Le 20 au matin, la malade a eu du délire et a été agitée pendant la nuit. Le ventre est peu douloureux à la pression, mais très-météorisé. L'érysipèle a gagné les parois du ventre. La malade se plaint surtout du genou gauche, qui est tuméfié et très-douloureux; la moindre pression lui fait pousser des cris. On perçoit de la fluctuation sur les côtés de la rotule. La malade se plaint en outre d'un point très-douloureux à l'avant-bras, où l'on constate la formation d'un foyer purulent.

Le soir, le pouls est filiforme, presque incomptable; refroidissement général du corps; langue sèche; érysipèle gangréneux des membres inférieurs.

La malade expire le 21, à quatre heures du matin.

Autopsie faite le 22 avril, trente heures après la mort.

Poumons. — Des adhérences nombreuses, mais anciennes, unissent la plèvre pariétale à la plèvre pulmonaire. Le lobe inférieur du poumon droit est hépatisé.

Le cerveau ne présente aucune lésion.

L'articulation du genou gauche, ouverte, donne issue à une collection purulente très-abondante.

Le foie est volumineux et gras.

La rate est diffluente et sans fermeté.

La vessie présente un aspect marbré. La muqueuse est mouchetée pour ainsi dire par une foule de petites ecchymoses peu larges. Il existe sur la paroi interne de la vessie deux dépressions assez profondes dans lesquelles on peut faire pénétrer l'extrémité du petit doigt, et qui devaient recevoir pendant la vie les extrémités du corps étranger. Ceci est d'autant plus probable que ces deux dépressions sont réunies par un sillon bien marqué sur la muqueuse, dirigé horizontalement, et dans lequel reposait le corps étranger. Celui-ci porte sur son milieu les empreintes de la pince avec laquelle M. Nélaton essaya de le saisir, ce qui s'explique par la position transversale du corps étranger dans la vessie.

Le canal de l'urèthre présente des traces d'éraillures nombreuses, reposant sur un tissu ecchymosé; ces déchirures s'expliquent par l'introduction du doigt et des pinces qui ont servi à extraire le corps étranger.

HOTEL-DIEU DE REIMS. — M. LANDOUZY.

Diabète sucré; diabète non sucré; fréquence du diabète sucré chez les gens d'une constitution robuste (1).

(Leçon recueillie par M. BENOIST, interne du service.)

Quelques mots maintenant sur les trois cas de glycosurie que vous avez sous les yeux.

Le *premier*, par ordre de date, a trait à une femme de vingt-huit ans à laquelle on en donnerait cinquante.

Réglée à quatorze ans et très-bien portante jusqu'à vingt-quatre, elle vit tout à coup, et sans cause appréciable, l'appétit et la soif s'augmenter au point que six à huit livres de pain et douze à quinze litres d'eau ne lui suffisaient plus en vingt-quatre heures.

Douée précédemment d'un embonpoint remarquable, elle le conserva pendant les trois premières années de sa maladie, mais il y a quelques mois, la rapidité de l'affaiblissement et de l'amaigrissement l'effraya, et ne pouvant plus ni travailler ni trouver en mendiant assez de ressources pour se sustenter, elle entrait à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier dernier. Le jour même de son arrivée, elle mangeait huit livres de pain, et rendait douze litres d'urine qui marquaient 68 grammes de sucre par litre, c'est-à-dire plus de 800 grammes de sucre par vingt-quatre heures. Ramollissement et sanguinolence des gencives; affaiblissement de la vue sans opacité appréciable des milieux transparents; anéantissement du sens génésique; aménorrhée; violent prurit à la vulve. Aucune trace de tuberculisation.

Nous espérions à l'aide du régime et du traitement obtenir ici promptement ce qu'on obtient chez la plupart des glycosuriques, c'est-à-dire une amélioration considérable au début même de la médication; mais, contre notre attente, nous sommes restés longtemps sans obtenir un résultat favorable, et encore ne l'avons-nous obtenu que très-imparfaitement, puisque, malgré tous nos efforts, nous n'avons pu faire descendre le sucre au-dessous de 28 grammes par litre, et l'urine au-dessous de 6 litres par jour.

Vous avez vu, en outre, se produire ici l'un des épiphénomènes les plus pénibles et les plus fréquents du diabète, c'est-à-dire, après la boulimie, une anorexie et un dégoût tels, qu'il a fallu plusieurs fois recourir aux féculents, qui seuls ramenaient un peu l'appétit et diminuaient un peu la faiblesse. Un profond ennui s'est emparé ces jours derniers de la malade, et elle veut quitter l'hôpital aujourd'hui pour retourner à son pays. Ici, le pronostic est grave; les forces se sont à peine réparées; le glycose est toujours abondant, et il est à craindre que chez cette femme, abandonnée maintenant à la charité publique, les anciens accidents ne reparaissent et ne s'accroissent avec rapidité.

Le *deuxième* fait se rapporte à un homme de quarante et un ans, couché au n° 3 de la salle Saint-Remi, ancien postillon à Isles, maintenant tisseur en hiver, cultivateur en été.

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 mai.

Cet homme, d'une constitution très-robuste, d'un embonpoint marqué, n'avait jamais été malade, lorsqu'il y a quatre mois il s'aperçut d'une augmentation considérable de son appétit, survenue sans cause appréciable. Malgré cinq livres de pain et deux livres de viande, il mourait encore de faim, et il assure que la sécheresse de la bouche et de la gorge était telle, qu'il ne buvait pas moins de quinze à vingt litres d'eau en vingt-quatre heures.

Les forces ne diminuaient pas sensiblement; l'énergie des facultés viriles restait la même; mais les gencives étaient douloureuses, les dents s'ébranlaient, et la soif devenait tellement insupportable le jour et la nuit, que cet homme se décida enfin à consulter. On lui conseilla le régime sucré, vanté bien à tort, vous le savez, par quelques observateurs qui ont pris l'exception pour la règle. Bientôt, le mal empirant, le médecin reprit le traitement classique, lorsque enfin les moyens de subsistance étant devenus tout à fait insuffisants, le malade se décida à venir à l'hôpital.

Vous vous rappelez son air encore robuste, son embonpoint diminué mais encore évident, ses urines limpides et abondantes, marquant 50 grammes de sucre et 135 degrés au densimètre.

Après quelques jours de traitement, l'amélioration avait fait de tels progrès, que bientôt il n'y eut plus ni soif, ni polyurie, ni sucre, ni boulimie. Mais la reprise, quoique très-discrète, des féculents ramena promptement l'excès de glycose et tous les accidents primitifs. Avec le régime revint la guérison; les féculents furent accordés plus lentement, et, quoique le malade mange deux quarts de pain par jour, vous n'avez pas trouvé trace de sucre aux deux dernières explorations. L'urine marquait aujourd'hui même dix-huit degrés, c'est-à-dire à peu près la densité normale. Les forces et la gaieté sont revenues, et cet homme va continuer quelque temps ses fonctions d'infirmier dans nos salles, afin d'y rester en surveillance.

Cette guérison se maintiendra-t-elle? Quoique j'aie sous les yeux plusieurs exemples d'un pareil résultat, ce serait une témérité que d'y compter dès à présent, nulle affection ne paraissant plus sujette à récidive.

Le troisième cas a trait à un charpentier de trente-neuf ans, d'une forte constitution, couché au n° 12 de la salle Saint-Remi. Cet homme, adonné depuis quelques années à des habitudes alcooliques, n'avait cependant jamais été malade, lorsque vers le 15 décembre dernier, après une vive contrariété pendant la journée, il fut pris la nuit d'une soif ardente qui s'accrut, les jours suivants, au point de l'obliger à quitter à chaque instant son travail pour courir à la fontaine.

L'appétit n'était pas augmenté, aussi l'affaiblissement général fit-il des progrès rapides qui obligèrent le malade à entrer à l'Hôtel-Dieu un mois après le début des accidents. L'urine, très-limpide, très-abondante, d'une densité de 130 degrés, donnait au saccharimètre 50 grammes de sucre. Le régime et le traitement amenèrent une amélioration plus prompte encore que chez l'ancien postillon, et au bout de quinze jours l'état normal reparaissait tout entier, sauf une certaine boulimie dont le malade s'était plaint seulement peu après son entrée à la clinique.

Or, remarquez bien cette dernière circonstance, car elle vous rend compte une fois de plus du πεῖρα σφαλερὴ d'Hippocrate, *l'expérimentation est trompeuse*. Ici, en effet, notre expérimentation, c'est-à-dire notre observation était erronée. Nous nous étonnions que la boulimie augmentât, le diabète diminuant, lorsque la religieuse, plus perspicace que nous, est venue résoudre le problème. Le malade n'avait pas plus d'appétit qu'à son entrée à l'hôpital; mais ayant vu l'autre diabétique recevoir pour deux repas douze œufs et cinq portions entières de viande et de fromage, il avait feint d'être aussi affamé que son voisin, et il vendait ainsi aux convalescents pour plus d'un franc cinquante centimes par jour. La fraude découverte, il avait subitement quitté l'hôpital; mais les accidents ne tardant pas à reparaître, il fut bientôt forcé d'y rentrer.

Vous avez constaté le retour du sucre à sa dose première, c'est-à-dire à cinquante-huit grammes par litre. L'amélioration a été du reste aussi rapide que la première fois, puisque hier, au dernier examen, il n'en existait plus que dix-sept. A en juger par la nature et par la promptitude de la cause, on devrait porter ici un pronostic favorable; mais, je vous le répète, comme pour le malade précédent, on ne saurait être trop réservé.

Vous le voyez, ces trois cas de diabète sucré, identiques en apparence, offrent en réalité de notables différences.

Tous trois avaient trait à des sujets bien constitués et pourvus d'embonpoint. Tous trois étaient également tourmentés par la soif et la polyurie. Chez tous trois, la dose de sucre dépassait cinquante grammes par litre et cinq cents grammes par jour. Chez tous trois, la densité de l'urine a varié entre 25 et 35 degrés. Chez l'un, l'appétit reste modéré pendant tout le cours de la maladie; chez les deux autres, il est insatiable tant que le glycose n'a pas diminué. Chez le premier, le diabète survient lentement et n'amène le marasme qu'au bout de trois ans; chez le deuxième, il augmente plus vite et amène un affaiblissement notable en moins de trois mois; chez le troisième, il survient le soir même d'une vive impression morale et amène l'affaiblissement en moins de quinze jours. Chez la mendiante de Sainte-Balsamie, la maladie résiste opiniâtrement au traitement; chez le charpentier de Saint-Remi, elle semble guérie au bout de huit jours; chez le postillon au bout de deux mois; chez tous trois, elle reparait dès la première reprise des féculents.

Vous vous rappelez le traitement qui vient d'être mis en usage chez nos glycosuriques. Il a eu surtout pour base le régime diététique, les alcalins, les modificateurs généraux et l'hydrothérapie.

Dès qu'un malade affecté de diabète sucré réclame vos conseils, commencez par le mettre immédiatement à la diète absolue de pain, de féculents et de sucre, et en quelques jours vous verrez le plus ordinairement diminuer de plus des trois quarts la quantité d'urine et la quantité de glycose.

A cette réforme alimentaire, joignez au besoin l'eau de Vichy ou les carbonates alcalins s'il y a dyspepsie, un peu d'opium s'il y a insomnie, et vous verrez rapidement disparaître la plupart des accidents spéciaux et généraux. C'est ce que vous avez remarqué aux n°s 5 et 12 de Saint-Remi.

Pressés par ce dégoût profond qu'amène presque toujours le régime exclusif, et surtout la privation de pain, les malades se relâcheront bientôt de la sévérité de vos prescriptions; aussi les accidents reparaîtront-ils aussi intenses qu'auparavant, et vous faudra-t-il revenir aux premières rigueurs.

C'est qu'en effet, Messieurs, le régime alimentaire est presque tout dans la thérapeutique générale du diabète. Les médicaments n'ont là qu'une action accessoire et très-limitée.

A l'aide du pain de gluten, de la farine de gluten et de toutes les préparations culinaires auxquelles on peut l'employer, on diminue beaucoup aujourd'hui les effets de la privation de pain; mais, croyez-moi, faites autant que possible dans votre clientèle ce que vous nous avez vu faire à l'hôpital. Supprimez le pain, supprimez même le gluten, qui contient toujours un reste de fécule; supprimez toute trace de sucre, et vous arriverez à des résultats plus prompts et surtout plus durables.

Si le dégoût devient insurmontable, si l'appétit menace de cesser complétement, donnez alors du pain de gluten, rendez au besoin du pain de froment, rendez quelque peu de sucre, mais pour revenir bientôt à un régime plus rigoureux si vous voyez le glycose augmenter. C'est dans ces cas surtout qu'il est bon d'insister sur les amers, sur la solution de carbonate d'ammoniaque aromatisée avec une forte dose de rhum, sur la noix vomique à la dose de 5 à 20 centigrammes, sur la strychnine à la dose de 5 à 20 milligrammes.

Les bains de vapeur, l'hydrothérapie, les frictions rudes, le massage, amènent souvent une heureuse modification. Recommandez par-dessus tout les distractions physiques et morales; envoyez vos malades à Vichy, à Carlsbad, aux bains de mer, et faites en sorte qu'ils ne restent jamais inoccupés.

Un fait remarquable, et que vous venez de constater particulièrement dans la salle Sainte-Balsamie, c'est l'efficacité de la plupart des nouveaux remèdes chez les diabétiques. Le sulfate de quinine, le quinquina, le tannin, l'iodure de fer ou de potassium, l'huile de foie de morue, la phospholéine, la noix vomique, la strychnine, l'électrisation du pneumogastrique, produisaient sous vos yeux une amélioration qu'on était tenté de regarder comme définitive, mais qui malheureusement disparaissait bientôt.

Ces améliorations momentanées, qu'on prend souvent pour des guérisons, vous les obtiendrez dans la pratique à chaque nouveau médicament.

Lorsque l'appétit paraît, comme il arrive si souvent, complétement perdu, et qu'il faut à toute force conseiller une grande variété dans la nourriture, consultez la carte alimentaire tracée par M. Bouchardat pour l'usage des diabétiques, et vous trouverez là des indications précieuses sur les mets dépourvus de fécule et de sucre. Un point important, c'est de recommander aux malades d'examiner souvent leur urine. Apprenez-leur à en faire chauffer dans un tube quelques centimètres avec un peu de lait de chaux ou de potasse, et la coloration du liquide deviendra pour eux un salutaire avertissement. Je connais des diabétiques qui prennent cette précaution depuis vingt ans, et qui, avant d'y recourir, se laissaient entraîner parfois à de funestes écarts de régime.

Cette action thérapeutique du régime et des alcalins s'explique-t-elle théoriquement? L'espèce d'amidon trouvé dans les cellules hépatiques, et qui constitue la matière glycogène, se trouve-t-il diminué? L'excitation cérébro-spinale qui paraît exagérer le travail glycosurique, se trouve-t-elle modérée? L'action du grand sympathique qui paraît le modérer, se trouve-t-elle augmentée? Malgré les progrès considérables de la science, on ne pourrait encore faire sur ces points que de vagues hypothèses, et nous devons les bannir de ces cours tout pratiques.

Evidemment je n'ai pas voulu vous faire une leçon sur le diabète, car elle resterait pleine de *desiderata*. Aux cours de pathologie appartiennent les leçons sur les maladies, aux cours de clinique les leçons sur les malades. C'est donc à ce dernier titre seulement que j'ai voulu vous présenter, à propos des diabétiques de nos salles, les considérations qui m'ont le plus frappé en dehors de celles que contiennent les livres.

Aussi ne vous ai-je rien dit ni du diabète par cause traumatique, ni des affections dans lesquelles on trouve incidemment l'urine sucrée, ni des cas où le mal empire en même temps que le sucre diminue, ni des cas où la vue s'affaiblit, tantôt sous l'influence de la faiblesse générale, tantôt par altération des milieux de la rétine ou du nerf optique; ni des cas où l'évolution tuberculeuse vient compliquer le mal primitif; ni de ceux où la goutte semble alterner avec la glycosurie et rendre la thérapeutique si difficile; ni de ceux où une gangrène partielle vient à l'improviste faire craindre une terminaison fatale, etc.

Un mot cependant sur cette dernière complication.

Chez aucun de nos glycosuriques il n'est survenu de phlegmon ni d'érythème, et par conséquent de point gangréneux; mais tandis que vous analysiez avec soin leur urine, je vous ai apporté plusieurs fois, pour la soumettre au polarimètre, celle d'un diabétique de la Meuse, affecté d'un phlegmon gangréneux qui s'est terminé par la guérison, après avoir excité de très-vives inquiétudes.

Attachez la plus grande importance au moindre clou, à la moindre plaie, à la moindre écorchure dans la glycosurie. Après M. Marchal (de Calvi), qui a appelé avec autorité l'attention des praticiens sur ces accidents redoutables, j'ai le premier fourni à la science des faits qui ont contribué à éclairer la question.

J'avais vu, en effet, avec mes confrères Du Val et Hennequin, mourir en deux jours, d'une simple écorchure au pied, un diabétique encore très-robuste. J'avais vu, avec mes confrères Bienfait et Decès, mourir en trois jours, d'une simple piqûre au doigt, un diabétique également très vigoureux. J'avais été appelé, avec le docteur Griffon, pour un diabétique qui avait aussi conservé toutes les apparences de la plus forte constitution, et qui, à notre arrivée, venait de mourir rapidement d'un clou gangréneux à la nuque.

Par compensation, j'ai vu cette année même, avec mon confrère Colinet et avec mon très-savant maître Bouchardat, deux diabètes avec abcès gangréneux qui se sont enfin terminés par la guérison.

Attachez donc la plus grande attention à toutes les lésions externes, traumatiques ou spontanées qui peuvent survenir dans le cours de la glycosurie, et sans inquiéter les malades, ayez l'œil sur les moindres érythèmes. Cherchez à modifier immédiatement les surfaces par le quinquina, par le camphre, au besoin par la cautérisation. Evitez que la partie irritée ne soit soumise au moindre frottement, à la moindre pression; évitez la déclivité de la région affectée, car l'œdème y survient promptement; et surtout, dans ces cas dangereux, ayez dès le début recours aux toniques les plus puissants et aux modificateurs généraux de l'économie.

Un mot encore, car je craindrais qu'après tous ces détails sur les malades, l'idée de la maladie ne vous restât pas assez nette dans l'esprit. Un mot pour que vous ne sortiez pas de cette leçon sans avoir bien présents les signes distinctifs de ces deux affections si semblables en apparence, si différentes en réalité.

Rappelez-vous donc comme principaux traits du diagnostic différentiel les caractères suivants :

Dans le diabète sucré, urine toujours plus dense que l'eau et presque toujours beaucoup plus dense que l'urine normale.

Dans le diabète insipide, urine parfois moins dense que l'eau, toujours moins dense que l'urine normale.

Dans le diabète sucré, glycose ou matière sucrée plus ou moins abondante, mais toujours facile à constater d'une manière mathématique.

Dans le diabète insipide, absence de toute espèce de sucre.

Dans le diabète sucré, appétit toujours exagéré pendant la première période.

Dans le diabète insipide, appétit toujours diminué.

Dans le diabète sucré, extrême impressionnabilité nerveuse, sans aucune perturbation morale.

Dans le diabète insipide, déviations instinctives ou intellectuelles.

Dans le diabète sucré, amélioration presque toujours considérable aussitôt le traitement.

Dans le diabète insipide, amélioration faible, lente et le plus souvent nulle, malgré tous les efforts de la thérapeutique.

ANGINE DE POITRINE

compliquant une arthrodynie généralisée et suivie d'ictère grave, d'épistaxis et de purpura. — Guérison.

Par M. le docteur LABALBARY.

D... (Jean), trente-deux ans, cocher, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution forte, marié, issu d'un père emphysémateux, père lui-même d'un enfant asthmatique âgé de dix mois; pas de maladie antérieure, si ce n'est une pneumonie mal traitée il y a deux ans. Depuis lors il était, dit-il, *court d'haleine*, ce qui veut dire emphysémateux à un faible degré.

Le 31 juillet dernier, il fait un voyage à Choisy, se livre à des occupations pénibles qui déterminent une transpiration abondante; il boit froid, s'expose à un vent violent pendant deux heures sur le siége découvert de sa voiture, et rentre chez lui courbaturé et pris de frissons.

La nuit est mauvaise, agitée, sans sommeil; le malade éprouve continuellement des frissons alternant avec des bouffées de chaleur et suivis de sueurs abondantes; vers trois heures du matin, il rejette à plusieurs reprises, avec des efforts de vomissement très-pénibles, des matières vertes, porracées et bilieuses. Il a toute la nuit de la céphalalgie et des étouffements qui ne lui permettent que la position assise dans son lit.

Je suis appelé le 1er août au matin, et je constate l'état suivant :

Le malade est sur son séant; il a le teint cramoisi, la face turgide, les yeux injectés, la bouche sèche et amère. Pouls à 150. La déglutition est difficile. Céphalalgie frontale vive; respiration gênée, incomplète. On dirait que le malade redoute les mouvements d'inspiration. Il y a un peu de jactitation, de l'anorexie, quoiqu'il n'ait rien pris depuis vingt-quatre heures. L'hypochondre gauche, au niveau de la rate, est le siége d'une atroce douleur. Il est impossible d'explorer par la palpation et par la percussion l'étendue et le siége de ces souffrances. Il y a d'ailleurs un malaise général très-marqué qui rend le malade irritable et inquiet. Il n'est pas pusillanime; pourtant il a peur de la mort, ou plutôt il redoute la douleur. En palpant légèrement autant que faire se peut, on ressent une sorte de bouillonnement vers la région précitée.

La douleur de l'hypochondre gauche s'irradie jusqu'à la partie inférieure de l'appendice xiphoïde et s'étend un peu vers la région précordiale. D'un autre côté, toutes les grandes articulations sont envahies par une douleur semblable. Le bras gauche surtout est plus douloureux que le droit; sa sensibilité est anormale; bien qu'il n'y ait pas anesthésie complète, le malade accuse des fourmillements dans les doigts. En arrière, au niveau de la première et deuxième vertèbre lombaire, la même douleur se fait sentir. Elle est poignante, pongitive et empêche le décubitus dorsal. Cette douleur gît probablement dans les piliers diaphragmatiques également envahis.

En vue de l'état fébrile prononcé, de l'injection de la face, de la céphalalgie intense, je commence par pratiquer une saignée modérée, qui amène bientôt une sédation des symptômes congestifs et un ralentissement de la circulation. J'ordonne une limonade, orge et chiendent, diète absolue.

Dans la journée, il y a un peu plus de calme, mais les vomissements reviennent vers le soir.

Je prescris la potion ci-dessous :

Extrait de suc de belladone.	0,10 centigr.
Eau distillée de laurier-cerise. . . .	10 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	30 —
Eau de tilleul.	120 —

Une cuillerée par heure. Pas de sommeil dans la nuit. Il n'y a pas eu non plus de vomissements, que le malade d'ailleurs redoute beaucoup à cause de la dyspnée qu'ils déterminent.

Le 2 août, vers cinq heures du matin, le malade est pris d'un accès de suffocation. Il dit qu'il étouffe. Cet état persiste jusqu'à huit heures et va s'aggravant. J'arrive, et je trouve que le malade ne peut ni n'ose respirer. Il éprouve, dit-il, une constriction qui va d'un côté à l'autre du thorax, au niveau du rebord des fausses côtes. C'est évidemment la *barre épigastrique*, trait caractéristique de cette maladie. Mais ce qui m'étonne le plus, c'est que la douleur du côté gauche n'existe plus; elle est venue se fixer au niveau du rebord des fausses côtes droites, et s'étend en demi-ceinture de l'appendice xiphoïde à la deuxième vertèbre lombaire, où elle apparaît au plus haut degré.

Je sais que quelques auteurs considérant l'angine de poitrine comme une névralgie des nerfs cardiaques, ont avancé, sans preuves suffisantes, que dans cette affection la douleur ne pouvait exister que du côté gauche. Cependant Laënnec cite un cas où la douleur siégeait à droite, et Valleix, qui lui-même cite ce cas, a signalé dans son *Traité des névralgies* un cas semblable dans lequel la douleur se faisait sentir dans le quatrième espace intercostal droit, et il dit que n'ayant pas pris de notes, il n'a pu entrer dans de plus longs détails, ni compléter son observation dans ce qu'elle a de défectueux. « C'est une nouvelle preuve, ajoute-t-il fort judicieusement, de la nécessité d'entrer dans tous les détails nécessaires quand on rapporte les faits. »

Ainsi, le siége de la douleur n'a rien de bien précis, puisque, suivant Fothergill, elle se porte le long d'une ligne qui irait d'une mamelle à l'autre. Il ne faut donc pas s'étonner, d'après cela, que se faisant sentir au début à gauche du sternum, elle s'irradie du côté droit.

Je crois qu'il serait plus rationnel de considérer cette douleur comme résultant de la névralgie des nerfs phréniques, qui, naissant de l'extrémité du plexus cervical, descendent au nombre de deux dans la poitrine, contournent le péricarde et vont se distribuer au diaphragme. Ces nerfs étant impressionnés par la cause morbifique, la douleur dont ils sont le siége retentit vers le cou, le bras, l'avant-bras, le poignet, par les anastomoses qui en émergent, et s'irradie jusque dans les doigts par l'intermédiaire du nerf cubital; ce qui explique le fourmillement dans les mains et la pulpe des doigts. Cette douleur des nerfs phréniques concorde avec les symptômes de spasme et d'asphyxie qui constituent l'angine, tandis que l'asthme ne détermine jamais une semblable névralgie.

Si maintenant nous considérons la coïncidence des douleurs articulaires et diaphragmatiques, nous en trouverons peut-être la raison dans une analogie de tissu dont l'histologie rendra compte.

Le tissu fibreux ou *scléreux* de Burdach est constitué par des fibres albuginées, blanches, resplendissantes, chatoyantes, lesquelles se décomposent elles-mêmes en filaments très-déliés qui constituent eux-mêmes les derniers éléments du tissu cellulaire dont il se trouve ainsi être un dérivé (Richet). Ainsi, tendons, ligaments, coulisses fibreuses, aponévroses, ont la même origine que le tissu cellulaire. Cette identité de texture explique très-bien le retentissement qui s'exercera d'une articulation envahie aux ligaments intérieurs représentés par les attaches diaphragmatiques; et de même que l'on a saisi dans la nature identique des séreuses la coïncidence du rhumatisme articulaire et de la péricardite, de même on surprendra à leur point d'origine la cause intime de ces désordres profonds qui peuvent s'emparer du muscle inspirateur sous l'influence d'un rhumatisme mono-articulaire ou généralisé. En l'absence de meilleures preuves, cette explication ne paraîtra-t-elle pas satisfaisante jusqu'à un certain point?

L'intensité de la douleur dont je viens de parler, la dyspnée croissant d'instant en instant jusqu'à l'orthopnée, la suffocation imminente, me faisaient une loi d'agir énergiquement. Dès lors je n'hésitai pas à appliquer dix ventouses scarifiées en demi-ceinture à partir de l'épigastre jusqu'à la première vertèbre lombaire du côté droit, et j'eus la satisfaction de voir reparaître les mouvements respiratoires déjà complétement suspendus, de sorte qu'en un clin d'œil la crise de suffocation qui avait commencé à cinq heures du matin, et qui avait augmenté jusqu'à huit heures, s'évanouit comme par enchantement.

Avant de me retirer je prescrivis 30 centigrammes de sulfate de quinine en trois pilules et une tisane nitrée. Par cette médication j'avais pour but de combattre l'état fébrile qui compliquait la scène morbide, et qui s'était traduit dès l'abord par des frissons erratiques.

Le 3 août, la douleur n'est plus sensible à gauche et s'est localisée à droite. Les efforts de toux amènent quelques vomissements constitués par une bile âcre et très-fortement chargée de biliverdine. J'administre 30 grammes d'huile de ricin : nouveaux vomissements et évacuations alvines abondantes. A midi un nouvel accès de suffocation se reproduit, mais moins intense que le premier, et avec des symptômes moins alarmants.

La douleur de l'hypochondre gauche a reparu et n'existe plus à droite. Un cataplasme très-chaud appliqué aussitôt la fait cesser immédiatement, et la respiration redevient libre. Dans la journée le malade a de fréquentes lipothymies; les vomissements ont cessé, la fièvre cède. Je profite de cet intervalle pour administrer trois nouvelles pilules de sulfate de quinine de 10 centigr. chacune : bouillon, vin, tisane délayante.

Le 4, le malade est mieux quoique très-affaibli; la nuit a été assez calme; le pouls a faibli. — Trois cuillerées de vin de Huxham, bouillon, vin.

La crise de suffocation n'a pas reparu, mais la douleur de gauche est revenue à droite et est là très-poignante. Une ventouse sèche en arrière et une ventouse scarifiée au bas des fausses côtes l'amoindrissent. La respiration devient plus libre; des douleurs très-vives se montrent dans les deux bras; celle du bras droit est atroce au niveau du métacarpe. Je fais plonger le membre thoracique droit dans de l'eau très-chaude; la douleur disparaît à l'instant. Dès le matin une teinte subictérique de la face, la coloration jaunâtre des sclérotiques rendent manifeste la complication bilieuse qui domine l'état pathologique dès le début. L'expectoration étant difficile et amenant des nausées, je prescris :

Tartre stibié.	0,05 centigr.
Ipéca.	1 gr.
Eau.	100 gr.

par cuillerées, jusqu'à provoquer deux ou trois vomissements. — Tisane délayante, limonade, vin.

Le 5, la douleur à gauche reparaît; le côté droit est dégagé. La barre épigastrique persiste et met obstacle au libre jeu du diaphragme. La teinte ictérique observée la veille est plus prononcée et a envahi le cou et la partie supérieure du thorax. Le malade a mal dormi; il est inquiet; les douleurs des grandes articulations ont disparu; il n'y a plus au poignet gauche que quelques impatiences et des fourmillements dans la main et les doigts. Trois lipothymies ont eu lieu la veille, assez avant dans la nuit, après ma visite du soir (onze heures).

La potion éméto-cathartique n'a déterminé que trois vomissements de matières glaireuses provenant des bronches et sans trace de bile. Le malade est altéré au plus haut point. Le pouls est à 120. Les selles sont nulles depuis la veille. En vue de l'état ictérique, je prescris 50 centigr. de calomel, orge, chiendent et guimauve; un vésicatoire au bras gauche comme dérivatif. Le purgatif a déterminé trois selles abondantes contenant des matières noirâtres comme celles qui résultent d'un mélæna. Faiblesse et syncopes répétées dans la soirée; l'ictère a envahi tout le corps et coïncide avec des taches de purpura au cou, aux bras et à la partie supérieure des cuisses. La nuit a été assez bonne.

Le 6, vers cinq heures du matin, épistaxis abondante; une demi-cuvette de sang évaluée à un litre et demi; lipothymie à la suite; je me rends maître de l'hémorrhagie par des lotions vinaigrées d'abord, puis par des insufflations de sulfate d'alumine et de potasse dans les narines. L'ictère augmente ainsi que le purpura. Les urines sont rares et bourbeuses, tachent le linge. Nul doute pour moi qu'aux symptômes précédents ne soit venu se joindre l'ictère à forme grave, caractérisé par la cardialgie, les étouffements, l'anxiété précordiale, les vomissements bilieux d'abord, puis muqueux, l'anorexie, les douleurs gastro-intestinales, l'épistaxis et les ecchymoses sous-cutanées. Il n'y a pas eu jusqu'ici de délire, mais il y a de l'agitation, et bientôt après une somnolence marquée. Le pouls conserve sa fréquence; il est petit, concentré; alternatives de prostration et d'agitation passagères. Rétention d'urine, lipothymies fréquentes. — Bouillon, vin vieux, trois cuillerées à café de sirop d'iodure de fer; vin de Huxham, trois cuillerées de tisane délayante.

Le malade a mal dormi; il a eu du délire carphologique. Il est survenu un aphthe de la largeur d'une pièce de 50 centimes sur la muqueuse buccale; à droite il y a des démangeaisons vives et intolérables sur tout le corps, et principalement au cou et à la partie interne des cuisses.

Le 7, même état; ventre indolore; bouche sèche; soif vive; lèvres fendillées; prostration; le purpura persiste, ainsi que l'ictère; faiblesse générale; abattement; résolution des membres; carphologie. — 30 grammes sulfate de magnésie; fomentations de mauve, morelle et pariétaire, sur l'abdomen; deux cuillerées à café de sirop d'iodure de fer et deux de vin de Huxham; bouillon; vin vieux; limonade nitrique à 4 grammes.

Le 8, la nuit a été bonne; les lipothymies ont été moins fréquentes; il y a eu encore une épistaxis modérée (un verre de sang environ); démangeaisons vives sur tout le corps; douleur intense à droite, au niveau des dernières côtes. Un vésicatoire est appliqué sur cette région. La fonction urinaire s'exécute bien. Les urines sont bourbeuses, jaunes, et salissent le linge. Soif toujours très-vive; sensation d'ardeur dans la poitrine et l'abdomen; le purpura est moins intense; il commence à disparaître. — Bouillon; vin; trois cuillerées de sirop d'iodure de fer; deux cuillerées de vin de Huxham; limonade nitrique; compresses sur le thorax et l'abdomen trempées dans de l'eau de mauve, morelle et pariétaire.

Le soir, jactitations, exaltation morale, soif intense, qu'aucune boisson ne peut apaiser; chaleur vive partout le corps; démangeaisons; urines plus copieuses; selles normales; pouls à 90.

Le 9, amélioration marquée. Le malade a bien dormi; le facies est bon, l'œil vif; l'ictère persiste; le purpura est moins apparent; la soif est moins vive. Pouls à 80. Urines abondantes et très-sédimenteuses : le linge qu'elles touchent est coloré en jaune. Pas de céphalalgie; la respiration est plus libre; moins de douleur à l'épigastre. Il n'y a plus que très-peu de démangeaisons. — Deux soupes; vin vieux; limonade simple; tisane de carotte; fomentations émollientes sur le thorax et l'abdomen.

Le 10, la nuit a été moins bonne que la précédente. L'ictère persiste; le purpura a un peu diminué. Soif toujours très-vive; esprit agité; douleurs épigastriques continues; les démangeaisons ont reparu. Pouls à 76. — Deux soupes; œuf frais, vin; 4 cuillerées sirop d'iodure de fer; 3 cuillerées vin de Huxham; tisane *ut supra;* bain frais alcalin à 80 grammes de carbonate de soude.

Le 11, nuit encore moins bonne que la précédente; ictère persistant; purpura diminué; soif vive; esprit agité; douleurs épigastriques; démangeaisons sur tout le corps; pouls à 76. — Deux soupes; vin vieux; sirop d'iodure de fer, 3 cuillerées; vin de Huxham, 3 cuillerées; tisane *ut supra;* bain alcalin à 80 grammes; sulfate de quinine, 30 centigrammes.

Le soir, agitation, inquiétude, voix altérée; pouls à 90; ictère plus intense; purpura diminué. Sur le soir, vomissements. — Bouillon; médication *ut supra.*

Le 12, amélioration marquée. La voix revient; le facies est bon. La nuit s'est bien passée. — Sulfate de magnésie, 30 grammes; vin; bouillon; tisane de gentiane.

Le 13, la voix a repris son timbre normal. Plus de douleur, excepté au pharynx, où le malade dit éprouver une constriction qui ne lui permet pas d'avaler et qui provoque la régurgitation des liquides ingérés. Cette sensation résulte probablement du froissement de quelques fibres musculaires par les efforts des vomissements antérieurs. Facies bon; ictère moins intense; le purpura s'affaiblit. — Deux potages, côtelette, vin; limonade; bain alcalin; vingt minutes de frictions sur la région antérieure du cou avec onguent mercuriel belladoné.

Le 14, la constriction pharyngienne a disparu pour faire place à des étouffements accompagnés de vomituritions et de vomissements de matières bilieuses. Nuit mauvaise, agitée; faiblesse générale; abattement moral. — Régime *ut supra;* eau de Seltz, limonade; 30 centigrammes de sulfate de quinine en trois pilules.

Le 15, tous les symptômes de suffocation et de vomissement ont disparu. Le malade attribue ce mieux sensible à l'ingestion de l'eau de Seltz. Le facies est bon; l'esprit est gai; l'appétit revient (régime *ad libitum*). Il ne reste plus de traces du purpura. L'ictère s'efface de jour en jour, grâce à l'abondance des urines, qui sont toujours très-colorées. Je considère la guérison comme radicale et définitive au bout de six jours de convalescence; en effet, le malade a repris ses travaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mai 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Electro-physiologie. — M. BECQUEREL, en son nom et au nom de M. Cl. Bernard, lit un rapport sur un mémoire de M. Armand Moreau ayant pour titre : *Recherches sur la nature de la source électrique de la torpille.* (Voir le *premier-Paris.*)

Érysipèle. — M. A. DESPRÉS donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Considérations sur l'érysipèle.*

L'érysipèle, dit l'auteur, doit être considéré comme une lésion siégeant exclusivement dans le réseau capillaire lymphatique superficiel. Il procède dans son évolution comme le phlegmon diffus et le phlegmon circonscrit, à moins de complications.....

Les érysipèles spontanés et les érysipèles traumatiques doivent être envisagés ensemble, parce que leurs manifestations essentielles sont identiques, parce que les érysipèles spontanés se développant, dans la presque totalité des cas, sur la face, on ne peut expliquer cette prédilection de l'érysipèle pour une partie découverte, que par un traumatisme ou une irritation locale, saisissable dans un bon nombre d'observations.

Il résulte d'un résumé de plus de 140 faits, recueillis en 1861 à l'hôpital de la Charité, et non choisis, que sur 68 érysipèles dits spontanés, tous nés au dehors, 60 occupaient la face; que sur 62 érysipèles traumatiques, dont 15 étaient nés au dehors de l'hôpital, 10 érysipèles sont survenus autour de plaies sur lesquelles la réunion immédiate avait été tentée; que 22 fois il est évident que l'érysipèle est parti d'une plaie non pansée, et que, même dans le cas où il y avait deux plaies à la fois, c'est autour de la plaie qui n'avait pas été pansée que l'érysipèle s'est produit. Dans les autres observations on peut voir que les malades ont pu être plus facilement atteints d'érysipèle, les uns à cause d'imprudences et écarts de régime, les autres en vertu de mauvaises conditions individuelles, comme affaiblissement, maladies inflammatoires chroniques, mauvais état moral.....

L'érysipèle n'est pas manifestement soumis aux influences épidémiques et nosocomiales autres que celles invoquées et constatées dans toutes les autres maladies inflammatoires. Les faits ne légitiment point ces assertions émises au sujet d'un miasme ou d'un virus devenant un élément contagieux dans l'érysipèle.....

..... Du moment où la majorité des individus échappe à l'érysipèle, il faut, au point de vue du traitement, mettre tous les individus soumis à une influence épidémique supposée, dans les conditions de ceux qui sont journellement épargnés. Pour cela, la considération de nos observations nous apprend qu'il faut avant tout scrupuleusement surveiller les plaies, et c'est là une recommandation qui s'adresse aux malades, aux personnes chargées d'un premier pansement, bien plus encore qu'au chirurgien. En même temps les conditions hygiéniques individuelles faciles à déterminer doivent être une préoccupation du traitement beaucoup plus grande que ces conditions hygiéniques collectives peu connues auxquelles on a donné le nom de constitution médicale.

Il paraît clair que la réunion par première intention, dont M. Velpeau a déjà signalé les dangers, ne doit être mise en usage que dans des cas exceptionnels.

Il n'y a pas pour l'érysipèle de topique spécifique, et les médications générales ne s'adressent guère qu'aux complications de l'érysipèle. L'expérience des siècles suffirait à elle seule pour autoriser cette conclusion. (Commissaires, MM. Andral, Velpeau.)

Migrations des entozoaires. — MM. A. POUCHET et VERRIER aîné communiquent les résultats des expériences qu'ils ont faites en commun sur les migrations des entozoaires.

— M. DELARUE adresse de Dijon un travail manuscrit ayant pour titre : *Statistique générale des pharmaciens et des médecins de la France.* Cet ouvrage, destiné au concours pour le prix de statistique de la fondation Montyon, est renvoyé à l'examen de la commission déjà nommée.

— M. VELPEAU présente au nom de M. Collongues un mémoire intitulé : *Du biométre et de la biométrie.*

L'auteur a déjà entretenu à diverses reprises l'Académie d'un mode d'auscultation qu'il a imaginé, et qu'il désigne sous le nom de *dynamoscopie* (voir les *Comptes rendus* des séances des 26 septembre 1856, 16 mars et 21 décembre 1857, 21 juin 1858, 7 février 1859, 2 janvier 1860 et 29 juillet 1861). L'appareil décrit dans le présent mémoire est plus compliqué que celui dont il était question dans les précédentes communications, et les indications qu'il fournit sont à plusieurs égards différentes; mais il a également pour objet de rendre perceptible à l'oreille le mouvement qui se passe dans l'intérieur de nos organes et de permettre au médecin d'apprécier, par le plus ou moins de régularité des vibrations, par la consonnance ou la dis-

sonance des *sons* perçus sur diverses régions du corps, le trouble ou l'intégrité des fonctions. (Renvoi à l'examen de MM. Andral et Velpeau.)

— M. STEPPICH adresse de Salenbach, près Zusmarshausen (Bavière), une note écrite en allemand, et relative au concours pour le prix annuel du legs Bréant. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale.)

— M. FLOURENS présente au nom de M. Paolini, professeur de physiologie à l'Université de Bologne, un mémoire imprimé concernant ses recherches sur l'action de la garance chez divers animaux, et spécialement chez les poissons.

M. Flourens est invité à faire de ce travail, qui est écrit en italien, l'objet d'un rapport verbal.

— M. VAN KEMPEN, en adressant un mémoire comme pièce à l'appui d'une réclamation de priorité relative aux fonctions des branches œsophagiennes du nerf pneumo-gastrique, accompagne cet envoi d'une note dans laquelle il annonce à l'Académie que depuis quelque temps il a fait des expériences au moyen du chloroforme sur le centre nerveux cérébro-spinal, pour expliquer la mort par cet anesthésique. En appliquant ce liquide sur la moelle épinière, sur le cerveau ou sur le cervelet, j'ai vu, dit-il, survenir de l'anesthésie et une légère paralysie des mouvements; mais cette modification de l'état normal n'était que passagère : bientôt l'animal, grenouille ou lapin, se rétablissait complétement. J'espérais cependant pouvoir produire une preuve de plus à l'appui des remarquables expériences de M. Flourens sur le siége du nœud vital dans la moelle allongée; pour y parvenir, j'ai appliqué le chloroforme sur la moelle allongée de la grenouille, immédiatement derrière le cervelet, et en déposant au moins trois gouttes, j'ai vu toujours l'animal succomber.

— L'Académie a procédé par la voie du scrutin à la nomination de la commission chargée d'examiner les pièces admises au concours pour le prix de physiologie expérimentale de 1862. Ont été nommés MM. Bernard, Flourens, Milne-Edwards, Longet et Coste.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 février 1862. — Présidence de M. DUPERTUIS, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance comprend :

Le numéro de janvier du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

— Le docteur Veilliard, d'Yères (Seine-et-Oise), adresse une *observation de syncope sénile*, et demande le titre de membre correspondant. (M. Mallez.)

Méningite cérébro-spinale. Guérison. — M. LE Dr CORLIEU (de Charly), membre correspondant, adresse une observation sur ce sujet.

Rupture musculaire dite coup de fouet. Tumeur sanguine. Massage. Guérison. — M. ELLEAUME. M. F..., banquier, rue Louis-le-Grand, jouant avec ses enfants, sent tout à coup une douleur extrêmement vive dans le mollet gauche; il tombe et ne peut gagner sa chambre que soutenu sous les bras par ses domestiques.

Il se couche ; son médecin, appelé immédiatement, fait appliquer sur la partie malade des compresses résolutives, et commande le repos.

Au bout de quelques jours, le malade, habitué à une vie très-active, se lève et se traîne péniblement dans ses bureaux. Enfin, huit jours après l'accident, ne sentant aucune amélioration, il vient nous consulter. Je constatai alors, à la partie inférieure du mollet gauche, une légère teinte bleuâtre, signe d'un épanchement sanguin. A la palpation, qui est extrêmement douloureuse, on reconnait un léger relief et un empâtement dont l'étendue a environ le volume d'un gros œuf. Les mouvements d'extension du pied sont très-douloureux. Le malade m'apprend que depuis huit jours il ne se trouve bien qu'étant couché, la jambe légèrement fléchie. Je pratiquai un massage d'une demi-heure, d'abord avec une grande douceur, en raison de la sensibilité, puis j'augmentai successivement pour arriver à exercer une pression considérable. A la suite de ce premier massage, M. F... semble s'appuyer plus facilement sur sa jambe; il s'en va en boitant, mais il constate une plus grande facilité dans la marche. Le lendemain il m'apprend que la veille, dans la soirée, il a pu non-seulement rester levé, mais encore qu'il a joué au billard sans trop se fatiguer.

Les douleurs pendant la marche sont loin cependant d'avoir disparu. Je fais un second massage; puis les jours suivants un troisième, un quatrième et un cinquième, après lequel le blessé ne sent plus aucune difficulté dans les mouvements, et se considère comme guéri. J'ai revu depuis M. F..., qui ne s'est jamais ressenti d'aucune douleur.

Ce fait me conduit à quelques réflexions. D'abord quelle est l'affection à laquelle nous avons eu affaire? La maladie de la jambe connue vulgairement sous le nom de coup de fouet, a été considérée, dit Boyer, par presque tous les auteurs comme la rupture du tendon du muscle plantaire grêle; mais comme cette rupture n'a été constatée par aucune observation anatomique, et qu'on ne peut la reconnaître par le toucher, plusieurs ont douté de sa réalité.

Ils fondent leurs doutes sur ce que le plantaire grêle ne contribue presque en rien au mouvement du pied dans lequel l'accident dont il s'agit arrive, et sur ce que les symptômes qui l'accompagnent ne sont pas en rapport par leur nombre, par leur intensité et leur durée, avec la rupture d'un tendon aussi petit que celui du muscle plantaire grêle. Ils pensent que cet accident consiste dans la rupture de quelques-unes des fibres aponévrotiques ou des fibres charnues des muscles jumeaux ou du soléaire.

Pour nous, nous ne pouvons admettre qu'un muscle tel que le plantaire grêle; qui joue un rôle si minime, soit la cause des accidents dont il est ici question; nous sommes disposé à croire que c'est la couche postérieure des jumeaux, qui, dans certains efforts, vient à se déchirer et produit un épanchement sanguin plus ou moins considérable.

Du reste, ces déchirures sont généralement très-légères et passeraient sans doute inaperçues, si elles ne donnaient lieu à un épanchement sanguin qui, agissant là comme corps étranger, amène des troubles particuliers. En effet, jusqu'ici, dans le cas dont il s'agit, on recommande généralement, dans le but de faciliter la cicatrisation des parties rompues, une immobilité complète.

Le traitement de cette maladie, dit encore Boyer, consiste à faire garder le repos pendant un mois ou sept semaines, à tenir la jambe un peu fléchie, le pied dans une extension modérée. On calmera la douleur par des topiques émollients. Lorsque le malade commencera à marcher, il fera usage d'un bas lacé, médiocrement serré, et prendra toutes les précautions convenables pour éviter une action trop forte des muscles extenseurs du pied.

Tels sont les préceptes que nous trouvons dans tous nos ouvrages classiques.

Or, nous voyons dans le fait cité plus haut, que M. F... a été guéri en trois jours par le massage. Il en est de ces cas, croyons-nous, comme des entorses. Les malades ne peuvent marcher à cause de l'épanchement de sang qui amène la distension des fibres et des nerfs et produit une douleur souvent intolérable.

Cette idée s'appuie sur un fait que j'ai déjà publié et que j'ai présenté à M. le docteur Lebâtard; c'est un homme dont la sensibilité était complétement éteinte dans les membres inférieurs, et qui marchait malgré un épanchement considérable de l'articulation tibio-tarsienne, résultat d'une entorse.

Ainsi le massage ayant pour but de refouler les liquides épanchés dans une très-grande surface, le corps étranger disparaît, la distension des nerfs cesse, ainsi que la douleur.

Nous voyons donc ici une nouvelle application du massage très-rationnelle et devant rendre de grands services. M. Lebâtard, à qui je dois les connaissances que je possède sur l'emploi du massage, a vu un certain nombre de faits complétement identiques à celui qui fait le sujet de cette note, et dans tous ces cas le massage a eu un succès complet.

Si maintenant nous examinons la question sous un autre point de vue, nous constatons que l'emploi du massage modifie d'une manière remarquable le pronostic. Jusqu'ici on a considéré ces ruptures partielles comme des accidents graves ; aussi recommande-t-on le repos absolu, des bandages contentifs et compressifs. Le massage démontre que les accidents ne sont pas aussi à craindre qu'on avait pu le croire. En effet, le seul symptôme un peu sérieux est causé par un épanchement sanguin plus ou moins considérable qui, agissant comme corps étranger, empêche les mouvements, à cause de la douleur qu'il produit ; mais cet épanchement a disparu ; il ne reste plus aucun accident, et la marche est rétablie.

Action de l'évacuation de la chambre antérieure sur la marche de la cataracte. — M. COURSSERANT. Dans quelques journaux de médecine français, M. Sperino (de Turin) a mentionné l'efficacité des ponctions successivement répétées de la chambre antérieure sur la résolution des opacités cristallininennes. Depuis longtemps j'évacue l'humeur aqueuse une et même deux fois la semaine, chez des malades atteints de cataracte. En ce moment même, la dame T..., rue Frileuse, à Gentilly, est entrée le 3 mars 1862 dans la troisième année de cette expérimentation, sans pouvoir attribuer à cette pratique tous les avantages que lui concède M. Sperino ; qu'il me suffise de dire que la vision chez Mme T... et chez quelques autres malades a subi des améliorations tellement notables, qu'il n'est pas permis de mettre en doute, dans la majorité des cas, l'influence de ce procédé sur la faculté visuelle des cataractés.

Le secrétaire annuel, Dr MILON.

M. Ricord nous adresse la lettre suivante :

« Monsieur le Rédacteur,

» Dans les citations que M. le docteur Viennois a faites de mes leçons à l'Hôtel-Dieu de Paris à l'occasion de l'épidémie de Rivalta, je n'ai reconnu ni ma pensée ni les opinions que j'ai émises.

» Je proteste très-énergiquement contre ces citations et contre l'interprétation que M. Viennois leur a donnée.

» Je ne voudrais pas passionner, comme l'a fait M. Viennois, sans raison et sans justice, la question si grave de la transmission de la syphilis par le vaccin.

» Tous ceux qui m'ont fait l'honneur d'assister à mes leçons de l'Hôtel-Dieu, savent avec quelle réserve, j'oserai dire avec quelle sollicitude j'ai abordé ce sujet, et je serais bien trompé si tout autre que M. Viennois avait trouvé là un prétexte pour m'attaquer dans ma bonne foi scientifique et jusque dans mes sentiments humains. On ne répond pas à de pareilles attaques. Que M. Viennois me permette de lui dire seulement que j'ai été étonné et affligé de les trouver sous sa plume : il sait pourquoi.

» En vous priant de vouloir bien insérer cette lettre dans votre plus prochain numéro, je vous prie d'agréer en même temps, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

» RICORD.

» Paris, le 10 mai 1862. »

La *Gazette des Hôpitaux*, en publiant les leçons de M. Viennois, n'a eu d'autre pensée et d'autre but que de mettre ses lecteurs à même de connaître les jugements divers qu'a suscités le fait de Rivalta, et de s'éclairer par la discussion sur le point important de doctrine que ce fait a soulevé. En raison même de la gravité de la question et du retentissement qu'ont eu les leçons que M. Ricord a faites sur ce sujet à l'Hôtel-Dieu, nous avons cru devoir laisser la plus grande latitude à la contradiction. Si la pensée et les opinions de notre éminent confrère ont été mal interprétées, nous sommes tout prêt à accueillir les explications et à faire les rectifications qu'il voudra bien nous indiquer.

Mais nous ne saurions dans aucun cas accepter l'imputation « d'attaques à sa bonne foi et à ses sentiments humains. » Bien qu'à la rigueur nous puissions laisser à M. Viennois la responsabilité entière de ses appréciations, nous n'hésitons pas à déclarer que nous nous serions formellement refusé à l'insertion de son travail si nous avions cru y voir ce caractère.

Le public médical n'apprendra pas sans un douloureux regret que le fils d'un de nos éditeurs les plus estimés, M. Victor Masson, a reçu samedi dernier un coup de pied de cheval, et que ce jeune homme si distingué est affecté d'une fracture comminutive du tibia et du péroné, compliquée de plaie. L'état de M. Georges Masson est aujourd'hui aussi bon que possible.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 57. — JEUDI 15 MAI 1862. (35e ANNÉE.) N° 57. — JEUDI 15 MAI 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 MAI 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il n'y a pas eu à discuter longtemps sur la question de la pulvérisation, et cela pour deux raisons : c'est que des deux points principaux sur lesquels aurait pu porter la discussion, savoir : si les liquides pulvérisés pénètrent dans les bronches, et quels sont les résultats pratiques utiles de cette pénétration, le premier n'était plus discutable et que l'expérience manque pour résoudre le second.

Du jour où nous avons été témoin des expériences de M. Demarquay, nous n'avons pas hésité à considérer le premier point comme résolu ; si notre conviction n'eût pas été faite alors, elle aurait été facilement entraînée par le rapport si complet et si précis de M. Poggiale.

En vain a-t-on opposé à ces expériences positives des expériences négatives et les arguments d'une prétendue impossibilité théorique; le fait était trop évident pour qu'il fût plus longtemps possible de le récuser; et c'est avec raison que M. Poggiale a pu dire aux contradicteurs « qu'il serait sage de leur part de reconnaître qu'ils ont eu tort, et de renoncer à une opposition regrettable ».

Aux opposants moins absolus, qui, admettant la pénétration, mettaient en doute ses effets, en se fondant, d'une part, sur la désulfuration des eaux minérales pulvérisées, et d'autre part, sur leur abaissement de température, M. Poggiale a répondu, toujours d'après l'expérience, que ni cette altération ni cet abaissement de température n'avaient l'importance qu'on leur a attribuée. Il a enfin réduit à sa juste valeur, comme l'avait fait déjà M. Trousseau dans la précédente séance, ce vieil argument de plagiat toujours prêt à se dresser contre toute idée nouvelle, en montrant qu'il n'y avait aucune parité à établir entre l'ancienne pratique des inhalations et celle de la pulvérisation.

Les conclusions premières du rapport restent donc entières; et il est établi en fait qu'il est possible, à l'aide des appareils de pulvérisation, de faire pénétrer dans les bronches des liquides plus ou moins chargés naturellement ou artificiellement de matières médicamenteuses.

Maintenant, quelle est la valeur thérapeutique de cette méthode? quels services la médecine pratique peut-elle en attendre ?

La commission a cru devoir rester à cet égard dans la plus grande réserve, et M. le rapporteur s'est complétement défendu dans sa réplique, comme il l'avait déjà fait dans son rapport, de toute prétention à résoudre et à examiner même cette question, laissant toute initiative à cet égard aux praticiens. Elle s'est bornée à dire : Voilà un fait ; les liquides médicamenteux réduits en poudre et dirigés, à l'aide d'appareils appropriés, vers le fond du pharynx, peuvent pénétrer dans toutes les parties de l'arbre aérien. C'est un moyen nouveau mis à la disposition de la thérapeutique. C'est à l'expérience d'en déterminer la valeur.

Que nous ont appris sur ce point les argumentations de M. Durand-Fardel et de M. Trousseau ?

M. Durand-Fardel s'est à peu près borné à contester à ce moyen toute valeur thérapeutique, se fondant sur la désulfuration des eaux pulvérisées — on connaît la réponse de M. Poggiale à cette objection — et sur ce que, dans les conditions de respiration habituelles, les poussières liquides ne pénètrent qu'en trop petite quantité dans les bronches pour qu'elles puissent avoir une action sensible; mais il n'a apporté en réalité à l'appui de ce dire aucun fait concluant.

Quant à M. Trousseau, nous croyons qu'il a voulu trop prouver, car s'il est vrai que dans les expériences sur les animaux les liquides pulvérisés aient quelquefois *trop* pénétré, puisqu'il en est résulté pour quelques-uns une pneumonie promptement mortelle, nous cherchons en vain, dans l'analyse des faits qu'il a rapportés, la preuve bien péremptoire d'une action thérapeutique due au contact des liquides médicamenteux avec les bronches. Nous y voyons des affections pharyngiennes et laryngiennes avantageusement modifiées et même guéries par l'usage de cette méthode, ce qui est assurément bon à inscrire en son honneur ; mais nous n'y trouvons pas, et nous n'avons trouvé nulle part ailleurs, jusqu'à présent, des exemples bien authentiques de guérison d'affections des bronches ou du parenchyme pulmonaire. Or, c'est là principalement que tendent les prétentions de la méthode.

Tout en reconnaissant donc la possibilité de faire pénétrer les liquides pulvérisés dans les bronches comme un fait acquis à la science et comme un moyen susceptible de constituer une méthode thérapeutique, nous sommes obligé de convenir d'un autre côté que nous manquons encore des éléments nécessaires pour en apprécier la valeur. Telle est, du moins, pour nous la conclusion qui ressort de cette courte discussion.

M. Poggiale, que l'on est sûr de trouver toujours sur la brèche quand il s'agit de défendre la chimie, n'a pas manqué de relever le gant que M. Trousseau avait jeté aux chimistes dans la précédente séance, à propos de l'action des eaux minérales. Il ne s'est pas borné à justifier la chimie des prétentions exagérées qu'on lui prête à cet égard ; retournant le trait contre la main qui l'avait lancé, il a pris à partie à son tour les doctrines empiriques de M. Trousseau.

Ainsi qu'il arrive presque toujours en pareille circonstance, la discussion a porté beaucoup plus sur des malentendus et des abus de mots que sur des divergences réelles des principes. M. Trousseau, qui est assurément moins empirique au fond qu'il n'affecte de le dire ou de le paraître, l'est beaucoup moins encore que ne le croit M. Poggiale ; et M. Poggiale lui-même le serait un peu plus qu'il ne l'est, s'il était plus souvent obligé de descendre des hauteurs de la science spéculative aux applications pratiques de l'art.

Là est à nos yeux tout le nœud de ce petit débat incident si souvent soulevé déjà, et qui se renouvellera sans doute plus d'une fois encore. — Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

La méningite granuleuse étudiée par l'ophthalmoscope. Chorée vermineuse ; guérison par la santonine.

(Leçon clinique recueillie par M. E. GOIN, externe du service.)

Dans l'étude des maladies de l'enfance, on doit noter indistinctement tous les phénomènes morbides qui se présentent à l'observation, même ceux qui en apparence semblent être les plus insignifiants, car étant groupés et analysés d'une façon intelligente, ils peuvent acquérir une importance diagnostique considérable.

C'est en s'appuyant sur ce principe que M. Bouchut a établi dans l'histoire de la méningite granuleuse les caractères de cette première période, qu'il nomme *période de germination*, qui à elle seule peut faire prévoir la maladie, et qui contribue puissamment à éclairer le diagnostic, surtout lorsque les symptômes consécutifs sont peu caractérisés.

Au n° 5 de la salle Sainte-Marguerite est couchée une petite fille qui vient de passer par cette période, et qui a présenté les phénomènes suivants :

Cette enfant, âgée de trois ans et demi, est entrée à l'hôpital le 22 avril. Elle est malade depuis huit jours ; avant, elle avait toujours été bien portante. Tout à coup elle devient triste, elle dédaigne ses jouets, fuit ses petites camarades ; elle paraît rêveuse ; son caractère est profondément modifié : ce qui naguère lui causait de la joie ne fait que l'irriter aujourd'hui; son sommeil est agité et troublé par des frayeurs subites qui provoquent des cris étranges ; elle a un peu de fièvre, quelques douleurs de tête; l'appétit, un peu diminué, est devenu capricieux.

Tous ces troubles disparaissent pour revenir bientôt, puis enfin ils cessent complétement, pour faire place à ceux de la période suivante.

Cette deuxième période de la méningite, qu'on nomme *période d'invasion*, s'est manifestée chez cette enfant par une fièvre assez intense, une céphalalgie violente, ce dont on pouvait se rendre compte en voyant à chaque instant l'enfant porter sa main à sa tête; avec cela, une constipation opiniâtre accompagnée de vomissements bilieux.

Ce dernier symptôme de vomissement est de la plus haute importance, lorsqu'il est associé aux autres phénomènes morbides présentés par les malades; car, isolément, sa signification est banale. En effet, les vomissements s'observent au début de la plupart des maladies de l'enfance. On est certain de le rencontrer dans presque toutes les fièvres éruptives et dans toutes les maladies qui dépendent de l'appareil digestif ou de l'encéphale. Peut-on distinguer à quel genre d'affection il appartient? Cette question clinique se présente tous les jours. Pour la résoudre, il faut le rapprocher des autres symptômes présentés par le malade.

Chez la jeune fille du n° 5, a-t-on un signe qui prouve que les vomissements soient symptomatiques d'une affection du cerveau ? Oui, c'est la coïncidence de ce symptôme avec la constipation, phénomène à peu près constant de la méningite. Cependant cela ne suffit pas, il faut remonter aux antécédents qui caractérisent, ainsi qu'on l'a vu, la période de germination.

De plus, chez cette enfant, on trouve que le pouls bat lentement et avec ampleur, et qu'il présente des intermittences bien marquées. En un mot, elle a l'ataxie du pouls, sans toutefois que le visage ait quelque chose de la stupeur des maladies ataxiques. Elle a au contraire une figure d'assez bonne apparence, qui offre une teinte légèrement rosée.

D'après tous les faits qui viennent d'être mentionnés, peut-on établir un diagnostic précis? Non. Il ne peut être établi qu'avec réserve, et c'est en procédant par voie d'élimination qu'on arrive à décider la nature de la maladie.

C'est ainsi qu'en examinant les voies respiratoires, on ne trouve aucun signe physique de percussion ou d'auscultation digne d'attirer spécialement l'attention. L'enfant tousse un peu, il est très-probable qu'elle a des granulations tuberculeuses dans les poumons, mais cela ne suffit pas pour faire croire que la maladie présente est une maladie des organes respiratoires.

Il n'y a rien de particulier dans les fonctions des organes digestifs qui annonce une maladie de ces organes; on ne trouve pas de tumeurs abdominales, et le foie a son volume naturel.

Doit-on songer à un état typhoïde?

Mais on n'a observé ici ni gargouillement de la fosse iliaque droite, ni diarrhée, ni taches rosées lenticulaires, ni sudamina, ni augmentation du volume de la rate.

On arrive ainsi, en constatant l'intégrité de tous les organes du thorax et du ventre, à placer la maladie dans la tête, où elle a évidemment son siége.

Pour M. Bouchut, cette enfant est affectée de méningite, et de méningite tuberculeuse à la fin de la première période.

En effet, il existe un état passager de bien-être dans la méningite qu'il faut bien connaître pour ne pas s'abandonner à un espoir trompeur et ne pas porter un pronostic favorable qui serait bientôt démenti par les faits.

Cette période, que M. Bouchut a observée très-fréquemment et qu'il nomme *période de détente*, apparaît au déclin de la période d'invasion, peu d'instants avant l'apparition de la période convulsive. Alors on remarque une rémission extraordinaire de tous les symptômes. L'enfant paraît à peu près guéri. Mais l'illusion est bien vite perdue, car bientôt apparaissent les phénomènes convulsifs et paralytiques, contre lesquels les ressources de l'art sont toujours impuissantes.

M. Bouchut a vu bien souvent des médecins qui, étant témoins de cette amélioration fugitive chez leur malade, croyaient avoir eu à traiter une affection typhoïde légère arrivée à sa fin ; mais vingt-quatre heures ne s'étaient pas écoulées que, revenus de leur erreur, ils étaient tout étonnés de trouver leurs petits malades avec du strabisme, des cris hydrencéphaliques, et en proie aux accidents de la troisième période de la méningite.

La malade dont il est ici question est actuellement dans cette période de détente arrivée à ses dernières limites, car déjà quelques signes précurseurs semblent annoncer la période convulsive; M. Bouchut signale, en effet, la manifestation de quelques mouvements convulsifs des yeux, avec un peu de strabisme convergent.

Pour mieux éclairer ce diagnostic, M. Bouchut fit examiner l'œil avec l'ophthalmoscope, ce moyen qu'a déjà pu utiliser la pathologie interne. On sait, en effet, que la néphrite albumineuse se reconnaît chez des personnes amaurotiques, d'abord par les hémorrhagies qui existent au niveau de la division des vaisseaux de la rétine, et plus tard par une sorte d'œdème qui entoure la papille du nerf optique.

D'autre part Græfe et Liebright (de Berlin) ont décrit certaines altérations de la papille et de la rétine dans les affections chroniques du cerveau. Mais de semblables recherches n'ont jamais été faites dans les maladies aiguës des méninges.

M. Desmarres, appelé par M. Bouchut pour examiner les yeux de la malade, a trouvé les altérations suivantes : hypertrophie considérable de la papille optique avec congestion vers la circonférence, dont les bords paraissent noyés dans l'injection vasculaire ; dilatation énorme et flexuosité des vaisseaux papillaires dont la circulation est embarrassée ; de plus quelques plaques congestives de la choroïde et de la rétine.

Ce sont là des lésions qui n'ont encore jamais été signalées, que personne n'a vues avec l'ophthalmoscope, et qui semblent être propres à la méningite. De nouvelles observations viendront sans doute confirmer ces importants résultats.

D'après tout ce qui vient d'être dit sur cette malade affectée de méningite, quel pronostic doit-on porter? Quel traitement devra-t-on établir? Il est évident, malgré de rares exemples, que cette enfant est menacée de mort, et cela dans un temps très-prochain.

Enfin, à quel traitement aura-t-on recours?

Quelque infructueuse que soit la thérapeutique dans la méningite tuberculeuse, il ne faut cependant pas renoncer à tout espoir de guérison, surtout au début.

Ici la maladie étant à la fin de sa période d'invasion, les antiphlogistiques sont encore indiqués ; aussi M. Bouchut a-t-il fait mettre quatre sangsues aux apophyses mastoïdes, en prescrivant de les laisser couler une heure, puis d'arrêter le sang avec du perchlorure de fer. Il a ensuite ordonné l'usage du bromure de potassium à 2 gr. par jour.

Les phénomènes consécutifs de la maladie ont entièrement confirmé le diagnostic de M. Bouchut. En effet, quatre jours après sa leçon clinique, l'enfant entrait dans sa période convulsive, et après avoir perdu connaissance, elle avait la face, le tronc et les membres agités des plus violentes convulsions, qui ne durèrent pas longtemps, car la mort survint au bout de quarante-huit heures.

A l'autopsie on trouve une injection prononcée de la pie-mère et du cerveau, sans épanchement considérable de sérosité dans les ventricules. L'arachnoïde est épaissie à la base du cerveau, surtout au niveau de la commissure postérieure des nerfs optiques, et là elle est complétement opaque. Dans la scissure de Sylvius, il y a çà et là sur le trajet des vaisseaux quelques petites granulations miliaires demi-transparentes ; mais elles sont peu nombreuses, et il n'y a pas de suppuration apparente. Nulle part il n'y a de tubercules dans le cerveau, et le cervelet est parfaitement sain. Le vermis supérieur est seulement recouvert par l'arachnoïde, blanchâtre et épaissie.

Les poumons sont remplis de granulations tuberculeuses miliaires, demi-transparentes ou à l'état de crudité. Les ganglions bronchiques sont énormes, et la plupart transformés en matière tuberculeuse jaune, crue.

Les intestins ne présentent rien de particulier, si ce n'est une ligne hypertrophiée des plaques de Peyer.

Les yeux, examinés avec le concours de M. Charles Robin, nous ont présenté une vascularité plus grande des vaisseaux de la rétine et une dilatation de ces vaisseaux.

Chorée vermineuse; guérison par la santonine.

Une chorée qui par son étiologie offre un intérêt tout particulier, affecte une malade couchée au n° 14 de la salle Sainte-Marguerite.

Cette enfant, âgée de six ans et demi, entrée le 25 mars 1862 à l'hôpital, n'a eu ni gourmes, ni glandes, ni convulsions. Elle n'a jamais eu d'autre maladie que la rougeole. Depuis quelque temps seulement elle a rendu des lombrics.

Voilà dix-huit jours que cette enfant est agitée par des mouvements choréiques qui cessent la nuit. Ils occupent tout le corps, sont continuels et très-prononcés. Elle ne peut se tenir debout, et ne garde rien dans la main. La parole est presque impossible. Elle ne se mord pas la langue. L'appétit est bon ; les garde-robes naturelles. Il n'y a pas de délire, d'anesthésie ni d'hallucinations. L'enfant présente une grande susceptibilité de caractère et pleure facilement. Sa figure est intelligente et bien colorée, ce qui exclut toute idée de chlorose.

M. Bouchut examine au microscope les matières fécales de la malade, et trouve qu'elles renferment une très-grande quantité d'œufs de lombrics ; aussi prescrit-il 50 centigrammes de santonine. Pendant plusieurs jours l'enfant est soumise au même traitement ; on n'a recueilli qu'un seul lombric ; mais au bout de dix ou douze jours l'enfant va beaucoup mieux ; elle peut se lever, marcher ; la parole est plus facile.

Aujourd'hui elle est complétement guérie.

M. Bouchut fait remarquer combien ces cas rares sont intéressants et souvent difficiles à reconnaître. Autrefois on en était réduit à des conjectures sur le diagnostic. L'affection vermineuse était plus ou moins probable ; aujourd'hui on a, grâce aux recherches de M. Davaine, un moyen précis de s'assurer de la présence des vers dans l'intestin. Il suffit pour cela d'examiner une parcelle d'excréments au microscope, et si l'on y trouve des œufs de lombrics, on peut être assuré qu'il y a comme cause ou comme coïncidence de l'état morbide, une affection vermineuse qui exige l'emploi de la santonine.

Dans certains cas, la présence des helminthes est le point de départ des accidents morbides, ce qu'on observe surtout en cas de névrose ; chez la malade dont M. Bouchut vient de rapporter l'observation, la danse de Saint-Guy était bien évidemment sous l'influence de l'action sympathique exercée sur l'innervation par les lombrics de l'intestin, et il a suffi de recourir à la santonine pour déterminer la guérison.

Chez les enfants, la santonine n'a pas d'inconvénients et peut être donnée à une assez forte dose. Ici elle a été administrée à 50 centigr. chez un enfant de six ans. En général, c'est à une dose qui varie avec l'âge des enfants et qui est de 5 à 10 centigr. par année d'âge : 10 à 20 centigr. pour un enfant de deux ans, 30 à 60 centigr. pour un enfant de six ans, etc., etc.

DE L'HYPOPYON
au point de vue du pronostic des affections oculaires;

Par M. le docteur A. Guépin,
chef des travaux anatomiques à l'École de médecine de Bordeaux.

L'hypopyon, qui est constitué par la présence d'une collection blanchâtre, d'aspect purulent, dans la chambre antérieure de l'œil, peut être dû à différentes causes. On peut toujours le rattacher soit à une affection de la cornée, soit à une affection de l'iris.

Bien souvent, en effet, on rencontre cet accident à la fin de la période inflammatoire dans les kératites profondes et interstitielles ; alors le pus, au lieu de s'ouvrir au dehors, se dirige à travers la lame élastique postérieure de la cornée, et s'écoule dans la chambre antérieure, où il se réunit en collection à la partie la plus déclive.

Quand, au contraire, l'abcès kératique vient se faire jour antérieurement à l'abcès, succède une ulcération plus ou moins profonde ; et si la lame de la cornée qui a été épargnée n'est pas assez épaisse pour soutenir la pression de dedans en dehors, le fond de l'ulcération est repoussé en avant, et il se produit bientôt une perforation. Cette perforation s'accompagne le plus souvent d'un léger hypopyon.

Ces deux variétés constituent la classe des hypopyons faux ; et pour être complet, il faudrait y ajouter les débris du cristallin qui tombent dans la chambre antérieure après l'opération de broiement du cristallin.

Comme de juste, ces accidents ne sont pas d'une très-grande gravité ; surtout si le sujet est jeune, le pus sera bientôt résorbé.

La classe des hypopyons vrais est constituée par les collections qui viennent de l'iris et qui se produisent dans les affections aiguës et suraiguës de ce diaphragme membraneux. C'est vers le milieu du premier septénaire que l'hypopyon se produit. On observe alors près du grand cercle de l'iris une petite bande blanchâtre peu volumineuse, qui augmente assez rapidement et qui arrive en moyenne à une hauteur de 2 ou 3 millimètres. Les hypopyons au-dessous de ces dimensions sont beaucoup plus fréquents que ceux qui les dépassent.

En général, les douleurs sont très-vives pendant les quelques heures qui précèdent l'apparition du pus. Le plus souvent, c'est vers le soir que les douleurs redoublent durant sept ou huit heures, puis il se fait un calme relatif. Alors, de peur de réveiller les douleurs, le malade ose à peine se remuer ou se tourner sur son lit ; il sent très-bien qu'il y a quelque chose de nouveau dans son état. Les souffrances de la veille étaient calmées par une instillation d'atropine, et il semble prévoir qu'aujourd'hui il y aura un élément de plus dans la maladie. A ce moment, si le chirurgien examine l'œil, il voit l'hypopyon au début, et tant qu'il augmentera, cet état que nous venons de constater chez le malade persistera.

Dans ce cas, une émission de sang locale, des sangsues à la tempe ou derrière l'oreille soulagent le malade ; des instillations d'atropine empêchent des accidents du côté de la pupille, et une sédation se produit. L'hypopyon dure quelques jours, en moyenne cinq ou six, puis la résorption commence.

Mais ce qu'il y a de remarquable au point de vue pratique, c'est la sédation qui se fait quand l'hypopyon s'est produit. La suppuration est un mode de terminaison de l'inflammation, et si le chirurgien sait profiter du moment, il peut se rendre maître de la situation. Ce moment de répit qu'accorde la nature, on doit l'employer pour agir vigoureusement et obtenir une guérison rapide de la maladie. Au moment où le calme va venir, une émission sanguine, du calomel à dose réfractée, enfin des antiphlogistiques directs et indirects, auront de grandes chances de succès. De plus, ce sera certainement le meilleur moyen de prévenir les inflammations chroniques de l'iris, qui sont si fâcheuses pour le malade comme pour le médecin.

En résumé, nous voyons donc que la sédation qui suit la formation du pus peut être mise heureusement à profit pour arriver à la guérison de la maladie actuelle et à la prophylaxie des phlegmasies chroniques.

Mais l'hypopyon n'est pas la règle dans l'iritis grave. Souvent, après avoir marché d'abord à grands pas, l'inflammation semble stationnaire, et alors aussi les émissions sanguines, le calomel, les vésicatoires, restent impuissants. Ce qu'il y a de plus fâcheux alors, c'est que l'iris est comme *empesé;* il ne s'est pas formé de fausse membrane pupillaire, mais l'iritis aiguë guérie, il restera une iris mobile ou peu s'en faut ; l'œil conservera longtemps de la rougeur, la moindre changement de température le fera larmoyer. Mais là n'est pas le danger : quelques larmes et un peu de gêne ne sont pas à redouter. Ce que le chirurgien doit craindre, c'est la récidive de l'iritis, et elle manque alors rarement.

Ainsi donc, après l'hypopyon, il y a plus de chances pour guérir complétement d'une iritis, la résolution de l'inflammation étant plus complète. Cette vérité, qui semble un paradoxe et qui est le contre-pied de tout ce qui a été dit et écrit sur l'hypopyon dans les traités classiques, est cependant une vérité d'observation.

Sans doute, en rappelant ses souvenirs, chaque lecteur pourra trouver quelques faits qui ont rapport à cette question. Aujourd'hui elle a été admise dans quelques cliniques spéciales, et notre maître, M. Desmarres, a souvent appelé l'attention sur ce fait, que la formation d'un hypopyon est loin d'aggraver le pronostic d'une iritis.

Dans notre pratique personnelle, nous avons eu occasion de vérifier ce fait. Nous avons soigné, à peu de jours d'intervalle, deux malades : l'un, qui habite Bordeaux, d'une iritis aiguë de cause rhumatismale, qui a guéri assez rapidement, mais qui a gardé une iritis chronique subaiguë : la récidive s'est produite et se reproduira encore sans doute. L'autre est un jeune homme du Médoc, qui a eu une iritis suraiguë ; l'hypopyon est resté à sa période d'état pendant huit jours. Aujourd'hui il est guéri de son iritis ; il lui est resté de la violente ophthalmie qu'il a eue, des facettes de la cornée taillées par des ulcères superficiels. Mais jamais depuis il n'a eu de menaces d'iritis ; sa pupille est libre et parfaitement mobile. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

RÉTABLISSEMENT DE LA SÉCRÉTION LACTÉE
sous l'influence de l'action excitatrice de l'électricité portée sur les glandes mammaires;

Par M. le docteur L. Fournier (d'Angoulême),
ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Si un certain nombre de physiologistes avaient étudié l'influence des courants électriques sur les différentes sécrétions, personne avant M. le docteur Aubert (de Mâcon) n'avait pensé à appliquer le courant électrique sur les glandes mammaires dans le but de rappeler la sécrétion lactée.

Cette observation, publiée par l'*Union médicale* en 1855, fut accueillie d'abord avec une sorte d'incrédulité, comme il est facile de s'en convaincre à la lecture de la discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux, lorsque Becquerel vint, en 1856, communiquer un fait confirmatif des idées de M. Aubert.

Plusieurs membres de la Société semblèrent contester l'influence de l'électricité, et parurent disposés à ne voir dans la montée du lait consécutive à l'emploi de cet agent, qu'une coïncidence, l'excitation produite par l'approche de l'enfant, par ses succions répétées, suffisant pour établir la sécrétion du lait, et pouvant ainsi donner le change sur l'efficacité galactologue d'un moyen thérapeutique. Cependant les faits parlèrent bientôt, et Becquerel, dans son *Traité des applications de l'électricité à la thérapeutique médicale et chirurgicale*, M. Lardeur, dans sa thèse où il a consigné des observations prises dans le service de M. Moutard-Martin (thèse inaugurale, janvier 1859, Paris), prouvèrent bientôt par l'expérience ce qu'il fallait penser de ces objections théoriques.

Je viens d'observer tout récemment un cas dans lequel l'action excitante de l'électricité sur les glandes mammaires a été des plus manifestes, sans qu'on puisse faire intervenir la succion de l'enfant même à titre d'adjuvant. Voici l'observation détaillée de ce fait intéressant :

Le 23 mars 1862, je fus appelé chez Mme L..., pour voir sa petite fille, âgée de huit mois. Cette petite fille, peu développée pour son âge, n'ayant pas encore une seule dent, est atteinte depuis quelques jours d'une diarrhée muqueuse abondante et vomit tout ce qu'elle prend. Elle a eu successivement deux nourrices, mais a beaucoup souffert, la première n'ayant pas assez de lait, la seconde lui donnant des soupes, des panades, au lieu de lui présenter le sein.

Il y a un mois, la mère prit chez elle une troisième nourrice ; mais l'enfant n'ayant pas pu prendre le sein, elle résolut, d'après les conseils de plusieurs personnes de sa connaissance, de la nourrir avec du lait de vache coupé avec du gruau et quelques panades. L'enfant ne profitait pas, mais ne présentait aucun symptôme grave, lorsque survinrent les accidents pour lesquels je fus appelé.

Je prescrivis d'abord 0,05 de calomel en dix paquets, et conseillai de remettre l'enfant au sein le plus tôt possible.

Les parents désiraient beaucoup ne pas changer une quatrième fois de nourrice, et voulaient garder celle-ci, qui paraissait attachée à l'enfant.

Mais cette femme, accouchée il y a deux mois, n'ayant pas donné à teter depuis un mois, avait les deux seins complétement affaissés, et c'est à peine si par une forte pression on pouvait exprimer une goutte de lait de chaque mamelon.

L'occasion me paraissant favorable à l'emploi de l'électricité, je fis, le 24 mars, une première séance d'un quart d'heure. Au moyen de la machine de Gaiffe, je fis passer à travers chaque glande mammaire une série de courants intermittents assez faibles. La femme déclara n'éprouver aucune douleur et ne ressentir qu'un peu de chatouillement et de chaleur dans les seins. Je promenais à peine depuis quelques minutes les éponges humides sur la région mammaire, que je vis le sein droit prendre presque subitement un accroissement notable ; en même temps des veines bleuâtres apparaissaient à sa surface, et le toucher permettait de constater une dureté manifeste de ses lobules. Bientôt il s'échappa quelques gouttes de lait du mamelon.

A la fin de cette première séance, il se manifesta un peu de gonflement du sein gauche ; mais c'était peu de chose relativement à l'effet produit sur le sein droit.

Le soir même, je chargeai une sage-femme de faire une seconde séance, et le lendemain j'en fis faire deux autres, toutes de même durée que la première. Pendant ce temps, l'enfant tetait une nourrice du voisinage.

Pendant chacune de ces quatre séances, comme pendant la première, la femme ne ressentit qu'un peu de chatouillement dans la région mammaire, et au bout de quelques minutes le gonflement des seins, surtout du sein droit, fut également évident. Le soir du second jour, après la quatrième séance, la pression exercée sur les mamelons faisant venir une assez grande quantité d'un lait qui me parut suffisamment épais, je fis teter l'enfant. Il teta parfaitement, et depuis il a

continué à prendre le sein de sa nourrice, dont le lait est abondant et de bonne qualité.

Cette observation atteste peut-être mieux encore que celles de M. Aubert, de Becquerel et de M. Moutard-Martin, l'influence de l'électricité sur la sécrétion de la glande mammaire; car les mamelles n'ont été soumises qu'à l'excitation électrique, et les succions de l'enfant n'ayant été exercées que lorsque la sécrétion du lait a été parfaitement rétablie, on ne peut leur attribuer les honneurs d'une cure à laquelle elles n'ont pas même contribué à titre d'adjuvant.

Quatre séances d'électricité d'un quart d'heure chacune ayant suffi pour rappeler le lait d'une nourrice qui avait cessé d'allaiter depuis un mois, il est évident que l'électricité est un puissant galactologue dont on ne saurait trop recommander l'emploi aux praticiens.

TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE DU SEIN GAUCHE.

Cautérisations en flèches.

Par M. Serré.

Mlle D..., âgée de soixante-seize ans, s'aperçut, il y a deux ans, qu'une tumeur se développait au-dessous du mamelon gauche. Elle prit peu à peu de l'accroissement, s'accompagnant de douleurs facilement supportables.

Une petite ulcération apparut au niveau du mamelon et le détruisit complétement; bornant là ses progrès en largeur, l'ulcère rongea les tissus en profondeur, de telle sorte qu'il en résulta une cavité cylindroïde, en forme de puits, dont l'orifice était représenté par la base du mamelon manquant. Cette petite plaie donnait lieu presque tous les jours à une hémorrhagie quelquefois assez abondante et difficile à arrêter. Malgré la bonne constitution de la malade, le bon régime auquel elle était soumise, ces pertes de sang incessantes, à un âge aussi avancé, diminuaient sensiblement ses forces. Des préparations toniques et un pansement quotidien au perchlorure de fer, aidé du tamponnement, diminuèrent l'abondance et la fréquence des hémorrhagies, sans toutefois les faire disparaître.

Au mois de mars 1861, la tumeur avait acquis le volume d'une petite orange; élastique, sans bosselure, non adhérente aux téguments. Sauf autour de l'ulcération, cette tumeur n'avait pas de limites bien définies; on ne pouvait la déplacer comme certaines tumeurs enkystées; elle faisait corps avec les tissus de la mamelle. L'ulcération avait la même largeur que précédemment; sa profondeur avait notablement augmenté et mesurait 5 ou 6 centimètres. Tous les jours du sang s'écoulait de manière à tacher largement les pièces de pansement. Il n'y avait pas de trace de ganglions engorgés dans l'aisselle, les fonctions générales se faisaient parfaitement.

En présence des progrès incessants de la tumeur, voyant les forces de la malade décliner sensiblement, je priai M. le docteur Arrachart de m'aider de ses conseils. L'affection étant toute locale, il jugea qu'une opération était indiquée et pouvait être suivie de guérison. Restait à déterminer le procédé à employer.

L'instrument tranchant, quelque habilement manié qu'il fût, devait amener une perte de sang préjudiciable, vu l'état et l'âge de la malade. D'un autre côté, il était important que la tumeur fût rapidement détruite; la cautérisation de dehors en dedans ne pouvait donc pas être mise en usage. La cautérisation en flèches nous procurait l'avantage de détruire la tumeur dans une seule séance, sans effusion notable de sang; ce procédé fut choisi.

L'opération fut faite le 25 mars, sans le secours du chloroforme. Douze flèches de pâte de Canquoin séchées à l'étuve furent préparées; aplaties sur deux faces, elles mesuraient 8 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur, et s'effilaient en pointe d'une extrémité à l'autre. M. Arrachart prit un bistouri à lame triangulaire, un peu plus courte et plus étroite que les flèches, l'enfonça de toute la longueur de la lame obliquement de dehors en dedans, de manière que la pointe correspondît à une ligne fictive passant par le centre de la tumeur et aboutissant derrière elle; au bistouri, il substitua une flèche faisant l'office de bouchon, et comme la flèche était plus large et plus épaisse que la lame, la pression était suffisante pour empêcher tout écoulement de sang. Douze ponctions furent ainsi faites successivement et circonscrivirent un cercle de 8 centimètres de diamètre, dont l'ulcération formait le centre.

Les flèches, distantes l'une de l'autre d'un peu plus d'un centimètre, formaient par leur ensemble un cône dont la base répondait à la peau, et le sommet à la partie postérieure de la tumeur. L'opération fut rapidement faite et parfaitement supportée; à peine s'écoula-t-il quelques gouttes de sang. Il sortit par l'ulcération un fragment de la tumeur sous forme de détritus, rouge comme un caillot; examiné plus tard, il fut reconnu composé de tissu fibro-plastique ramolli.

Le sein fut recouvert de linge sec. Douze heures après, la limite entre la partie morte et les parties vivantes était opérée; il y avait à peine un peu de gonflement et de rougeur.

Le 8 avril, l'eschare ne tenait plus que par quelques filaments de tissu cellulaire; je les coupai, et enlevai toute la masse cautérisée. Elle représentait parfaitement la forme du cône décrit par les flèches, et pesait 280 grammes. Elle était comme momifiée, et s'est conservée depuis sans altération; en la fendant, il était bien difficile de reconnaître l'état des tissus qui la composaient, à part la graisse. Le tissu cellulaire était désorganisé, la cavité de l'ulcération presque comblée; autour de ce point, on trouvait du sang desséché, preuve de la grande vascularité des tissus.

La cavité de la plaie, pansée simplement, se rétrécit en peu de temps; la cicatrisation n'offrait rien de particulier à noter; elle était complète le 10 mai.

La cicatrice n'était pas très-apparente et n'avait contracté aucune adhérence avec les tissus profonds.

Dans la journée du 5 juin, Mlle D..., qui était revenue à un état de santé très-satisfaisant, fut atteinte d'apoplexie et mourut dans la nuit du 8 au 9 du même mois. *(Bull. méd. du nord de la France.)*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mai 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de Tarn-et-Garonne, de l'Oise, de Saône-et-Loire et de la Marne;

2° Les rapports d'épidémies de MM. les docteurs Madin (de Verdun) et Crié (de Laval) [commission des épidémies];

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Bains (Vosges), par M. Bailly; de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par M. Rérolle; de Vals (Ardèche), par M. Chabannes; de Balaruc (Hérault), par M. Crouzet; de Digne (Basses-Alpes), par M. Silve; de Baréges (Hautes-Pyrénées), par M. Lebret; des bains de mer de Biarritz, par M. Affre; des eaux minérales des Landes, par MM. Batbédat, Massie et Arrat Balous (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La copie d'un rapport fait par M. Bouchacourt (de Lyon) sur une nouvelle observation d'accouchement laborieux heureusement terminé à l'aide du forceps à traction soutenue de M. Chassagny. (Commissaires : MM. P. Dubois et Jacquemier.)

2° Une note de M. le docteur Mascarel sur la pénétration dans les bronches de la poussière de meule chez les aiguiseurs de la manufacture d'armes de Châtellerault (commission déjà nommée);

3° Un mémoire de M. le docteur Poggioli sur le traitement de l'asthme par l'électricité statique (commissaires, MM. Desportes et Poiseuille);

4° M. J. Charrière présente à l'Académie une sangsue artificielle pour les gencives, construite d'après les indications de M. Reguart, médecin dentiste, composée d'un très-petit verre à ventouse muni d'une boule de métal dans laquelle on fait le vide avec une pompe à ventouses ordinaires.

Elle s'applique sur la gencive après une incision préalable peu étendue.

Cet instrument a pour but de produire le même effet qu'une sangsue, sans répugnance de la part des malades.

5° L'analyse chimique de l'eau mère en usage dans l'établissement hydrothérapique du Croisic (Loire-Inférieure), par MM. Lefort et Leroy-Dupré (commission des eaux minérales).

— M. J. Guérin présente un mémoire de MM. Lucien Papillaud et Musnier sur l'emploi de l'arséniate d'antimoine dans les maladies du cœur.

— M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Marmy, médecin principal, un rapport sur une épidémie de fièvres typhoïdes observées à Saint-Étienne (Loire). [Commission des épidémies].

— M. Chevallier dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Gallard, le compte rendu de l'exercice médical du chemin de fer d'Orléans pour l'année 1861.

— M. Bouillaud rend compte à l'Académie de la cérémonie des funérailles de Bretonneau, qui a eu lieu mercredi dernier à Tours; il donne lecture du discours qu'il a prononcé dans cette circonstance au nom de la Compagnie.

Cette lecture est accueillie par des marques nombreuses d'approbation.

LECTURE.

M. Robinet lit une note sur la congélation des eaux potables. L'auteur a constaté sur des glaces recueillies dans le bois de Boulogne et dans d'autres lieux, que l'eau résultant de la fusion de ces glaces était privée des sels qu'elle contenait en dissolution avant la congélation. (Nous reviendrons sur le contenu de cette note, à l'occasion du compte rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences).

— L'ordre du jour appelle M. Poggiale à la tribune pour résumer et clore la discussion sur la pulvérisation des liquides médicamenteux.

Suite et fin de la discussion sur la pulvérisation des liquides médicamenteux.

M. Poggiale. L'Académie se rappelle que dans le rapport que j'ai eu l'honneur de lui présenter le 7 janvier dernier, au nom de la commission des eaux minérales, je me suis particulièrement attaché à résoudre les quatre questions suivantes, qui seules avaient été agitées dans les mémoires que nous avions à examiner.

1° Les liquides pulvérisés pénètrent-ils dans les voies respiratoires?

2° Éprouvent-ils un refroidissement en sortant des appareils pulvérisateurs?

3° Les eaux sulfureuses sont-elles modifiées dans leur composition chimique par la pulvérisation?

4° Peut-on, dans l'état actuel de nos connaissances, préciser les effets thérapeutiques de l'inhalation des liquides pulvérisés?

Les expériences sur l'homme et sur les animaux, les recherches de divers observateurs sur l'introduction des poussières solides dans les voies respiratoires, ne laissent aucun doute sur la pénétration des liquides pulvérisés.

Cependant on insiste, et l'un des médecins qui s'étaient inscrits contre la pénétration ne la nie plus d'une manière aussi formelle qu'il l'avait fait jusqu'ici, mais il assure avec M. Durand-Fardel, sans avoir exécuté aucune expérience ni sur l'homme ni sur les animaux, que les liquides pulvérisés arrivent dans le larynx, mais ne pénètrent pas dans les bronches. Il se fonde sur ce que les liquides, réduits en poussière, ne peuvent pas parcourir sans se condenser un tube quelconque ayant les dimensions du tube aérien.

Nous affirmons, nous, contrairement à ce qu'ont avancé MM. Durand-Fardel et Fournié, que les liquides pulvérisés pénètrent non-seulement dans le larynx et dans la trachée, comme le prouve l'expérience faite sur la femme de Beaujon, mais encore dans les bronches et dans le tissu pulmonaire, ainsi que le démontrent les expériences sur les animaux, que tout le monde connaît. M. Trousseau ne nous a-t-il pas dit même qu'ils pénètrent trop, et qu'ils peuvent quelquefois donner lieu à de graves accidents?

M. Durand-Fardel n'est pas autorisé à dire que rien ne démontre que chez l'homme les liquides pulvérisés pénètrent dans les bronches. Si nous n'avions pas eu l'heureuse chance d'expérimenter sur la femme de Beaujon, on n'aurait pas manqué de nous dire que les expériences faites sur les animaux ne prouvent pas que les mêmes phénomènes s'accomplissent chez l'homme. Grâce à l'ouverture trachéale de cette femme, M. Demarquay a fait voir que les liquides pulvérisés pénètrent dans la trachée. On nous répond : Oui, dans la trachée, mais point dans les bronches. Je le demande à l'Académie, ce raisonnement est-il juste? Prouver alors que les liquides pulvérisés ne pénètrent pas dans les bronches de l'homme, puisque nous prouvons qu'ils pénètrent dans les bronches des animaux; prouver que lorsque ces liquides pulvérisés ont franchi le larynx il existe des obstacles qui ne leur permettent pas d'arriver dans les ramifications bronchiques, cette preuve, vous ne l'avez pas.

J'ai déterminé par de nombreuses expériences le refroidissement qu'éprouve l'eau pulvérisée en sortant des appareils pulvérisateurs, et j'ai reconnu que ce refroidissement est dû à des causes variables, et ne saurait être soumis, comme on l'a pensé, à aucune loi générale. On peut dire seulement qu'en sortant des appareils pulvérisateurs les liquides pulvérisés se mettent en équilibre de température avec le milieu ambiant, de sorte qu'ils peuvent éprouver une élévation ou un abaissement de température.

M. Durand-Fardel admet comme nous cette loi générale; mais il pense que l'inconvénient provenant du refroidissement est beaucoup moindre avec l'appareil de M. Matthieu qu'avec celui de M. Sales-Girons construit par M. Charrière. Les expériences consignées dans mon rapport prouvent que cette assertion n'est pas exacte. J'ai rapporté sur ces trois questions des faits certains et des expériences décisives, et je tiens à constater qu'il ne s'est produit aucune objection sérieuse contre les conclusions de mon rapport. Il ne peut donc y avoir aucun doute sur les questions qui y ont été examinées.

Mais on a dit que pour être plus complet, j'aurais dû comparer la pulvérisation des liquides avec l'inhalation des gaz et des vapeurs. Je ne crois pas ce reproche mérité, la commission n'ayant pas eu à s'occuper de la question au point de vue thérapeutique. Cependant, puisque le débat s'est engagé sur l'inhalation des vapeurs, l'Académie me permettra de lui dire en quelques mots ce que j'en pense.

Ici M. Poggiale examine la question, qu'il résume en ces termes :

Il résulte des considérations qui précèdent, que dans les conditions ordinaires, la vapeur des salles d'inhalation ne contient pas les principes fixes des eaux minérales, et que ce n'est que lorsque la vapeur se forme avec violence qu'un peu d'eau liquide est projetée avec toutes les substances qu'elle contient. Mais ces substances, qui sont entraînées d'une manière mécanique, ne sont ni assez abondantes ni assez régulièrement produites pour fonder sur elles un traitement rationnel. Si donc un médecin ordonnait à ses malades les vapeurs d'une eau minérale avec la pensée d'y trouver tous les principes minéraux, il se tromperait d'une manière étrange. Ces substances ne peuvent s'y rencontrer qu'accidentellement et en faible quantité.

Doit-on conclure des faits précédents que les salles de vapeurs doivent être proscrites? qu'il faut les remplacer partout par les salles de respiration? On n'aurait pas bien compris ma pensée si on voulait en tirer cette conséquence. Je pense au contraire que les gaz et les vapeurs peuvent être utilement employés comme on l'a fait au Vernet, à Amélie-les-Bains et dans un grand nombre de stations; mais je veux qu'on sache bien que les deux moyens diffèrent essentiellement l'un de l'autre. Dans les salles d'aspiration, il ne faut s'attendre à trouver que de la vapeur d'eau et les gaz que l'eau laisse échapper; tandis que l'air des salles de respiration de M. Sales-Girons renferme l'eau minérale pulvérisée avec ses principes.

Le premier procédé est-il préférable au second? Je ne saurais répondre à cette question, qui appartient tout entière à la clinique médicale.

On a demandé aussi à votre rapporteur de dire quelle est la tension élastique de la vapeur d'eau dans les salles de respiration, et la pression qu'elle peut exercer sur la muqueuse pulmonaire.

Voici en quelques propositions la réponse :

1° L'air des salles de respiration est saturé de vapeur d'eau;

2° La tension élastique de la vapeur doit varier suivant la température;

3° Dans les salles de respiration, la densité de l'air est moindre que celle de l'air sec, en faisant abstraction de l'eau pulvérisée qui est suspendue;

4° En supposant que la température de la salle de respiration soit de 30°, l'air doit contenir par mètre cube 30 grammes de vapeur d'eau;

5° Quant à la pression exercée sur la muqueuse pulmonaire, il faut tenir compte de la densité du mélange d'air et de vapeur d'eau; de la pression de l'atmosphère qui communique sans cesse avec la salle de respiration; de la présence de l'eau pulvérisée, et enfin de la pression exercée par le jeu des appareils. Ce sont autant de questions qui ne peuvent être résolues que par l'expérience, et que je recommande à l'attention des médecins attachés aux stations thermales.

J'ai le regret, ajoute M. le rapporteur, de ne pouvoir pas terminer cette discussion sans combattre certaines idées émises dans le beau discours que M. Trousseau a prononcé dans la dernière séance.

Comme à l'ordinaire, M. Trousseau a lancé quelques traits contre les chimistes, et à propos de la pulvérisation, il a déclaré que l'empirisme est une arche sainte, et que M. Sales-Girons a eu tort d'y toucher.

Notre honorable collègue prétend que les chimistes veulent expliquer l'action thérapeutique des eaux minérales. Mais pourrait-il nous citer un seul travail dans lequel un chimiste sérieux ait cherché à

expliquer l'action des eaux minérales? Non, il ne le pourrait pas. Jusqu'ici les chimistes se sont bornés à étudier avec le plus grand soin la composition de ces eaux, et à former des groupes qui servent de guide au médecin. Ils ont imaginé un grand nombre de procédés délicats, et grâce à leurs recherches persévérantes, on a découvert dans les eaux minérales plusieurs corps, tels que l'iode, le brome, l'arsenic, le cuivre, le manganèse, la lithine, le cæsium, le rubidium, etc.

C'est par l'analyse chimique que nous avons pu connaître et empêcher les altérations qu'éprouvent les eaux sulfureuses au contact de l'air, et, dans la question qui nous occupe dans ce moment, préciser les modifications que la pulvérisation leur fait éprouver. C'est grâce à l'analyse chimique que nous avons pu former des groupes parmi les eaux minérales, telles que les eaux sulfureuses, les eaux ferrugineuses, les eaux carbonatées sodiques, les eaux chlorurées sodiques, etc. Bien que les eaux minérales soient des médicaments complexes, et qu'il soit par conséquent difficile de démêler les propriétés des divers agents qui les composent, tous les médecins, M. Trousseau comme les autres, tiennent compte du principe prédominant.

Nous ne connaissons pas, il est vrai, l'action physiologique des principes qui composent les eaux minérales, mais ce n'est pas une raison pour ne pas chercher à se rendre compte de leurs effets, pour respecter toujours et sans discussion l'arche sainte de l'empirisme, et pour admettre certaines doctrines merveilleuses, telles que la vitalité des eaux minérales et un calorique particulier, différent de celui de l'atmosphère et des corps qui couvrent la surface de la terre.

Si le mot *empirisme* voulait dire aujourd'hui comme autrefois *expérience* et observation; si l'école empirique se bornait à attaquer les abus de l'hypothèse, et à repousser le *rationalisme outré*; si après avoir découvert les propriétés thérapeutiques du quinquina, de l'opium et de l'ipécacuanha, elle consentait à étudier l'action de ces médicaments, nous pourrions vivre en bonne intelligence avec elle; mais elle se contente de la constatation des faits isolés, sans jamais les lier entre eux. Elle voit ce qui se passe ici, ce qui se passe là-bas, mais ne lui demandez pas la cause, le lien et les conséquences des phénomènes qu'elle a observés. La pomme qui tombe sur la tête de Newton est un phénomène qui ne se rattache à aucune loi; ces lois admirables découvertes par les chimistes sur la composition des corps, n'existent pas pour elle.

Je repousse avec toute l'énergie dont je suis capable une doctrine aussi déplorable, aussi funeste. Elle est ennemie du progrès, et éteint la foi dans le cœur des jeunes gens qui se destinent à l'étude des sciences.

J'ai adopté pour ma part, et dans toutes les études que j'ai pu faire, la méthode de Bacon. Cette méthode, vous le savez, est fondée sur l'expérimentation soumise à certaines règles tracées par Bacon sous les titres : *Variatio, productio, translatio, inversio*, *compulsio experimenti*. Lorsqu'on a bien observé, il faut réfléchir et raisonner. Le savant qui se contente d'observer, dit Bacon, ressemble à la fourmi qui amasse du grain, mais qui ignore l'art de le travailler. Il doit, au contraire, imiter l'abeille, qui transforme les sucs qu'elle a puisés sur différentes fleurs.

Au reste, Messieurs, M. Trousseau, qui considère l'empirisme comme une arche sainte, ne procède pas autrement que nous dans l'étude des sciences. Il expérimente et observe, puis il raisonne par induction. Il applique partout la méthode de Bacon, et ce n'est certes pas par l'empirisme seul qu'il a obtenu en médecine une grande et légitime autorité.

Pour combattre M. Trousseau, il me suffira d'ailleurs de lire devant vous quelques passages de la belle introduction qui se trouve en tête du *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de MM. Trousseau et Pidoux.

M. Poggiale donne lecture de ce passage (voir l'Introduction de l'ouvrage cité, p. XXVI et *passim*), puis il termine par ces mots :

Je n'ajouterai pas un mot à ces citations. Je ne veux pas d'ailleurs, à propos de la pulvérisation, traiter à fond une question de doctrine; c'est une fantaisie paradoxale, comme l'a dit M. Jules Guérin, à laquelle il ne faut pas donner trop d'importance.

M. TROUSSEAU. Si l'empirisme n'était que la médecine du hasard, je le repousserais de toutes mes forces; mais il n'en est point ainsi : l'empirisme que je professe est une doctrine. Cette doctrine se compose de plusieurs éléments; sans doute, dans le principe, l'empirisme n'était fondé que sur le hasard, c'est vrai; c'est le hasard qui a mis sur la voie de l'usage du mercure, du quinquina, de l'opium, du datura-stramonium, de la belladone, et de tant d'autres médicaments; cela est certain. C'est là la première source de nos connaissances. Mais en voici une seconde dont l'empirisme s'est emparé, c'est l'expérimentation. L'histoire nous a transmis les faits révélés par le hasard; l'expérimentation est arrivée ensuite, qui nous a appris à appliquer et à étendre ces premiers éléments de connaissance, non pas d'une manière aveugle, mais en se fondant sur l'induction et sur l'analogisme. Exemple : le hasard nous avait montré que le quinquina guérit les fièvres intermittentes; or l'observation ayant fait voir que d'autres maladies que les fièvres palustres présentaient aussi ce caractère de l'intermittence, l'induction a conduit à appliquer ce médicament à toute cette série de maladies, et l'expérience a justifié ces vues de l'induction. Lorsque la vérole a fait son apparition en Europe, les Arabes nous avaient déjà appris à nous servir du mercure dans le traitement de certaines maladies cutanées et aux affections des os; nous avons essayé d'appliquer ce traitement aux accidents cutanés de la vérole, et le succès a justifié cette vue de l'analogie.

C'est comme cela que j'entends être empirique. Nous faisons tous de l'empirisme de cette manière; l'école empirique n'a jamais procédé autrement, et je crois, quant à moi, que je mourrai à cet égard dans l'impénitence finale.

M. POGGIALE. Je tiens à constater que M. Trousseau fait comme nous de l'expérimentation et de l'induction : il n'est donc pas empirique.

— La discussion étant close, M. le président invite M. le rapporteur à donner de nouveau lecture des conclusions de son rapport.

Ces conclusions, consistant à proposer qu'une lettre de remercîments soit adressée aux auteurs des divers mémoires qui ont fait le sujet de ce rapport, sont mises aux voix et adoptées.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret, pour entendre un rapport sur les candidats aux titres de correspondants.

NOUVEL ARSENAL CHIRURGICAL PORTATIF.

M. J. Charrière, en faisant hommage à l'Académie d'un exemplaire de sa Notice générale, soumet au jugement de la savante Compagnie un arsenal chirurgical portatif.

Cet arsenal portatif est composé des instruments nécessaires pour toutes les opérations, moins la lithotritie, la taille et les accouchements; il est contenu dans une boîte-trousse de 45 centimètres de longueur, 27 centimètres de largeur et 11 centimètres et demi d'épaisseur; il ne renferme pas moins de *deux cent cinquante* instruments, dont une boîte d'instruments pour l'ophthalmologie, une pour les opérations spéciales, qui s'y trouvent casées d'une manière indépendante à volonté; la trousse de poche du chirurgien complète l'arsenal.

Nous sommes arrivés à construire cet arsenal, dit M. J. Charrière, par une série de méthodes dont l'idée et l'exécution remontent à plusieurs années, et qui, appliquées dans nos nouvelles trousses publiées en 1858, ont été jugées doublement utiles, au point de vue de la solidité et des services multipliés que rendent journellement ces instruments nouveaux, sans compter la diminution de leur prix.

Voici ces méthodes :

1° Notre tenon en place de la vis, pour assembler tous les instruments à deux branches, pour toutes les brisures et pièces de rechange, où il joue un si grand rôle qu'il est devenu indispensable.

2° Nos pinces de tous modèles, à point d'arrêt près des anneaux, qui ont remplacé la crémaillère, et servent de porte-aiguilles, de pinces et de presse-artères, etc., etc.

3° Notre bistouri à point d'arrêt, sans coulant ni ressort, et recevant toutes sortes de pièces et lames de rechange, comme les rasoirs, couteaux, scies, trépan à manivelle, etc., etc.

4° Le dessin linéaire sur le maroquin, pour retrouver à première vue la place de tous les instruments sous nos passettes élastiques.

Enfin, nous avons appliqué à cet arsenal tous les procédés nouveaux qu'on trouvera mentionnés et figurés dans nos notices et catalogues de 1862.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés en date du 12 mai 1862, M. Panis est nommé professeur suppléant pour la chaire d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

M. Aubrée, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Rennes, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite École.

M. Regnault est nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Rennes, en remplacement de M. Aubrée, appelé à d'autres fonctions.

— Tandis que la médecine militaire s'élève en France au rang des carrières publiques ambitionnées, en Italie elle demeure dans un état d'infériorité hiérarchique véritablement regrettable.

Bien que les médecins ne puissent être admis à entrer dans l'armée italienne avant d'avoir fourni de sérieuses garanties d'aptitude professionnelle, néanmoins il en est fort peu, même parmi les plus méritants, qui atteignent, avant l'âge de la retraite, le grade équivalant à celui de chef de bataillon, grade qui marque d'ailleurs à peu près la limite la plus élevée de leur carrière.

On vient d'improviser à Turin des colonels, des généraux même, avec de simples avocats. Il serait à coup sûr plus naturel d'accorder à nos confrères une faveur analogue.

— M. Morel-Lavallée avait contracté dans son service, à l'hôpital Beaujon, un érysipèle qui a donné les plus vives inquiétudes à ses amis. Heureusement, il est hors de danger aujourd'hui.

Nous avons la satisfaction d'apprendre que pendant la maladie de notre savant confrère, l'administration de l'Assistance publique n'a cessé de lui témoigner un sympathique intérêt. Cette bienveillante sollicitude de l'administration pour un de ses chirurgiens frappé en quelque sorte sur le champ de bataille, n'honore pas moins l'administration elle-même que celui qui en a été l'objet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouvelle doctrine syphilographique. Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis; suivi d'une nouvelle étude sur les moyens préservatifs des maladies vénériennes, par le docteur Edmond LANGLEBERT. Deuxième édition, revue et augmentée du rapport de M. Cullerier à la Société de chirurgie. Un volume in-8°, Prix : 2 fr. 50 c. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Études médico-psychologiques sur la folie, par le docteur Alfred SAUZE, médecin adjoint de l'Asile des aliénés de Marseille, etc. Un volume in-8° de 330 pages. Prix : 5 fr. Paris, 1862, chez Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine.

De la cure radicale des tumeurs et des fistules lacrymales, etc., à l'aide de la méthode galvano-caustique, par M. le docteur TAVIGNOT, professeur d'ophthalmologie. Brochure in-8°. Prix : 2 fr. Chez Asselin, libraire, 4, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 58. — SAMEDI 17 MAI 1862. (35e ANNÉE.) N° 58. — SAMEDI 17 MAI 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des constitutions médicales catarrhales et de l'affection catarrhale en général.

En signalant dans l'une de nos *Revues* du mois de janvier la grippe et les affections catarrhales comme constituant le caractère dominant des maladies régnantes, caractère qui a prédominé jusque dans ces derniers temps, et qui n'est même pas encore entièrement effacé dans ce moment-ci, nous avons pris l'engagement d'examiner la doctrine de l'affection catarrhale exposée dans le récent ouvrage de M. le professeur Fuster, de Montpellier (1).

On sait le rôle important que les anciens attribuaient à l'élément catarrhal, et la large place qu'occupaient dans leurs cadres nosologiques les affections qui en dépendent, rôle que le solidisme d'abord, la doctrine physiologique ensuite, et plus tard l'anatomo-pathologisme, ont restreint de plus en plus, au point de finir par le méconnaître même complétement, en le réduisant à la signification d'un symptôme des phlegmasies des muqueuses.

M. le professeur Fuster, à qui sa connaissance profonde des auteurs anciens et sa prédilection pour cet ordre de recherches cliniques, a rendu ce point de vue important de médecine pratique tout à fait familier, s'est proposé de restituer à l'*affection catarrhale* son sens nosologique réel, et de faire ressortir le rôle considérable de cet état morbide complexe dont les expressions variées traduisent l'action de l'élément pathogénique le plus commun et le plus universellement répandu autour de nous, l'atmosphère.

« L'affection catarrhale, la plus commune de toutes sous la zone tempérée, est une affection *sui generis*, caractérisée par ses causes, ses symptômes, sa marche, son type, ses suites, ses lésions cadavériques, ses indications curatives, ses maladies synchroniques. »

C'est la proposition générale dont cet ouvrage n'est que la démonstration et le développement.

Le diagnostic de l'affection catarrhale implique un groupe d'éléments bien définis. Il comporte toujours une fluxion, ou congestion, pour parler le langage moderne; une irritation spéciale, lésion nerveuse ou dynamique, point de départ suivant les uns, conséquence, suivant les autres, de la fluxion; une altération matérielle de l'humeur séro-muqueuse, altération de quantité ou de qualité de ce produit sécrétoire.

Les causes qui engendrent ces éléments sont : au dehors, les grandes variations atmosphériques, le froid humide et une influence épidémique; au dedans, ou relativement aux malades, des dispositions naturelles ou acquises, entraînant à la fin l'irritation du système nerveux, la viciation des fluides lymphatiques et l'habitude des fluxions.

Ces maladies ont deux périodes essentielles : dans la première, dite de crudité, d'irritation, de spasme, le vice humoral, l'irritation primitive ou consécutive, les fluxions ou les congestions sont en pleine activité; dans la seconde, dite de coction, de détente, l'altération des humeurs est corrigée, réduite, l'irritation émoussée, apaisée, et le cours des fluxions suspendu ou arrêté. La réaction fébrile est le principal agent de la coction. Elle est suivie d'évacuations critiques par la peau, les voies urinaires et l'ouverture extérieure des muqueuses.

Il y a des catarrhes chauds et des catarrhes froids; les premiers se reconnaissent à la rapidité de leur évolution, à l'activité de l'irritation et des fluxions. Les catarrhes froids sont les maladies muqueuses ou pituiteuses. Ici la marche est lente, le mouvement fluxionnaire embarrassé, l'irritation obscure, etc.; pour les produire, l'humidité froide y vient en aide aux vicissitudes atmosphériques.

Le rhumatisme a les mêmes éléments, les mêmes causes, les mêmes périodes, les mêmes crises que le catarrhe; tout est semblable dans ces deux affections. Elles ne diffèrent que par leur siége de prédilection, le catarrhe montrant plus d'affinité pour les muqueuses, le rhumatisme pour les tissus fibreux. Ces deux formes règuent ensemble et sont souvent confondues.

Les catarrhes chauds ou froids, et le rhumatisme, sont, surtout en automne et au printemps, la source la plus féconde de maladies diverses. A l'état général, ils réalisent les fièvres catarrhales, rhumatismales et muqueuses; à l'état local, autant d'expressions morbides différentes que de localisations particulières. Toutes les affections étrangères, aiguës et chroniques, peuvent les compliquer. Cette combinaison binaire ou plus complexe en modifie diversement les symptômes, la marche et les crises.

La thérapeutique recommandée contre les maladies catarrhales est aussi uniforme dans ses principes que la base de leur diagnostic. Ses indications fondamentales se tirent de l'altération des liquides, de l'irritation spéciale du mouvement fluxionnaire, des engorgements locaux, des complications et des symptômes prédominants. Son but est d'ordinaire d'amortir l'irritation, de tempérer le vice humoral, de contenir les fluxions, de les détourner des organes menacés, d'en résoudre ou éliminer la matière; et quand les localisations sont consommées, d'attaquer ces éléments sur place pour résoudre ou détruire les engorgements.

Ces préceptes conviennent aux rhumatismes comme aux catarrhes; il ne s'agit que de les approprier aux formes et aux degrés de leurs nombreuses espèces.

Les complications intéressent également les trois genres de l'affection catarrhale, les catarrhes chauds et froids et les rhumatismes. Les traitements s'accommodent aux exigences de ces transformations, afin de rendre le catarrhe à sa simplicité originelle. Ainsi trouvent place dans la thérapeutique de cette maladie des pratiques et des agents curatifs très-différents ou même en apparence contradictoires. Ainsi sont mis à contribution, selon ses degrés, ses périodes, ses complications et ses symptômes compromettants, les antiphlogistiques, les antispasmodiques, les narcotiques, les excitants, les diaphorétiques, les toniques, les évacuants gastro-intestinaux, les adoucissants, les béchiques, les résolutifs, les incrassants, etc.

Telle est en quelques mots et dans son expression la plus générale et la plus résumée, la doctrine traditionnelle de l'affection catarrhale, telle qu'elle ressort de l'analyse de l'innombrable collection des constitutions médicales catarrhales et des épidémies catarrhales générales que renferment les annales de la science, ainsi que de l'étude clinique contemporaine de ces mêmes affections.

Voyons maintenant la doctrine que M. Fuster déduit de cet immense travail analytique.

Les causes appréciables des constitutions médicales catarrhales, dit-il, à part les interprétations toujours hypothétiques sur leur origine et leur action, remontent en général à des vicissitudes atmosphériques, transitions brusques, réitérées, soutenues et considérables, qui exposent aux alternatives de la chaleur et du froid, de la sécheresse et de l'humidité, de l'augmentation et de la dépression de la colonne barométrique, de l'agitation et du calme de l'océan aérien, de vents opposés, d'un ciel serein et nuageux, de l'excès ou du défaut de l'électricité ambiante, telles qu'on a coutume de les subir à divers degrés, au passage du jour à la nuit, du soleil à l'ombre, des gelées aux dégels, des orages à la sérénité, au printemps et en automne, ou sous notre zone intermédiaire.

Les vicissitudes de l'air n'affranchissent pas de l'impression de ses autres qualités sensibles. Elles concourent au contraire, habituellement, avec une ou plusieurs de ces qualités; le froid ou la chaleur, la sécheresse ou l'humidité, l'élévation ou l'abaissement du baromètre, la surcharge ou la réduction du fluide électrique, la tranquillité de l'air ou des vents opposés, successive, simultanée ou alternative, l'addition de ces éléments modifie toujours notablement les produits morbides des vicissitudes atmosphériques, et ces modifications sont quelquefois si profondes, qu'on a pu les croire des maladies d'une autre nature, quand elles n'expriment en réalité que les genres, les espèces ou les variétés d'une même classe nosologique.

Des principes étrangers à ces qualités compliquent quelquefois à divers degrés l'étiologie des catarrhes. Telles sont les conditions des aliments et des boissons, qu'on ne doit jamais négliger de mettre en regard de l'état météorologique dominant, et certains agents accidentels capables de voiler, d'effacer même momentanément le cachet catarrhal, tels que des exhalaisons maremmatiques, qui se joignent aux influences atmosphériques dans la portion déclive d'un pays, et notamment là où stagnent les eaux pluviales, les miasmes typhiques résultant de l'encombrement, etc.

Comme maladie populaire, l'affection catarrhale a une marche réglée, des phases distinctes, des temps d'arrêt et des recrudescences, diverses péripéties et des complications multiples. Des recrudescences interrompent assez souvent le décroissement des constitutions et leur restituent la vigueur de leur période de progrès. Les qualités de l'air contraires à cette étiologie suspendent, abrégent, arrêtent la marche des constitutions catarrhales, en modifient, en dénaturent ou en compliquent les produits. Les agents morbifiques étrangers d'une activité puissante les embarrassent également de maladies intercurrentes, en bouleversent les périodes ou en pervertissent les expressions. Des états morbides particuliers préludent quelquefois et succèdent fréquemment aux maladies de ces constitutions. Leurs phases accomplies, les constitutions catarrhales laissent presque toujours des reliquats, tels que des hydropisies, des flux de ventre, des éruptions herpétiques ou psoriques, des fluxions chroniques, des paralysies, des rhumatismes chroniques, des névroses, des névralgies, des engorgements viscéraux, des consomptions.

Ces sortes de constitutions n'affectent pas nécessairement, ni dans la même mesure, tous les organes et tous les sujets. Il est des préférences dont on ne peut toujours saisir la raison, et qui tiennent tour à tour à la saison de l'année, à des intempéries passagères, au tempérament, au genre de vie des malades, aux complications pathologiques accidentelles, aux affinités connues ou cachées du catarrhe régnant.

Les nombreuses espèces de cette vaste affection, identiques quant au fond de leurs caractères, offrent des différences considérables dans les rapports et les combinaisons de leurs éléments qui nécessitent une distinction; elles peuvent être réparties en trois groupes.

Le premier embrasse toutes les maladies catarrhales communes réunissant tous les attributs de la classe sans prédominance sensible dans l'irritation des solides ou dans les altérations humorales.

Le deuxième rassemble toutes les maladies dites rhumatismales ou rhumatiques; il présente tous les caractères de la classe; seulement, et c'est par là qu'il se distingue des deux autres, l'irritation des systèmes nerveux, muqueux-fibreux, et généralement des solides, y prédomine notablement sur l'altération des fluides.

Dans le troisième groupe, comprenant les affections catarrhales dites muqueuses ou pituiteuses, on trouve encore tous les éléments de l'affection catarrhale, mais avec prédominance humorale, contrairement au groupe précédent.

Tel est l'ensemble des propositions, toutes fondées sur de nombreux exemples, qui constituent la doctrine clinique des affections catarrhales, exposée et développée dans l'ouvrage de M. Fuster.

Pour compléter cette exposition sommaire, il nous faudrait résumer l'histoire d'un des types de là ces constitutions épidémiques, la grippe, et déduire de les principes de là médecine pratique auxquels conduisent ces vues d'ensemble. C'est ce que nous ferons dans la prochaine *Revue*.

D'une forme particulière d'ulcérations intestinales en rapport avec la tuberculisation aiguë des ganglions mésentériques.

Depuis quelques mois, on a vu se développer un grand nombre de cas de tuberculisation aiguë, soit localisée dans les poumons, soit généralisée dans les tissus sous-séreux; cette constitution médicale semble rappeler celle que mentionnait l'an dernier M. Colin dans son mémoire sur la tuberculisation aiguë, et absorber en grande partie dans son service le cadre presque entier des affections fébriles. Dans cette forme de la tuberculose, remarquable généralement par la dissémination et l'exiguïté des granulations, les ganglions lymphatiques semblent avoir seuls le privilége de subir la diathèse suivant leur mode habituel et de s'infiltrer rapidement de masses tuberculeuses considérables. Ainsi, chez un malade couché salle 26, n° 21, atteint de phthisie pulmonaire subaiguë, l'appareil fébrile redoublait il y a quinze jours, s'accompagnant de douleurs abdominales assez vagues, dont la palpation la plus méthodique n'accusait en rien la cause anatomique, et cette même palpation, renouvelée chaque jour, a permis de suivre pas à pas le développement graduel d'une tumeur qui est aujourd'hui du volume d'un œuf d'oie, tumeur marronnée, située au niveau de l'ombilic, glissant sous le péritoine, latéralement mobile, recouverte de la sonorité intestinale, et qui paraît, tant par ses conditions propres que par la considération d'une diathèse bien établie, n'être autre chose qu'une masse tuberculeuse des ganglions mésentériques.

Cette rapidité d'évolution, on va la retrouver chez l'individu

(1) *Monographie clinique de l'affection catarrhale*, par M. J. Fuster, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, médecin en chef de l'Hospice civil et militaire. Montpellier, 1861. Chez Gras, imprimeur-libraire.

sujet de cette note, qui, après avoir parcouru en cinq semaines le cycle d'une tuberculisation aiguë, a offert à l'autopsie des désordres remarquables dans les mêmes organes.

Voici son observation, qui a été recueillie par M. Boucher, médecin stagiaire :

Entré à l'hôpital le 1er mars dernier, salle 27, n° 20, il présentait alors quelques symptômes typhoïdes; il y avait du météorisme, sans diarrhée il est vrai; les éruptions rosées, puis sudorales, s'accomplirent successivement; mais la dyspnée croissante chaque jour, l'exagération de la température et aussi l'absence à cette époque d'autres cas de fièvre typhoïde grave dans le service, firent pencher bientôt vers l'opinion d'une tuberculisation aiguë.

Le malade succomba le 4 avril, trente-cinq jours après son entrée.

Pendant la dernière semaine, il accusait une douleur vive dans l'hypochondre droit, douleur s'irradiant dans l'abdomen, dont elle arrêtait ainsi l'exploration, mais où l'on pouvait néanmoins constater un léger épanchement; dans ces derniers jours aussi se manifesta une diarrhée incoercible à laquelle le malade rapportait tout son épuisement, et qui dut en effet précipiter la terminaison fatale.

Voici ce que l'autopsie, faite le 5 avril, vingt-quatre heures après la mort, a fait reconnaître :

Rien de particulier dans le crâne.

L'état des organes thoraciques peut se résumer ainsi : poumons englobés dans une exsudation molle, épaisse, qui agglutine leurs lobes, parsemés dans toute leur hauteur de granulations blanches, pisiformes, très-faciles à écraser. Exsudation fibrineuse, linéaire, le long des vaisseaux du bord tranchant du cœur (fait commun dans la tuberculisation aiguë; voir Mémoire cité), mais sans aucune granulation tuberculeuse; 100 grammes de sérosité dans le péricarde.

Abdomen. — Le péritoine renferme environ deux litres de liquide séro-purulent, accumulé dans le petit bassin; absence de toute granulation sous-séreuse, de toute exsudation plastique sur les circonvolutions intestinales; le foie seul est enveloppé d'une fausse membrane identique, comme couleur et consistance, à celle des poumons, fausse membrane qui accole cette glande d'une part au diaphragme, de l'autre au bord supérieur du côlon transverse.

Son volume est notablement diminué, son poids réduit à 1,400 grammes; sa coloration jaune clair viendrait augmenter sa ressemblance avec un foie cirrhotique, si l'on ne constatait l'identité et la régularité parfaite de tous les lobules et l'absence d'inégalités à la surface de l'organe dépouillé des fausses membranes qui l'emprisonnent, et semblent être la seule condition organique de son anémie et de son atrophie.

Le volume de la rate est normal.

Le mésentère renferme, comme appendue au pancréas, une tumeur à peu près sphérique, grosse comme une tête d'enfant, constituée par l'agrégation de marrons tuberculeux, environnée, dans le reste de ce repli péritonéal, d'une pléiade de ganglions également tuberculeux, très-durs, dont le volume varie d'un à trois centimètres de diamètre.

L'ouverture du tube digestif fait découvrir, au commencement du jéjunum, une ulcération annulaire comprenant toute la circonférence de cet intestin; les bords en sont rouges, tuméfiés, le fond vert foncé, rugueux, cassant en certains points, ressemblant assez comme aspect aux plaques typhoïdes, dites gangréneuses par M. Cruveilhier; la largeur de cet anneau ulcéreux est d'environ un centimètre et demi; à cinq centimètres plus bas, en existe un second complétement identique; puis, à des distances à peu près égales, on en rencontre encore sept autres, dont le dernier seul n'embrasse que les trois quarts de la circonférence de l'intestin, et se trouve au moins encore à deux mètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Il n'existe ni à la surface de ces ulcérations, ni dans le reste des parois du tube digestif, aucune trace de dépôt tuberculeux.

D'une manière générale, cette autopsie présente les lésions ordinaires de certaines formes de tuberculisation aiguë : d'une part, tubercules en granulations disséminées dans les poumons, en masses relativement énormes dans les ganglions; d'autre part, exsudations plastiques à la surface des séreuses, plèvre, péricarde et péritoine.

— Ce qui constitue l'originalité du cas actuel, c'est :

1° L'atrophie du foie consécutive à la péritonite circonscrite autour de cet organe, qu'il y ait eu simplement compression du parenchyme, comme le dirait M. Cruveilhier, ou suivant la doctrine de Frerichs, inflammation de la capsule de Glisson jusque dans ses prolongements les plus profonds, et oblitération consécutive des rameaux de la veine-porte.

Aucune des divisions visibles à l'œil nu de ce tronc veineux ne présentait de trace soit d'obturation, soit d'inflammation.

2° La forme si remarquable des ulcérations intestinales; chacune d'elles, prise isolément, correspondait à la distribution périphérique d'une ramification de l'artère mésentérique. N'y a-t-il pas lieu de se demander si ce n'est pas à la compression de ces petites branches vasculaires par les masses tuberculeuses du mésentère que l'on doit rapporter les mortifications correspondantes de la muqueuse?

La perte de substance comme par emporte-pièce, l'absence sur les bords de l'ulcère de tout indice de travail actif de destruction par inflammation locale, semblent indiquer qu'il y a eu simplement élimination d'un séquestre, et cet effet de la compression a tenu sans doute à la rapidité de son développement sous l'influence d'une tuberculisation aussi aiguë des ganglions mésentériques.

M. Andral (*Anatomie pathologique*, t. II, page 97) dit, sans plus de détail, avoir rencontré chez un sujet une douzaine d'ulcérations annulaires de l'intestin grêle; M. Louis en cite trois cas observés par lui dans son ouvrage sur la phthisie, et dans chacun il y avait dégénérescence tuberculeuse des ganglions.

Contrairement à la marche et à la succession des lésions dans la fièvre typhoïde et dans l'entérite tuberculeuse ordinaire, on voit donc ici les ganglions envahis avant la muqueuse intestinale; et, en effet, la diarrhée n'est survenue que dans les derniers jours, alors qu'il y avait déjà symptômes de péritonite; de plus, l'intestin n'était pas altéré aux lieux de prédilection des ulcérations qui s'y manifestent d'emblée, puisque les points les plus rapprochés de la valvule étaient complétement sains jusqu'à deux mètres au-dessus de celle-ci.

Quelle que soit la valeur de cette supposition, on voit une fois de plus combien la tuberculisation aiguë a ses symptômes, ses lésions à elle, relativement à la forme chronique de cette même affection.

Gangrène spontanée ; traitement par le bain d'oxygène.

Dans le numéro de mardi dernier, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur une communication de M. Laugier, relative à un moyen de traitement de la gangrène spontanée, dont l'idée lui a été suggérée par la lecture des expériences consignées dans la thèse de M. Raynaud. On se rappelle qu'il s'agissait, dans cette communication, des bons effets que M. Laugier a obtenus de l'emploi d'un bain d'oxygène chez deux sujets atteints de gangrène sénile spontanée. Nous avons promis de donner des renseignements plus complets sur ces faits intéressants. Voici les renseignements détaillés que nous avons pu recueillir sur l'un de ces malades :

Au n° 78 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, est couché le nommé M., âgé de soixante-quinze ans, entré le 17 mars dernier. Cet homme, qui exerce la profession de peintre, dit avoir toujours joui d'une bonne santé. Il ne présente de traces ni de scrofule ni de syphilis, et n'a jamais été affecté d'accidents saturnins.

Il y a deux ans et demi, il commença à éprouver, sans cause connue, des douleurs assez vives au niveau des orteils du pied gauche; douleurs tantôt sourdes, tantôt vives, plus prononcées au deuxième orteil, mais continues.

Quinze jours avant son entrée dans les salles, la pulpe de ce second orteil commença à noircir et devint insensible, et le malade se décida alors à venir à l'Hôtel-Dieu, où l'on put constater ce qui suit :

Au niveau de la pulpe du second orteil, existait une eschare noire, sèche, ayant à peu près la largeur et la forme d'une pièce de cinquante centimes. Sur les autres orteils, sur la face dorsale du pied, il y avait des taches d'un rouge livide. La sensibilité, complétement abolie au niveau de l'eschare, était diminuée au niveau des autres orteils. Les douleurs étaient très-vives.

L'examen du système circulatoire ne faisait reconnaître aucune altération appréciable, soit au cœur, soit sur le trajet des artères. On sentait très-distinctement les pulsations de la pédieuse, dont les tuniques paraissaient saines.

Ce malade fut soumis pour tout traitement à la médication suivante :

Tous les jours, pendant une heure, il eut le pied plongé dans une atmosphère d'oxygène à l'aide d'un appareil dont voici la description :

Une cornue contenant du chlorate de potasse était mise en rapport par un tube coudé avec un flacon laveur muni d'un tube de sûreté. Du flacon laveur partait un troisième tube, fixé d'une part sur la troisième tubulure du flacon, et luté d'autre part sur un orifice pratiqué à une vessie de bœuf. La vessie était munie d'un autre trou destiné à recevoir un tube de dégagement et d'une large fente servant à recevoir le pied. Les bords de cette fente étaient hermétiquement appliqués sur le pied à l'aide d'une bande de caoutchouc.

Une lampe à alcool chauffait le mélange contenu dans la cornue. Somme toute, l'appareil était très-simple et très-facile à établir.

Les premiers phénomènes que permit de constater une observation attentive, furent les suivants : au bout de cinq ou six jours, les douleurs étaient moins intenses et les taches diminuaient d'étendue; elles prenaient une coloration rosée. Quelques jours plus tard, le malade ne souffrait plus du tout. La peau avait repris partout sa coloration normale, sauf au niveau de l'eschare. La diminution de la sensibilité avait disparu.

Dans les premiers jours d'avril, la formation d'un sillon éliminateur annonçait que la partie mortifiée allait se détacher.

L'eschare est tombée le 10 avril, et a laissé à nu une petite plaie superficielle et de très-bon aspect.

Les bains d'oxygène ont été continués jusqu'à la sortie du malade, qui, le 24 avril, a pu quitter les salles, marchant parfaitement et ne gardant de traces de sa lésion qu'une légère cicatrice.

— Un autre vieillard de soixante-seize ans, affecté aussi de gangrène spontanée sans lésion des artères, est soumis en ce moment à la même thérapeutique. Nous avons pu constater il y a peu de jours le bon aspect de la plaie d'élimination. Nous ferons connaître, comme pour le cas précédent, le résultat définitif de l'expérience.

Sur la transmission de quelques maladies, et en particulier de la syphilis du mari à la femme par l'intermédiaire du fœtus.

L'observation de M. le docteur Beyran sur un cas de transmission de la syphilis du père au fœtus et du fœtus à la mère, que nous avons rapportée dans notre *Revue* de samedi dernier, nous a suscité de la part de M. le professeur Devay, de Lyon, une petite réclamation que nous insérons d'autant plus volontiers, qu'elle a fourni à notre savant confrère l'occasion de compléter la communication de M. Beyran par quelques renseignements historiques et quelques considérations générales pleines d'intérêt sur ce point de pathogénie déjà si intéressant par lui-même.

« Je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* du 10 mai, nous écrit notre confrère, la très-intéressante observation du docteur Beyran sur un cas de transmission de la syphilis du père au fœtus et du fœtus à la mère. Après la lecture de ce fait, dont les détails et l'enchaînement offrent toute garantie désirable, on doit conclure, comme l'a fait l'auteur lui-même, que le sperme du mari a infecté le fœtus en lui transmettant le germe de la syphilis lors de la conception, et que le fœtus a communiqué cette maladie à sa mère pendant la gestation. On voit combien de pareilles données sont importantes; c'est toute une question d'hygiène *intime*, si l'on peut s'exprimer ainsi; c'est une question grave de prophylaxie. Or il nous semble, et c'est le but principal de ma réclamation, que l'auteur de l'observation a méconnu les travaux antérieurs faits sur ce sujet, qui mérite de fixer d'une manière sérieuse l'attention des médecins et d'être vulgarisé dans les familles. Il est des hygiénistes, et nous sommes de ce nombre, qui se sont beaucoup préoccupés de ce point d'étiologie, si nouveau et si certain à la fois.

» Dans notre *Traité de l'hygiène des familles* (p. 235), nous avons consacré un chapitre à la transmission entre époux d'*une affection constitutionnelle dont l'un d'eux est atteint*; nous avons cité des exemples authentiques de transmission de la syphilis, de la scrofule, de la phthisie pulmonaire, du mari à la femme par l'*intermédiaire du fœtus*, et avec un de nos savants confrères, M. Diday, nous avons donné de ce fait la même explication que donne M. Beyran. Nous avons eu soin de rattacher nos propres observations à des travaux antérieurs faits par des médecins anglais (Olgiva Evanson, Allen Thomson, etc.). Le lecteur, et M. le docteur Beyran lui-même, pourront se convaincre que la matière propre à édifier un corps de doctrine pour étayer cette intéressante question de prophylaxie hygiénique est déjà préparée, que son observation doit enrichir le contingent déjà fourni.

» Il est toujours utile, dans l'intérêt de la science, de coordonner les faits entre eux, de rattacher les derniers venus à leurs devanciers. C'est faute de ce soin que tant d'observations précieuses ont été perdues dans le grand courant de la publicité périodique, et que leur véritable langage n'a pu être interprété; que beaucoup de temps a été consommé dans de stériles débats de priorité, et que peu de gloire y a été acquise. L'exemple de M. Beyran ne saurait être trop suivi; que les médecins apportent des observations semblables, et ce point de doctrine de prophylaxie hygiénique deviendra clair comme le jour. Ce sera un grand service rendu, « car, comme nous l'avons déjà écrit (*loc. cit.*, p. 234), des exemples nombreux qui ont frappé d'effroi certaines familles attestent que des jeunes femmes douées des plus beaux attributs de la santé et de la force physique se sont brusquement fanées presque aussitôt après le mariage, et ont fini par succomber aux atteintes d'un mal qui affligeait l'époux lui-même : c'est une grossesse qui a été le point de départ du dépérissement.... »

M. le docteur Viennois nous adresse de Lyon la lettre suivante, qu'un sentiment d'équité que tout le monde appréciera nous fait un devoir de publier sans retard.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi d'abord de vous remercier des quelques lignes dont vous avez cru devoir accompagner la lettre de M. Ricord, elles résument ma propre pensée; mais je dois en outre quelques explications.

Je n'ai pas eu l'honneur d'assister aux deux leçons que M. Ricord a faites à l'Hôtel-Dieu; je n'ai pu connaître ces leçons que par la *Gazette hebdomadaire* du 24 janvier et par la *Gazette des Hôpitaux* du 28 et du 30. Chacun pourra se convaincre que je n'ai pas altéré les citations de ces deux journaux : il n'y a qu'à confronter les textes. Si maintenant la *Gazette hebdomadaire* ou la *Gazette des Hôpitaux* n'ont pas fidèlement reproduit les paroles de M. Ricord, est-ce moi qui suis responsable, ou bien sont-ce les signataires des articles en question? Je m'étonne seulement que ce ne soit qu'aujourd'hui que M. Ricord proteste, et qu'il ait laissé passer tout le mois de février et celui de mars pour s'apercevoir que les citations de ces deux journaux étaient inexactes.

Quant à l'interprétation que j'ai donnée et que je maintiens, c'est tout différent. Je ne partage pas le sentiment de M. Ricord sur certains points de syphiliographie, voilà tout. Eh bien, si M. Ricord a une meilleure interprétation que la mienne, qu'il la donne, le public jugera.

M. Ricord me reproche d'avoir passionné sans raison et sans justice la question si grave de la transmission de la syphilis par le vaccin.

Sans raison? Comment, quand au milieu d'une quiétude aussi générale que dangereuse je viens rappeler tous les malheurs survenus depuis soixante ans à la suite de vaccinations maladroites, malheurs qui planent sur tous les peuples qui ont admis dans leurs usages les

pratiques de la vaccine ; quand j'ai du même coup dans la main le moyen d'éviter désormais ces malheurs, je me tairais? je n'aurais pas raison d'insister? et ce ne serait pas justice?

Qu'en face de son passé scientifique, M. Ricord ait traité toutes ces questions avec réserve, je le comprends ; mais prétendre que j'ai attaqué M. Ricord dans sa bonne foi scientifique et dans ses sentiments humains, c'est véritablement méconnaître le sens des leçons que la *Gazette des Hôpitaux* m'a fait l'honneur de reproduire. Et d'abord, les premières lignes que j'ai imprimées ont été pour la proclamer, cette bonne foi scientifique de M. Ricord, comme on peut s'en convaincre en lisant ma thèse (30 août 1860, page 60, ligne 15). On peut bien, ce me semble, signaler des contradictions chez un auteur sans suspecter sa bonne foi.

Quant à avoir médit des sentiments humains de M. Ricord, je cherche vainement le passage qui a pu me valoir cette récrimination. Qu'on m'articule un fait.

Je comprends que M. Ricord soit affligé en songeant aux anciens triomphes, on ne peut plus mérités, de l'hôpital du Midi, surtout en face de sa situation présente ; mais est-ce ma faute à moi si M. Ricord, n'ayant pas voulu ou n'ayant pas pu se mettre à la tête des questions qui s'agitent, se trouve maintenant dépassé par elles? Il s'étonne que dans ces circonstances je n'aie point mis sous les pieds ma liberté d'appréciation : et pourquoi me serais-je tu? J'aurais dû me taire, à ce qu'il paraît, et pour des motifs particuliers que je connais bien, ainsi que l'insinue M. Ricord.

Eh bien, non, pas d'insinuation, point de réticence ; que M. Ricord s'explique clairement, qu'il parle ; et avec la haute estime que j'ai pour lui et la vive gratitude que je lui ai toujours témoignée, je le mets au défi de nous dire pourquoi, dans une question où il dit *non*, il m'aurait été interdit de dire *oui*, quand c'est ma conviction et que ce sera bientôt celle de tout le monde.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, etc. VIENNOIS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mai 1862. — Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bonifas (d'Anduze) adresse trois observations sur un cas de *luxation du coude*, sur un *enfoncement du crâne sans fracture* et sur un *squirrhe du sein*. (Commissaire, M. Bauchet.)

M. LE VICE-PRÉSIDENT annonce à la Société que M. Morel-Lavallée, son président, a éprouvé une grande amélioration dans sa maladie.

LECTURE.

M. TRÉLAT continue la lecture de son rapport sur le travail suivant, commencé dans la précédente séance.

Tumeur blanche de l'articulation du coude; carie des os; résection des trois extrémités articulaires; guérison, par M. le docteur LALA (de Rodez). — Le nommé X..., boulanger, âgé de quarante-huit ans, demeurant rue Bourguet-Neuf, à Rodez, a tous les attributs de la constitution lymphatique.

Il y a deux ans environ, il éprouva un gonflement douloureux du coude, qui céda sous l'influence d'une médication antiphlogistique. Quelques mois s'écoulèrent ainsi, dans un état de demi-souffrance, qui sans permettre au malade l'usage régulier de son membre, ne l'inquiétait cependant pas assez pour lui faire prendre des précautions nécessaires.

Bientôt, en effet, l'articulation se gonfla de nouveau, la douleur devint plus intense, les mouvements de l'avant-bras plus difficiles.

Des abcès se forment autour du coude ; des incisions sont pratiquées, du pus s'écoule en abondance ; l'articulation est ouverte ; les moyens d'union, les surfaces articulaires sont altérés : la tumeur blanche est formée.

Le mal, en s'aggravant, finit par ébranler l'organisme tout entier. Suppuration abondante, inflammation violente de tout l'article, fièvre intense, troubles digestifs et autres accidents graves, semblent annoncer une fin prochaine. Tout à coup cette violente poussée inflammatoire se calme ; l'inflammation du coude passe à l'état chronique, et la tumeur blanche suit dès lors lentement son cours. Telle était la situation du malade au moment où nous avons été appelé à lui donner nos soins.

La constitution générale était profondément affaiblie ; il y avait maigreur du corps, bouffissure de la face, insomnie et troubles des fonctions digestives. Le coude était gros et volumineux, criblé de trajets fistuleux sur les quatre faces : en avant, trajet fistuleux ; au pli du coude, trajet fistuleux partant de l'article et allant se terminer au tiers moyen de la face antérieure de l'avant-bras ; sur le bord interne, trajet fistuleux correspondant à l'article ; deuxième trajet fistuleux correspondant à l'humérus 4 centimètres au-dessus de la ligne articulaire. Du côté du bord externe, une large ouverture correspondant à l'articulation et remplie d'un champignon volumineux qui recouvrait la tête du radius luxée en arrière. Un deuxième trajet fistuleux se terminant sur l'humérus, placé à quatre travers de doigt au-dessus de cette excavation. Des bourrelets fongueux bordaient ces conduits fistuleux. Le pus, malgré son abondance, pouvait facilement s'écouler. Le stylet, promené dans l'article, trouvait les surfaces articulaires à nu. L'humérus était carié à quatre travers de doigt au-dessus de la ligne articulaire ; le cubitus et le radius dénudés dans leur quart supérieur. Les cartilages, les ligaments, avaient complétement disparu ; les muscles seuls tenaient rapprochés de l'humérus les os de l'avant-bras. L'organisme luttait en vain depuis deux ans ; le malade était épuisé par la suppuration et les souffrances ; les fonctions digestives ne se faisaient plus. Il fallait prendre un parti.

Nous pensâmes qu'il était prudent de soumettre le malade au régime tonique avant d'en venir à une opération. Huile de foie de morue, préparations de fer et de kina, etc., rien ne fut négligé. Le bras et l'avant-bras furent mis dans une gouttière en gutta-percha pliée à angle droit, pour prévenir les mouvements du coude et obtenir l'immobilité des surfaces articulaires. En même temps, des injections iodées d'après la formule de M. Velpeau furent faites dans les trajets fistuleux, pour ranimer la vitalité des tissus et prévenir l'infection putride. Nous l'avions vu faire avec succès par notre maître M. Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie. Ce traitement aboutit à un insuccès complet. Les forces du malade étaient épuisées. Il fallut prendre une résolution extrême. Nous avions à choisir entre la résection et l'amputation. Notre confrère M. le docteur Bonnefous, appelé en consultation, rejeta la résection comme difficile à pratiquer, à cause de l'étendue des désordres. Après mûre réflexion, nous nous rangeâmes à son avis. Le malade, instruit de notre décision, refusa formellement de consentir au sacrifice de son bras.

En présence de cette détermination, nous n'avions plus le choix ; la résection du coude devait être faite.

Nous pratiquâmes l'opération le 20 mars 1858, assisté de nos honorables confrères MM. les docteurs Bonnefous et Coc, et de M. Galy, pharmacien, dont nous ne saurions trop louer l'adresse et le zèle.

Après avoir chloroformé le malade et l'avoir plongé dans un sommeil complet, nous fîmes sur le bord externe du coude une première incision parallèle à l'axe du membre ; une deuxième incision, partant de l'extrémité supérieure de la première, pour aller rejoindre son extrémité inférieure, permit d'enlever les chairs fongueuses qui correspondaient à la tête du radius. A travers cette nouvelle ouverture, nous pûmes avec le doigt mesurer l'étendue des lésions intra-articulaires. Incision le long du bord interne du bras, parallèle à l'incision du bord externe. Une deuxième incision perpendiculaire aux incisions parallèles a été pratiquée sur la face postérieure du coude, au niveau de l'olécrâne. Ces trois incisions réunies constituaient un H et décrivaient deux lambeaux quadrilatères.

Le lambeau supérieur a été disséqué de bas en haut, jusqu'au point où nous avons trouvé le périoste et l'os parfaitement sains, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au-dessus de la ligne articulaire. Disséquant ensuite de haut en bas le lambeau inférieur, nous avons mis à nu la tête du radius et du cubitus sur une étendue de trois travers de doigt au-dessous de l'article.

L'espace compris entre l'olécrâne et l'épitrochlée se trouvant dégagé, il a été facile de dénuder la gaîne du nerf cubital et de la projeter sans effort au-devant de l'épitrochlée. Après avoir détruit les derniers vestiges des ligaments latéraux postérieurs, l'articulation est ouverte, les extrémités articulaires sont mises à découvert. Les parties molles sont disséquées d'abord sur la face antérieure de l'humérus ; l'os est scié à quelques millimètres au-dessus des dernières limites du mal. Mettant ensuite à nu par la dissection les extrémités du radius et du cubitus, nous les avons sciées à trois travers de doigt au-dessous de la ligne articulaire (1). Les tendons du biceps et du brachial antérieur n'ont pas été épargnés ; nous tenions à enlever tout le mal.

Ces divers temps de l'opération se sont accomplis sans répandre beaucoup de sang ; la torsion ou les aspersions d'eau froide ont suffi pour en arrêter l'écoulement. Les parties molles placées en avant de l'articulation, les artères, les veines, les nerfs, tout avait été soigneusement épargné. Les extrémités des os étaient parfaitement saines au point où nous les avions sciées. Mais il nous restait en arrière deux lambeaux quadrilatères beaucoup trop longs, et dont la face interne, formée par des chairs molles, fongueuses et presque sans vie, pouvait compromettre le succès de l'opération en rendant impossible toute réunion immédiate. Les lambeaux ont été excisés, 4 centimètres sur leur longueur, 2 centimètres environ dans leur épaisseur ; nous avons obtenu ainsi des moignons présentant des faces régulières constituées par des chairs fermes et pleines de vie, de nature, en un mot, à donner lieu à la réunion par première intention. Il y a donc eu à la fois résection des parties molles et résection des os. Nous avons voulu enlever tout le mal, afin que la nature pût arriver sans effort à une guérison prompte. Et c'est peut-être là le secret du succès dans la résection du coude. Les os sont ensuite rapprochés ; les lambeaux quadrilatères sont unis par des points de suture. Pour mieux rapprocher les surfaces saignantes, pour mieux tenir en respect les parties molles, des bandelettes de sparadrap sont méthodiquement appliquées. Le membre tout entier est placé dans une gouttière en gutta-percha pliée à angle droit et ouverte en arrière, de manière à pouvoir faire et renouveler les pansements à volonté sans imprimer le moindre mouvement au coude. Des plumasseaux cératés, des compresses, ont complété le pansement. — Diète sévère pendant trois jours ; tisane d'orge.

Le troisième jour, le pansement est en partie renouvelé.

Rien de particulier jusqu'au dixième jour ; tous les points de suture sont enlevés, et nous remarquons que la réunion immédiate a eu lieu sur presque tous les points.

Le vingtième jour, la gouttière est nettoyée, le pansement renouvelé dans son entier, mais non sans provoquer de la douleur. — Bouillons, potages, viandes rôties, quelques cuillerées de vin de Bordeaux.

Au bout d'un mois, le bras renfermé dans la gouttière est soutenu par une écharpe ; le malade sort et va faire une petite promenade. — Il est de nouveau soumis au régime tonique, au vin de quinquina, à l'eau ferrée, aux viandes rôties, au bon vin, etc.

Bientôt le malade trouve la gouttière trop gênante ; il demande à s'en débarrasser ; la cicatrisation se fait rapidement.

Trois mois se sont à peine écoulés que le malade se sent assez fort pour pouvoir s'habiller et se déshabiller lui-même, couper du pain et porter un seau d'eau à la main avec son bras malade. La nouvelle articulation jouit de mouvements étendus ; ce qui nous a le plus étonné, c'est la force de la main et de l'avant-bras. Il est facile toutefois de s'en rendre compte : d'un côté par le raccourcissement qui en résulte, et de l'autre par la conservation des masses musculaires, dont la réunion immédiate a rétabli la continuité des fibres. On aurait pu craindre que la section des tendons du biceps et du brachial antérieur ne diminuât considérablement la force du membre ; il n'en est rien, tant la nature est ingénieuse à réparer les pertes éprouvées.

Voilà donc un homme présentant une tumeur blanche du coude avec les désordres les plus étendus et les plus graves, luttant contre la souffrance depuis deux ans, oscillant dans les derniers mois entre la vie et la mort ; le voilà, trois mois après, débarrassé de son mal ; guéri avec un bras plus court, il est vrai, mais assez fort pour qu'il puisse se suffire à lui-même. S'il possède aujourd'hui son bras et sa liberté, il le doit au progrès de la science.

(1) De nouveaux renseignements fournis par M. Lala nous apprennent qu'il a été enlevé 8 centimètres d'humérus, 6 de radius et 6 de cubitus, mesuré à partir de la surface articulaire horizontale. Aujourd'hui (mai 1862), le raccourcissement du membre est de 13 centimètres.

(*Note du rapporteur.*)

Cette observation nous démontre que la résection peut être tentée avec succès même dans des cas très-graves, et qui de prime abord sembleraient réclamer l'amputation du bras.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC ne partage point l'opinion de M. Trélat sur quelques sujets. Ainsi M. Trélat attribue à M. Maisonneuve un procédé qui est de Park.

M. TRÉLAT. J'ai dit que Roux avait perfectionné un procédé, mais je n'ai pas dit que M. Maisonneuve, qui avait fait quelques modifications à ce procédé, en fût l'inventeur.

M. CHASSAIGNAC. On me reproche, dans mon procédé, de faire une incision trop longue. Mais mon incision n'est pas plus longue que dans le procédé de Moreau. La plus longue incision des procédés à incisions multiples me suffit très-largement.

On m'objecte que, pour le coude, je m'expose à blesser le nerf cubital. Ce reproche n'est pas fondé. Après avoir coupé l'extrémité inférieure de l'humérus avec la scie à chaîne, on a la possibilité de disséquer le nerf cubital, en l'amenant pour ainsi dire au dehors.

Enfin, on a attaqué un principe que je crois le meilleur en fait de résection, à savoir : qu'il vaut mieux sectionner l'os avant d'ouvrir l'articulation. Avec cette méthode, je puis me passer de faire de trop larges incisions, auxquelles j'attache de grands inconvénients. Ainsi, pour l'extrémité supérieure de l'humérus, la désarticulation de la tête est difficile dans les cas ordinaires ; mais si on sectionne d'abord l'os, cette désarticulation est très-simple. Pour l'extrémité inférieure du péroné, si on voulait désarticuler d'abord, on aurait les plus grandes difficultés ; par mon procédé, au contraire, tout s'exécute facilement.

Ainsi, mon procédé présente les avantages suivants : l'incision unique, n'exposant point à l'inflammation des gaînes synoviales, des tendons et de tous les tissus voisins de l'articulation, facilite pour la manœuvre opératoire, sans avoir recours à des lambeaux qui occasionnent des délabrements trop considérables.

Enfin, je dirai en terminant que M. Trélat prend trop facilement son parti de la section d'un nerf. Pour moi, sans contester les résultats des expériences modernes sur la cicatrisation et la régénération des nerfs, je regarde leur section comme très-grave.

M. VERNEUIL. M. Trélat a fait allusion à un cas de résection du coude pratiquée par moi, à l'hôpital des Enfants, en 1860. Je crois qu'il y aura quelque intérêt à avoir les détails de ce fait, qui est resté inédit.

C'était une jeune fille, grande, d'une très-mauvaise constitution et ayant déjà subi une amputation de cuisse. Elle avait une arthrite du coude qui présentait des douleurs assez modérées. Tout à coup, sans cause connue, il lui survint une inflammation phlegmoneuse très-étendue.

Comme on pouvait espérer qu'elle vivrait, on devait penser à la résection de ce coude, et, après avis, je pratiquai une opération qui était hardie. Elle fut suivie de succès. L'appétit revint, les forces se rétablirent, l'amaigrissement disparut par une nourriture abondante et tonique. Trois jours s'écoulèrent, lorsqu'il survint de l'anorexie, de la tristesse, si bien qu'à la fin la jeune fille refusa toute alimentation et succomba. La plaie était presque guérie.

J'ajouterai que M. Trélat a très-fidèlement décrit ce qui a lieu quand on peut passer entre le périoste et l'os. J'ai été assez heureux pour pouvoir le faire dans une résection à Beaujon. Dans celle des Enfants malades, je ne pus y parvenir, à cause des stalactites osseuses très-fortes et très-nombreuses ; alors je me décidai à ouvrir l'articulation, et je fis ensuite la section de l'humérus avec la scie, tandis qu'avec la pince de Liston je coupai le cubitus et le radius.

M. TRÉLAT. Je remercie M. Verneuil des renseignements qu'il nous fournit ; mais ils ne changent rien dans mon rapport.

J'ajouterai que depuis douze ans l'opération de M. Verneuil a été la seule pratiquée aux Enfants malades. La résection du coude est très-rare dans cet hôpital, parce que les enfants qu'on y amène sont souvent tuberculeux ou scrofuleux. Je n'ai rien à dire sur la manière d'opérer de M. Verneuil. Quant à moi, j'ai employé le grattage des os avec la rugine, et je m'en suis très-bien trouvé.

Je répondrai à M. Chassaignac que la longueur de l'incision est peu importante : ce n'est pas là un argument à charge contre son procédé. Quant au nerf cubital, il faut le ménager. Dans son procédé, M. Chassaignac, avec sa grande habileté, peut bien ne pas le couper, mais un autre trouvera sa manœuvre difficile.

Mais ce qui est grave pour cette méthode, c'est qu'il faut commencer par couper un os dont l'altération est encore ignorée dans sa profondeur et dans son étendue. Je trouve plus logique d'ouvrir d'abord l'articulation et d'exciser ensuite les parties altérées.

Je regarde la section du nerf cubital comme très-fâcheuse ; mais si cet accident arrive, la guérison peut très-bien ne pas faire défaut ; voilà tout ce que j'ai dit.

M. Chassaignac nous a dit que, dans son procédé, le traumatisme est peu étendu. Je proteste contre cette assertion, parce que les chairs sont tiraillées, déchirées, contuses dans la profondeur et dans une grande étendue. Enfin, dans le procédé de M. Chassaignac, on ne peut pas décortiquer le périoste.

Ainsi, qu'il s'agisse des procédés de Roux, de M. Thore, de Liston, dans tous je reconnais un traumatisme moindre que dans celui de M. Chassaignac. Avec eux, au moyen d'une incision un peu plus grande, on opère à l'aise et l'on évite beaucoup de dégâts involontaires.

M. RICHARD. Je voudrais demander quelques explications. D'après le rapport de M. Trélat, il semblerait que les surfaces articulaires saines devraient être respectées. Cette manière de voir ne me paraît pas justifiée. Il est des cas, en effet, où, avec des surfaces saines, il convient de pratiquer la résection. Ainsi, toutes les fois qu'il y a des fongosités, il ne faut pas hésiter à retrancher les surfaces articulaires. C'est là un principe qui domine toute l'histoire des résections.

M. TRÉLAT. Je sais que M. Malgaigne est opposé aux résections incomplètes. Il a observé un cas qui a été suivi de mort après une semblable opération. Mais un seul cas ne peut être un motif de détermination. Je sais qu'on a fait des résections incomplètes pour des traumatismes de la hanche, de l'épaule et du coude. C'est à étudier. Je ne comprends pas que l'on fasse la résection du coude pour une arthrite fongueuse. Pour moi, la résection ne doit être pratiquée que pour une altération osseuse.

M. RICHARD. L'incident que je viens de soulever me paraît être

de la plus haute importance. Oui, je suis disposé à opérer pour une arthrite fongueuse. C'est là la véritable tumeur blanche. Je vais même plus loin, et je dis que les plus mauvaises tumeurs blanches sont précisément celles qui respectent le plus les os. On est donc autorisé à pratiquer la résection pour des tumeurs blanches fongueuses. Les Anglais nous ont précédés depuis longtemps dans cette voie, et quand ils trouvent les surfaces saines, ils ne négligent pas de retrancher ces surfaces en même temps que les fongosités.

M. TRELAT. Je n'ai pas abordé le point sur lequel M. Richard vient d'appeler notre attention. Je n'ai point d'observations personnelles ni de faits recueillis dans les journaux.

M. CHASSAIGNAC. M. Trélat a dit qu'il fallait être très-habile pour exécuter mon procédé. Je crois que tout le monde pourra faire la résection sans blesser le nerf cubital. Quant à savoir quelle est l'étendue de l'altération de l'os, je pense que l'incision que je pratique en premier lieu peut me l'indiquer, et si elle n'est pas suffisante pour cela, je n'ai qu'à l'agrandir un peu.

M. TRELAT. Je crois qu'en ouvrant d'abord l'articulation, on s'assure beaucoup mieux de la nature et de l'étendue de la lésion des os, de son siége en dehors ou en dedans. Croit-on que s'il avait employé la méthode de M. Chassaignac, M. Michaux (de Louvain) aurait enlevé 7 centimètres du radius et 2 centimètres seulement du cubitus? Mais ayant ouvert d'abord l'articulation, il a pu mesurer toute l'étendue de la lésion, et il a agi d'après cette connaissance.

M. LE PRESIDENT met aux voix les conclusions du rapport, qui sont :

1° De publier dans le *Bulletin* l'observation de M. Lala;

2° De déposer honorablement le mémoire de M. Lala dans les archives de la Société.

La Société adopte ces conclusions.

— M. le président propose et la Société adopte que le rapport de M. Trélat sera publié dans les *Bulletins*.

— M. RICHET commence la lecture d'un mémoire sur les fractures du sourcil cotyloïdien, et présente en même temps la pièce qui a fait le sujet de son observation.

Fracture d'une portion du sourcil cotyloïdien antérieur et externe et des épines iliaques antérieures. — M. RICHET. Voici une pièce à mon sens très-intéressante, et que le hasard a fait tomber entre mes mains de la manière que voici : Le nommé L... (Jacques), âgé de cinquante-neuf ans, était entré dans mon service il y a quinze jours environ, pour y être traité d'un écrasement de l'avant-bras droit. L'interne de garde, qui fut appelé pour lui donner les premiers soins, le reconnut pour un malade auquel l'année précédente on avait réduit dans un service de chirurgie une luxation de la cuisse en avant. Il crut devoir m'en prévenir le lendemain, pensant avec raison que je serais curieux d'examiner le malade à ce point de vue.

Je constatai alors que cet homme pouvait porter en tout sur son membre abdominal droit, celui même qui avait été luxé, sans éprouver aucune douleur ni difficulté; il m'affirma d'ailleurs, à plusieurs reprises, qu'il pouvait faire d'assez longues courses sans trop de fatigue.

Des accidents d'infection purulente s'étant manifestés peu de jours après son entrée, et le malade ayant succombé, j'enlevai la pièce anatomique, et je priai mon collègue M. Denonvilliers de bien vouloir m'assister dans la dissection.

Après avoir successivement enlevé toutes les parties molles qui entourent la capsule, nous arrivâmes sous cette dernière, que nous trouvâmes parfaitement intacte et sans trace de lésions récentes ou anciennes. Ceci bien constaté, nous incisâmes circulairement cette capsule à un centimètre au-dessus du rebord cotyloïdien, et l'articulation fut trouvée en parfait état, sans altération des surfaces articulaires et avec intégrité du ligament rond.

Des doutes sérieux s'élevèrent alors dans notre esprit sur la réalité de la luxation qui m'avait été annoncée; je relus séance tenante l'observation qui m'avait été remise par M. de Gaulejac, l'interne du service dans lequel la luxation avait été réduite, et je restai convaincu, ainsi que M. Denonvillors, qu'il devait y avoir eu là, sinon une erreur de diagnostic encore inexplicable, au moins un diagnostic incomplet. Il nous vint à l'idée qu'il pouvait bien y avoir eu une fracture du sourcil cotyloïdien, et comme il existait à la partie antérieure et externe de la cavité cotyloïde une irrégularité osseuse, nous enlevâmes avec soin le périoste qui recouvrait en ce point l'os iliaque, tant du côté du bassin qu'à l'extérieur.

Nous vîmes alors clairement, ainsi que tout le monde peut le constater sur cette pièce, qu'une portion considérable du sourcil cotyloïdien, qu'on peut évaluer au tiers externe et antérieur de ce rebord aminci, avait été le siége d'une fracture qui comprenait en même temps la portion de l'os iliaque sur laquelle il repose, ainsi que les deux épines iliaques antérieures.

Voici maintenant les questions qu'il s'agit de résoudre. Y a-t-il eu seulement fracture? Y a-t-il eu fracture et luxation simultanées? Cette dernière a-t-elle été complète ou incomplète? Ou bien enfin y a-t-il eu luxation sans fracture, cette dernière existant depuis longtemps et antérieurement à la luxation?

Avant de chercher à résoudre ces diverses questions et à en tirer quelques déductions pratiques qui ne vous paraîtront peut-être pas sans intérêt, je crois qu'il serait bien important que le collègue dans le service duquel le malade a été traité il y a sept mois environ pour cette lésion, voulût bien nous donner aujourd'hui les renseignements qu'il m'a obligeamment communiqués déjà, sachant que je devais faire cette présentation. La discussion se trouvera ainsi avoir une base plus solide, et nous pourrons arriver à une conclusion. Pour moi, je crois déjà pouvoir dire à l'avance qu'il y a eu fracture et luxation incomplète simultanément, et ce qui me fait admettre la luxation, ce sont les détails de réduction dans lesquels est entré le rédacteur de l'observation; il me semble impossible, en effet, qu'il ait pu y avoir erreur à ce point qu'on ait entendu le bruit caractéristique de la rentrée de la tête dans sa cavité. Seulement il me paraît évident que la fracture n'a pas été reconnue, et c'est là un point important sur lequel je dois attirer l'attention de la Société.

Ce qui me paraît démontrer péremptoirement que la fracture était récente, c'est d'abord l'examen attentif du cal.

Dans la dernière séance notre collègue M. Broca avait pensé que la consolidation était si parfaite et le cal si complétement ossifié, que la solution de continuité pouvait bien remonter à un temps beaucoup plus reculé que la date indiquée de sept mois. Mais je ferai d'abord observer que dans ces sortes de fractures, où les fragments sont presque immobiles, la consolidation s'effectue très-rapidement; c'est au point que, dans un cas de luxation avec fracture du sourcil cotyloïdien et du fond de la cavité articulaire, rapporté par M. Maisonneuve (*Revue médico-chirurgicale*, tome XVI, page 48), le fragment principal était si parfaitement réuni au vingt-septième jour, que l'on eut quelque peine à le reconnaître.

Ajoutons d'ailleurs que si sur la pièce que nous avons sous les yeux, le cal est effectivement très-complet dans beaucoup de points, il en est quelques-uns cependant, comme ceux qui sont du côté de la fosse iliaque interne, où il est encore incomplet et comme cartilagineux, puisque, ainsi qu'on peut s'en assurer, l'ongle y pénètre sans difficulté.

D'ailleurs, pour se rendre compte d'une fracture remontant à une époque reculée, il faudrait admettre que, par une étrange coïncidence, le malade aurait été antérieurement à son dernier accident soumis à une grande violence dans cette même région, violence dont il n'aurait conservé aucun souvenir, ainsi qu'il résulte des investigations auxquelles je me suis livré lorsque j'ai appris qu'il avait été atteint d'une luxation de la hanche.

Rien ne prouve donc qu'il ait eu autrefois une fracture du bassin; tout s'accorde au contraire à démontrer que cette lésion était récente.

La fracture du sourcil cotyloïdien étant admise, reste à discuter la question de la luxation. Or il suffit de relire les détails de l'observation publiée par notre collègue M. Béraud, pour lever tous les doutes; la présence d'une saillie arrondie au-devant du pubis, d'autant plus facile à reconnaître qu'ici l'épaisseur des parties molles est peu considérable, le changement de position du membre, le soin avec lequel tous les autres symptômes de la luxation sont notés, enfin et surtout la disparition de tous les symptômes et la réduction obtenue après les inhalations de chloroforme, tout, à mon sens, prouve qu'il y avait effectivement déplacement de la tête du fémur à travers la longue brèche faite à la cavité articulaire par la fracture du sourcil cotyloïdien.

Seulement, et c'est ici que je me trouve en désaccord avec notre distingué collègue M. Béraud, je ne saurais admettre qu'il y ait eu luxation complète.

Je pense, au contraire, que le déplacement de la tête du fémur n'a pas été considérable; qu'il n'y a eu, en un mot, qu'une *luxation incomplète*. Les raisons sur lesquelles je me fonde, je les tire, d'une part, des symptômes observés pendant la vie, et d'autre part, de l'examen de la pièce pathologique.

Ainsi il est noté dans l'observation que le raccourcissement réel est tout au plus d'un centimètre, et qu'en examinant avec attention le pli de l'aine, on y trouve une tumeur globuleuse située à *un centimètre au-dessous* d'une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne.

Or, dans les luxations complètes, le raccourcissement réel est beaucoup plus considérable, et d'autre part, la tête du fémur remonte au-dessus de la ligne ilio-pubienne ou se place au moins à son niveau.

Mais d'ailleurs, si la luxation eût été complète, si la tête du fémur se fût portée complétement hors de sa cavité, n'aurait-on pas trouvé quelques traces de déchirures de la capsule, inévitables dans ces cas, ainsi que l'ont prouvé constamment les autopsies de ces sortes de luxations? Enfin le ligament rond aurait-il échappé à la rupture?

Pour mon compte, je ne saurais admettre que la tête puisse sortir complétement de la cavité sans rupture du ligament rond, et je partage complétement l'avis de M. Malgaigne, qui regarde la persistance du ligament rond comme témoignant que le déplacement n'a pas été considérable. (Malgaigne, *Traité des fractures et des luxations*, tome II, p. 278).

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour trois places de médecin du Bureau central, qui a commencé le 17 mars, vient de se terminer par la nomination de MM. Jaccoud, Bucquoy et Archambault.

— M. le ministre de l'intérieur vient de nommer une commission chargée d'étudier les conditions requises pour la construction des hospices et hôpitaux, et de dresser des modèles d'établissements.

Cette commission est composée de :

M. Blanche, conseiller d'Etat, président;

MM. de Lurieu, baron de Watteville et Bucquet, inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance ;

M. le docteur Parchappe, inspecteur général des asiles d'aliénés;

M. Gilbert, membre de l'Institut et du conseil des bâtiments civils ;

M. Laval, architecte;

M. le docteur Grassi;

M. Domet, architecte, auditeur au conseil général des bâtiments civils.

M. Bucquet remplira les fonctions de secrétaire, et M. Domet celles de secrétaire adjoint.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le jeudi 12 juin 1862, à midi précis, un concours public sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues du lundi 12 mai courant jusqu'au lundi 26 du même mois inclusivement, de une heure à trois heures de relevée.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 59. — MARDI 20 MAI 1862. (35e ANNÉE.) N° 59. — MARDI 20 MAI 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 MAI 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous n'avons à mentionner pour cette séance que deux communications seulement : une note de M. Robinet, relative aux effets de la congélation des eaux potables sur les petites quantités de sels qu'elles renferment, et une réclamation de M. le docteur Trouessart au sujet de la dernière communication de M. Giraud-Teulon sur les causes et le mécanisme de certains phénomènes de polyopie monoculaire.

M. Robinet a été conduit, par les nombreux essais d'hydrotimétrie qu'il a faits récemment à l'occasion de l'étude d'une grande question d'hygiène publique, à examiner les effets de la congélation de l'eau sur les matières salines qu'elle renferme.

Il résulte des nombreuses expériences de M. Robinet que dans la congélation des eaux potables, la petite quantité de sels calcaires et magnésiens qu'elles contiennent est éliminée de la même façon que les sels plus solubles qui sont dissous dans l'eau de la mer ou toute autre dissolution saline artificielle. La pureté de l'eau obtenue par la liquéfaction de la glace lui a paru être telle, qu'on pourrait l'employer dans beaucoup de cas comme l'eau distillée.

Quant à la réclamation de M. Trouessart, qui consiste à rappeler qu'au point de vue de la théorie physique de la vision, il avait déjà énoncé une explication semblable à celle de M. Giraud-Teulon, à qui il laisse d'ailleurs tout le mérite de ses explications physiologiques, les termes mêmes dans lesquels elle est conçue sont un hommage rendu à la haute portée des travaux de notre savant confrère.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Observations de fistules vésico-vaginales.

(Recueillies par M. BOISSARIE, interne du service).

L'attention des chirurgiens a été appelée, particulièrement depuis quelque temps, sur les fistules vésico-vaginales. Les nouveaux procédés américains semblent même avoir fait oublier un moment ceux qui les ont précédés et qui leur ont servi de base. On verra dans les deux observations qui suivent que les procédés français peuvent assurer la guérison de ces fistules d'une manière aussi sûre et par une opération en elle-même plus simple et plus rapide.

OBS. Ire. — Le 13 janvier 1862, Rosalie M..., âgée de trente et un ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Jobert (de Lamballe).

Cette femme, d'une constitution en apparence assez frêle, a toujours joui d'une bonne santé ; réglée à dix-neuf ans, la menstruation est restée depuis régulière. Devenue enceinte pour la première fois au mois d'août 1860, elle arrive heureusement à terme le 28 mai 1861. L'accouchement fut très-laborieux ; l'enfant se présentait par l'épaule. Au dire de la malade plusieurs tentatives d'application de forceps furent faites, mais sans résultat. La désarticulation de l'épaule fut essayée, mais sans plus de succès. L'opération césarienne, proposée en dernière ressource, ne fut pas acceptée.

Après vingt-quatre heures de souffrances, l'accouchement se termina spontanément. L'enfant était mort et très-volumineux. Nous ne pouvons nous porter complétement garant de tous ces détails, nous les avons recueillis au lit et de la bouche de la malade.

Les suites de couches n'offrirent d'abord rien de particulier ; mais le dixième jour, la malade s'aperçut qu'elle perdait ses urines par le vagin, et cela dans toutes les positions, qu'elle fût couchée, assise ou levée. Un érythème se développa au pourtour de la vulve et de l'anus.

A la fin d'août, l'état de la malade subit une légère amélioration spontanée. Elle put conserver quelque temps ses urines au lit ; l'écoulement ne se reproduisait que lorsqu'elle se levait.

Dans le courant d'octobre, les règles reparurent, pour rester régulières depuis.

A son entrée dans le service, elle fut d'abord soumise à des injections émollientes et à de grands bains répétés. Elle présentait alors un érythème au pourtour de l'anus, des grandes et des petites lèvres. Quelques tubercules urinaires à la face interne de la racine des cuisses. L'urèthre est faiblement diminué de calibre, le vagin rempli d'urine. La cloison, tant sur la partie médiane que sur les côtés, est le siége d'un tissu inodulaire, dont l'action rétractile détermine un froncement manifeste.

La fistule est distante du méat de 3 centimètres, inégalement ronde ; elle occupe la ligne médiane, qu'elle déborde un peu à droite. La muqueuse vésicale herniée ferme son orifice. On fait disparaître facilement ce prolapsus par l'introduction d'une sonde dans la vessie. La fistule mesure environ 3 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur. Le col de l'utérus, situé en arrière, est représenté par deux ou trois tubercules.

Le 12 mars, en présence de MM. Barth, Vigla et Duchaussoy, M. Jobert a procédé à l'opération.

Nous laissons de côté les détails du procédé opératoire, que tout le monde connaît. Après un avivement complet des bords, M. Jobert a passé trois fils de soie, qui ont parfaitement réuni les bords de la plaie. L'opération a duré environ huit minutes. La malade a été remise dans son lit, et une sonde en gomme a été fixée à demeure dans la vessie.

Les 12 et 13, un peu de ténesme vésical ; la sonde est chassée à deux ou trois reprises.

Le 14, la sonde, enlevée, n'est remise que lorsque le besoin d'uriner se fait sentir.

La malade est nourrie depuis le jour de l'opération d'abord avec des bouillons, puis avec une alimentation graduellement plus substantielle.

Le 17, une bouteille d'eau de Sedlitz. Evacuation abondante.

Le 19, apparition des règles.

Le 21, craignant l'effet de la congestion utérine, M. Jobert enlève les trois fils. Ils étaient à ce moment solidement fixés, et au-devant d'eux les tissus étaient parfaitement intacts.

A partir du 26, la malade urine désormais seule, sans le secours d'une sonde. La miction se fait normalement, et la vessie se laisse distendre par les urines.

Depuis cette époque, M. Jobert a examiné à diverses reprises la malade au spéculum univalve. Chaque fois il a trouvé la vessie distendue par une plus ou moins grande quantité d'urine claire, limpide. Le vagin est parfaitement sec. Sur la cloison, on aperçoit sous forme de ligne transversale une cicatrice régulière, solide ; sillon tracé par le fil supérieur, dont l'empreinte est encore conservée. La vessie a repris à peu près son calibre normal. La malade n'urine qu'une seule fois dans le courant de la nuit, et en moyenne quatre ou cinq fois le jour.

Ainsi, en moins d'un mois, tout est rentré dans l'ordre naturel, et la malade s'est vue délivrée d'une infirmité qu'elle conservait depuis un an.

OBS. II. — *Fistule vésico-utéro-vaginale superficielle.*

Au n° 8 de la salle Saint-Maurice est couchée la nommée L..., journalière, âgée de trente-sept ans. Entrée le 19 mars 1862, cette femme cache sous un embonpoint exagéré un tempérament lymphatique. Réglée à quatorze ans, elle n'a pas cessé de l'être régulièrement depuis. Mariée à trente et un ans, elle devient enceinte cinq mois après, et arrive le 19 juin 1856 au terme d'une grossesse dont le cours avait été très-heureux. L'accouchement fut des plus laborieux ; le travail dura quatre jours. C'est en vain que l'on appliqua le forceps à diverses reprises ; le seigle ergoté fut aussi administré inutilement. Après d'horribles souffrances, l'accouchement se termina spontanément. L'enfant était mort. Ici encore, comme dans la première observation, nous avons à regretter l'absence de renseignements positifs. Nous ne pouvons que transcrire ce qui nous a été confusément rapporté.

C'est seulement quinze jours après que la malade s'aperçut de la perte de ses urines par le vagin. L'écoulement était continuel. Toute envie d'uriner avait cessé de se faire sentir. Outre cet accident, il y eut pendant six mois une paralysie incomplète des membres inférieurs.

Depuis cette époque, notre malade a eu deux grossesses qui se sont heureusement terminées, quoique le travail ait été un peu long. La fistule a paru rester sans influence sur leur issue comme sur leur développement. Il nous est impossible de dire, faute d'examen antérieur, quelle modification a pu subir à son tour la fistule à cette occasion. De la part de la malade, il n'y a eu aucun changement constaté.

A son entrée à l'hôpital, elle présentait un érythème très-prononcé des grandes et des petites lèvres, du pourtour de l'anus, de la face interne du haut des cuisses. Il y a une déchirure assez étendue du périnée au niveau de la fourchette ; la muqueuse vaginale semble herniée en ce point et fait une forte saillie. Le canal de l'urèthre a conservé son calibre normal ; l'urine coule constamment dans le vagin. La fistule est située sur la ligne médiane ; elle repose sur la lèvre antérieure du col, qu'elle intéresse légèrement. Deux sondes de femme introduites dans son orifice n'en remplissent pas l'ouverture.

La malade est opérée le 28 mars. Elle conservait encore alors des traces de l'érythème que nous avons signalé. M. Jobert pratique d'abord l'avivement des bords de la fistule : il y a un léger écoulement de sang ; puis il passe trois points de suture. L'opération se fait très-rapidement et sans aucune espèce de complication. La malade est replacée dans son lit, et une sonde est aussitôt fixée dans la vessie.

Le jour de l'opération et le lendemain, nous n'avons à noter qu'un peu de ténesme vésical qui repousse la sonde. L'état général est bon.

Le 30, pouls à 100 ; langue blanche, saburrale. Il n'y a pas eu de garde-robes depuis l'opération. Le soir, frisson d'une demi-heure. L'érythème que nous avons signalé s'est enflammé, et il est couvert de vésicules plus grosses et plus nombreuses. Les règles surviennent au milieu de ces accidents.

Le 31, pouls à 110. Les autres symptômes comme la veille. Malgré ces troubles généraux, la malade remarque qu'elle conserve ses urines. Le soir, en rétablissant la sonde déplacée, on donne issue à environ 400 grammes de liquide.

Le 1er avril, apparition d'une éruption qui se montre sur tout le corps ; ses caractères et sa nature sont mal dessinés ; néanmoins, elle doit être rangée dans les affections miliaires.

Le 2, l'éruption se confirme. Le pouls est descendu à 85 ; la langue est un peu dépouillée. Dès le soir, l'éruption commence à pâlir. L'état général s'amende, mais les parties génitales externes sont toujours enflammées. L'érythème n'a pas été modifié par la manifestation cutanée. Il y a de la chaleur aux parties, un peu de douleur en urinant. Cet état persiste en s'améliorant jusqu'au 15 avril. Les règles reparaissent ce jour-là. Dans l'intervalle, le 5 avril, les fils ont été enlevés. M. Jobert constate, au moment de leur section, que les tissus sont restés intacts au-devant des points de suture, que les bords de la fistule sont réunis. Depuis, la malade a été examinée à diverses reprises, et chaque fois on a trouvé le canal de l'urèthre parfaitement libre. On aperçoit derrière le bulbe une cicatrice solide et parfaitement nette. Quoique tranchant encore par sa coloration sur les parties voisines, sa forme dessine exactement le trajet des fils. Il n'y a pas de dépression à son niveau. Toute la paroi vaginale antérieure est souple. Le col de l'utérus s'ouvre normalement en arrière.

Le vagin serait parfaitement sec, si un peu de muco-pus, reste d'une ancienne inflammation, n'humectait ses parois. La malade urine dans le courant de la journée environ toutes les deux heures. Le liquide sort clair et limpide. Elle ne perd dans aucune position, ni couchée, ni assise, ni debout. A chaque nouvel examen, M. Jobert a pu s'assurer que l'état des parties était tel que nous venons de le décrire. Aujourd'hui, plus d'un mois s'est écoulé depuis l'opération, et tout est venu confirmer la certitude d'une entière guérison, que n'ont pu entraver les accidents dont nous avons parlé ; et au milieu d'une vive inflammation des parties génitales, la cicatrisation n'en a pas moins continué sa marche régulière.

En résumant ces observations, elles nous semblent intéressantes à plusieurs points de vue ; nous les réduirons à trois : influence des fils sur les tissus ; marche de la cicatrisation ; facilité du mode opératoire, sa promptitude d'exécution.

Dans les deux observations, les fils ont été enlevés le neuvième jour, laissant les tissus intacts au-devant d'eux, les bords de la fistule exactement réunis. Heureux privilége, qu'on voudrait croire dévolus aux seuls fils métalliques ! Que penser aussi de ces fistules inévitables à la suite de suture intéressant la muqueuse vésicale ? Dans les observations de MM. Charpentier et Périer, le résultat que nous signalons a été plus évident encore. Le vingt-quatrième jour, les fils n'avaient pas cheminé sensiblement dans les tissus, et ne laissaient, après leur section, aucune trace de leur passage.

Ces derniers jours, nous avons pu observer dans le service de M. Jobert la façon dont se comportent les deux ordres de fils. Chez une amputée de la cuisse dont les lambeaux avaient été réunis avec des fils de soie et des fils métalliques, ces derniers se sont détachés les premiers.

Sur un opéré de varicocèle, il n'y a eu aucune différence bien sensible à noter. Nous n'avons, du reste, qu'à rappeler à cet égard les études comparatives faites à l'hôpital de la Charité par M. le professeur Malgaigne, et consignées dans la thèse de M. Labbé.

Chez nos deux malades, la réunion s'est faite par première intention. L'une, le quatorzième jour après l'opération, urinait seule sans le secours d'une sonde ; l'autre le 15 avril, c'est-à-dire le dix-huitième jour, avait non-seulement une cicatrice régulière et complète, mais encore sa vessie commençait à recouvrer sa capacité, et ses fonctions étaient complétement rétablies. Que d'accidents cependant chez cette dernière malade qui auraient pu entraver la cicatrisation ! Sans parler de l'affection grave qui pendant huit jours l'avait tenue sous son influence, nous avions eu une vive inflammation locale qui, après avoir précédé l'opération, a continué son cours en redoublant d'intensité. Si donc, au milieu de tant d'éléments contraires, la réunion a pu se faire régulièrement, ce résultat doit être, ce nous semble, d'un grand poids en faveur du procédé employé.

Si de ces considérations importantes nous passons à d'autres pour ainsi dire accessoires, nous ne pouvons nous empêcher de signaler la rapidité avec laquelle ces opérations ont pu être pratiquées. Chacune d'elles n'a pas duré plus de dix minutes. Nous avons vu opérer M. Marion-Sims lui-même, et il ne lui a pas fallu moins de trois quarts d'heure pour terminer une opération analogue. Des chirurgiens habiles, mais moins expérimentés,

ont dû s'y reprendre à deux séances, dont la première n'avait pas duré moins d'une heure et demie. Evidemment, ces différences sont trop considérables pour n'être pas notées. Il y a loin de là aux dix minutes exigées par les opérations que nous avons citées.

En terminant ces réflexions, il nous sera permis de conclure que ces deux observations, aussi heureuses pour le mode d'exécution que pour les suites de l'opération et leur terminaison, viennent, en s'ajoutant à tous les cas antérieurs de guérison, consacrer une méthode qui fournit des résultats aussi sûrs.

MALADIES DE L'OREILLE. — M. TRIQUET.

Sur les difficultés et accidents du cathétérisme des trompes d'Eustache.

L'art de sonder les trompes d'Eustachi est devenu pour ainsi dire d'un usage journalier, non-seulement comme agent de thérapeutique, mais encore comme moyen de diagnostic : et les modifications que j'ai apportées au procédé opératoire rendent la manœuvre aussi simple que sûre et facile.

Cette opération, si bénigne en apparence, se présente souvent entourée de difficultés nombreuses; elle peut aussi donner lieu à des accidents d'une extrême gravité.

En 1856, à l'époque de la publication de mon *Traité des maladies de l'oreille*, j'avais déjà signalé les principales difficultés de ce cathétérisme, et appelé l'attention des médecins sur un des accidents les plus imprévus et les plus menaçants; je veux parler de l'emphysème pharyngo-laryngien (1).

Je vais aujourd'hui compléter ce point important.

Difficultés du cathétérisme des trompes d'Eustachi.

a. Difficultés inhérentes au malade;
b. Difficultés inhérentes à l'opération elle-même.

A. *Difficultés inhérentes au malade.*

1° Une pusillanimité extrême, une frayeur exagérée dont certains malades sont saisis à la vue d'un instrument quelconque, ou en entendant parler de la moindre exploration.

2° Chez les enfants, c'est l'indocilité surtout contre laquelle le chirurgien a le plus à lutter.

Il est des cas pourtant où il est indispensable de pratiquer le cathétérisme des trompes, chez ceux qui sont devenus sourds après avoir entendu et parlé, ou bien n'ayant jamais donné que de faibles signes d'audition et aucun signe de parole articulée.

En effet, il faut avant tout savoir, dans le premier cas, si c'est à la suite d'un catarrhe des trompes ou de la caisse, que l'enfant est devenu sourd; car cette lésion est parfaitement guérissable.

Dans le second, si des mucosités accumulées dans les trompes de l'enfant et même dans l'oreille moyenne, pendant la vie intra-utérine ou peu de temps après la naissance, ne seraient point la cause déterminante du mutisme et de la surdité.

Cette opinion, nettement exprimée pour la première fois en France par Lebouvyer-Desmortiers (2), qui la rapportait à Herpold (de Copenhague), n'est pas tout à fait dénuée de fondement ni même de vraisemblance, et les quelques exemples de sourds-muets dont l'infirmité était réellement congéniale, que l'on a vus guéris ou améliorés par les seuls efforts de la nature ou de l'art, lui donnent à nos yeux une véritable importance. Si, en effet, du mucus concret, dur et adhérent, peut déterminer la surdité chez l'adulte en obstruant les trompes d'Eustachi et la caisse, je ne vois pas pourquoi les mêmes accidents ne se produiraient pas chez le fœtus pendant les derniers temps de la vie intra-utérine, ou dans la première enfance. La surdité qui en résulte en pareil cas est d'autant plus affreuse qu'elle entraîne fatalement à sa suite le mutisme du sujet chez lequel elle se produit.

Le chirurgien se trouve quelquefois dans la nécessité d'employer le chloroforme pour triompher de l'indocilité des enfants; il suffit de deux ou trois gouttes sur un mouchoir fin, que l'on tient à distance des narines, pour obtenir l'immobilité dont on a besoin.

Autrefois, je prenais la précaution de faire coucher l'enfant, mais cette position est très-gênante pour le chirurgien; j'y ai renoncé, et je me contente de laisser l'enfant assis sur les genoux de sa nourrice.

3° L'étroitesse excessive de la fosse nasale sur laquelle on opère.

Certaines fosses nasales sont très-étroites, principalement chez les sujets dont le nez est mince, élevé et allongé. Il faut alors choisir une sonde de petit calibre, de petite courbure, essayer de la faire pénétrer doucement sous le cornet inférieur, le bec regardant la paroi externe du méat, et la pousser lentement dans cette direction, jusqu'à ce qu'elle tombe dans la trompe.

Les mêmes considérations sont applicables à l'étroitesse plus ou moins grande du méat inférieur, dans une partie de son parcours ou dans son étendue tout entière.

Mais, quelques précautions que l'on prenne, il y a des sujets chez lesquels la sonde, en arrivant vers la partie moyenne de la fosse nasale, se trouve arrêtée court et y reste comme enclavée, entre la cloison et le cornet, ou entre le cornet et l'os maxillaire supérieur. Il faut alors suspendre la manœuvre, s'assurer par l'examen de l'anneau placé sous le pavillon de la sonde, que son bec est dans une bonne direction; et si le bec ne peut plus avancer, retirer la sonde, et, après quelques instants de repos accordés au patient, recommencer la manœuvre, en ayant le plus grand soin de ne pas s'écarter du méat inférieur.

En effet, j'ai remarqué que les difficultés signalées plus haut se rencontraient surtout quand le bec de la sonde allait s'égarer dans le méat moyen.

Mais, indépendamment de ces difficultés communes au malade et au chirurgien, il en est qui dépendent absolument de la configuration du méat inférieur, soit pathologique, soit congéniale. Ainsi, cette étroitesse exagérée du méat peut être causée :

a. Par un gonflement inflammatoire chronique de la membrane muqueuse;

b. Par des polypes ou végétations charnues;

c. Par une hypertrophie du cornet inférieur ou un vice de conformation consistant en un allongement plus ou moins considérable de ce cornet, ou une mauvaise direction dans sa courbure;

d. Par une déviation de la cloison des fosses nasales;

e. Par une exostose de la branche montante du maxillaire supérieur ou du cornet inférieur.

Si ces différents obstacles rendent le cathétérisme tout à fait impossible, même avec un instrument délié, et que cette opération soit indispensable, le chirurgien devra s'attacher tout d'abord à combattre chacun d'eux dans un bref délai et par des moyens appropriés.

Ainsi la tuméfaction chronique de la membrane muqueuse sera combattue par les cautérisations avec la solution de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre, à doses faibles d'abord, puis successivement plus fortes. Un glycérolé au tannin pourra aussi être employé. On pourra, comme adjuvant utile, faire priser les poudres composées avec le bismuth, le précipité blanc ou rouge, l'extrait de ratanhia porphyrisé.

Les polypes, végétations charnues, seront combattus par un traitement approprié. Il en sera de même des excroissances fongueuses, du prolongement de la muqueuse hypertrophiée, de l'hypertrophie du cornet inférieur de l'exostose de la branche montante du maxillaire.

Quant à la déviation de la cloison congéniale ou accidentelle, elle offre peu de ressources au chirurgien. On pourrait tenter la dilatation avec l'éponge préparée. C'est pour des cas de ce genre que l'on a essayé de pratiquer le cathétérisme en passant par la narine opposée. Cette conception, purement théorique, n'est susceptible d'aucune application sur le malade.

5° La sensibilité exquise de la pituitaire, et la douleur qu'elle accuse au moindre attouchement, constituent encore une sérieuse difficulté.

J'emploie plusieurs séances préparatoires pour émousser la sensibilité de la membrane, et l'habituer peu à peu au contact des instruments.

B. *Difficultés inhérentes à l'opération elle-même.*

Les difficultés inhérentes à l'opération elle-même sont causées :

1° Par le choix d'un mauvais procédé opératoire;

2° Par une sonde mal appropriée au sujet, trop grosse, trop courbée;

3° Par la direction vicieuse imprimée à la sonde en exécutant l'opération.

1° J'ai démontré dans mon *Traité des maladies de l'oreille* que de tous les procédés connus, d'Itard, Kramer, Menière, etc., celui que j'ai décrit le premier, et qui m'appartient, est le plus facile et le plus sûr (1).

En suivant avec exactitude les préceptes que j'ai posés, surtout maintenant que le premier et le troisième temps du mode opératoire sont supprimés, on peut acquérir dans un bref délai toute l'habileté nécessaire pour mener à bonne fin cette opération délicate.

Dans le procédé d'Itard, on enfonce directement la sonde dans la fosse nasale, et la poussant devant soi jusqu'à ce qu'elle tombe dans le pharynx, avant de faire subir à son bec le mouvement de rotation, il est impossible de ne pas toucher le voile du palais; de là des accidents qui font échouer la manœuvre.

Les mêmes remarques s'appliquent au procédé de Kramer; il a de plus un autre inconvénient, c'est que dépendant seulement de l'habitude que peut avoir l'opérateur, il laisse sans règle de conduite les jeunes chirurgiens qui auraient à pratiquer ce cathétérisme sur le malade.

Dans le procédé de Ménière, la sonde est portée d'emblée et d'un seul coup jusqu'à la paroi postérieure du pharynx; puis, après lui avoir fait subir son mouvement de rotation, on ramène le bec doucement et en tâtonnant, jusqu'à ce qu'il rencontre l'orifice de la trompe.

De nombreuses difficultés sont inhérentes à cette manœuvre. Comme dans le procédé d'Itard, la sonde touche le voile du palais; de plus, la sonde, en touchant le pharynx, fait naître des mouvements de déglutition et des envies de vomir qui font manquer la manœuvre.

Dans mon procédé, au contraire, la sonde étant directement introduite dans le méat inférieur, sous le cornet, le bec appuyé sur la paroi externe du même méat, qui lui sert de cannelure; il n'y a plus qu'à la diriger doucement et lentement dans cette voie, et comme l'orifice pharyngien de la trompe se trouve invariablement situé immédiatement en arrière du méat inférieur, la sonde le rencontre d'une manière infaillible, et un petit tour de main suffit pour l'y faire entrer.

2° Le choix de la sonde a aussi son importanee.

Une sonde trop fine ne vaut rien; elle expose à blesser la pituitaire, et sa lumière est trop petite pour rendre quelques services, soit qu'on veuille désagréger une collection de mucus à l'aide de l'insufflation, ou injecter des fluides médicamenteux.

Une sonde trop grosse ne peut passer chez la plupart des malades, ou bien elle luxe ou brise le cornet inférieur, et peut labourer la muqueuse.

Une sonde dont le bec est trop recourbé a les mêmes inconvénients. Il faut donc employer une sonde de moyenne grosseur, largement ouverte, à très-petite courbure. Chaque mouvement pour faire progresser la sonde doit être lent. Si un obstacle se rencontre, il faut le tourner sans le vaincre, et pour cela employer de petits mouvements de latéralité. En allant lentement, on est sûr d'arriver au but.

3° Enfin, si le bec de la sonde se trouvait engagé dans le méat moyen au lieu de glisser sous le cornet inférieur, il faudrait retirer la sonde, introduire l'instrument dans le méat inférieur. On a proposé de porter l'indicateur gauche à travers la bouche jusque dans le pharynx, afin de reconnaître l'embouchure de la trompe, et de guider la sonde au moment où elle doit s'y introduire.

L'inexpérience seule a pu suggérer ce procédé, en tout point défectueux.

Accidents du cathétérisme des trompes d'Eustachi.

Ces accidents sont loeaux ou généraux.

A. *Accidents locaux.* — 1° La déchirure de la valvule inférieure du canal nasal. C'est là un accident de médiocre importance; il provoque un peu de douleur et l'écoulement d'une ou deux gouttes de sang.

2° Une sensibilité extraordinaire de la pituitaire, causée par une phlegmasie invétérée (coryza chronique ou ulcéreux), peut rendre le contact de la sonde tellement douloureux, qu'elle arrache des cris aux malades les plus courageux.

3° Chez certains sujets sensibles, aussitôt que la sonde touche la membrane pituitaire, un ou plusieurs accès d'éternument se produisent, et le chirurgien est obligé de retirer la sonde et d'attendre que cet état soit calmé avant de recommencer la manœuvre.

4° *Epiphora.* — Il n'est peut-être pas un seul malade qui, à la première introduction de la sonde dans les fosses nasales, ne soit pris d'un larmoiement plus ou moins considérable. Quelquefois une ou deux larmes seulement apparaissent au grand angle de l'œil; mais dans d'autres circonstances, principalement chez les enfants lymphatiques, chez les femmes nerveuses, et même chez les hommes impressionnables, à peine le cathéter a-t-il touché la membrane muqueuse, qu'on voit la conjonctive du même côté s'injecter rapidement, l'œil devenir humide et se convulser en haut, cherchant ainsi sous la paupière un refuge contre la lumière qui le blesse; en même temps des flots de larmes brûlantes s'écoulent le long de la joue correspondante.

Tous ces symptômes, si extraordinaires en apparence, pourraient faire croire que le malade a éprouvé une violente douleur; il n'en est rien cependant. — C'est le simple contact d'un corps étranger à la surface d'une membrane délicate et fort sensible qui a causé tout cet orage d'un moment. L'opération n'a même pas été suspendue; le patient n'a accusé qu'un chatouillement dans la fosse nasale; quelques secondes ont suffi pour que tout cet appareil de symptômes alarmants soit calmé.

Pourtant quelques enseignements doivent ressortir de ce singulier phénomène : il faut être très-réservé dans l'emploi du cathétérisme chez les personnes sujettes aux maux d'yeux, chez les enfants et les jeunes gens, car l'affection primitive peut être réveillée par le fait du cathétérisme.

5° *Epistaxis.* — Soit que la membrane de Schneider ait été éraillée par le bec de la sonde, ou même qu'elle ait subi une véritable déchirure, on voit assez souvent quelques gouttelettes de sang s'écouler pendant que la sonde parcourt la fosse nasale.

Si, après l'opération, le malade vient à se moucher, son mouchoir est souillé à l'instant d'une quantité quelquefois considérable de sang, et il arrive aussi que le sang, tombant le long du pharynx, est ramené dans la bouche et lancé au dehors par les efforts d'expuition.

Chez les sujets dont la membrane, à la suite de coryzas répétés, est restée rouge, gonflée, comme hérissée de papilles pleines de sang, le simple contact de l'instrument peut faire naître une véritable épistaxis. L'aspiration d'un peu d'eau froide permet toujours de l'arrêter promptement.

Vous apporterez le plus grand soin au procédé opératoire; les sondes seront parfaitement choisies, chauffées dans l'eau tiède, trempées dans le blanc d'œuf; vous donnerez la préférence à une algalie en caoutchouc, souple, mince, sans nœuds, dont le bec soit parfaitement poli.

6° Une toux nerveuse peut aussi troubler l'opération; mais cet accident est sans importance : il s'agit de savoir attendre.

7° Les convulsions du voile du palais, les envies de vomir et même les vomissements, étaient fréquents, presque impossibles à éviter, quand on se servait des anciens procédés de cathétérisme, alors qu'en passant au-dessus du voile la sonde le touchait infailliblement; aujourd'hui, si l'on veut employer mon procédé, cet accident peut toujours être évité, puisque la sonde, en suivant le méat inférieur, rencontre la trompe et son embouchure avant d'avoir pu toucher le voile du palais ou le pharynx.

8° A la suite de pharyngites chroniques simples ou granuleuses, d'esquinancies répétées, les amygdales étant restées hy-

(1) *Traité pratique des maladies de l'oreille*, p. 9.

(2) *Bibliothèque germanique*, t. I[er], n° du 4 nivôse an VII; et Lebouvyer, *Mémoire sur les sourds-muets*, p. 113.

(1) Voir *Traité pratique*, p. 76 et suiv.

pertrophiées, il n'est pas rare de rencontrer une *contraction spasmodique* du pavillon de la trompe, au moment où la sonde se présente pour en franchir l'orifice.

Chez les sujets nerveux, aussitôt que la sonde touche la pituitaire, le voile du palais se convulse en haut. Or, pendant ces contractions violentes, quelle qu'en soit la cause, les muscles péri-staphylins, prenant leur point d'appui sur l'embouchure de la trompe, en effacent complétement l'orifice, à ce point que l'instrument ne saurait le franchir sans effort.

Si cette contraction spasmodique survient seulement au moment où la sonde pénètre dans la trompe, à l'instant le bec est expulsé du conduit et tombe dans le pharynx : la manœuvre est à recommencer.

9° *Emphysème.* — Et si pour engager la sonde, malgré les contractions des muscles, le chirurgien emploie un peu de résistance, le bec de la sonde va déchirer la muqueuse, dont la consistance est souvent altérée par une inflammation chronique (granuleuse, catarrhale ou autre), et un *emphysème* va se produire dans les mouvements de déglutition ou à la première insufflation.

Rien ne vient trahir tout d'abord cette petite lésion, insignifiante partout ailleurs ; mais si le malade fait un brusque mouvement de déglutition, ou si vous insufflez une petite quantité d'air pour explorer la trompe, à l'instant le malade est renversé sur son siége comme s'il avait été touché par la foudre.

Dans ce moment suprême et vraiment effrayant, il porte la main à son cou, comme pour indiquer le siége du mal qui le suffoque ; l'œil est hagard, la face violette, la bouche béante, la voix éteinte ; on croirait assister à une de ces scènes déchirantes qui caractérisent l'œdème de la glotte à sa dernière période. Mais si à l'aide du doigt rapidement porté dans la bouche vous abaissez fortement la langue, vous apercevez un emphysème considérable qui soulève toute la muqueuse du pharynx, et même a envahi le larynx et plus spécialement les replis arythéno-épiglottiques. Il n'y a dès lors qu'à déchirer avec l'ongle du doigt qui tient la langue abaissée, une des bosselures emphysémateuses de la membrane muqueuse ; l'air s'échappe en sifflant, et le malade est guéri. Mais je ne doute pas qu'il ne succombât rapidement à l'asphyxie qui le menace, si l'on ne se pressait d'intervenir. Des accidents de ce genre arrivés à Londres ont eu une funeste terminaison. C'était à l'époque où, pour pratiquer l'insufflation, au lieu de se servir du petit soufflet ordinaire, nos voisins d'outre-mer employaient généralement la machine de Kramer, sorte de pompe pneumatique que l'on chargeait à plusieurs atmosphères.

Si en France nous n'avons point eu de mort à déplorer, quelques cas d'emphysème ont été observés, soit qu'on employât la sonde d'argent ou celle de caoutchouc. Pour ma part, j'en ai observé un cas au début de ma pratique, et dans mon cabinet.

C'est un accident que rien ne peut faire prévoir, qu'aucune précaution ne peut faire éviter, et qui doit dépendre d'une disposition particulière de certains sujets : par exemple, quand il existe sur les bords du pavillon de la trompe quelques cryptes muqueux à goulot évasé, à fond aminci, et que la sonde peut déchirer même quand elle est conduite avec douceur.

10° *Rupture de la membrane du tympan.* — Quand la pompe pneumatique de Kramer était en honneur, on produisait souvent et involontairement la rupture de la membrane du tympan pendant l'insufflation d'air dans la trompe et la caisse. On comprend facilement, en effet, qu'une membrane mince, ténue et peu résistante, comme le tympan, ne puisse soutenir l'effort d'une pression de plusieurs atmosphères, et qu'une colonne d'air lancée par cette formidable machine devait briser la cloison tympanique avec une extrême facilité. Mais cette rupture de la cloison a aussi été produite, paraît-il du moins, par la simple insufflation faite avec le soufflet en caoutchouc. L'inflammation chronique de la membrane peut, en diminuant sa résistance, prédisposer à cet accident.

En 1852, Marc d'Espine (de Genève) rapportait (1) que sur un chiffre de plusieurs mille insufflations, cet accident lui était arrivé deux fois. Il s'était servi de la sonde d'argent et du petit soufflet. L'accident n'eut pas de suite fâcheuse.

Les deux exemples suivants feront parfaitement comprendre à quoi est exposé un chirurgien.

Il s'agit de deux malades atteints de catarrhe invétéré de l'oreille moyenne ; indépendamment du cathétérisme des trompes, que je pratiquais une ou deux fois la semaine, j'avais prescrit quelques doses d'iodure de potassium, désirant combattre par ce moyen des symptômes strumeux dont les malades étaient atteints, et qui, depuis quelque temps, tenaient en échec la médication locale.

Comme il arrive d'ordinaire, sous l'influence de l'iodure potassique, un coryza se manifesta après quelques jours de ce traitement ; le mucus sécrété par les fosses nasales, toujours si abondant chez les sujets lymphatiques, le devint encore plus dans cette circonstance, et le malade, obligé de se moucher souvent et avec force, eut le malheur de produire une petite déchirure de la cloison tympanique pendant un de ces efforts d'excrétion. Que de fois j'ai été consulté pour des enfants qui, pendant les quintes de toux de la coqueluche, avaient eu tout à coup un écoulement de sang par l'oreille, indice certain d'une rupture du tympan !

11° *Otite traumatique.* — Le cathétérisme trop souvent répété fatigue la membrane muqueuse, l'irrite, et peut en déterminer l'inflammation, qui est dans ce cas tout à fait traumatique. Mais j'ai vu aussi la simple introduction d'une petite bougie, faite une seule fois, donner naissance à une phlegmasie douloureuse, qui se propagea à la caisse et exigea un traitement antiphlogistique.

(1) *Archiv. gén.*

Il faut donc être sobre de ces explorations, plus sobre encore quand il s'agit d'un traitement long qui nécessite impérieusement l'emploi de la sonde à certains intervalles.

B. *Accidents généraux.* — Les accidents généraux que le cathétérisme des trompes peut occasionner sont en petit nombre et peu dangereux.

Ce sont :

1° Les frissons, la fièvre ;

2° La névralgie faciale ;

3° Une céphalalgie persistante ;

4° Une aggravation de la surdité que l'on voulait améliorer ou guérir.

1° La fièvre peut durer plusieurs jours, soit qu'on la considère comme la suite ou l'effet du trouble nerveux toujours plus ou moins considérable qu'a causé l'opération ; ou bien que le contact de la sonde ait déterminé l'explosion d'une otite, qui se révèle par un de ses symptômes initiaux.

Les moyens de traitement à opposer à ces accidents doivent donc varier, et ont été décrits ailleurs (1).

2° *Névralgie faciale.* — On a pu croire que le cathétérisme des trompes avait été la cause efficiente d'une névralgie faciale quand celle-ci se montrait presque en même temps ou quelques jours après l'opération. Le fait est vrai, quoique fort rare.

3° La céphalalgie persistante est un accident que je n'ai observé que sur les sujets nerveux, surtout chez les femmes quand elles avaient été soumises longtemps à l'usage quotidien et prolongé des sondes.

Pour obtenir la guérison de cette céphalée réellement horrible parfois, il suffit le plus souvent d'interrompre ou même, s'il est nécessaire, de suspendre complétement tout traitement jusqu'à la disparition de l'accident qui tourmentait le malade.

4° Enfin on a vu l'usage trop répété du cathétérisme des trompes augmenter la surdité et même les bourdonnements, que cette opération devait améliorer ou guérir.

L'ASTHME ET SON TRAITEMENT,

Par M. le docteur B. ROUSSEL.

Il suffit d'avoir été une seule fois témoin d'un accès de suffocation asthmatique pour savoir jusqu'à quel point cet accident s'accompagne de phénomènes alarmants : le malade appelle à lui l'air qui le fuit, et les familles, conservant difficilement leur sang-froid, ne savent à quels expédients recourir. En général, toute médication qui en pareil cas n'agit pas directement sur l'organe malade, est inutile, sinon dangereuse. On sait avec quelle persévérance on s'est ingénié à faire pénétrer dans les bronches une fumée bienfaisante, et combien ont varié les formules des vapeurs calmantes qui ont tour à tour été préconisées et employées tantôt sous la forme de cigares, de cigarettes, de fumigations aromatiques, de vapeurs de papiers brûlés, etc., etc. Quelques-unes de ces préparations amènent à coup sûr un soulagement marqué, mais elles n'ont pas encore pu s'affranchir de plusieurs reproches assez graves ; parfois elles déterminent, par exemple, des troubles dans la vision ou du désordre dans les fonctions digestives.

Nous avons récemment expérimenté chez trois malades affectés d'asthme, et principalement chez l'un d'eux en proie au plus formidable accès de suffocation que j'ai jamais vu, *les tubes anti-asthmatiques* préparés par M. Levasseur, pharmacien, et je dois dire qu'ils n'ont causé ni étourdissements ni nausées, et qu'ils ont totalement enrayé les accès. Aussi mon opinion est-elle que cette préparation est appelée à un véritable succès, à la condition toutefois que le mode d'emploi sera activement surveillé.

Pour que l'action du fumigateur tubulaire soit instantanée, il faut l'allumer par une de ses extrémités et en aspirer la *fumée ;* quand la bouche en est remplie, on l'ouvre en y faisant pénétrer par une forte aspiration une grande quantité d'air. La vapeur médicamenteuse est alors forcément entraînée jusque dans les dernières ramifications bronchiques, puis on souffle enfin par le nez en fermant la bouche, et la fumée est précipitée par les deux narines.

Les *tubes anti-asthmatiques* se fument lentement, et il faut obtenir du malade qu'il apporte beaucoup de soin dans l'acte d'aspiration de la fumée. Ces tubes sont inaltérables, et on peut les transporter à de grandes distances ou les garder pendant longtemps sans que leur action spécifique soit en rien diminuée. L'un des trois asthmatiques que j'ai soignés en avait constamment sur lui, et aussitôt que des symptômes de suffocation s'emparaient de lui, qu'il fût à son travail, à la promenade ou à table, il aspirait la fumée d'un de ses tubes, et l'accès disparaissait sans céphalalgie, sans étourdissements ni nausées.

D'après ce qu'il m'a été permis d'observer, les malades n'ont aucune modification à apporter à leur régime, et ils peuvent même continuer à faire usage de café à l'eau s'ils en ont l'habitude.

Je sais que les *tubes anti-asthmatiques* ont été employés avec succès dans des cas d'enrouements subits ou d'aphonies, comme les femmes en éprouvent quelquefois au moment des époques menstruelles, pendant la grossesse ou après des attaques d'hystérie : je crois, pour ma part, la chose parfaitement possible, mais je ne peux parler que de ce que j'ai vu, et je ne me suis servi de cette excellente préparation que dans trois cas très-francs de suffocation asthmatique ; je termine en répétant qu'elle m'a rendu les meilleurs services.

(1) V. *Traité pratique*, p. 209 et suiv.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 mai 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Congélation des eaux potables. — **M. ROBINET** lit une note sur un résultat de la congélation des eaux potables.

Tous les chimistes savent que les glaçons qui se forment dans l'eau de la mer donnent de l'eau douce lorsqu'ils sont débarrassés de l'eau salée qui peut adhérer à leur surface. La congélation partielle des vins, pratiquée en grand, est un autre exemple du phénomène, duquel il résulte que les cristaux de l'eau, en se formant, excluent la plupart des substances que l'eau tenait en dissolution. Je viens ajouter, dit M. Robinet, un nouvel exemple à ceux que j'ai rappelés, et qui ne sont pas les seuls que j'aurais pu citer.

Ayant dû faire depuis quelque temps un très-grand nombre d'essais hydrotimétriques sur des eaux potables de diverses natures, l'idée m'est venue de m'assurer jusqu'à quel point les petites quantités de sels contenues dans ces eaux étaient éliminées de la glace formée par la congélation partielle de l'eau.

Des expériences dont M. Robinet rapporte les détails dans cette note, il ressort cette conclusion, savoir :

Que, dans la congélation des eaux potables, la petite quantité de sels calcaires et magnésiens qu'elles contiennent est éliminée de la même façon que les sels plus solubles dissous dans l'eau de la mer ou toute autre dissolution saline artificielle. La pureté de l'eau obtenue par la liquéfaction de cette glace paraît être telle, qu'on pourrait l'employer dans beaucoup de cas comme l'eau distillée, du moins lorsque la congélation a eu lieu avec des circonstances favorables.

— **M. TROUESSART** rappelle à l'Académie, au sujet du mémoire que M. Giraud-Teulon a lu à l'Académie sur *les causes et le mécanisme de certains phénomènes de polyopie monoculaire*, qu'il s'est occupé de ces phénomènes dans la thèse de doctorat soutenue au mois d'août 1854, devant la Faculté de Paris.

Il résulte d'un passage de cette thèse rappelé par l'auteur, qu'au point de vue de la théorie physique de la vision, son explication était complétement satisfaisante ; et que s'il y a quelque mérite à cela, il croit qu'il lui appartient. Mais, ajoute-t-il, l'œuvre du physiologiste restait toute à faire, c'est-à-dire qu'il restait à déterminer la position et la structure du *réseau oculaire*. Si la découverte de M. Giraud-Teulon se confirme, il aura fait faire un grand pas à la physiologie de la vision. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Giraud-Teulon : MM. de Sénarmont, Bernard, Fizeau).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 mars 1862. — Présidence de M. DUPERTUIS, vice-président.

Le procès-verbal est lu et adopté.

De l'évacuation réitérée de l'humeur aqueuse comme moyen de guérir la cataracte. — **M. MAGNE.** Je regrette de n'avoir pu assister à la dernière séance ; j'avais prié M. Coursserant de nous dire comment il pratique la ponction de la cornée dans le but d'obtenir la transparence d'un cristallin cataracté. Je n'ai nullement l'intention de réclamer la priorité de cette méthode, mais je crois qu'il m'est permis de rappeler que j'ai signalé il y a bien des années l'heureuse influence de l'évacuation de l'humeur aqueuse dans les cas de cataracte traumatique.

M. COURSSERANT. Je n'ai point voulu parler des cataractes traumatiques ; j'ai voulu parler seulement de la cataracte. J'ai été étonné des faits énoncés par M. Sperino, parce que je n'ai pas obtenu des résultats aussi beaux que les siens. Depuis longtemps j'employais cette méthode, et je ne sais pas si quelque Italien assistant à ma clinique n'aurait pas donné l'idée plus tard, à M. Sperino, de ponctionner la cornée. Du reste, je n'en réclame nullement la priorité.

M. MAGNE. Notre collègue n'a pas répondu au seul renseignement que je lui demandais et qui avait trait au mode opératoire. Les assertions de M. Sperino ont produit une certaine émotion. J'ai cru devoir lui écrire pour le prier de me donner des détails qui manquent dans les notes publiées par les journaux. M. Sperino, avec une extrême obligeance dont je le remercie, m'a édifié complétement sur son procédé, qui consiste à ponctionner la cornée, à évacuer complétement l'humeur aqueuse et à renouveler tous les deux jours cette évacuation, à l'aide d'un stylet mousse introduit dans la petite plaie d'ouverture. Je tiendrai la Société au courant des résultats, quels qu'ils soient, des expériences que je me propose de faire à ce sujet.

M. COURSSERANT. Pour la ponction, je me sers d'une aiguille triangulaire, puis, pressant sur la lèvre postérieure de la plaie avec la curette, je vide toute la chambre antérieure.

M. DOUMIC. Je ne crois pas que le choix de la méthode par laquelle on fera ces ponctions soit indifférent : c'est pendant des mois entiers qu'il faut tous les jours ou tous les deux jours évacuer l'humeur aqueuse. Or, si l'on ouvre chaque fois la cornée avec un couteau à cataracte ou avec l'aiguille ordinaire, on risque de piquer l'iris, ce qui n'est pas sans danger, ou d'ouvrir la capsule, ce qui change complétement la nature de la méthode curative. Il y a une autre manière de faire, qui consiste à pratiquer la ponction avec l'aiguille à paracentèse oculaire ; puis à rouvrir cette petite plaie le lendemain et les jours suivants avec un petit stylet mousse. Cette méthode, lorsqu'on doit y recourir pendant un temps assez long, présente elle-même quelques dangers. J'ai vu dans un cas une fistule capillaire de la cornée s'établir, qui a résisté ensuite à toute espèce de traitement. Le meilleur moyen me paraît être de pratiquer la ponction avec l'aiguille à paracentèse, de rouvrir la plaie pendant cinq ou six jours avec un stylet mousse, puis de laisser cette plaie se fermer et d'en pratiquer une dans un point voisin.

ÉLECTION.

M. MALLEZ lit un rapport sur un travail adressé par M. Veilliard, intitulé : *De la syncope sénile.* Sur les conclusions du rapporteur M. Veilliard est élu membre correspondant.

M. ELLEAUME communique une observation de *fistule à l'anus guérie par les injections iodées*. (Nous publierons cette observation prochainement).

Du traitement médical du cancer du sein. — M. A. LEGRAND donne lecture de la lettre suivante, qu'il adresse à l'Académie de médecine :

Je viens rendre compte à l'Académie des résultats que m'ont donnés depuis la présentation de mon mémoire (séance du 17 septembre dernier) *sur le traitement médical et chirurgical de quelques tumeurs du sein*, les efforts que je fais et les tentatives que je poursuis pour arriver à établir une méthode de traitement général et local qu'on puisse opposer avec quelque espérance de succès au *cancer du sein*.

1° La malade qui fait l'objet du paquet cacheté déposé au secrétariat de l'Académie le 8 mai 1860, et qui fait le sujet de la XVIIIe observation de mon mémoire, continue d'être dans les meilleures conditions. Mais il s'opère chez elle un phénomène que je crois important de faire connaître à l'Académie, et que j'ai soigneusement constaté dans un examen fait dernièrement (15 février). La glande mammaire a continué de fondre avec l'engorgement central, diminué lui-même des quatre cinquièmes et réduit à un noyau encore assez résistant, mais absolument insensible au palper et qui produit l'effet, par sa mobilité, d'un corps étranger tout à fait inoffensif ; de sorte qu'en attribuant avec toute espèce de raison au traitement (*eau de mer à l'intérieur, emploi topique des poudres iodées*) les phénomènes qui se sont produits, on doit croire que s'il n'a pas reconstitué l'organe, siége de la maladie, dans son état primitif (résultat sans doute impossible à obtenir), il a du moins provoqué la résorption de toute la portion déjà à peu près désorganisée, sauf un noyau qui se comporte comme le tissu inodulaire ; ce qui explique la persistance de la rétraction du mamelon, quoiqu'elle soit moins prononcée qu'au début du traitement. Quant à la santé générale, elle est aussi satisfaisante que possible.

2° Je suis en voie d'obtenir un résultat peut-être encore plus remarquable, chez une autre malade âgée de soixante-trois ans, fille d'une mère qui est morte d'un cancer récidivé après l'ablation par le bistouri, et elle-même affectée d'un squirrhe du sein droit, avec un léger engorgement des glandes de l'aisselle correspondante, et dont le début remonte à un an.

Après quatre mois et demi de l'usage soutenu (malgré des affections catarrhales et rhumatismales intercurrentes et les rigueurs de l'hiver actuel) de l'eau de mer, je constate (15 février) dans son état une notable amélioration : plus de douleur dans l'épaule droite, ni dans le sein, qu'on peut palper sans exciter la moindre sensibilité ; beaucoup moins de rétraction du mamelon ; diminution dans le volume total du sein, qui était devenu bien plus gros que l'autre ; bien moins de dureté dans l'engorgement, qui tend à se confondre avec le reste du tissu glandulaire ; résolution des glandes de l'aisselle (1).

3° Je ne parlerai d'une troisième malade que parce qu'elle m'a fourni l'occasion de résoudre une question importante au sujet de l'emploi médical de l'eau de mer. Il s'agit d'une dame âgée de cinquante-six ans et portant dans le sein gauche une glande dont l'origine ne remontait qu'à quatorze ou quinze ans, et qui a été opérée en mai 1857 par le bistouri.

Jamais l'opération n'avait été suivie d'une cicatrisation complète, et depuis dix-huit mois la maladie faisait de nouveaux progrès. Mme S... s'est mise, sur ce qu'elle a entendu dire des bons effets obtenus par la dame au paquet cacheté, à l'usage de l'eau de mer, et au bout d'un mois elle s'en trouvait déjà mieux, dans ce sens qu'elle souffrait moins et que la tumeur qui était venue remplacer la glande extirpée, loin d'augmenter, tendait, au contraire, à diminuer. Mais habitant une ville peu éloignée de Marseille, elle m'a consulté pour savoir si les eaux de la Méditerranée valaient (au point de vue de la cure du cancer) celles de l'Océan. M'appuyant sur les analyses qui ont été faites de ces eaux (des premières, par MM. Fauré, Mialhe et Figuier ; des secondes, par MM. Usiglio et Donny, *Dict. gén. des eaux minér.*), j'ai recommandé qu'on continuât l'usage des eaux de la Méditerranée, puisqu'elles sont plus riches en chlorure de sodium et de magnésium, et surtout en bromure de sodium, qui me paraît être un des agents médicamenteux les mieux opposables à cette terrible cachexie.

4° Faut-il considérer maintenant l'eau de mer comme un *spécifique unique*, qu'on puisse opposer toujours, et avec un succès constant, aux affections cancéreuses ? — Toutes les constitutions s'arrangeront-elles de son emploi ? — Et, dans les cas où il faudrait y renoncer, le médecin sera-t-il de nouveau désarmé ?

Les faits suivants répondront péremptoirement à ces trois questions.

5° J'ai en vain combattu à l'aide de l'eau de mer, des poudres iodées, des cataplasmes et des pilules de ciguë (des pilules de ciguë avec le brome préconisé par M. le docteur Boinet ; d'autres pilules avec le même extrait, mais renfermant de l'arséniate d'or, proposé par M. le docteur Massart, médecin à Napoléon-Vendée) ; j'ai en vain, dis-je, opposé ces diverses médications à un squirrhe du sein gauche, qui avait envahi la totalité de l'organe, *sans cependant que le mamelon fût rétracté*, mais qui se compliquait d'un engorgement des glandes du cou, de l'aisselle et d'un œdème douloureux de la totalité du bras. La maladie qui remontait déjà à six ans (la malade avait alors cinquante et un ans et n'était plus réglée) quand je fus consulté (25 mai 1861), n'a pas cessé de faire de tristes progrès, et la femme R..... a succombé dernièrement, en offrant, indépendamment de l'état du sein, cette effrayante forme signalée par M. le professeur Velpeau, et qu'il a désignée sous le nom de *cancer en cuirasse*.

6° J'ai été obligé de renoncer à l'emploi de l'eau de mer chez deux malades, l'une affectée de gastralgie et l'autre d'entéralgie diarrhéique. Mais, chez cette dernière, malgré son âge (soixante-douze ans), l'ancienneté de sa maladie (cinq ans), j'ai déjà obtenu (15 février), à l'aide des poudres iodées, des eaux d'Heilbrunn et des pilules d'extrait de soucis des vignes (*calendula arvensis*), préconisé par les médecins allemands et additionné d'un oxyde d'or ; j'ai déjà obtenu, dis-je, une si notable amélioration que la guérison ne me paraît plus douteuse : diminution du volume du sein malade, qui est moins dur au toucher, et de l'engorgement squirrheux qui occupait son centre ; aussi rétraction du mamelon moins marquée, palpation de l'organe sans exciter la moindre douleur, élancements de plus en plus rares et de moins en moins pénibles, et résolution de l'hypertrophie de la peau et de tout le tissu cellulaire sous-jacent, ainsi que d'une condition semblable qui existait dans le dos, *et qui n'était qu'un trop sûr indice de la généralisation du mal.*

Quant à la première de ces deux malades, soumise à la même médication, quoi qu'elle se trouve aussi dans de meilleures conditions, j'attendrai cependant encore avant d'en entretenir l'Académie.

Agréez, etc.

Le secrétaire annuel, Dr MILON.

(1) Depuis la communication de cette note à la Société, Mme M... a adjoint au traitement général l'emploi topique des poudres iodées (à dater du 8 mars), et on peut dire que c'est merveille comme l'addition de ce traitement local au traitement général a favorisé l'action résolutive de celui-ci. En effet, Mme M... est aujourd'hui (25 avril) dans des conditions si satisfaisantes, qu'on peut la considérer comme radicalement guérie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

En Espagne comme en France, le gouvernement s'occupe du perfectionnement de l'enseignement scientifique. M. le Dr Drumen, professeur de clinique médicale, vient d'être nommé *directeur spécial des cliniques de la Faculté de Madrid*, et chargé, à ce titre, de proposer les réformes qu'il jugera utiles d'introduire dans cette partie de l'instruction publique.

— M. le docteur J. P. Tessier, médecin de l'hôpital des Enfants, vient de succomber à une affection qui l'avait tenu depuis quelque temps éloigné de son service.

— On nous annonce la mort de M. Ludger-Lallemand, médecin en chef du corps expéditionnaire du Mexique.

— MM. les docteurs Paul Meynet et Perroud ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la suite du concours ouvert le 28 avril dernier.

— M. le docteur T. W. Benedict, professeur à l'Université de Breslau, connu par de remarquables travaux, vient de mourir dans cette ville, à l'âge de soixante-dix-sept ans.

— Un comité s'est organisé à Naples pour provoquer la renaissance des congrès scientifiques en Italie. Il s'adresse à tous les corps savants du royaume, et propose de porter le siége du dixième congrès à Bologne, ainsi qu'il avait été convenu lors de la réunion du huitième et avant-dernier congrès. qui eut lieu en 1846. Le refus du gouvernement sous lequel était à ce moment Bologne, empêcha alors, dit le comité de Naples, de réaliser ce projet.

— Les Anglais s'occupent activement de la culture du quinquina dans leurs diverses possessions. Ils en transportent du Pérou dans l'Inde méridionale et à la Jamaïque. Plus de deux mille plants existent déjà à Kiew. Un essai analogue fait à la Trinité n'a pas réussi.

— La Société impériale de médecine de Lyon propose les prix suivants :

Première question. — De la contagion. — Traiter spécialement du rôle qu'elle joue dans la production et dans la propagation des maladies fébriles, éruptives et inflammatoires (pyrexies, exanthèmes, choléra, angines), en étudiant les agents, s'il y en a, et les divers modes de transmission de ces maladies. Insister sur l'examen critique des idées contagionistes au point de vue de la vérité, comme des avantages et des inconvénients qu'elles peuvent avoir dans la pratique médicale et dans l'esprit des populations. — Le prix est de 300 francs.

Deuxième question. — Des maladies contractées par suite de l'habitation dans des maisons nouvellement construites.

En assigner les caractères et les causes directes, en s'appuyant sur des observations.

Préciser à quels signes on reconnaît qu'une maison peut être habitée sans danger après sa construction entièrement achevée.

Rechercher si, dans la législation actuelle, il n'existe pas quelques dispositions réglementaires sur lesquelles l'autorité puisse s'appuyer pour réprimer les abus. A défaut de ces dispositions, formuler celles que prescrit l'hygiène publique. — Le prix est de 300 francs.

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, avant le 15 août 1863, à M. le docteur P. Diday, secrétaire général.

La Société rappelle qu'elle décernera, dans sa séance publique de janvier 1863, un prix de 400 à 300 francs à l'auteur du meilleur mémoire manuscrit (et inédit) qui lui aura été envoyé, avant le 1er décembre 1862, sur un sujet quelconque relatif aux sciences médicales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echeparebord, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles et sur la lèpre, les diathèses, le purpura, les difformités de la peau, etc., professées par le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; rédigées et publiées par le docteur Guérard, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis ; revues et approuvées par le professeur. Un volume in-8°. Prix : 6 fr., *franco* par la poste. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Des climats sous le rapport hygiénique et médical. Guide pratique dans les régions du globe les plus propices à la guérison des maladies chroniques, par le docteur L. Gigot-Suard, médecin consultant aux eaux de Cauterets. —France, Suisse, Italie, Algérie, Egypte, Espagne, Portugal. In-18 jésus, XXI-607 p. avec 1 pl. lith. Prix : 5 fr. Chez J. B. Baillière et fils.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les médicaments topiques, les bandages, les appareils de fractures et des affections articulaires, l'application des bandages herniaires et des pessaires, les pansements des plaies, des hémorrhagies, de la gangrène, des brûlures, des ulcères, la rubéfaction, la vésication, la cautérisation, les poactions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc. 1860, 3e édition, refondue. Un volume grand in-18 de 716 pages, avec 307 figures ; par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux, etc. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 MAI 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a déjà eu à s'occuper plusieurs fois des eaux de Forges, dans le département de Seine-et-Oise, et chaque fois la même question s'est représentée et est restée toujours à peu près aussi indécise, savoir, si les eaux de Forges doivent être considérées ou non comme des eaux minérales, et si elles ont réellement une action dont la thérapeutique puisse tirer un parti utile.

Les chimistes, se fondant sur les résultats négatifs des analyses chimiques, ont à peu près constamment répondu à cette question par la négative; les cliniciens, au contraire, jugeant d'après l'observation des effets obtenus, se sont généralement prononcés pour l'affirmative. A quoi les sceptiques ou les esprits seulement difficiles n'ont pas manqué de répondre à leur tour que rien ne démontrait que les effets obtenus dussent être attribués à une propriété particulière aux eaux, et qu'ils ne fussent tout simplement le fait de l'influence de l'air et du régime nouveau auquel les malades ont été soumis.

« Dans l'état actuel de nos connaissances en hydrologie médicale, disions-nous il y a quelques années à l'occasion d'un premier rapport sur ces eaux, on ne saurait conclure de la composition chimique connue d'une eau à ses propriétés thérapeutiques, ni de l'absence de tout principe minéralisateur appréciable à l'absence de toute action médicatrice »; et nous citions des exemples bien connus qu'il serait superflu de rappeler en ce moment. « Ces exemples, ajoutions-nous, suffiraient pour montrer combien les données chimiques seules seraient insuffisantes et même trompeuses, si on ne les contrôlait et rectifiait au besoin par l'expérience clinique directe; de tous les réactifs des eaux minérales, le meilleur, sans contredit, étant l'organisme humain. »

Ce qui avait été déjà dit plusieurs fois à ce sujet, a été répété hier encore à l'occasion d'un rapport officiel que M. Tardieu était chargé de faire au nom de la commission des eaux minérales, sur l'opportunité de créer un service d'inspection auprès de l'établissement de Forges; c'est pour cela que nous nous sommes permis de répéter aussi ce que nous en avions dit nous-même, rien n'étant changé dans le fond de la question soumise à l'Académie.

Aussi avons-nous cru inutile de reproduire les détails d'une discussion qui se résume en définitive dans ces deux arguments:

L'analyse n'a rien découvert de plus dans les eaux de Forges que les éléments qui sont contenus dans les eaux potables; elles ne sauraient donc être considérées comme eaux minérales. Tel a été, en effet, en substance le langage de MM. Chevallier, Chatin, Boulay et quelques autres.

L'analyse n'a décelé, il est vrai, dans ces eaux aucun principe minéralisateur, a répondu M. le rapporteur, appuyé par plusieurs membres de la commission, notamment MM. Bussy et Gaultier de Claubry; mais l'expérience clinique a démontré les bons effets que l'on obtient de son emploi dans le traitement de la scrofule; c'est là ce qui importe le plus.

Ajoutez le trait de scepticisme obligé lancé par la main de M. Malgaigne, et vous aurez un raccourci suffisant de tout ce qui s'est dit à ce sujet.

Pour nous, sans nous montrer aussi exigeant que les chimistes sur les conditions physiques qui constituent une eau minérale, ou, pour parler plus exactement, une eau *médicinale*, comme l'a dit avec raison M. Bussy; ni aussi sceptique que M. Malgaigne sur les effets thérapeutiques des eaux minérales en général et de l'eau de Forges en particulier, nous nous maintiendrons, à défaut de renseignements plus précis et jusqu'à plus ample informé, dans cette stricte limite du doute, savoir, si l'eau de Forges entre pour quelque part de propriété particulière dans les effets obtenus, ou si ceux-ci ne sont, comme beaucoup de médecins paraissent incliner à le croire, que la résultante de l'ensemble des conditions hygiéniques et des soins dont sont entourés les enfants envoyés à cet établissement. Ce doute, qui peut être émis à propos d'un grand nombre d'autres eaux minérales, subsistera tant qu'on n'aura pas fait sur les lieux mêmes des expériences comparatives avec ou sans l'intervention de l'eau.

M. Bousquet a commencé dans cette séance la lecture d'un rapport sur un point très-important et très-débattu de l'histoire de la vaccine, qui soulèvera très-probablement une discussion.

Nous ne terminerons pas sans signaler la présentation intéressante qu'a faite M. le docteur Ch. Fauvel, et sans adresser nos félicitations au nouveau membre associé que l'Académie a élu. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. TARDIEU.

Atrophie musculaire progressive ou mieux paralysie musculaire progressive.

(Observation lue à la Société médicale d'observation, le 21 février 1862, par M. L. MARTINEAU, interne du service.)

F... (Denis), âgé de quarante-quatre ans, entre le 18 janvier 1861, salle Saint-Vincent de Paul, 31, hôpital Lariboisière (service de M. le professeur Tardieu). Cet homme, dont la santé a toujours été excellente jusqu'à l'époque où a commencé l'affection dont il est atteint aujourd'hui, a pendant longtemps exercé l'état de charron, dans lequel il mettait vivement en jeu sa force musculaire qui, à ce qu'il raconte, était très-développée. Il ne s'est jamais livré cependant au travail outre mesure.

En 1849, il quitte son état et s'établit marchand de vins. Il se trouva dès lors souvent exposé au froid humide des caves, et commit des excès de boisson: il buvait environ 5 à 6 litres de vin par jour.

En 1854 il est pris de douleurs assez vives qui débutent par les malléoles des deux jambes et de là s'irradient dans tous les membres. Ces douleurs le retiennent pendant un mois au lit. Avant cette époque il n'avait jamais eu d'attaque de rhumatisme; il n'y a dans sa famille aucun antécédent de cette diathèse.

En 1855, F..., après la mort de sa femme, se voit obligé de liquider son établissement, et se trouve quelque temps dans la misère. Pour subvenir à ses besoins, il se livre à de rudes travaux manuels, et un jour, après un travail où il s'était fatigué outre mesure, il s'aperçoit que la main droite était devenue très-faible.

Quelques jours plus tard, l'affaiblissement gagne peu à peu tout le membre droit; six mois après le membre gauche est pris aussi, et cette fois il remarque que l'affaiblissement portait principalement sur le pouce. Il serrait les objets avec moins de force; puis de là il s'étendit à l'avant-bras et au bras; mais cette faiblesse n'était pas telle que F... ne pût travailler: seulement il se livrait à des travaux moins rudes.

En 1858, notre malade se remarie, et peut remplir ses devoirs conjugaux pendant les premiers temps; mais les désirs vénériens ne tardèrent pas à diminuer; depuis un mois ils ont complétement cessé; il n'a presque plus d'érections. De son second mariage il n'a pas eu d'enfants.

En 1859, la force diminuant de plus en plus dans les membres, F..., ne pouvant plus se livrer à un travail un peu pénible, se décide à entrer à l'hôpital de la Charité, où il resta 37 jours, sans éprouver aucune amélioration; son état ne fait même qu'empirer, et ses forces diminuent de jour en jour. Bientôt même il ne peut remplir l'état de concierge qu'il a pris en dernier lieu, et au mois d'octobre 1860, après un nouveau séjour de quinze jours à la Charité, il est envoyé à l'asile de Vincennes, où il passe sept semaines; il en sort le 4 décembre de la même année.

Enfin, son état ne s'améliorant pas, il est obligé de quitter sa place de concierge, et entre le 18 janvier à l'hôpital Lariboisière.

Cet homme, d'une stature élevée, d'une constitution aujourd'hui très-affaiblie, se présente à nous dans l'état suivant:

1° *Membre supérieur droit.* — L'éminence thénar a presque complétement disparu; on aperçoit la concavité antérieure du métacarpien du pouce. Le court adducteur du pouce seul persiste et donne de légères contractions sous l'influence d'un fort courant électrique (pile de M. Duchenne). Quant aux autres muscles, l'abducteur, le fléchisseur, il est impossible d'en constater la moindre trace.

L'éminence hypothénar est moins atrophiée; le court fléchisseur seul donne encore des contractions notables; l'opposant a disparu.

Cet amaigrissement des deux éminences de la main a commencé, selon le dire du malade, en même temps que la faiblesse. Aujourd'hui la faiblesse de la main est très-grande. On sent à peine la pression de la main quand on l'engage à vous serrer.

Les muscles interosseux dorsaux ont disparu assez complétement pour que l'on aperçoive bien les métacarpiens et les espaces interosseux qu'ils limitent. Ils donnent encore quelques contractions avec un fort courant induit.

A l'avant-bras les muscles agissent sous l'influence d'une forte électrisation; il en est de même au bras, mais le muscle deltoïde est notablement atrophié; l'épaule est affaissée.

Dans le membre supérieur gauche, les muscles des deux éminences thénar et hypothénar sont un peu moins atrophiés que ceux du côté droit; aussi sont-ils assez contractiles.

Le bras et l'avant-bras présentent le développement normal; les muscles sont fort et épais.

Les muscles pectoraux, suivant le dire du malade, ont diminué de volume; mais leur contraction volontaire ou électrique est assez bien conservée.

Les muscles des gouttières vertébrales sont développés et bien conservés; il en est de même du grand dorsal et du grand dentelé.

Aux membres inférieurs, les muscles se sont très-atrophiés, surtout ceux qui forment le mollet; ils sont flasques et mous; ils jouissent encore néanmoins de la contractilité volontaire et électrique.

Aux pieds, les muscles ne présentent aucune altération.

Les contractions fibrillaires, recherchées avec soin dans toutes les parties atrophiées, sont bien manifestes, surtout aux cuisses et au bras; aux jambes et aux avant-bras, elles se font attendre un moment. On les obtient facilement soit en comprimant les membres, soit en passant légèrement l'ongle sur la peau.

La sensibilité soit générale, soit spéciale, est bien conservée. Le malade sent très-bien quand on le touche, quand on le pique ou quand on applique sur la peau un corps chaud ou froid.

Depuis le commencement de sa maladie, F... ressent dans les membres inférieurs des contractions subites, des soubresauts qui le réveillent parfois la nuit; mais il n'éprouve ni crampes ni fourmillements. Les membres inférieurs sont devenus depuis quelque temps si faibles, qu'il est incapable de supporter le moindre fardeau. Souvent sa démarche est semblable à celle d'un homme ivre, il fait parfois des faux pas, mais il ne tombe pas; il a parfaitement conscience de la nature du sol sur lequel il marche; ce sont ses jambes qui fléchissent sous lui et deviennent incapables de le porter. Parfois, dans ce moment, il ressent des douleurs dans les membres, douleurs qu'il compare aux commotions électriques, et c'est principalement pendant ces douleurs que la marche devient impossible; leur siége n'est pas franc; elles se montrent dans tout le membre, sans localisation précise. Enfin elles ne se manifestent pas tous les jours. Il y en a même où une longue marche ne produit aucune fatigue; d'autres fois, au contraire, il ne peut traverser une chambre. Jamais il ne ressent de douleurs dans la colonne vertébrale.

Les muscles du pharynx, de la langue et du larynx ne paraissent pas atrophiés; cependant il éprouve de la peine à manger sans boire beaucoup. Les digestions d'ailleurs s'exécutent bien, ainsi que les fonctions urinaires et fécales. Pourtant il urine difficilement, peu à la fois, et rarement dans l'intervalle des selles; il est obligé de faire de grands efforts; enfin, il se plaint parfois de perdre quelques gouttes d'urine en se levant et en marchant. Son urine ne contient d'ailleurs aucun principe anormal.

Les organes internes sont dans un état d'intégrité parfaite.

Le traitement consiste dans des toniques: quinquina et bordeaux, deux portions; trois bains sulfureux par semaine, électrisation tous les jours de presque tous les muscles.

Sous l'influence de ce traitement, le malade paraît éprouver un peu de soulagement; les forces reviennent un peu; les douleurs sont moins fréquentes; la marche est plus assurée. Malheureusement, le malade est obligé de quitter le service pour des affaires qui l'appellent en province. Il sort de l'hôpital le 1er mars 1861.

Cette observation nous montre un exemple de paralysie musculaire progressive; d'atrophie musculaire progressive avec dégénérescence graisseuse des muscles, suivant que l'on prendra en considération les théories proposées par M. le professeur Cruveilhier, par Aran ou par M. Duchenne (de Boulogne). Nous verrons tout à l'heure à quelle opinion notre observation peut être rapportée.

Nous devons nous demander d'abord si nous avons bien eu affaire à une atrophie musculaire progressive?

Le début par des douleurs rhumatismales, par un travail exagéré; l'apparition de l'affaiblissement musculaire, puis de l'atrophie par les muscles de l'éminence thénar; de là ces deux symptômes se déclarant dans les muscles de l'avant-bras, du bras, gagnant bientôt la main gauche, et débutant de même ici par les éminences thénar et hypothénar; l'extension de la maladie aux membres inférieurs; l'excitabilité musculaire conservée dans les points, dans les muscles où il existe encore quelques fibres musculaires; les contractions fibrillaires bien caractérisées dans les muscles atrophiés ou en train de le devenir, et que nous avons vues se réveiller à l'occasion de la moindre fatigue musculaire, par le plus léger attouchement, la plus légère compression de la partie malade; les soubresauts des tendons; les douleurs qui, lorsqu'elles existent, rendent la marche difficile et même impossible, ne sont-ce pas là les carac-

tères principaux de l'affection décrite depuis quelques années sous le nom d'atrophie musculaire progressive ?

La cause de l'atrophie chez F... est la même que celle que nous trouvons dans toutes les observations, c'est-à-dire le rhumatisme, un travail exagéré. Ces deux causes principales ont été pendant longtemps les seules connues. Dans ces derniers temps, M. le docteur Gubler a publié dans la *Gazette médicale* un travail qui prouve que l'atrophie progressive peut survenir à la suite des maladies aiguës et fébriles, pendant la convalescence de ces dernières; on trouve de même dans ce travail des observations où l'atrophie est survenue à la suite de la fièvre typhoïde, du choléra, de l'érysipèle.

Dans ces cas, lorsque l'atrophie survient à la suite des maladies aiguës, sa marche est beaucoup plus rapide, et sa terminaison paraît être le plus souvent la guérison. Il résulte de là que l'on peut, je crois, aujourd'hui décrire une atrophie aiguë et une atrophie chronique. La première survenant dans la convalescence des maladies fébriles, accomplissant avec rapidité ses périodes et pouvant se terminer par la guérison; quand la guérison n'a pas lieu, la maladie passe à l'état chronique : c'est ce que l'on voit principalement à la suite de la fièvre typhoïde, du choléra, de l'érysipèle. Dans ces cas, on peut rapporter, comme dans l'atrophie primitivement chronique, la cause à une exagération des contractions musculaires. En effet, pendant la convalescence des longues maladies, on a vu les membres qui étaient les plus exercés par les malades subir l'atrophie, ce qui viendrait à l'appui de l'opinion d'Aran, qui donnait comme cause principale de l'atrophie chronique l'exagération de la force musculaire.

L'atrophie primitivement chronique ne guérit jamais; sa marche est fatale; elle s'empare successivement de tous les muscles du corps; ainsi elle gagne peu à peu les muscles du pharynx, du larynx, et l'on voit les malades, ne pouvant plus avaler les liquides aussi bien que les solides, tomber dans le marasme et mourir d'inanition. D'autres fois les muscles respiratoires sont atrophiés, et les malades meurent par asphyxie : nous avons vu que chez notre malade il y avait déjà une gêne assez considérable de la déglutition.

La différence de terminaison dans le cas d'atrophie aiguë et dans le cas d'atrophie chronique trouve sa raison d'être dans l'état anatomique du muscle atrophié. En effet, dans le premier cas, il n'y a pas substitution de la fibre musculaire ou dégénérescence du muscle, il y a simplement perte de la masse du muscle, c'est-à-dire diminution simultanée du volume et du nombre des fibres musculaires, mais celles-ci persistent toujours; dans le second cas, au contraire, il y aurait disparition complète de la fibre musculaire; celle-ci serait remplacée par du tissu graisseux; en outre, il y aurait une perversion marquée dans la nutrition de la fibre musculaire; de même il y aurait une grande différence dans le mode de production ou plutôt dans la nature des deux états; nous nous occuperons de cette question plus tard.

Avec quelles maladies pourrait-on confondre l'atrophie musculaire progressive? Avec deux principalement; je veux parler des paralysies que l'on considère comme essentielles, surtout la paralysie saturnine, qui, quoique grave et loin d'être essentielle, serait de l'ordre des paralysies réflexes; mais nous n'avons pas besoin ici d'aborder cette question si intéressante. Outre les paralysies essentielles ou même rhumatismales, on pourrait la confondre avec l'ataxie locomotrice. Dans les paralysies, on voit celles-ci bornées ordinairement aux membres; il y a réellement paralysie; dans les premiers moments, les muscles atteints, quoique ayant conservé leur volume, ne peuvent faire aucun mouvement, exercer aucune contraction, à moins pourtant qu'ils n'exécutent ce que l'on a désigné sous le nom de mouvement réflexe; mais dans ce cas il faut une excitation quelconque. En outre, il y a perte de l'excitabilité musculaire; dans l'atrophie progressive, au contraire, l'affection débute généralement par les extrémités, par certains muscles privilégiés, les muscles des éminences thénar et hypothénar; s'étend de là au tronc, gagne même les muscles des organes internes, tels que le pharynx et le larynx; en outre, les muscles conservent leur contractilité volontaire ou électrique tant que la fibre musculaire persiste; il n'y a pas paralysie, mais affaiblissement graduel de la motilité en rapport avec la destruction progressive de la fibre musculaire.

Dans les cas d'atrophie liés à des paralysies, il y a lésion primitive du système nerveux, puis paralysie. L'atrophie ne survient dans ce cas que par suite de l'inaction des muscles, inaction longtemps prolongée, en même temps qu'il y a lésion de nutrition, ainsi que cela ressort de toutes les expériences des anatomo-physiologistes. Il en est de même des cas où l'atrophie survient à la suite d'une longue inactivité d'un ou de plusieurs muscles, ainsi que l'on en trouve des exemples à la suite de torticolis, du diabète; mais dans tous ces cas l'atrophie consiste en une émaciation du muscle, en une diminution de son volume; le tissu musculaire, la fibre même disparaissent, et l'on trouve alors seulement le tissu fibreux, l'enveloppe des fibres musculaires; tandis que dans l'atrophie que nous étudions il y a non-seulement diminution de volume, mais encore dégénérescence graisseuse. A la place des muscles atrophiés, l'on trouve du tissu adipeux en grande abondance. Ces deux affections sont donc très-différentes : dans le premier cas, il y a une atrophie pour ainsi dire passive, si j'ose m'exprimer ainsi, survenant par suite d'inactivité musculaire et du défaut de nutrition; tandis que dans le second cas l'atrophie serait active, survenant par suite d'une activité musculaire exagérée et d'un surcroît de nutrition.

L'atrophie diffère de l'ataxie locomotrice en ce que dans la première il y a uniquement diminution de la force motrice; on observe une régularité et une précision des mouvements, lesquels persistent toujours à un certain degré, puisque les muscles n'ont jamais disparu en totalité. Seulement ils s'affaiblissent à mesure que l'affection fait des progrès, et l'on voit alors le malade s'aider du membre sain pour faire exécuter au membre malade les mouvements qu'il est obligé de faire; toujours les malades conservent la conscience de ce qu'ils font, ainsi que nous l'avons vu chez le sujet de notre observation. Dans l'ataxie, il y a une certaine irrégularité des mouvements volontaires; il y a perte de conscience musculaire; en outre, les muscles conservent longtemps leur volume; ce n'est qu'à la longue qu'on peut les trouver atrophiés. Enfin, le début n'est pas le même; je crois qu'il est inutile d'insister plus longtemps là-dessus, et que de tout ce que je viens de dire, il ressort bien clairement que notre malade était atteint d'une atrophie musculaire progressive.

J'ai donné pour titre à mon observation : *Atrophie musculaire progressive*, ou mieux, ai-je dit, *Paralysie musculaire progressive*. En effet, on doit se demander aujourd'hui, en présence de tous les travaux qui ont été faits sur cette question, s'il faut continuer de faire de l'atrophie musculaire une affection propre, une maladie proprement dite, ou bien s'il ne faut pas la regarder comme un symptôme d'une affection de la moelle. Les maladies de la moelle sont encore peu connues, il est vrai, mais je crois qu'à l'époque où nous sommes, l'anatomie pathologique faisant des progrès de jour en jour, aidée qu'elle est par le microscope, pourra aider à donner une meilleure classification des maladies, et que les affections qui avaient été regardées comme étant jusqu'alors essentielles, pourront être rangées parmi les affections symptomatiques de telle ou telle lésion; c'est ainsi que l'ataxie locomotrice, qui a été considérée et est encore considérée par quelques auteurs comme une affection essentielle, tend aujourd'hui à n'être plus regardée que comme un symptôme d'une affection de la moelle. Je crois que l'atrophie progressive est dans le même cas, et que notre observation vient ajouter une preuve de plus à l'opinion qui a été émise depuis longtemps par M. le professeur Cruveilher. Malheureusement elle ne peut éclairer cette opinion que cliniquement, puisqu'il ne nous a pas été donné d'en rechercher la preuve anatomique. Aujourd'hui donc deux opinions sont en présence : celle de Aran et de M. Duchenne (de Boulogne), celle de MM. Cruveilhier et Thouvenet pour l'atrophie chronique; celle de M. Gubler pour l'atrophie aiguë.

Pour M. Duchenne, l'atrophie est non-seulement le phénomène initial, mais même le fait essentiel, unique de la maladie. Elle consiste en une altération spéciale et primitive du muscle, altération qui porte principalement sur la nutrition de la fibre musculaire, laquelle s'atrophie, se détruit sur place, et subit comme dernière évolution la transformation graisseuse. Pour lui, il n'y a aucune période de la maladie qui rappelle la paralysie et qui explique une lésion ou une altération fonctionnelle appréciable des centres ou des cordons nerveux.

Le muscle devient impuissant, puisqu'il cesse d'être. La contraction s'affaiblit à mesure que l'atrophie se fait; c'est pourquoi il exclut le mot de paralysie, pour dire atrophie graisseuse. De même, Aran rejette le mot paralysie, parce que c'est assimiler cette maladie aux paralysies, et que pour lui elle en diffère du tout au tout.

M. le professeur Cruveilhier, et M. Thouvenet dans sa thèse, se fondant sur l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux se rendant aux muscles atrophiés, considèrent la lésion nerveuse sinon comme primitive, initiale, du moins comme contemporaine et inséparable de la lésion musculaire.

MM. J. Guérin et Parchappe partagent cette opinion. Notre collègue M. Luys, dans la *Gazette médicale* de 1860, a décrit les lésions de la substance grise de la moelle épinière dans l'atrophie progressive.

M. Gubler, dans son dernier travail intitulé *De la paralysie amyotrophique consécutive aux maladies aiguës*, n'est pas de l'avis d'Aran pour rejeter le mot de paralysie.

En effet, prenant pour caractère générique des paralysies, l'*inertie*, il range cette affection parmi les paralysies. Mais, loin d'en faire une lésion de la moelle, il en fait une lésion du système musculaire, qui a pour lui la même valeur que celle des conducteurs nerveux et des organes où siége la volonté.

Cette lésion consiste en une altération de nutrition du système musculaire, altération qui n'occasionne qu'une simple diminution de volume, si ce n'est de nombre, des fibres contractiles, dans l'état aigu au moins.

M. Gubler ayant vu cette lésion survenir, les urines de son malade contenant énormément d'albumine, se demande si cette déperdition incessante de cet élément plastique par excellence ne suffit pas pour expliquer l'absence de réparation du système musculaire pendant la convalescence.

D'un côté, n'étant pas restaurés; d'un autre côté, soumis à un mouvement continuel de décomposition, les muscles doivent aboutir fatalement à l'atrophie. Seulement, ici il se trouve en présence de deux hypothèses : ou bien les reins, sécrétant des proportions anormales et excessives d'albumine, privent par là de cette matière plastique les organes qu'elle doit réparer, et dès lors l'albuminurie serait cause de l'atrophie; ou bien les muscles, obéissant à un mouvement exagéré de nutrition, versent dans le torrent circulatoire des flots d'albumine provenant de leur propre dissolution, et cette albumine en excès est rejetée au dehors par l'appareil rénal. A ce point de vue, l'albuminurie ne serait qu'une expression de la colliquation musculaire; elle ne serait plus qu'une conséquence et pas le phénomène primordial.

Je n'ai pas à m'expliquer ici sur la valeur de cette théorie, l'observation qu'on vient d'entendre ne se rattachant par aucun point aux observations qui ont servi de base à ce travail. En effet, chez notre malade, il n'y a jamais eu à aucune époque d'albumine dans les urines; en outre, l'atrophie a été chronique d'emblée, elle n'a pas succédé à une maladie fébrile ou à une maladie aiguë. Notre observation, au contraire, se rattache, je crois, à l'opinion de M. le professeur Cruveilhier, surtout si l'on insiste plus particulièrement sur la valeur que présentent certains symptômes. En effet, chez notre malade, la démarche offre parfois quelque chose d'insolite. La marche est difficile, impossible même; il ne peut faire un pas sans tomber. D'autres fois, il a la démarche d'un homme ivre : il trébuche à chaque pas; il est obligé, dans ces moments, de se servir d'une canne pour ne pas tomber; mais il a toujours conscience de ce qu'il fait. Il éprouve souvent des contractions douloureuses, subites dans les membres, des soubresauts. C'est principalement dans ces moments que la marche devient difficile. En outre, l'urine sort depuis quelque temps avec difficulté; le malade est souvent sujet à une constipation opiniâtre. Les fonctions génésiques sont aujourd'hui complétement perdues. Par contre, la sensibilité générale et tactile est parfaitement conservée.

La présence de ces symptômes suffit, je crois, pour nous faire penser à une affection de la moelle; je pense même qu'on peut localiser cette affection dans les faisceaux antéro-latéraux, dans les racines antérieures, ainsi que dans les filets nerveux qui se rendent aux muscles affectés.

Quant à la nature de cette affection, il ne nous est pas possible de la décrire, puisqu'un contrôle absolu, celui de l'autopsie, nous fait complétement défaut. Ce n'est donc que par analogie avec les travaux qui ont été faits jusqu'à présent sur ce sujet, que nous admettrons la possibilité d'une atrophie des parties de la moelle affectée.

De ce que je viens de dire, je pense donc que cette observation vient à l'appui de l'opinion professée par M. Cruveilhier, et que le titre de paralysie musculaire atrophique lui convient mieux que celui d'atrophie musculaire.

DE LA RÉSECTION DU COUDE.

M. Trélat a donné lecture à la Société de chirurgie, dans les séances du 30 avril et du 7 mai, d'un rapport sur l'observation de M. Lala que nous avons publiée dans notre dernier numéro (1). L'étendue du rapport de M. Trélat ne nous permet pas de le publier complétement; nous en extrayons les passages les plus importants.

La résection du coude est une des opérations graves qui menacent le moins l'existence. Cette croyance est générale parmi les chirurgiens; elle est si profonde chez nos confrères d'Allemagne et d'Angleterre que quelques-uns d'entre eux (2) ne craignent pas de réséquer l'article dans des cas où la vie n'est nullement en péril, mais où le membre est fixé dans une position vicieuse. Nous retrouverons, du reste, ce point particulier dans l'examen des indications.

Je pourrais donc prendre acte de l'opinion générale et passer outre, mais la vérité ne perd jamais à être affirmée de nouveau, surtout à l'aide d'un complément de preuves. En 1843, M. Thore, dans une fort bonne thèse sur la résection du coude (3), avait réuni 102 cas de cette opération, dont 88 pour des caries ou nécroses et 14 pour des blessures. Les 88 cas de résection pathologique donnaient 20 morts ou 22,7 0/0. A la même époque, M. Malgaigne indiquait un chiffre de 39,3 0/0 pour la mortalité à la suite des amputations pathologiques du bras. De mon côté, j'ai trouvé que, dans ces dix dernières années, on a fait dans les hôpitaux de Paris 21 résections du coude donnant 7 morts ou 33,3 0/0, et 54 amputations pathologiques du bras, suivies de 17 morts ou 31,4 0/0, c'est-à-dire 1 mort sur 3 opérés pour la résection et 1 mort sur 3,1 pour l'amputation, différence si minime qu'on peut n'en faire aucun compte.

Les résultats sont bien plus beaux pour les résections traumatiques. Sur les 14 cas de M. Thore, il y a deux opérés dont le sort est inconnu, tenons-les pour morts; M. Esmarch nous a donné la relation de 40 résections pour coups de feu, faites par différents chirurgiens pendant la guerre du Schleswig-Holstein, il y eut 6 morts. En Crimée, M. Mac-Leod perdit 2 opérés sur 17. En tout 71 résections traumatiques donnant 10 morts ou 14 0/0 ou encore 1 mort sur 7,1 opérés.

En conséquence, la résection du coude pour les cas pathologiques donne des résultats au moins aussi heureux que l'amputation pratiquée dans les mêmes circonstances, et il reste toujours l'inappréciable avantage d'avoir conservé une portion utile du membre. Pour les traumatismes, la comparaison est encore bien plus favorable à la résection, à ce point qu'à l'avenir je ne comprendrais plus la moindre hésitation de la part des chirurgiens; d'un côté 1 mort sur plus de 7 opérés; de l'autre, 1 mort sur moins de 2 opérés. Il est juste cependant de reconnaître que bon nombre de traumatismes, écrasements, contusions graves, etc., ne sont en aucune sorte justiciables de la résection, et que par conséquent on n'a pas toujours le choix entre les deux méthodes.

N'êtes-vous pas frappés, Messieurs, de cette singulière différence à l'avantage des résections pour cause traumatique? S'il est un fait bien établi, c'est assurément la bénignité relative des amputations pathologiques; comment donc se fait-il que la résection du coude, qui jusqu'à un certain point peut être rapprochée d'une amputation, échappe si complétement à cette loi? Si je ne me trompe, les recher-

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux*, page 231, 1862.
(2) Voir la *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 50.
(3) Thore, thèse inaugurale, 1843, n° 66.

ches statistiques que j'ai faites récemment sur les amputations m'ont donné la clef de ce fait en apparence anormal. J'ai constaté que la différence de mortalité pour les deux catégories d'amputation est d'autant plus grande que l'opération elle-même est plus importante. Ainsi, tandis que cette différence est de 21,5 0/0 pour la cuisse, elle descend à 18,1 0/0 pour la jambe, et, chiffre bien misérable, à 6,4 0/0 pour le pied. Au membre supérieur, les amputations pathologiques gardent leur avantage pour le bras, avantage qui se traduit par le chiffre de 21,3 0/0 ; mais elles le perdent notablement à l'avant-bras, et d'une façon plus accusée pour la désarticulation du poignet.

Pour ces deux dernières opérations, les cas traumatiques l'emportent de 13,2 0/0 et de 23,4 0/0. La différence est donc d'autant moins sensible que la mortalité de l'opération est moindre, et quand cette mortalité est descendue au-dessous d'une certaine limite, on a une différence négative, ou, ce qui revient au même, un avantage pour les amputations traumatiques.

Or, qu'est-ce qu'une amputation traumatique? sinon l'opération qui ressemble le mieux à celle qu'on pratiquerait sur un individu en pleine santé; sinon l'opération réduite à elle-même et dépouillée de toutes les complications qu'apportent la maladie antérieure, l'affaiblissement général? Aussi quand pour une amputation déterminée, je vois les cas traumatiques donner des résultats notablement supérieurs aux cas pathologiques, je n'hésite pas à conclure que l'opération en elle-même est relativement peu grave.

Si la prudence ne commandait d'être réservé en comparant entre elles des opérations qui diffèrent sous bien des rapports, nous pourrions appliquer les faits et les déductions précédentes à la résection du coude, et en conclure qu'en elle-même et en dehors de toute indication, c'est l'une des opérations graves de la chirurgie dont le pronostic est le plus favorable.

La formation d'une pseudarthrose mobile et libre est le but définitif de la résection du coude; son avantage le plus précieux pour les opérés. Quand même cette mobilité serait purement passive, quand les mouvements volontaires feraient complétement défaut, l'avant-bras, pouvant être porté artificiellement dans la flexion pour retomber de lui-même dans l'extension, rendrait encore plus de services que s'il était fixé invariablement par une soudure osseuse. Le malade de M. Michaux est dans ce cas, et il peut s'habiller, faire des ouvrages de ménage, ramasser du fumier, porter des seaux d'eau et conduire une brouette chargée de 500 livres. Si défectueux qu'il soit, l'instrument dont on peut faire un pareil usage est encore bien précieux.

A quoi peut tenir cette paralysie de l'avant-bras? Il faut de suite mettre hors de cause la section des nerfs, qui ne peut retentir que sur les muscles moteurs de la main et non sur les fléchisseurs de l'avant-bras. M. Michaux pense que chez son opéré cet inconvénient provenait de la destruction des attaches inférieures du biceps et du brachial antérieur. Je ne puis partager cette opinion, car M. Lala s'exprime ainsi dans son observation : On aurait pu craindre que la section des tendons du biceps et du brachial antérieur ne diminuât considérablement la force du membre; il n'en est rien, tant la nature est ingénieuse à réparer les pertes éprouvées. Il me semble plus probable que cette paralysie doit être attribuée à l'atrophie musculaire, qui est si fréquente et parfois si accusée dans les tumeurs blanches des membres. Il faut bien reconnaître, dit M. Verneuil, que cette extrême atrophie est un obstacle au rétablissement prompt des mouvements. On vient de voir qu'elle peut être un obstacle absolu.

Quand on pratique la résection pour une maladie chronique des os, on obtient, dans la grande majorité des cas, une fausse articulation mobile lorsque les trois os ont été enlevés; mais cet heureux résultat est loin d'être aussi constant dans les résections incomplètes, et surtout dans les résections pour causes traumatiques. Ainsi je vois que sur les quarante opérés dont Esmarch a rapporté l'histoire, treize eurent une ankylose plus ou moins complète, neuf jouissaient d'une mobilité notable et huit seulement pouvaient exécuter des mouvements étendus. Cette proportion de treize ankyloses vraies ou fausses, mais en somme rigides, est considérable sur un total de quarante cas, et on conçoit que des chirurgiens comme Langenbeck, Stromeyer et Esmarch se soient demandé et aient recherché avec sollicitude à quoi on peut attribuer cette fréquence de l'ankylose à la suite des résections traumatiques. En pareil cas, la résection est souvent partielle; on n'enlève que l'os brisé ou broyé. Serait-ce la cause de l'ankylose? La conservation des surfaces articulaires de l'un ou de l'autre côté aurait-elle constamment ce résultat? Serait-ce plutôt le rapprochement des os après l'opération qui aurait cette fâcheuse conséquence, comme le pense Esmarch? ou bien vaut-il mieux, avec Stromeyer, subordonner le résultat à la nature du traitement consécutif institué par le chirurgien?

Sans doute l'opinion de Stromeyer serait la plus avantageuse pour la pratique, puisqu'elle nous rendrait maîtres du succès. Mais est-il bien certain que sur les quarante résections faites pendant la guerre du Schleswig les soins consécutifs aient été assez mal administrés pour donner seulement huit succès complets? Ce serait bien du malheur ou bien de l'impéritie. Il me semble plus rationnel d'admettre que chacune des causes signalées plus haut peut, suivant les circonstances, jouer son rôle. Et d'ailleurs une remarque me frappe. Au lieu de comparer entre elles les résections traumatiques si variables d'étendue et de complication, ne ferait-on pas mieux de les comparer d'abord à la même opération dans les cas pathologiques? Dans ces cas, la cavité articulaire est depuis longtemps ouverte et baignée de pus, les cartilages détruits, la synoviale érodée, le périoste souvent décollé plus ou moins haut, par conséquent malade. Rien de pareil dans les traumatismes; il y a le dégât de la blessure; mais au moment où on opère, l'opération étant le plus souvent immédiate, aucun désordre de nature inflammatoire. Sans faire nulle violence à la raison, on peut penser que dans le premier cas le périoste et la synoviale, altérés ou détruits, sont par bonheur impuissants à reconstituer un véritable cal, une ankylose, tandis que dans le second ils conservent encore cette faculté intempestive.

C'est du reste avec réserve que je propose cette explication. Je la donne comme vraisemblable, non comme démontrée. La question vaut cependant la peine d'être résolue. En effet, si pendant l'opération, suivant sa nature ou pendant le cours du traitement, on pouvait prévoir la possibilité, la probabilité d'une ankylose, une indication nouvelle et bien importante surgirait aussitôt. On a coutume après la résection de placer le membre dans une légère flexion, 120 à 140 degrés environ, position facile pour le malade et commode pour le chirurgien. Il n'y a rien à dire si l'avant-bras recouvre ses mouvements; mais si, au contraire, il doit en être privé, on a obtenu un résultat déplorable : la main ne peut être portée ni sur la tête ni vers la bouche; elle est presque inutile. Il aurait fallu obtenir l'ankylose sous un angle beaucoup moins ouvert. D'où l'indication urgente, quand on craint la roideur, d'exagérer immédiatement la flexion de l'avant-bras sur le bras.

Voilà donc, Messieurs, une opération qui, de quelque façon qu'on l'envisage, donne d'excellents résultats, une de celles où notre art approche le plus de la perfection. Détruire à coup sûr la maladie, n'exposer l'opéré qu'à de faibles chances de mort, ne lui faire subir que le sacrifice rigoureusement nécessaire, c'est atteindre aussi complétement que possible le but de toute exérèse. Et cependant, bien qu'en principe l'opération soit acceptée de tous les chirurgiens, elle n'est pas commune. M. Lala, exagérant la vérité, s'exprime ainsi : La résection du coude n'a été jusqu'ici qu'une opération de luxe qu'on n'a pratiquée que dans de rares circonstances. Je n'approuve pas l'expression, qui n'est pas juste, mais je ne puis m'empêcher de reconnaître que, pour notre pays au moins, le fait est probablement vrai.

C'est sans doute parce que les chirurgiens se laissent guider par une mauvaise entente des indications. Si parfois ils opèrent trop facilement des phthisiques qui ne pourront suffire à la guérison, ou des scrofuleux dont la lésion mal limitée se refuse à une opération circonscrite, ils reculent souvent dans des circonstances où la résection est très-nettement indiquée.

C'est à tort que l'on soumet à l'amputation des individus amaigris et affaiblis, sous prétexte qu'ils ne pourront supporter la résection. J'ai prouvé que cette opération est, sous tous les rapports, moins grave que l'amputation du bras. Il est donc évident que lorsqu'on a le choix, la résection est préférable.

Dans d'autres cas, on craint de ne pouvoir enlever la totalité des lésions, on redoute une résection trop étendue. Il est intéressant de rechercher jusqu'où on peut aller.

Les observations nous enseignent qu'on ne saurait indiquer aucune limite anatomique, c'est-à-dire qu'on ne peut regarder comme un précepte de s'arrêter toujours à une insertion musculaire ou à tout autre point fixe. Non, ce n'est pas parce qu'on aura coupé les insertions du brachial antérieur ou du biceps, que l'opération échouera; nous avons déjà vu que notre confrère M. Lala avait été entraîné à faire ce sacrifice sans inconvénients pour son malade. Mais, en revanche, un échec est plus que probable à la suite d'une résection peu étendue, si on n'a pas complétement dépassé les limites de l'altération pathologique.

Ce but est atteint dans la grande majorité des cas en enlevant de 4 à 8 centimètres d'os, moitié pour le bras, moitié pour l'avant-bras. On peut aller beaucoup plus loin; ainsi, M. Verneuil a réséqué 8 centimètres d'humérus et 3 centimètres de cubitus et de radius; M. Michaux, 7 centimètres d'humérus, 7 centimètres de radius et 25 millimètres de cubitus; M. Lala, 8 centimètres d'humérus et 6 centimètres des deux os de l'avant-bras. Ces trois opérés sont guéris. On peut donc, sans rien compromettre, enlever 14 à 15 centimètres d'os; il paraît probable que la résection peut être portée plus loin de l'articulation sur l'humérus que sur les deux os de l'avant-bras, qui, croisés par des vaisseaux et des nerfs importants et recevant des insertions musculaires variées, se prêtent moins bien à une dénudation étendue.

De l'examen que je viens de faire, il résulte : qu'on ne doit pas opérer les malades atteints d'une affection diathésique non guérie ou non enrayée ;

Que la résection du coude doit toujours être préférée à l'amputation du bras, si la lésion est limitée, quel que soit le degré d'affaiblissement du malade;

Que la résection ne sera utilement praticable que si les désordres pathologiques n'occupent pas plus de 12 à 14 centimètres d'étendue, limites qui ouvrent un vaste champ à nos moyens d'action.

Cette dernière conclusion s'applique également aux cas traumatiques et aux cas pathologiques.

Quoiqu'elle ait donné de nombreux succès et qu'elle soit encore pratiquée par quelques chirurgiens distingués, l'opération primitive de Moreau est à peu près universellement abandonnée. Dès que les résections furent devenues plus communes et que celle du coude en particulier eût été reconnue très-accessible à toute main un peu exercée, on ne tarda pas à constater que le procédé de Moreau laissait une plaie énorme, béante, mal disposée pour la réunion, et par suite très-lente à guérir. On chercha donc à restreindre autant que possible le dégât opératoire en diminuant l'étendue des incisions extérieures, et bientôt apparurent presque en même temps les procédés de Roux, de Liston, de Jæger.

Tous les trois ont ce caractère commun de ne nécessiter que deux incisions en forme de ⊢ renversé; mais tandis que Liston et Jæger ont surtout pour but de ménager sûrement le nerf cubital en le recherchant d'abord, Roux, plus préoccupé de la facilité du pansement, porte au côté externe de l'article l'incision verticale que les deux chirurgiens étrangers faisaient au long du nerf cubital. Ce fut là une amélioration remarquable adoptée rapidement par les chirurgiens contemporains. A l'étranger, les procédés de Jæger et de Liston, qui sont presque identiques, prévalurent, comme on peut le voir par le récit médical de la guerre du Schleswig (1), tandis qu'en France Roux eut de nombreux imitateurs. Aussi est-il de toute justice de conserver son nom à ce procédé opératoire, et doit-on s'étonner de voir M. Malgaigne décrire comme appartenant à M. Nélaton un procédé qui est manifestement celui de Roux.

Mais déjà ce besoin de progrès qui nous pousse sans cesse et nous fait parfois saisir l'ombre pour la proie, portait quelques chirurgiens à enchérir encore dans cette voie des incisions restreintes. M. Maisonneuve (2), après avoir obtenu des succès par le procédé de Liston, en y ajoutant la section préalable de l'olécrâne, l'abandonnait pour le procédé de Parck à une seule incision postérieure; M. Chassaignac (3) exécutait un procédé dont il a donné la description dans le premier volume des *Mémoires de la Société de chirurgie*. Ce procédé n'a pas obtenu l'assentiment des membres de la Société; on lui reprochait de donner une plaie mal disposée pour l'écoulement du pus, et bien que cela ne constitue pas un défaut majeur, c'est au moins un inconvénient réel. Une commission composée de Vidal (de Cassis), MM. Laugier et Robert, observait « que ce procédé nécessite une très-longue incision, ce dont il faut déjà tenir compte; mais le fait dont elle a été surtout préoccupée, c'est que le nerf cubital se trouve dans la partie la plus profonde de la plaie, et que lorsqu'on agit sur des tissus déformés, tuméfiés, indurés, l'isolement de ce nerf doit être difficile et peu sûr. » Enfin, disait Lenoir, voici une objection plus sérieuse encore : ce procédé ne permet pas d'apprécier à temps les altérations des extrémités articulaires avant de les réséquer; tandis, et tous les chirurgiens le savent, qu'il importe de mettre à nu les surfaces osseuses préalablement à leur ablation, afin de constater d'abord jusqu'à quel point et dans quelle étendue elles sont malades. Et M. Chassaignac reconnaissait la justesse de l'objection et l'inconvénient de cette division des os avant leur examen suffisant.

Qu'ajouterai-je à ces critiques, à la dernière surtout, qui signale non une imperfection légère, mais un véritable vice de méthode en vertu duquel on manque le but nécessaire de toute résection articulaire? Ce but ne sera atteint que si on est sûr d'enlever tout ce qui est altéré.

Il me semble donc qu'on peut ainsi poser les conditions d'une résection bien conduite : ménager autant que possible les parties molles sans gêner les manœuvres opératoires, et en obtenant la disposition la plus favorable aux pansements et à la réunion ; reconnaître avec certitude l'étendue des lésions ; être assuré, au moment où on applique la scie, de dépasser la limite des altérations.

Pour satisfaire à ce programme, j'enseignai à l'École pratique un procédé dont je me croyais l'auteur, mais que j'ai reconnu depuis être celui de M. Thore pour les incisions cutanées, et celui de Liston pour le reste de l'opération. Je perds ainsi mes droits d'inventeur, mais je les troque avec avantage contre une sanction clinique nombre de fois répétée. Voici l'indication sommaire de ce procédé : incision verticale juste sur le milieu de la face postérieure du coude; elle pénètre jusqu'aux os et ouvre l'articulation, si on a soin de redresser le manche du bistouri; petite incision horizontale sur l'interligne huméro-radiale, venant tomber perpendiculairement sur la première. On dissèque, ou mieux on racle avec un grattoir bien tranchant les deux lambeaux externes, et on voit l'articulation s'ouvrir largement dans ce sens. Il est facile alors d'introduire le doigt recourbé en crochet dans l'intérieur même de l'articulation, et d'attirer en dedans toutes les parties molles du côté interne de la plaie verticale. Comme les ligaments latéraux externes sont déjà coupés, les os peuvent être partiellement luxés en dehors, et on peut en toute sécurité et sans gêne ruginer l'épitrochlée et le cubitus. On voit bientôt saillir l'extrémité articulaire de l'humérus dont on racle le périoste jusqu'au delà de l'altération, et on enlève ce qu'on veut de cette extrémité. Puis on procède de la même façon pour les os de l'avant-bras.

En agissant ainsi on sait toujours ce qu'on fait, où on est, puisqu'on suit rigoureusement les surfaces osseuses; enfin, on ne court aucun risque de couper le nerf cubital, parce qu'au moment où on est le plus près de lui, il est encore caché par la capsule articulaire, les ligaments latéraux et sa propre gaîne; si bien qu'on ne l'aperçoit pas pendant toute la durée de l'opération, et qu'il est absolument inutile de le rechercher.

Si, par suite d'un accident quelconque, ce nerf venait à être divisé, il n'en faudrait pas concevoir une inquiétude exagérée, car les observations de Syme, de Roux, et les récentes recherches de MM. Philippeaux et Vulpian sur la régénération des nerfs, ont prouvé que les extrémités séparées ne tardent pas à se réunir, et que les fonctions se rétablissent au bout de quelques mois.

Le Manuel opératoire que je viens de décrire, me semble constituer le meilleur procédé général à suivre, s'il ne se présente aucune indication particulière. Mais la variété même des procédés et leurs heureux résultats, nous prouvent qu'il ne faut pas avoir de préférence exclusive, et que la forme et la direction des incisions extérieures n'ont qu'une importance de second ordre. Aussi ne faudrait-il pas hésiter à modifier un peu le trajet du bistouri, pour enlever des fongosités volumineuses et peu vivaces, pour profiter du trajet d'une plaie, quelle qu'en fût l'origine. On achèverait ensuite l'opération comme je l'ai indiqué.

La conservation du périoste doit être envisagée à deux points de vue bien distincts. Le périoste est la membrane nourricière et la principale source de régénération des os. On peut donc se proposer, en le ménageant, d'obtenir une sorte de reconstitution plus ou moins parfaite des saillies articulaires. Quels que soient les progrès de cette intéressante question envisagée en général, notre expérience est bien légère pour ce qui est, en particulier, de la résection du coude. L'avenir seul peut nous renseigner à cet égard. J'appelle l'attention de mes collègues sur la conséquence de certains faits signalés dans le cours de ce rapport. Si, comme je l'ai supposé, l'intégrité du périoste était la cause fréquente des ankyloses dans les résections traumatiques, il faudrait en conclure qu'on devrait le détruire dans ces cas spéciaux avec autant de soin qu'on le conservait pour les cas pathologiques.

Au point de vue opératoire, la conservation du périoste a un immense avantage qui se résume en deux idées simples : sécurité absolue dans la manœuvre, diminution considérable dans l'étendue de la plaie. En effet, il est clair que si, dans une résection, votre rugine ne quitte jamais la surface propre de l'os, si le périoste vous sépare comme une barrière de toutes les parties molles, vous ne risquez jamais de toucher aucun organe autre que cet os et ce périoste que vous séparez; vous faites juste ce qu'il faut, et rien que cela. Entre l'arbre et l'écorce, il n'y a pas de place. De plus, toute la cavité de la plaie, qui représente le moule osseux, est sèche, exsangue; ce n'est pas à vrai dire une surface traumatique, mais le périoste avec ses qualités vitales de résistance physique et vitale; il n'y a plus de plaie véritable que la trace des incisions premières, et on peut ainsi toucher le terme de l'opération sans avoir fait couler plus de quelques gouttes de sang.

Je suis tellement convaincu de la supériorité de cette manière d'agir, que je n'ai jamais fait autrement dans toutes les opérations sur le système osseux que j'ai été appelé à pratiquer jusqu'ici, et je n'en ai retiré que des avantages incontestables.

(1) *Gaz. hebd.*, 1858, page 49.
(2) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, t. I, pages 317, 473, 731.
(3) *Id.*, page 675.

TUMEUR MALIGNE DE LA LANGUE.

Guérison au moyen du chlorure d'or,

Par M. le Dr Biéchy.

Un enfant âgé de huit ans, d'une complexion délicate, pâle, étiolé, portait depuis quinze à dix-huit mois, sur la face dorsale de la partie latérale moyenne de la langue, une tumeur de la grosseur d'une noix, d'aspect bleuâtre, de consistance spongieuse, bosselée, présentant à son sommet une ulcération fongueuse. La parole et la déglutition étaient difficiles, la salivation fétide et continuelle. Les ganglions sous-maxillaires étaient gonflés et douloureux. Mercuriaux, préparations iodo-potassiques, cautérisations, etc., avaient été employés sans résultat, et le mal continuait sa marche progressive. C'est alors que M. Biéchy eut l'idée d'administrer le chlorure d'or *intus* et *extra*. Le remède fut prescrit à l'intérieur à la dose de 0,01 matin et soir, en le faisant dissoudre au moment de l'administrer dans un peu d'eau distillée. Localement, le chlorure d'or fut appliqué tous les deux ou trois jours à l'aide d'un pinceau, et dissous également dans l'eau distillée. Des bains tièdes réitérés et une diète blanche furent ordonnés. En six semaines de traitement, la masse squirrhiforme de la langue s'était dissipée, l'ulcération cicatrisée, et toute trace de l'affection avait disparu, tandis que l'organe avait recouvré l'intégrité de ses fonctions. (*Echo médical.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mai 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un mémoire de M. le docteur Caillat *sur les effets des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault.*

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Démarquette *sur l'action cicatrisante de la houille et son influence salutaire sur la phthisie* (commissaire, M. Bouchardat) ;

2° Une *observation de syphilis chez une femme enceinte traitée par le mercure avec un résultat heureux pour la mère et pour l'enfant*, par M. Danet (commissaire, M. Danyau) ;

3° Une note de M. le docteur Berthier, de Bourg (Ain) *sur la guérison de la diarrhée chronique chez les aliénés par la viande sèche* (commissaire, M. Roger) ;

4° Un pli cacheté déposé par M. le vicomte de Labasse. (Le dépôt est accepté.)

— M. Depaul présente au nom de M. le docteur Sorbets (d'Aire) une note *sur les vaccinations et revaccinations.* (Commission de vaccine.)

— M. Tardieu fait hommage à l'Académie, au nom de M. Durand-Fardel, d'un exemplaire de la nouvelle édition du *Dictionnaire des eaux minérales.*

— M. le Président fait part à l'Académie de la mort de M. le docteur Schrœder van der Kolh, membre correspondant à Utrecht.

RAPPORT.

Eaux de Forges-les-Briis. — M. Tardieu, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel en réponse à une lettre du ministre, qui consulte l'Académie sur l'opportunité de créer un service d'inspection auprès de l'établissement de Forges-les-Briis (Seine-et-Oise).

La commission, par l'organe de son rapporteur, est d'avis qu'il y a lieu de répondre affirmativement à la lettre du ministre.

La lecture de ce rapport, dont il ne nous a pas été possible de connaître la teneur autrement que par l'audition, a soulevé une assez vive discussion à laquelle ont pris part MM. Guérard, Chevallier, Chatin, Gauthier de Claubry, Malgaigne, Caventon, Gibert, Bouvier, Boullay, Bussy et le rapporteur. (Voir le *premier Paris.*)

A la suite de cette discussion, et malgré une assez vive opposition, les conclusions du rapport ont été adoptées.

Vaccine et eaux aux jambes. — M. Bousquet, au nom de la commission de vaccine, commence la lecture d'un rapport sur les expériences d'inoculation d'eaux aux jambes qui ont été faites à Toulouse. L'heure étant trop avancée pour entendre la totalité du rapport dans cette séance, et considérant son importance, la parole est réservée à M. Bousquet, pour la suite de cette lecture au commencement de la séance prochaine.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé régnicole.

La liste de présentation arrêtée dans le comité secret de la dernière séance porte :

En première ligne, M. Goyrand (d'Aix) ; en deuxième ligne, M. Stoltz (de Strasbourg) ; en troisième ligne, M. Mirault (d'Angers).

Le nombre des votants est de 71.

M. Goyrand obtient au premier tour de scrutin,			44	voix.
M. Stoltz	—	—	16	—
M. Mirault	—	—	6	—

En conséquence, M. Goyrand, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre associé de l'Académie.

PRÉSENTATION.

M. Ch. Fauvel présente à l'Académie une femme âgée de trente-cinq ans, qui est dans le service de M. Béhier, salle Saint-Charles, à l'hôpital de la Pitié. Cette femme est affectée d'un polype laryngien siégeant entre les cordes vocales inférieures. Voici en deux mots son histoire :

Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitique, rien à la percussion ni à l'auscultation. Cette femme est atteinte en outre d'un rétrécissement carcinomateux du rectum ; elle a eu quatre enfants ; elle est très-amaigrie.

La voix est un peu éraillée depuis l'année 1851, époque à laquelle elle eut une altercation avec son mari, qui la saisit à la gorge ; elle se débattit en criant et éprouva une douleur vive au niveau du cartilage thyroïde.

Depuis ce temps, la voix a gardé le même timbre ; c'est-à-dire un peu sourd ; la gêne de la respiration est à peine sensible ; pas de toux, pas d'accès de suffocation.

J'examine la malade le 17 mai, dit M. Fauvel, pour la première fois. J'applique le laryngoscope sans rencontrer la moindre difficulté. L'application de l'instrument est très-bien supportée, et je vois immédiatement entre les cordes vocales inférieures une petite tumeur grosse comme un pois, mobile, d'un rouge brun, à surface lisse et manifestement pédiculée.

Cette tumeur, à forme polypeuse, tient les cordes vocales écartées à leur partie antérieure, près de leur insertion commune, et en parait indépendante. (M. Fauvel présente le dessin exact de la tumeur.)

Je crois, ajoute-t-il, que l'on peut facilement débarrasser la malade de ce polype à l'aide d'une pince-écraseur de forme spéciale, dont j'ai donné l'idée à M. Charrière.

M. Béhier veut bien me permettre de faire cette opération ; j'aurai l'honneur d'informer l'Académie du résultat ou de ramener la malade pour pouvoir faire juger *de visu.*

— La séance est levée à cinq heures.

Un malheur des plus affreux vient de frapper un de nos plus dignes et plus respectables confrères dans la personne de son épouse. Vivant à la campagne, son chien lui a déchiré les jambes ; l'une d'elles avait une plaie de 11 centimètres.

Pendant vingt jours, toutes les phases d'hémorrhagie, de gangrène, se sont passées sans que l'ensemble de la belle constitution de la malade parût altérée.

Vers cette époque, une grande irrégularité du pouls se fit apercevoir aux approches de la nuit ; elle fut combattue par 45 centigrammes de sulfate de quinine donné deux fois par jour, et une seule fois le vingt-cinquième et le vingt-sixième jour.

Le vingt-sixième jour de l'accident, 15 mai, on annonça à la malade que dans peu on la ferait marcher. La cicatrisation commençait ; la suppuration était abondante et d'assez bonne nature au centre.

A six heures du soir, elle prit avec plaisir un potage au lait. A huit heures, elle se plaignit de fatigue. A huit heures et demie, elle fut portée au lit.

Quelques minutes après, elle fait appeler son mari, qui accourt. Elle n'était plus. Ce fut l'affaire d'une seconde entre la vie et la mort.

Ce fait, ajouté à d'autres déjà connus, prouve que la bave d'un chien en fureur, quoique non hydrophobe, porte dans la circulation un principe vénéneux.

Un accès pernicieux sans doute a déterminé cette apoplexie nerveuse. La vie a abandonné le cerveau, et tous les organes ont subitement cessé de fonctionner sans râle, sans contraction, sans le moindre mouvement ni altération des traits.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Paris, 17 mai 1862.

Monsieur le Rédacteur,

Votre journal, qui porte pour titre *Gazette des Hôpitaux*, publie à titre de nouvelle, ce matin 17 mai 1862, les noms des trois candidats aux trois places de médecin du Bureau central, comme nommés à la suite du concours qui viendrait de se terminer.

Il n'y a à cette nouvelle qu'un seul inconvénient, c'est qu'aujourd'hui 17 mai les épreuves de ce concours ne sont pas même terminées, et que partant les nominations ne sont pas faites.

Vous comprendrez facilement qu'il importait de signaler une assertion aussi notoirement inexacte, qui, si elle n'était rectifiée, pourrait laisser planer du doute sur la véracité habituelle des faits contenus dans les colonnes de votre estimable journal, d'autant plus que son titre quasi officiel semble promettre plus de réserve et commander plus de confiance.

Agréez, etc.

Signé : Goupil, Boucher de la Ville-Jossy, Sée, Matice, Béhier, Cusco, Maisonneuve, Léger.

Pour copie conforme :

Le chef de la division du secrétariat, président-né du concours,
De Cambray.

Le fait qui nous est reproché dans cette lettre est parfaitement exact. Un de nos collaborateurs un peu trop empressé nous avait communiqué comme accomplie une nomination qui n'a eu lieu en effet que quelques heures plus tard.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echeparebonda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Observations de tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque droite, par le docteur Colin, professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires. In-8° de 14 pages. Prix : 60 c. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

De la cure radicale des tumeurs et des fistules lacrymales, etc., à l'aide de la méthode galvano-caustique, par M. le docteur Tavignot, professeur d'ophthalmologie. Brochure in-8°. Prix : 2 fr. Chez Asselin, libraire, 4, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 61. — SAMEDI 24 MAI 1862. (35e ANNÉE.) N° 61. — SAMEDI 24 MAI 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'affection catarrhale en général et des épidémies de grippe (1).

Les épidémies de grippe, qui ont fait de si fréquentes apparitions et qui sous des noms divers ont été si souvent décrites par les épidémiologistes, constituent, avons-nous dit, une des manifestations les plus générales de l'affection catarrhale. Aussi font-elles le sujet d'un des chapitres les plus importants du livre de M. Fuster.

Quelles sont les causes des épidémie s de grippe?

On les a généralement attribuées, ainsi que toutes les autres épidémies de cette classe, aux qualités atmosphériques. Mais, fait remarquer M. Fuster, d'après cette étiologie tous les états sensibles de l'air auraient eu le pouvoir de les engendrer, ce qui revient à dire qu'aucun d'eux ne possède la vertu qu'on lui prête; et il fait ressortir cette incapacité d'une manière bien plus frappante encore de l'histoire de chaque épidémie en particulier, les unes poursuivant leur carrière par toutes les variations atmosphériques imaginables; celles-ci se propageant sous divers climats, dans toutes les saisons, à travers toutes les intempéries, à toutes les hauteurs habitées; et du relevé des tableaux météorologiques accusant à chaque instant la plus complète discordance entre ces affections et les états de l'air. (Cette proposition de M. Fuster est basée sur le dépouillement d'un grand nombre d'épidémies. Elle paraîtra un peu absolue, si l'on s'en rapporte aux dernières épidémies de grippe qui se sont en général manifestées pendant les saisons froides et humides.)

Mais si l'histoire des grandes épidémies catarrhales montre l'impuissance des qualités de l'air comme cause, permet-elle du moins de leur assigner le rôle plus modeste de causes excitantes et modificatrices? Il n'est pas douteux que sous la menace d'une semblable épidémie, un brusque changement thermométrique ou une intempérie quelconque ne puisse en favoriser le développement ou la diffusion.

Quelques observateurs dans ces derniers temps croient avoir reconnu un rapport de causalité entre l'ozone de l'air et l'avénement des catarrhes; M. Fuster pense qu'on a trop précipitamment admis ce rapport d'après des coïncidences accidentelles, et que l'ozone atmosphérique, dont l'augmentation et la diminution ne paraissent suivre aucune règle, se montre encore plus étranger à l'étiologie des épidémies catarrhales générales que l'action du froid et de la chaleur, de la sécheresse et de l'humidité, en un mot de tous les phénomènes météorologiques connus. Il lui semble, néanmoins, que sa présence en quantité suffisante, au sein des localités menacées ou envahies par un catarrhe épidémique, pourrait en avancer la venue et le diriger plus spécialement vers les organes respiratoires, à la manière du froid humide ou des brouillards irritants.

La grippe a fréquemment des maladies prémonitoires. On en a constaté, du moins, dans plusieurs épidémies; et M. Fuster pense que de pareilles observations seraient encore plus communes si elles avaient toujours éveillé l'attention des médecins. Le système nerveux, dans sa triple fonction sensitive, motrice et coordinatrice, en est le principal théâtre. Tous les témoins de ces prologues de la grippe y attribuent le premier rôle aux lésions de ce système.

Les symptômes de la grippe révèlent la lésion du système nerveux, des tissus mucoso-fibreux et des sécrétions séro-muqueuses ou lymphatiques, que des courants fluxionnaires concentrent ou éparpillent diversement.

L'appareil sanguin répond tôt ou tard à la sollicitation de ces lésions, et suscite dès son intervention une réaction fébrile d'une énergie variable; c'est à ces points de vue que toutes les grippes se ressemblent. Mais, à part ces rapports généraux, elles diffèrent notablement entre elles et dans leurs nombreuses invasions. M. Fuster fait trois catégories de leurs principales expressions symptomatiques.

La plus ordinaire réunit les symptômes des trois ordres de lésions. La seconde catégorie offre les symptômes d'une violente irritation spasmodique. Une effervescence phlogistique marque les symptômes de la troisième.

Quelle est la nature de la grippe? Quelques auteurs l'ont dite une affection *sui generis*, sans aucun rapport avec les catarrhes ordinaires et les épidémies catarrhales, et ont voulu lui trouver des analogies soit avec les formes légères du typhus, soit avec la fièvre intermittente, avec les fièvres éruptives ou avec les fièvres bilieuse, muqueuse et typhoïde. Ces fausses analogies, fondées sur de simples apparences plus ou moins accidentelles, ne résistent pas au moindre examen; et M. Fuster fait remarquer avec raison que l'opinion générale est pour l'identité de l'affection catarrhale et de la grippe. C'est celle qu'il développe en effet et démontre, à notre avis, d'une manière péremptoire dans un chapitre consacré au parallèle de l'affection catarrhale vulgaire, des constitutions catarrhales et des épidémies de grippe, qui présentent, aux différences de degré près, les mêmes symptômes, la même marche, le même type, les mêmes crises, les mêmes suites, les mêmes résultats cadavériques et les mêmes indications curatives. L'étiologie seule apporterait, suivant lui, quelques réserves à leur complète assimilation, les causes de la grippe, maladie très-générale et souvent universelle, restant jusqu'à présent, comme les causes de la plupart des grandes épidémies, un mystère impénétrable, tandis que les constitutions médicales catarrhales, populaires aussi, quoique moins étendues que les grippes, ont leur source très-connue dans des vicissitudes des exceptionnelles des qualités sensibles de l'atmosphère, et que les catarrhes sporadiques reconnaissent le plus souvent pour origine l'exposition aux brusques changements de température.

L'identité de nature, sinon d'origine, de ces trois ordres de manifestations de l'affection catarrhale une fois admise, restait un dernier point à établir, la détermination même de la nature de cette affection.

On a vu quels sont les caractères généraux qui la constituent comme individualité morbide; voyons maintenant, avec M. Fuster, en quoi elle diffère et se distingue de certains états morbides avec lesquels on a cherché à la confondre, notamment de l'inflammation des membranes muqueuses.

« A moins de dénaturer à plaisir le sens des mots et des choses, dit-il, l'inflammation ne peut être que l'exagération de l'action des organes, provoquée et entretenue par une irritation du système sanguin. Si cette irritation manque, si elle s'attache à un autre système, ou si, quelle que soit l'irritation préalable, l'économie n'y répond pas par un surcroît d'activité, et, à plus forte raison, si elle y répond par des troubles nerveux, une dépravation des fonctions digestives et nutritives, le désordre des sécrétions séro-muqueuses, une faiblesse réelle, bien différente de l'oppression, on subtilisera vainement pour faire rentrer de pareilles perturbations dans la classe des phlegmasies, quitte à les gratifier d'une épithète distinctive, fût-ce même celle de spécifiques, on ne trouvera jamais dans cet ensemble de phénomènes le point de départ ni les attributs indispensables d'un état inflammatoire légitime, d'une véritable inflammation. »

L'analyse des phénomènes morbides, celle de leurs causes et de leurs principes constituants, de leur marche, de leur type, tout démontre, en effet, que l'inflammation et le catarrhe diffèrent essentiellement et que les quelques rapports de ressemblance qui peuvent exister entre ces deux états, ne sont qu'apparents.

M. Fuster ne proteste pas moins, au nom des mêmes principes, contre l'idée qui tendrait à rétrécir et à amoindrir l'idée qu'on doit se faire de l'état catarrhal en le circonscrivant aux limites d'un simple phénomène de suppression de la transpiration. Sans doute, dit-il, la sécrétion cutanée est pervertie à l'avénement du catarrhe; sans doute les muqueuses en reçoivent particulièrement le choc; sans doute encore le système sanguin s'émeut à son instigation; mais il y a loin de là à faire de ce système de la transpiration cutanée ou de l'irritation des muqueuses le point de départ et le fondement de cette affection.

Nous avons dit quelles étaient les grandes indications thérapeutiques principales qui se déduisaient de la détermination des éléments constitutifs de l'affection catarrhale en général.

Nous n'aurons que très-peu à ajouter ici pour ce qui concerne les indications thérapeutiques de la grippe. Moins encore que pour les autres formes de l'affection catarrhale, est-il possible d'indiquer les bases d'un traitement uniforme. Si le plus souvent la grippe cède aisément au repos, à la diète, aux boissons chaudes, légèrement diaphorétiques, en un mot à tout le système de moyens propres à réprimer l'éréthisme nerveux, les fluxions vagues et l'excès de la fièvre, il est des circonstances où ces moyens deviennent très-insuffisants et où des indications qu'il est toujours impossible de spécifier d'avance, et des complications imprévues réclament les médications les plus diverses et souvent même les plus contradictoires.

Les exemples de ces divergences abondent dans l'histoire des épidémies de grippe. C'est dans l'étude et la connaissance de l'histoire de ces épidémies, autant que dans l'analyse des éléments complexes dont se compose la maladie, que le praticien doit chercher alors sa règle de conduite. Cette incertitude même est un enseignement qu'il ne faut jamais perdre de vue.

— Nous n'avons eu d'autre but dans cette esquisse rapide de l'ouvrage de M. Fuster, que d'en faire ressortir un grand fait pathologique qui a été longtemps ou méconnu ou altéré dans sa signification réelle par les idées médicales modernes, savoir l'existence d'une entité morbide commune à une grande classe d'affections qui occupent un rang considérable dans le règne pathologique, et qui forment le fond des constitutions médicales et épidémiques les plus communes de nos contrées.

Que si, au lieu de nous borner au simple exposé de ce fait et du point de doctrine médicale qui en ressort, nous avions eu à pénétrer plus avant et à apprécier dans ses détails l'œuvre du savant professeur de Montpellier, nous ne dissimulerons pas que nous aurions eu beaucoup de réserves à faire.

Sans parler du langage un peu suranné et de l'inévitable teinte d'antique humorisme dont est empreint cet ouvrage, il n'est pas possible de n'être pas frappé de l'extension évidemment exagérée qui y est donnée au rôle déjà si considérable en réalité de l'élément catarrhal, et du peu de rigueur qui a présidé à la détermination des nombreuses maladies qui y ont été rattachées soit à titre d'affections prémonitoires, soit à titre d'effets consécutifs ou de reliquats morbides.

(1) Voir le numéro de samedi dernier.

Mycosis fongoïdes, accompagné d'une éruption généralisée par plaques rougeâtres, et constituées par une agglomération des papilles hypertrophiées.

Il vient de se présenter tout récemment, dans le service de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis, un exemple d'une affection de la peau très-rare, et qui offre, sous le rapport de sa détermination nosologique et de ses indications thérapeutiques, un très-grand intérêt. Nous en devons la relation, ainsi que les réflexions cliniques qui la suivent, à M. A. Lorda, externe du service.

Voici ce fait :

R... (Louis), âgé de soixante ans, cartonnier, se présente à l'hôpital le 9 mai 1862. Interrogé sur la santé de ses ascendants et de ses collatéraux, il ne nous apprend rien qui ait quelques rapports avec l'affection qu'il porte. Marié depuis l'âge de vingt-deux ans, il n'a jamais eu la moindre maladie; pas le moindre symptôme de scrofule ou de syphilis.

Sa maladie aurait débuté, il y a six mois, sur les jambes par de petites taches rouges; de là, l'éruption aurait envahi successivement de semaine en semaine les cuisses, le tronc, les membres supérieurs, le cou; elle n'a respecté que la figure, les mains, la verge, le scrotum et la plante des pieds. Ces petites taches rouges, dit le malade, s'élevaient d'abord en augmentant en largeur et en épaisseur, pour s'affaisser graduellement ensuite au bout de six semaines, sans jamais disparaître. Il y a un mois, aurait apparu sur la tête une croûte qui a été toujours en augmentant, et qui forme aujourd'hui une tumeur hémisphérique sur laquelle nous reviendrons un peu plus loin.

Avant d'entrer à l'hôpital, le malade a pris des bains sulfureux, des bains alcalins et des bains d'amidon; il a fait des frictions générales avec la pommade au goudron, et il n'a pris à l'intérieur que la tisane de chicorée.

Aujourd'hui, 12 mai, voici ce que l'on observe :

Sur les jambes et sur le dos des pieds, lieu par où l'affection a débuté, on voit des plaques larges d'un rouge sombre, se rapprochant de la teinte cuivrée; ces plaques sont rugueuses, présentent une induration qu'on ne trouve point sur les parties voisines, et une légère desquamation, absolument comme une affection squameuse en voie de résolution.

Aux cuisses, on peut observer l'éruption à deux périodes bien distinctes; dans la moitié inférieure, ce sont des plaques identiques avec celles déjà décrites sur les jambes; dans la moitié supérieure, au contraire, les plaques sont mieux limitées, forment une légère saillie sur la peau; leur coloration est plus rouge qu'aux jambes, et ne présentent point de desquamation; aux avant-bras et au cou, l'éruption est au même degré et présente les mêmes caractères que sur les jambes. Mais nulle part l'éruption n'est mieux caractérisée qu'aux bras et sur le tronc; ici, en effet, on voit des plaques larges, de divers diamètres, les unes circulaires, les autres d'une forme irrégulière, tantôt isolées,

tantôt se touchant par leur périphérie, pour donner naissance à d'énormes plaques, et présentant toutes une coloration d'un rouge foncé caractéristique, une élévation très-considérable et qui est produite, ainsi que la sensation verruqueuse qu'elles donnent au toucher, par une très-grande hypertrophie des papilles et une exagération extrême des plis de la peau.

Sur la tête, au niveau de l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit, on trouve une tumeur hémisphérique, régulière, ayant un diamètre d'un pouce et une hauteur de 8 à 10 millimètres. Cette tumeur, d'une coloration rouge sale, est indolente, saigne à la moindre pression; le malade sent à peine les piqûres qu'on fait avec une épingle sur la tumeur.

L'éruption, du reste, ne donne aucune espèce de démangeaison; jusqu'ici elle n'a pas porté la moindre atteinte à la santé du malade, dont l'état général est excellent, et qui dit n'en être nullement incommodé.

A quelle affection avons-nous affaire?

La tumeur d'abord serait, pour M. Bazin, un mycosis fongoïdes; mais l'éruption?

Est-ce un eczéma? Non, l'eczéma est caractérisé à la période d'état par de petites vésicules contenant un liquide séreux, transparent; puis ces vésicules se rompent, laissent suinter un liquide séreux qui se concrète en lamelles plus ou moins épaisses, et ce n'est qu'en dernier lieu qu'on trouve l'exfoliation épidermique. Ici il n'y a ni vésicules ni suintement.

Est-ce un pityriasis? Non; dans le pityriasis il n'y a point, comme ici, de saillie appréciable sur les téguments. De plus, dans le pityriasis, il y a des démangeaisons plus ou moins vives; ici, au contraire, il y a absence complète de démangeaisons.

Est-ce un lichen? Non; car d'abord le lichen n'occupe jamais d'aussi larges surfaces; et puis, où est ce prurit atroce qu'on trouve dans le lichen?

Est-ce du psoriasis? Non, car ici nous ne trouvons point ces squames épaisses, blanches, argentées, qui caractérisent le psoriasis.

Cette éruption ne peut donc être rattachée à aucune affection générique. C'est une affection propre, occupant tout le corps, sans démangeaisons, caractérisée par de larges plaques d'un rouge foncé *sui generis*, faisant une saillie plus ou moins considérable, avec hypertrophie très-grande des papilles, exagération extrême des plis de la peau, et apparaissant sous l'influence de la diathèse fongoïdique.

Voici quel est le traitement institué chez notre malade :

1° Iodure de potassium, 0,50 par jour;

2° Tisane de chicorée;

3° Bains alcalins et bains simples.

L'iodure de potassium et le mercure, dit M. Bazin, sont les seuls médicaments qui aient paru avoir parfois quelque efficacité contre le mycosis fongoïdes.

L'éruption que nous venons de décrire est surtout remarquable par sa rareté.

Déjà, l'année dernière, M. Bazin avait eu dans son service un malade ayant un cancroïde à l'angle naso-labial du côté droit, et présentant une éruption identique avec celle que nous venons de décrire.

Le rapprochement de ces deux éruptions identiques se trouvant sur deux malades, dont l'un portait un cancroïde et l'autre une tumeur fongoïde, nous porte à croire que la diathèse fongoïdique et la diathèse épithéliomatique doivent avoir quelques liens qui les unissent.

Hémorrhagie traumatique de la choroïde. — Diminution de l'énergie visuelle. — Traitement antiphlogistique tardif. — Peu d'amélioration.

En parlant de la commotion de l'œil dans une de ses annotations au *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* de Vidal (5e édition, t. III, p. 36), M. Fano s'exprime de la manière suivante :

« La doctrine de la *commotion oculaire* nous semble encore moins soutenable que la doctrine de la commotion cérébrale (exposée précédemment). Nul doute qu'à la suite de coups portés sur l'œil, ou même sur la région orbitaire, un sujet ne puisse être affecté d'amaurose, sans qu'il soit possible de découvrir tout d'abord aucune altération appréciable des milieux de l'organe affecté. Cela veut-il dire qu'il n'existe dans ce cas aucune altération profonde des membranes de l'œil? Qu'on veuille bien se rappeler la structure éminemment délicate de la rétine et de la choroïde, et il paraîtra difficile d'admettre qu'il ne se fasse pas, dans les cas de ce genre, une rupture de vaisseaux, des épanchements sanguins dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-rétinien, des solutions de continuité de la rétine elle-même. Or de ce que l'inspection de l'organe malade à *l'œil nu* ne révèle pas ces altérations anatomiques, il n'en faut pas conclure qu'elles n'existent pas. L'examen de l'œil affecté au moyen de l'ophthalmoscope peut être utile dans les cas de ce genre pour arriver à reconnaître ces lésions. Je crois donc pour ma part que la prétendue commotion de l'œil n'est autre chose qu'une véritable *contusion* des parties profondes de l'organe. »

Le fait suivant, que M. Fano a observé tout récemment, vient de tous points confirmer les idées énoncées dans ce paragraphe :

M. B..., âgé de vingt et un ans, étudiant en médecine, est conduit à la clinique de M. Fano par un de ses camarades le 10 janvier dernier. Seize jours avant, on lui a lancé de la hauteur d'un premier étage un bouchon de carafe qui a atteint la partie inférieure de l'orbite gauche. Le blessé n'attacha qu'une importance médiocre à cet accident, se contenta d'appliquer sur les paupières quelques topiques résolutifs, et continua à vaquer à ses travaux ordinaires. Il ne tarda pas cependant à remarquer que la vision était devenue très-mauvaise à gauche.

Notre confrère constate, en effet, que tandis que de l'œil droit M. B... lit les caractères d'imprimerie les plus fins, de l'œil gauche il reconnaît à peine les lettres du n° 19 de l'échelle de Jæger. Il existe encore chez lui un autre phénomène qui mérite d'être mentionné. Lorsque le patient fixe une des lignes imprimées du n° 19, il n'aperçoit pas les lettres de cette ligne, tandis qu'il saisit quelques-uns des caractères situés plus haut. Les objets usuels sont vus de la même manière; si, par exemple, on fait tenir entre l'index et le pouce des ciseaux, et qu'on dise au malade de regarder son pouce, il ne voit pas ce dernier doigt, mais il distingue les branches des ciseaux placées plus haut.

Toute la moitié externe de la conjonctive oculaire gauche offre une ecchymose rouge-violet. La cornée est saine, la chambre antérieure également. La pupille est un peu plus dilatée qu'à droite, non contractile.

A l'ophthalmoscope, les milieux réfringents sont parfaitement transparents; le fond de l'œil, vu avec le miroir seul, a un aspect un peu jaunâtre. Avec la lentille et le miroir, on constate que la papille optique est normale; les vaisseaux qui en partent, c'est-à-dire les vaisseaux de la rétine dans toute l'étendue de cette membrane, ne sont interrompus nulle part. A une certaine distance de la papille et sur divers points du fond de l'œil, on voit par places des taches plus ou moins larges, d'un rouge plus ou moins sombre, au-devant desquelles les vaisseaux de la rétine passent sans interruption. Quelques-unes d'entre elles sont circonscrites par une sorte de bordure d'une couleur blanche qui ressort très-bien sur leur teinte sombre. — Ventouse scarifiée à la tempe gauche, purgatif salin, repos complet des yeux.

Le 13, l'ecchymose conjonctivale est en voie de résorption; le champ de la vision s'étend un peu.

Le 22, le patient déchiffre difficilement le n° 19 de Jæger. A l'ophthalmoscope, toute la partie supérieure du champ de la choroïde (image renversée) s'éclaireit; dans la moitié inférieure, il y a toujours une suffusion sanguine séparée de distance en distance par les lignes blanches déjà signalées.

Le 4 février, M. B... déchiffre quelques lettres du n° 18; l'épanchement choroïdien diminue d'épaisseur et est moins coloré.

Le 8, le patient lit quelques mots du n° 9 de Jæger; quoique la pupille soit plus dilatée à gauche qu'à droite, il ne distingue pas mieux à travers le trou d'une carte qu'à l'œil nu.

Le 10, pas de changement dans l'état de la vision; l'épanchement choroïdien semble presque complétement résorbé. Les segments blanchâtres qui occupent la partie inférieure de l'œil offrent de distance en distance quelques petites plaques d'un violet noirâtre, ressemblant au pigment normal de la choroïde.

Enfin, le 11 avril, il n'y a pas d'amendement. M. Fano examine de nouveau à l'ophthalmoscope, par le procédé de l'image renversée. Il voit à une petite distance au-dessous de la papille, un segment blanchâtre parsemé de quelques taches d'un gris bleuâtre; vers la partie interne du champ qui représente le fond de l'œil, existe un petit foyer hémorrhagique de forme ovalaire, entouré par un cercle gris blanchâtre.

L'hémorrhagie de la choroïde est facile à distinguer de celle de la rétine. Dans la première, les vaisseaux de la membrane nerveuse de l'œil ne sont interrompus nulle part dans leur trajet, et on les voit passer au-devant de la tache d'un rouge plus ou moins sombre que présente le fond de l'œil. Cette disposition était très-apparente chez M. B..., et a été très-bien représentée dans un dessin ophthalmoscopique qu'il n'a pas été possible de reproduire ici.

Une particularité propre à cette image, et signalée plus haut, mérite d'arrêter l'attention. Ce sont ces lignes blanchâtres coupant de distance en distance la suffusion sanguine choroïdienne. On peut les interpréter de plusieurs manières. Seraient-elles le résultat de l'absorption de la matière colorante du sang et de la condensation de la partie fibrineuse de ce liquide? Cette hypothèse n'est pas soutenable, parce que si on examine la suffusion sanguine aux limites mêmes qu'elle occupe, on ne trouve rien de semblable; parce que ces segments blanchâtres sont disséminés au milieu de la nappe de sang, là par conséquent où la résorption est généralement le moins avancée. Sont-ce des exsudations plastiques développées sous l'influence d'une phlegmasie occasionnée par la présence du sang au milieu du tissu de la choroïde? Mais leur circonscription dans certains points, leur couleur blanche, ne s'accordent pas avec cette manière de les envisager. Il semble plus rationnel de les considérer comme des portions de choroïde déjà en voie d'atrophie.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE OBSTRUÉE PAR UN CALCUL.
Oblitération du vagin au-dessus de la fistule;

Par M. le docteur J. RICHARD, de Pleudihen (Côtes-du-Nord).

La veuve L..., âgée de soixante-sept ans, d'une forte constitution et d'une santé habituellement bonne, vint me consulter en décembre dernier pour des douleurs très-vives qu'elle ressentait dans le vagin et dans les reins, principalement quand elle allait à la selle.

Cette femme, bien réglée jusqu'à quarante-huit ans, a été accouchée à l'âge de trente ans à l'aide du forceps. Cet accouchement, long et très-laborieux, fut suivi peu de jours après d'une incontinence d'urine qui a persisté jusqu'à ces derniers temps.

Il y a environ sept ou huit mois, l'incontinence commença à diminuer, et l'urine reprit sa voie normale. Les douleurs dont il a été fait mention apparurent alors. On avait conseillé à la malade l'application d'un pessaire. L'utilité de cet instrument ne me paraissant point évidente, je pratiquai le toucher.

Mon indicateur, en parcourant la paroi antérieure du vagin, où je soupçonnais l'existence d'une fistule, rencontra un corps dur, anguleux, faisant saillie dans ce canal. Une sonde, très-librement introduite par l'urèthre, vint heurter ce corps.

Convaincu que j'avais affaire à un calcul engagé dans une ancienne fistule vésico-vaginale, et que ce corps étranger occasionnait les souffrances dont se plaignait la malade, je tentai de l'extraire, mais je ne pus qu'en briser une portion.

Quelques jours après, mon confrère et ami le docteur Barbé-Guillard (de Dinan), appelé en consultation, constata la présence du calcul, et nous résolûmes de procéder à de nouvelles tentatives d'extraction. Un spéculum fut introduit, et la partie saillante du corps étranger devenue visible fut saisie au moyen de longues pinces à polypes. Ce procédé ne nous ayant donné aucun résultat avantageux, nous prîmes le parti d'agrandir la plaie fistuleuse afin d'extraire ce calcul, qui nous semblait assez volumineux.

Ce débridement, fait en haut et en bas avec de longs ciseaux, fut suivi d'une petite hémorrhagie qui s'arrêta bientôt spontanément.

Au moyen d'une sonde introduite par l'urèthre, je fixai le calcul pendant que mon confrère le saisissait avec la pince par la fistule agrandie.

Il se brisa deux fois sous l'instrument, mais les principaux fragments furent extraits successivement, et quelques injections d'eau tiède poussées dans la vessie entraînèrent par la fistule, maintenue béante, les graviers qui restaient encore.

Aujourd'hui les incisions se sont réunies et la fistule a repris ses dimensions primitives. L'incontinence d'urine a reparu, mais les douleurs intolérables accusées par la malade ont complétement cessé.

Nous avons constaté chez cette femme une particularité digne de remarque : l'absence apparente du col de l'utérus et la brièveté du vagin. Lorsqu'on cherche à introduire le spéculum, cet instrument est arrêté à moitié chemin par un obstacle insurmontable, et l'on n'aperçoit, en cherchant le col, qu'une muqueuse lisse et tendue, comme si la paroi postérieure du vagin était venue se souder à la paroi antérieure. On dirait une cloison établie au-dessus de la fistule vésico-vaginale terminant brusquement le vagin sur ce point.

C'est en vain que nous avons cherché, mon confrère et moi, un orifice ayant dû servir autrefois à l'écoulement des règles. Si cet orifice n'existait pas, ne doit-on pas admettre que cet écoulement se faisait par la vessie au moyen d'une seconde fistule qui mettait le réservoir de l'urine en communication avec l'espèce de cloaque situé au-dessus de la cloison?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mai 1862. — Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Déchirure complète du périnée s'étendant sur la cloison recto-vaginale, datant de huit ans. — Périnéorrhaphie, avivement oblique de la muqueuse vaginale au niveau de la cloison, et n'intéressant nulle part la muqueuse rectale; fils métalliques, suture vaginale entrecoupée, suture périnéo-rectale enchevillée, suture cutanée. — Succès complet et rapide. — Inutilité des incisions latérales, de la section du sphincter, etc. — M. VERNEUIL. La périnéorrhaphie est une opération simple, bien connue, bien décrite, et qui a réussi fréquemment entre les mains de la plupart des chirurgiens; elle compte de nombreux procédés très-habilement conçus, et qui ne laissent guère place à des innovations importantes. Cependant il m'a paru qu'elle pouvait être à la fois perfectionnée et simplifiée : perfectionnée par l'application de quelques moyens qui n'ont point été créés pour elle, mais bien pour la réunion beaucoup plus difficile des fistules vaginales; simplifiée par la suppression de certaines opérations adjuvantes qui la compliquent, l'aggravent, et n'ont pour but que de favoriser la réussite de la suture. Il m'a semblé que l'on rendrait un service si, en améliorant l'opération fondamentale (la suture proprement dite), on arrivait à se dispenser des opérations accessoires (incisions libératrices, section du sphincter anal, dissection d'un lambeau vaginal, etc.).

C'est ce qui m'a décidé à communiquer le récit d'une opération heureuse, pour laquelle je n'ai rien inventé, me contentant de faire de l'éclectisme, et de n'employer que les moyens rigoureusement nécessaires.

Mme S..., âgée de vingt-huit ans, d'une excellente constitution, accoucha pour la première fois en 1854. Le travail fut très-long, et sa terminaison fut confiée à la nature. Une fille, actuellement vivante, en fut le résultat. Une douleur très-vive fut ressentie dans les derniers moments. Le rétablissement fut prompt, et depuis cette époque Mme S... donna naissance à deux autres enfants. Le premier accouchement avait eu lieu en Angleterre. Lorsque le terme de la deuxième grossesse fut arrivé, le docteur Bernard, médecin ordinaire de la famille, reconnut que le périnée avait été largement lésé; il apprit alors que Mme S... avait éprouvé depuis sa première délivrance les inconvénients de la lésion susdite, mais qu'elle n'en avait jamais parlé, croyant que telles étaient chez toutes les femmes les suites naturelles de l'enfantement. Le deuxième accouchement se fit heureusement et facilement. Peut-être la déchirure de la cloison augmenta-t-elle, car l'incontinence rectale et ses suites se prononcèrent davantage. Deux ans après, troisième parturition, facile comme la précédente. A plusieurs reprises, M. le docteur Bernard engagea Mme S... à se faire opérer; enfin elle s'y décida, et vint à Paris dans les premiers jours d'avril.

Je l'examinai avec M. le docteur Gombault, et nous constatâmes les particularités suivantes :

La vulve et l'anus ne forment qu'une fente commune. En écartant ses bords, on aperçoit, à 3 centimètres environ de profondeur, le bord de la cloison recto-vaginale séparant la moitié supérieure de la paroi inférieure du vagin de la cavité rectale. Cette cloison est mince, comme tranchante; elle présente pourtant vers le milieu de son bord libre un renflement arrondi et saillant, qui, avec les deux bords latéraux

de la fissure écartés, figure assez exactement une luette grosse et courte entre deux piliers. Cette éminence est constituée par la colonne postérieure du vagin qui a échappé à la déchirure.

Les bords latéraux de la solution de continuité sont minces dans l'étendue d'un bon centimètre, où ils ne sont formés que par la superposition exacte des parois rectale et vaginale. Cette portion, qui n'a guère que 5 millimètres d'épaisseur, répond certainement à cette partie de la déchirure qui a porté autrefois sur la cloison. Plus bas, les bords augmentent progressivement d'étendue à mesure qu'on se rapproche de la fesse; ils sont recouverts d'une cicatrice lisse, souple, qu'avec un peu d'attention on distingue des parois rectale et vaginale, quoiqu'elle se trouve sur le même plan. Comme cela arrive dans les déchirures anciennes, on ne reconnaît pas au premier abord les deux moitiés du périnée à la saillie qu'elles pourraient faire vers la ligne médiane. La courbure est uniforme et régulière depuis la commissure antérieure de la vulve jusqu'à la commissure postérieure de l'anus, et cependant, j'insiste sur ce point, on arrive à distinguer assez nettement ce qui appartient au vagin, au rectum, à la peau, et enfin à la matrice. En effet, tandis que cette dernière est lisse et glabre, la muqueuse vaginale a conservé ses rides et ses papilles; la peau offre des poils de diverses dimensions, et enfin la muqueuse rectale se reconnaît surtout à sa coloration vive, qui tranche nettement sur la pâleur des parties voisines. Cette dernière particularité est importante, car je me suis attaché à respecter complétement cette muqueuse rectale dans l'avivement et dans le passage des sutures, et je dois dire que l'accomplissement de cette précaution n'a présenté aucune difficulté sérieuse.

Je dois ajouter que la surface de cicatrisation n'offrait point la forme triangulaire à base cutanée qu'on lui attribue classiquement, et qui n'appartient qu'aux déchirures récentes; elle est plutôt ovalaire, très-droite du col de la cloison, ne mesurant guère qu'un centimètre à son union avec la peau, plus large au contraire dans l'intervalle qui répond à l'orifice inférieur du vagin.

Grâce aux soins de propreté rigoureusement observés, la vulve, l'anus et les régions voisines n'offrent ni rougeur ni ulcération. La muqueuse vaginale est saine. L'utérus est un peu abaissé, mais non prolapsé cependant.

L'opération est décidée pour le 17 avril. Six jours après la cessation des règles, je prescris un purgatif l'avant-veille; mais l'émotion provoque à elle seule une diarrhée abondante, et le médicament n'est pas donné. Un bain, des lavements à l'eau fraîche sont administrés la veille et le matin même de l'opération, qui est pratiquée à la campagne, dans une habitation très-confortable, admirablement exposée, et réunissant à un haut degré toutes les conditions d'une hygiène irréprochable.

La malade est posée dans la position de la taille. Nous tentons l'anesthésie; mais après avoir usé notre provision de chloroforme (125 grammes), nous n'obtenons qu'une insensibilité imparfaite. L'avivement seul ne fut pas douloureux. L'opérée revint à elle lors du passage des fils, et souffrit pendant le reste de l'acte opératoire, qui dura longtemps encore; elle en supporta les souffrances avec une inébranlable fermeté. Très-bien secondé par MM. les docteurs Bernard, Frestel et Gombault, je procédai de la manière suivante :

Les fesses sont écartées de chaque côté par un aide. Le spéculum américain est placé dans le vagin, la convexité de la valve répond à l'arcade pubienne. La région est ainsi parfaitement accessible et bien éclairée; les bords de la déchirure sont tendus et d'un abord facile. Pour être sûr d'obtenir des deux côtés une surface saignante d'égale dimension, je trace avec la pointe du bistouri la limite exacte des deux facettes d'avivement. En arrière, l'incision longe la muqueuse rectale sans l'intéresser, et en laissant même entre elle et la plaie d'avivement un petit liséré longitudinal d'un millimètre de largeur; de cette façon j'évite la muqueuse intestinale. En revanche, et pour obtenir une surface d'adhésion suffisante, je dépasse hardiment les limites qui séparent la cicatrice de nouvelle formation du vagin en avant et de la peau en bas.

Je n'enlève que l'épaisseur de parties molles rigoureusement nécessaire, c'est-à-dire qu'avec un bistouri très-tranchant j'abrase très-superficiellement des deux côtés, sacrifiant une couche de moins d'un millimètre. Les deux surfaces saignantes ainsi produites avaient la forme d'un triangle à base cutanée de 3 centimètres, à bords antérieurs et postérieurs un peu moins étendus, et se continuant avec la surface d'avivement des bords de la déchirure de la cloison. Pour aviver ceux-ci, j'observai les mêmes règles que pour la fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire que je respectai complétement la muqueuse rectale et ménageai même le liséré de sa soudure avec la muqueuse vaginale. C'est aux dépens de celle-ci que je créai tout autour de l'angle de la déchirure une surface saignante en forme de fer à cheval, large de plus d'un centimètre, et formée par l'abrasion des couches les plus superficielles de la muqueuse. Je dénudai de la même manière toute l'éminence médiane, que j'ai dit plus haut être formée par la saillie isolée de la colonne postérieure du vagin.

Il résulte de ces détails que j'ai apporté à l'avivement une modification assez notable. Au lieu d'aviver perpendiculairement et d'enlever par conséquent dans toute la hauteur de la déchirure une languette de la muqueuse rectale, j'ai partout ménagé cette dernière. De plus, en respectant sa soudure avec la muqueuse vaginale et la cicatrice de nouvelle formation, j'ai évité de pénétrer dans la couche de tissu cellulaire lâche qui la sépare des autres tuniques intestinales. Le mince liséré conservé tout le long du bord rectal m'a permis plus tard de passer les fils à suture près de la même muqueuse sans la comprendre dans l'anse des fils. De cette façon je n'ai, lors de la coaptation, nullement diminué la capacité du rectum et de l'orifice anal. Enfin, au niveau de la cloison, au lieu d'affronter seulement des languettes de 5 millimètres, telles que l'avivement perpendiculaire me les aurait fournies, j'ai mis en contact des surfaces de plus d'un centimètre, obtenues aux dépens du vagin par l'incision faite en dédolant.

Cette manière de faire, un peu minutieuse à la vérité, mais qui n'exige cependant que de l'attention, assure, si je ne me trompe, la réunion, et prévient quelques accidents *suturés*. Lorsque l'écoulement sanguin, d'ailleurs minime, fut arrêté, je passai les sutures : 1° du côté du vagin, 2° du côté du périnée. Je plaçai cinq points sur la muqueuse vaginale, absolument comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale. Ils étaient à 6 millimètres environ les uns des autres; le premier placé un peu au-dessus du sommet de la déchirure; le dernier, à l'endroit où devait se trouver la future commissure vulvaire. Les trois points supérieurs répondaient à la cloison; les trois inférieurs à la face vaginale du périnée proprement dit.

Tous les fils furent placés à l'aide de petites aiguilles légèrement courbées vers la pointe, et comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale, c'est-à-dire qui prendraient la muqueuse vaginale à un bon centimètre du bord avivé. Ils rampaient obliquement sous cette tunique et ne revenaient qu'elle seule. Même au niveau des points supérieurs, les fils n'atteignaient point la muqueuse rectale.

Pour le périnée, j'usai de la suture entortillée, et je plaçai d'avant en arrière trois fils distants d'un centimètre environ et pénétrant à des profondeurs diverses. Je suis forcé d'entrer ici dans quelques détails, pour faire comprendre la modification que j'ai fait subir à cette suture.

Dans le procédé ancien, le fil moyen formait une anse plus longue que l'antérieur et le postérieur; en effet, l'aiguille plongée à travers la peau se dirigeait en haut et en dedans et venait sortir sur la lèvre de la déchirure, tout près du sommet de cette dernière, rampant ainsi dans l'épaisseur de la partie inférieure de la cloison, à distance égale des faces vaginale et rectale; puis l'aiguille plongée en sens inverse, c'est-à-dire de dedans en dehors et de haut en bas, complétait l'anse, qui par sa position devait rapprocher et affronter le sommet du V formé par la déchirure, ou en d'autres termes, réunir la cloison déchirée de manière à prévenir la persistance d'une fistule recto-vaginale.

Les deux autres anses étaient conduites beaucoup moins profondément, l'une du côté du vagin, l'autre du côté du rectum; il résultait de cette disposition que les deux moitiés du périnée étaient bien rapprochées du côté de la peau, mais très-imparfaitement du côté du vagin, du rectum et surtout au niveau de la cloison, c'est-à-dire dans l'endroit le plus mince où un affrontement étroit diminuait considérablement les chances d'adhésion primitive. Ce qui démontre que ce procédé était défectueux, c'est la fréquence des fistules recto-vaginales à la suite des opérations de Roux et de ses imitateurs.

En effet, pour peu que les lèvres de la plaie bâillent du côté du rectum, une parcelle de matière fécale ou même les gaz intestinaux, très-nuisibles à la réunion immédiate, s'interposent dans la fissure et font manquer l'adhésion; aussi quelques chirurgiens ont-ils conseillé de placer de haut en bas sur la muqueuse rectale quelques points séparés, ou même de pratiquer une suture en surjet. Mais la muqueuse intestinale supporte mal la constriction et le contact des corps étrangers; puis, l'ablation des sutures rectales, peu facile à cause de l'étroitesse de l'anus, pourrait compromettre le succès d'une adhésion encore faible, de sorte qu'il m'a paru préférable de remplir la même indication en évitant les inconvénients de la suture rectale directe. Je crois y être parvenu en faisant de la suture enchevillée une suture périnéo-rectale, et voici comment :

Pour placer le fil périnéal le plus antérieur, je plongeai l'aiguille à quinze millimètres du bord gauche de la plaie, à quelques millimètres en arrière de la surface vaginale du futur périnée; je la dirigeai de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière, et fis sortir sa pointe tout proche de la muqueuse rectale, c'est-à-dire dans le liséré que j'avais ménagé le long de cette muqueuse en faisant l'avivement.

En traversant symétriquement et en sens inverse les parties molles de la lèvre droite de la plaie, je complétai cette première anse, dont le sommet se trouvait à cinq ou six millimètres seulement de l'angle supérieur de la déchirure; la seconde suture, qui occupait la partie moyenne du périnée, fut placée de la même manière; mais elle avait moins d'étendue verticale, car le sommet de son anse traversait le liséré rectal à un centimètre environ au-dessous du premier point.

Enfin, le troisième point, très-rapproché de l'anus, embrassait encore une moindre hauteur de parties molles, tout en parcourant un trajet analogue. Ces trois sutures échelonnées remplissaient parfaitement le but; elles rapprochaient fortement vers la ligne médiane les parties profondes du périnée, et sans intéresser directement la muqueuse rectale, affrontaient cependant fort exactement ses deux lèvres, comme je pus m'en assurer en portant doucement mon doigt dans le rectum, examen qui me démontra du même coup que les anses des sutures ne se sentaient aucunement dans l'intestin.

L'ablation des fils ainsi placés ne présente ni difficultés ni danger pour la réunion effectuée.

Lorsque les cinq points vaginaux et les trois points du périnée furent en place, je substituai des fils métalliques d'argent d'un quart de millimètre aux fils de soie préalablement introduits, ce qui se fit sans aucune difficulté. Puis, la plaie soigneusement lavée à l'eau froide, abstergée et débarrassée des caillots, je procédai à la réunion. Je serrai d'abord les fils vaginaux en les tordant à la manière de M. Sims, puis, serrant fortement sur les trois fils inférieurs, j'affrontai du même coup la moitié du périnée et la muqueuse rectale. La première série de sutures avait reconstitué l'orifice vulvaire; la seconde reforma un orifice anal très-régulier. Les fils du périnée étaient simples; pour les fixer sur les chevilles (deux bouts d'une sonde ordinaire de gomme élastique de 4 millimètres de diamètre), j'enfilai chacun des six chefs métalliques dans une petite aiguille à suture courte et forte, avec laquelle je traversai de part en part les chevilles à distance convenable, après quoi chaque chef fut assujetti à l'aide d'un coulant de plomb comprimé avec une forte pince.

Comme cela s'observe habituellement avec la suture enchevillée, les parties profondes étaient très-bien adossées; mais, entre les chevilles, les parties molles formaient un bourrelet saillant d'avant en arrière, avec un hiatus médian répondant à la peau. Pour réunir celle-ci, je plaçai très-superficiellement deux points de suture entrecoupée avec des fils de soie très-fins.

Tout étant terminé, une injection froide abondante fut poussée dans le rectum et le vagin, la région fut lavée, essuyée, et la malade reportée dans son lit.

L'opération proprement dite avait duré plus d'une heure; mais la réunion, de quelque côté qu'on l'examinât, ne laissait rien à désirer. La région avait repris sa configuration normale de la façon la plus complète. L'urine fut évacuée au moyen du cathéter, et bientôt après l'opérée prit une tasse de bouillon et s'endormit quelques moments.

(Ici M. Verneuil s'arrête sur l'appréciation des divers procédés opératoires et des diverses opérations complémentaires; l'abondance des matières nous oblige à ne pas reproduire ces détails, que l'on trouvera exposés dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie.)

Je fis prendre tous les jours 10 centigrammes d'extrait thébaïque, ce qui réussit d'autant mieux que de longue date Mme S... était accoutumée à n'aller à la selle que tous les quatre ou cinq jours.

Je prescrivis des aliments substantiels, très-nourrissants, laissant à la vérité fort peu de résidus : bouillons concentrés, viandes rôties, œufs, vin de Bordeaux, boissons glacées pour étancher la soif, le tout généreusement accordé, en satisfaisant l'appétit de la malade. J'ai remarqué qu'une telle alimentation s'accorde fort bien avec l'usage des opiacés, et je pense même qu'elle corrige efficacement l'action souvent nuisible que les narcotiques exercent en cas d'abstinence.

Telles furent les bases adoptées dans le traitement consécutif de Mme S... : décubitus dorsal; les cuisses rapprochées, maintenues autant que possible; compresses d'eau fraîche souvent renouvelées; injections froides vaginales et périnéales ou la décoction de camomille; cathétérisme répété toutes les trois heures, tels furent les moyens employés. Il y eut apyrexie complète, soif modérée, appétit régulier, sommeil suffisant.

Dans la nuit du quatrième au cinquième jour, la malade se plaignit toutefois d'une douleur assez vive au périnée. M. Bernard, examinant la région le lendemain matin, constata que le fil médian du périnée exerçait une constriction trop forte, et qu'à son niveau la sonde de gomme servant de cheville pressait sur la peau assez fortement pour l'avoir ulcérée superficiellement du côté gauche et y avoir creusé un sillon; il coupa les grains de plomb qui fixaient les chefs du fil, et aussitôt la douleur cessa. Cet accident n'eut pas de suite.

Le 24 avril, c'est-à-dire le huitième jour, je me transportai près de la malade pour enlever les sutures. La réunion du côté du vagin était aussi complète que possible; les fils n'avaient rien coupé; ils étaient absolument aussi fixes que lors de leur application. Du côté du périnée, le bourrelet médian, formé par la pression latérale des deux chevilles, était effacé, et sur la ligne médiane la réunion était parfaite; les deux points de suture faits avec la soie fine n'avaient pas coupé les parties molles fort étroites cependant qu'elles étreignaient.

Les fils de la suture enchevillée n'étaient nullement mobiles; ils n'avaient donc pas coupé les parties du côté des parties profondes. Bien au contraire, toute la pression exercée par eux avait porté sur les chevilles qui déprimaient assez fortement la peau. J'enlevai facilement la pointe antérieure et postérieure; quant au fil du point moyen, je ne pus le retrouver. J'explorai cependant le fond de la petite plaie occasionnée par la pression de la cheville. Nous ne savions trop si ce fil, délivré des deux coulants de plomb qui le fixaient, était tombé pendant les pansements, ou s'il s'était au contraire retiré profondément dans les chairs. Dans le doute, je ne crus pas prudent de fatiguer la région par des explorations prolongées, et je ne voulus pas même pratiquer le toucher rectal. Je comptais bien que le fil, grâce à sa rigidité, se frayerait une route et se montrerait bientôt soit à l'extérieur, soit dans le rectum, et qu'on en ferait sans peine l'extraction, supposition que la suite justifia.

En somme, le résultat était complet. Des dix points de suture, pas un n'avait manqué. Les orifices vulvaire et anal étaient reconstitués, et la région avait repris sa forme et ses dimensions normales. Le nouveau périnée avait tout près de 3 centimètres d'avant en arrière.

L'opium fut continué à la dose de 5 centigrammes. Du reste, les besoins de défécation n'avaient pas encore paru.

Pour assurer la solidité de la réunion périnéale, j'appliquai une bandelette de linge fin de 2 centimètres de large et de 5 centimètres de long, que je collai transversalement sur le périnée nouveau avec du collodion. Ce moyen protecteur fut continué pendant huit jours; il me parut soutenir très-bien les parties réunies, et je n'hésite pas à en conseiller formellement l'emploi en pareil cas. Tout étant concerté du reste pour la fin du traitement consécutif, je partis, considérant la guérison comme assurée.

Cependant la petite plaie causée par la pression de la cheville avait persisté du côté gauche du périnée; elle était entretenue par le fil métallique que nous n'avions pas retiré. La malade sentit un petit picotement superficiel le 3 mai, et elle retira elle-même le fil, qui était donc resté seize jours en place sans déterminer d'accidents; quarante-huit heures après, la plaie était fermée. Trois jours auparavant, les besoins de la défécation s'étant fait sentir (après treize jours de constipation), on administra un verre d'eau de Sedlitz et des lavements huileux; la première selle se fit très-aisément, sans douleurs et sans accidents. La malade commençait déjà à se lever dans sa chambre.

Les dernières nouvelles que j'ai reçues sont du 11 mai. « Mme S..., m'écrit le docteur Bernard, est complétement guérie. Les selles sont régulières, et les fonctions du rectum entièrement rétablies; la cloison recto-vaginale reconstituée présente une épaisseur normale, qu'on constate en introduisant un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin; le périnée mesure plus d'un centimètre de la vulve à l'anus. C'est un succès complet. »

Comme chirurgien, je ne puis m'empêcher d'attribuer en partie cette réussite au procédé que j'ai mis en usage; mais je dois reconnaître qu'elle a été singulièrement favorisée par le milieu si salubre dans lequel j'ai opéré, et par les soins intelligents et assidus qui ont été prodigués à la malade par les honorables confrères qui m'ont assisté.

Je veux appeler l'attention de la Société sur les points suivants :

1° Nécessité de faire la suture sur les deux côtés du triangle et non sur les trois, la suture rectale n'étant pas nécessaire.

2° Il ne faut pas intéresser la muqueuse rectale; la muqueuse du vagin est plus tolérante, on évite ainsi le ténesme de l'anus.

3° Je crois que les fils métalliques sont très-bons dans cette opération.

5° Depuis Dieffenbach, on a beaucoup insisté sur la nécessité des débridements pour assurer la réunion des bords de la déchirure. Pour cela, on a employé les incisions latérales, qui ont eu peu de succès en France, mais qui ont été adoptées en Angleterre et en Allemagne. On a conseillé dans ce but la section du sphincter de l'anus, et en Angleterre M. Baker-Brown fait la section dans deux points. Langenbeck, dans le but de prévenir une fistule recto-vaginale, a disséqué la muqueuse et l'a descendue en tiroir pour la coudre au périnée. Toutes ces opérations sont très-complexes, dangereuses, et je pense qu'on peut arriver à obtenir de bons résultats sans les employer, et par des moyens beaucoup plus simples et moins nuisibles.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que la section du sphincter anal à la

suite de la périnéorrhaphie est utile et indiquée dans certains cas. Certainement j'ai pu réussir dans quelques cas par l'ancien procédé, mais j'ai eu quelques revers. En effet, quand on a fait le ravivement complet et qu'on rapproche les surfaces, on ne laisse à l'orifice anal nouveau qu'une très-petite étendue. Au-dessus de cet anus rétréci, l'intestin fait poche, et plus la suture est solide, plus il y a accumulation : d'où les efforts qui disjoignent les parties réunies. Avec la section du sphincter anal, on remédie à tous ces accidents. Et quand on fait la section en arrière, il y a peu d'inconvénients en rapport des avantages qu'on en retire.

M. HUGUIER. Nous savons tous combien facilement échoue l'opération de la fistule à l'anus qui siége sur le raphé périnéal en avant ou en arrière de l'anus, et quand on est assez heureux pour obtenir la cicatrisation, elle est très-longue à se faire. Je crois que cela est dû à ce que le raphé du sphincter anal est déchiré, de sorte que les fibres musculaires qui le composent et qui se prolongent sur cette ligne médiane dans presque toute l'étendue du périnée, écartent les lèvres de la plaie. Chez la femme, le sphincter du vagin et le sphincter anal sont en continuité et unissent leur action pour produire cet écartement. Or ces muscles, ainsi que le transverse, sont plus ou moins développés, et les chances de guérison plus ou moins favorables suivant les sujets ; c'est pour combattre cette tendance que les chirurgiens ont eu raison de faire des sections.

Or, si M. Verneuil a réussi, il faut l'attribuer à ce qu'il a fait une triple suture : quoiqu'il dise n'en avoir fait que deux, il en a réellement fait trois dont une rectale; et à ce que peut-être la femme qu'il a opérée manquait de sphincter vaginal, ce muscle s'étant atrophié par suite de son inaction trop longtemps continuée.

Mais de ce succès faut-il conclure qu'on doive constamment renoncer à ces débridements latéraux ? Je n'oserais l'affirmer. Pour conserver l'idée de M. Verneuil, qui est bonne à un certain point de vue, et pour faire disparaître les inconvénients de ces débridements trop larges, ne serait-il pas utile de couper ces fibres musculaires qui nuisent à la réunion par une section sous-cutanée? C'est là une idée que je propose.

M. VERNEUIL. Ce qui engage M. Chassaignac à pratiquer la section, c'est que l'avivement étant très-large, il y a empiétement sur la surface sphinctérienne, et par conséquent rétrécissement de l'orifice anal ; mais dans mon avivement je suis resté en deçà du sphincter, et j'ai donné à l'anus ses dimensions normales. Quand après l'opération j'ai mis mon doigt dans cet orifice, je l'ai trouvé suffisamment large. Je persiste à dire que l'incision du sphincter est fâcheuse, quoiqu'elle ait été préconisée depuis bien longtemps par Saucerotte (dans un cas de fistule recto-vaginale), par Sédillot le jeune, par M. Mercier (1839), approuvée par MM. Velpeau et Malgaigne, et enfin regardée comme indispensable par MM. Baker-Brown et Chassaignac.

M. Huguier a donné une opinion qui vient à l'appui de la mienne, et il a parlé de l'atrophie du sphincter comme possible dans mon cas. Sans nier cette atrophie, je ferai remarquer cependant que le sphincter a exercé ses fonctions après la réunion, ce qui n'aurait pu avoir lieu avec une atrophie. Faut-il supprimer les incisions latérales? Oui, toutes les fois qu'il n'y a pas eu perte de substance. Quant à la section sous-cutanée proposée par M. Huguier, elle a été pratiquée par des chirurgiens irlandais et écossais, et M. Baker-Brown va jusqu'à dire qu'elle ne vaut rien. Pour ma part, je pense que les sutures sont suffisantes.

M. CHASSAIGNAC. Quand Boyer a proposé la section du sphincter de l'anus pour guérir la fissure à l'anus, il a voulu éviter l'accumulation des matières fécales. On faisait dans ce but de larges incisions, qui, il est vrai, offraient quelques inconvénients dont l'écrasement linéaire a cu raison.

L'idée de M. Verneuil me paraît fondée sur quelque chose de subtil, et il me semble qu'il est difficile de distinguer dans la cicatrice ce qui est du vagin et ce qui est du rectum. Je crois qu'il faut, avant tout, débrider pour éviter le développement de l'ampoule anale, et la suture échoue si on ne débride pas. Aussi, toutes les fois qu'après la suture le doigt introduit dans l'anus est pressé, il ne faut pas hésiter à faire la section du sphincter.

M. VERNEUIL. Je ne veux pas proscrire absolument la section du sphincter, mais je la rejette comme méthode générale. Dans mon cas, il n'y avait pas constriction de l'anus. En ce qui touche la distinction de la muqueuse rectale et de la muqueuse vaginale, elle a été facile dans mon cas.

M. CHASSAIGNAC. La cicatrice étant constituée par des parties appartenant au vagin et au rectum, il s'est formé là une sorte de magma dans lequel on ne peut pas toujours distinguer ce qui est du vagin et ce qui est du rectum.

M. HUGUIER. Je puis mettre d'accord nos deux collègues. En effet, cette distinction est facile quand il y a eu simplement déchirure. Mais quand il y a eu escharcs et que la peau adhère à la cicatrice, c'est plus difficile.

M. TRÉLAT. Je demande à M. Verneuil si la suture profonde n'est pas la même que celle de Roux. Sauf l'obliquité donnée par M. Verneuil à ses fils, il me semble qu'il y a une grande ressemblance avec ce que Roux a fait.

M. VERNEUIL. Roux passait au milieu de l'éperon, mais cela ne suffisait pas, et c'est ce qui causait des fistules secondaires. Quant à moi, j'ai échelonné mes sutures dans toute la hauteur de la division.

M. TRÉLAT. Les demi-succès de Roux tenaient à la suture enchevillée, qui, produisant un froncement trop considérable, ne permettait pas la réunion du fond de la déchirure.

COMMUNICATION.

M. BROCA. Depuis longtemps l'on sait que toutes les tumeurs peuvent être multiples. Le lipome, en particulier, est souvent multiple. Depuis Alibert, Marjolin, tout le monde en a vu des exemples. Mais ce qui est inconnu, c'est la généralisation de cette tumeur après l'ablation. Ce fait vient combler une lacune. Toutes les productions accidentelles ont été observées dans ce cas; il n'y avait que le lipome qui fit exception. Or, je viens de recueillir un fait qui offre la plus grande importance pour la doctrine du cancer. Quand le microscope eut distingué dans le cancer une variété de tumeur dite fibro-plastique, on avança un argument contre cette distinction, et l'on dit : Cette tumeur se reproduit comme le cancer, donc elle est de la même nature. Ç'a été sur cette tumeur que la première généralisation a été observée. Puis sont venues les observations de tumeurs fibreuses, que les Anglais ont désignées sous le nom de tumeurs fibreuses malignes, parce qu'elles se reproduisaient comme le cancer. Bientôt les enchondromes ont fourni des exemples analogues, témoin les faits connus de la Société, et plus particulièrement celui de M. Richet. Je viens aujourd'hui apporter un fait nouveau sur l'interprétation duquel on pourra peut-être avoir des contestations, mais qui à mes yeux est très-démonstratif.

Le malade dont il s'agit est entré à Bicêtre, il y a quatorze ans, pour un tremblement nerveux, et il avait alors cinquante-six ans. Il est mort à l'âge de soixante-dix ans. En 1817, il lui survint à la hanche un lipome qui fut enlevé en 1823 par Beauchêne, et qui pesait 2,500 grammes. La cicatrisation fut régulière et très-belle. Cinq mois après cette ablation, le malade vit sur toute la surface de son corps se développer un grand nombre de tumeurs lipomateuses. Ces lipomes étaient tellement nombreux, qu'il était impossible de les compter. Quand il est entré à l'infirmerie, les internes ont eu la patience de se livrer à l'énumération exacte de toutes ces tumeurs. Or, voici le résultat de leur examen; il y en avait en tout 2,080, ainsi réparties :

A la tête et au cou, 480; sur le tronc, 965; au membre supérieur, 370; au membre inférieur, 265.

Il y en avait davantage sur la face antérieure que sur la face postérieure du corps. Relativement à leur situation, on en distinguait deux catégories; les uns étaient sous-cutanés, les autres cutanés.

Les sous-cutanés avaient la consistance ordinaire du lipome. Quelques-uns offraient la consistance d'une mamelle de femme amaigrie. Le volume était depuis celui d'un haricot jusqu'à celui d'un œuf de poule. Leur nombre était de 40 environ.

Les cutanés formaient une sorte de semis; les plus petits étaient du volume d'un grain de chenevis, et d'autres plus gros. Quinze d'entre eux étaient pédiculés. Il y en avait qui surmontaient des lipomes sous-cutanés, de sorte que cela donnait à ces lipomes l'aspect d'une mamelle.

Comme cet homme était entré à l'infirmerie pour une dysphagie, nous avons cru d'abord que cette affection tenait à des lipomes sous-muqueux internes. L'autopsie nous a montré des lipomes là où nous n'en avions point supposé. Comme il existait aussi une laryngite, nous voulûmes savoir si sur le trajet des voies aériennes il n'y en aurait point; mais il nous fut impossible de nous livrer à un examen convenable et de voir même la paroi postérieure du pharynx.

Au bout de quelques jours le malade ne mangeait plus, et il a fini par succomber, quoique trois jours avant sa mort nous ayons pu passer la sonde œsophagienne avec facilité.

L'autopsie a été faite le lendemain, et nous avons constaté les lésions suivantes : laryngite ulcéreuse de toute la muqueuse du larynx; masse graisseuse dans la gaîne du sterno-cléido-mastoïdien et dans celle de la carotide primitive. Dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien, collection analogue à celle d'un abcès ; mais le microscope a démontré qu'il n'y avait que des granulations graisseuses. Autour du larynx, double collection de semblables granulations.

Les muscles sont atrophiés, pâles; l'épiploon n'était pas graisseux, il était très-transparent. Dans l'épaisseur des valvules du cœur, il y avait de la graisse comme dans les lipomes sous-cutanés. Toutes les valvules du cœur droit et gauche avaient ce dépôt graisseux. Celui de la valvule bicuspide était relativement énorme. On n'a pas pratiqué l'auscultation pendant la vie. Nous n'avons ausculté que le poumon, où nous avions constaté quelques granulations tuberculeuses peu étendues.

La dysphagie observée était causée par la dégénérescence des parois musculaires de l'œsophage, qui offraient une infiltration graisseuse. Dans le pylore, il existait en outre une infiltration semblable d'un centimètre d'épaisseur.

Les lipomes proprement dits avaient subi une modification profonde par le défaut d'alimentation; ils avaient diminué de plus de moitié. Les uns avaient une couleur jaune, les autres rosée. Au microscope, ils avaient tous le même aspect : trame de tissu conjonctif et fibreux parsemée d'une quantité plus ou moins grande de granulations graisseuses.

Ainsi, voilà une diathèse lipomateuse bien caractérisée avec prédominance de tissu fibreux ; de sorte que c'est là un fait de lipome non pas accompagné de généralisation.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Colson, médecin en chef des hospices de Noyon (Oise), vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur. Il compte plus de quarante ans de service.

— M. Leviel, élève militaire, a été nommé par suite de concours aide de botanique de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— A propos de la création des nouvelles chaires de la Faculté de Paris, la *Gazette médicale de Strasbourg* publie les réflexions suivantes :

« Il est bien certain qu'on ne pourra pas laisser les Facultés départementales dans une infériorité écrasante, et leur suppression, impossible pour Montpellier, le serait encore davantage pour Strasbourg. Cette Faculté, désormais la pépinière des médecins de l'armée, ne peut être ni supprimée ni condamnée à donner à ses élèves un enseignement incomplet, car ces élèves ne sont plus libres de choisir la source où ils entendent puiser leur instruction.

» Il est du reste consolant de pouvoir proclamer hautement ici que l'école de Strasbourg n'a pas attendu la création officielle d'une chaire d'histologie pour l'enseignement de cette science. Depuis plusieurs années, en effet, le professeur Küss a su initer ses auditeurs à cette science si importante, et les travaux de MM. Morel, professeur agrégé (faisant un cours particulier pour les élèves civils et chargé d'un cours officiel pour les élèves militaires), et Villemin, médecin-major, l'un des médecins attachés à l'état-major de l'École du service de santé militaire, ont par leur publicité (1) attiré l'attention du monde savant, et constaté victorieusement le progrès des études histologiques faites à Strasbourg. » EISSEN.

— La commission administrative des hospices civils de Strasbourg a décidé la mise au concours du plan de reconstruction de l'hôpital général de cette ville. Le programme du concours est en ce moment soumis à l'examen du conseil municipal.

D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme, mémoire approuvé par l'Académie impériale de médecine, par J. P. SUQUET, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris, 1862. In-8° avec atlas de six planches. Prix : 8 fr. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

(1) *Précis d'histologie humaine.* La deuxième édition se publie en ce moment.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 62. — MARDI 27 MAI 1862. (35e ANNÉE.) N° 62. — MARDI 27 MAI 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, 26 MAI 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous signalions, dans l'une des dernières séances de l'Académie, le fait curieux de guérison de lèpre par le changement de climat, rapporté par M. Guyon, inspecteur en retraite du service de santé. Dans une nouvelle communication, notre savant confrère a exposé dans une courte note très-intéressante, plusieurs exemples de disparition du goître sous l'influence de la même cause.

On y remarquera particulièrement cette expérience en grand des émigrants du Valais en Algérie, qui ont vu diminuer au bout d'un an et disparaître presque complétement en trois ou quatre ans, les goîtres dont un grand nombre d'entre eux étaient affectés au moment de l'émigration. Cette expérience, en révélant l'heureuse influence du changement de climat, donne en même temps une confirmation nouvelle des idées les plus généralement admises sur les causes qui produisent cette infirmité.

On trouvera dans le compte rendu, avec cette communication, les résultats de l'analyse que MM. Poggiale et Lambert ont faite de l'eau du puits artésien de Passy, résultats qui intéressent particulièrement l'hygiène publique de Paris, et les conclusions d'un mémoire de M. Terreil, sur les principes minéraux que l'eau enlève aux substances végétales dans les diverses opérations de la macération, de l'infusion et de la décoction.

Nous appelons également l'attention de nos lecteurs sur la première partie du rapport relatif à l'origine de la vaccine dont M. Bousquet a commencé la lecture dans la dernière séance de l'Académie de médecine. Nous compléterons ce savant exposé quand il sera terminé, c'est-à-dire dans le prochain numéro. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

De la fièvre intermittente chez les jeunes enfants. Nervosisme chronique suite de variole.

(Leçon clinique recueillie par M. A. DUBUC, interne du service.)

L'histoire de la fièvre intermittente des enfants à la mamelle a été négligée par tous les médecins qui ont écrit sur les maladies de l'enfance. C'est une lacune regrettable, car il est peu de maladies du premier âge qui offrent un si grand intérêt. Je suis le premier qui en ait donné la description en 1845, et depuis lors mes observations ont été confirmées par MM. Ebrard, Schnlzer, Guiet, Alaboisette, Pitre-Aubanais, etc., dans différents mémoires que les journaux ont publiés.

Je profiterai du cas qui s'offre à notre observation pour insister auprès de vous sur les particularités que présentent les affections paludéennes dans la première enfance.

Voici en peu de mots l'histoire de notre petit malade :

C'est un enfant de dix-huit mois, ayant six dents, revenu de nourrice depuis trois mois, et habitant les environs du canal Saint-Martin, où ont été faits de grands travaux de terrassement. On l'a amené pour la première fois à ma consultation le 29 avril dernier.

Depuis quinze jours, il était pris chaque jour à la même heure de frisson bien caractérisé, suivi de chaleur et de sueurs; l'accès durait deux heures à peu près; dans l'intervalle d'un accès à l'autre, il y avait apyrexie complète.

Au moment où je l'ai vu, l'enfant, amaigri, avait déjà le visage pâle, jaunâtre, l'aspect cachectique, la rate volumineuse, et il était facile de sentir cet organe par la palpation au-dessous des fausses côtes gauches, qu'il dépassait de beaucoup en descendant dans le flanc gauche. La percussion indiquait un volume d'environ 8 à 9 centimètres de long sur 5 de large. Je prescrivis du sulfate de quinine à la dose de 0,10 centigr. par jour dans un peu de café noir sucré.

Pendant les trois jours qui suivirent, les accès revinrent avec la même force; mais au bout de ce temps, la mère remarqua une notable diminution dans l'intensité de la fièvre, et actuellement il n'apparaît plus qu'un peu de sueur à l'heure habituelle du paroxysme. L'état général est meilleur, l'amaigrissement est moindre, l'aspect cachectique moins prononcé, le visage plus coloré, et la rate a notablement diminué de volume. On continuera le sulfate de quinine à la dose de 0,10 centigr. pendant quelques jours encore, et en même temps on administrera des bains salés.

A Paris, la fièvre intermittente est rare chez les enfants à la mamelle. Mais depuis quelques années, il semble qu'elle soit plus fréquente chez les enfants de la classe laborieuse, et principalement sur ceux qui habitent notre voisinage, en raison des immenses travaux de terrassement faits sur le chemin de Lyon à Vincennes pour le creusement des lacs, et ici près dans le canal Saint-Martin, qu'on a mis à sec pour en augmenter la profondeur. Quand elle existe, elle n'offre pas toujours les caractères réguliers que nous constatons ici. Le frisson manque généralement; il est remplacé par une sorte de concentration des forces; la face pâlit, la peau se grippe et les ongles bleuissent; le pouls est serré, difficile même à sentir.

A cette période succèdent les phénomènes de calorification, que l'on prendrait facilement pour le commencement de la fièvre, faute d'une observation attentive. Les enfants deviennent rouges et brûlants; le pouls est développé, bat de 120 à 130 fois. Au bout d'une heure ou une heure et demie, la chaleur s'apaise et la sueur commence; elle n'est pas très-forte, c'est plutôt de la moiteur qu'une transpiration véritable. C'est à partir de deux ans qu'on commence à rencontrer les trois stades réguliers comme chez l'adulte.

Si l'on en croit M. Burdel, au moment de l'accès il se ferait une glycosurie disparaissant dans l'apyrexie. Cela est possible, et je ne conteste pas absolument les observations d'un savant confrère que j'apprécie beaucoup; mais dans les cas où j'ai voulu constater ce phénomène, je ne l'ai pas rencontré.

Les enfants atteints de fièvre intermittente se reconnaissent, en outre, à des caractères particuliers. Ils sont ordinairement petits, maigres, le ventre gros et fort peu développé pour leur âge. Leurs chairs sont molles; leur peau est flasque, d'un blanc jaunâtre, comme dans la chlorose; mais il existe de plus un aspect cachectique très-prononcé, qu'on ne trouve pas habituellement dans la chlorose.

Le ventre est très-volumineux et l'hypochondre gauche renferme une tumeur mobile assez grosse, qui est formée par la *rate hypertrophiée*.

Il n'est pas même nécessaire dans tous les cas d'employer la palpation et la percussion pour la délimiter; j'ai publié des faits où l'on apercevait très-bien la rate à travers la paroi abdominale, vu l'état de maigreur extrême des enfants.

La fièvre intermittente, quand elle dure depuis un certain temps, jette les jeunes enfants dans un état de profonde cachexie; les jambes s'infiltrent de sérosité, sans qu'il y ait d'albumine dans les urines.

Quand j'étais interne à l'hôpital Necker, on m'amena un enfant atteint d'œdème cachectique. Il arrivait de la Sologne, avait une rate énorme, et présentait des accès intermittents bien caractérisés. Je n'avais pas encore vu de fièvre intermittente chez les enfants à la mamelle, je prescrivis le quinine brut, et le petit malade guérit très-bien.

Il peut s'opérer dans la peau de véritables hémorrhagies, des pétéchies assez larges pour prendre le nom de *pourpre hémorrhagique*. Les accès de fièvre chez les enfants à la mamelle sont mal réglés; ils offrent ordinairement le type quotidien, rarement le type tierce; ils reviennent à des heures qui ne sont pas constamment les mêmes. Tulpius rapporte un exemple de

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes sur les Eaux minérales de l'Algérie, par le docteur A. BERTHERAND, médecin principal de l'armée, directeur de l'Ecole préparatoire d'Alger, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc. (1).

En 1857, M. A. Bertherand, en traduisant de l'anglais l'ouvrage du docteur Mittchell, sur le *Climat d'Alger et sa valeur curative*, avait surtout en vue les malades qui viennent chercher à Alger, contre les affections des bronches et surtout celles des parenchymes respiratoires, une température plus uniforme, un hiver plus doux, un ciel plus clément que ceux si froids et si variables de certaines contrées de la France; l'année suivante, en 1858, il publiait sous ce titre : *Etudes sur les eaux minérales de l'Algérie*, un livre d'un intérêt plus spécial. Ces eaux, en effet, n'en sont pas à faire leurs preuves : elles jouissaient d'une immense faveur chez les indigènes bien longtemps avant notre arrivée, ainsi que le constatent de nombreux vestiges d'anciens établissements et de curieuses légendes répandues au loin.

Dans une introduction historique succincte, M. Bertherand nous montre la plupart de ces bains ou *hammam* de l'Algérie encore en grand crédit parmi les douars et principalement chez les habitants des villes.

Plusieurs médecins de l'armée se sont occupés de l'hydrologie africaine; ils ont publié leurs nombreuses et intéressantes recherches, qui déjà ont eu pour résultat de décider l'administration de la guerre à essayer de remplacer, pour les malades infirmes ou convalescents, les eaux minérales de la métropole par celles qui existent au voisinage de nos camps et de nos hôpitaux. Les résultats ont été complets, et maintenant que la pacification du pays a dissipé les incertitudes, appelé la culture, ouvert de si nombreuses voies de communication, il est devenu réellement utile et opportun d'aborder, sous le point de vue d'une exploitation possible, la question des eaux thermales de l'Algérie.

Une considération de la plus haute importance domine les raisons de cette utilité.

« Ce qui manque aux eaux minérales de la France, pourtant si riches et si variées, ce que rien au monde ne saurait leur donner, c'est, dit le docteur Millon (1), un climat tempéré durant les mois d'hiver. Dès que l'été finit, on les déserte : la fraîcheur des nuits, l'abondance des pluies, en troublent les effets : septembre arrive et la saison est close.

» Qu'il y a loin de là à certaines contrées méridionales, voisines de la mer, et dans lesquelles règne durant toute la période hivernale une inaltérable douceur de température et d'atmosphère! Là, l'hiver n'existe pas; c'est évidemment là qu'on doit réaliser l'idée bienfaisante et logique de continuer la cure des eaux minérales sous un climat tempéré, entièrement exempt de neiges, de gelées et de frimas. Signaler ces contrées, c'est désigner l'Algérie, et plus particulièrement tout ce littoral délicieux où elle développe plaines et coteaux, entre l'Atlas et la Méditerranée. »

On voit par cette esquisse rapide de la climatologie de l'Algérie, combien la situation de ce pays est précieuse aux valétudinaires.

L'examen des divers mémoires dus à la plume, aux patientes recherches de MM. Payn, A. Bertherand, Lelorrain, Lasnier, Hamel, E. Bertherand, et réunis par l'auteur du volume que nous analysons aujourd'hui, va nous montrer le sol privilégié de notre colonie des eaux thermales en tous points similaires aux principales sources de la France.

Hammam-Mélouane, sources situées près Rovigo, province d'Alger, au pied de l'Atlas, à environ 32 kilomètres sud-est d'Alger.

Les chlorures salins sont la base de leurs principes minéralisateurs. Parmi les analogues de ces sources, nous citerons Bourbonne-les-Bains, Balaruc, dont les sources sont les plus fortement salines que nous ayons en France. Journellement, pendant une grande partie de l'année, les indigènes, surtout les juifs, viennent demander à Hammam-Mélouane la cicatrisation d'anciens ulcères, des dartres invétérées, la résolution d'anciens engorgements scrofuleux, la guérison d'arthralgies, de lésions du système osseux, fibreux et musculaire, etc.

Oïoun-Sekhakhna. — Dans la Bou-Zarria, au Frais-Vallon, à 3 kilomètres d'Alger.

Au fond du Frais-Vallon, site délicieux, couvert d'orangers, de grenadiers et d'amandiers, sourdent plusieurs sources d'eau commune, filtrant librement à travers le gazon et le sable, encaissées dans des bassins. L'une d'elles, abritée par un petit marabout, d'où elle coule dans un puisard, se distingue par son isolement particulier et par l'espèce de préférence qui lui a toujours été accordée. Une construction en maçonnerie la protége, enfoncée dans les dernières assises du rocher qui surplombe, et rien n'indique qu'on ait cherché plus profondément le point d'émergence de l'écoulement.

L'eau d'Oïoun-Sekhakhna n'est certes pas appelée à une efficacité universelle ni à une vogue retentissante, mais l'examen clinique auquel elle a été soumise prouve qu'elle est applicable à diverses circonstances pathologiques inhérentes au climat africain.

Hammam-Rir'a. — A 26 kilomètres de Milianah, province d'Alger. Plusieurs sources jaillissent des flancs sud d'une colline qui présente un vaste plateau sur lequel s'élevait la ville romaine à laquelle les *eaux chaudes* avaient donné leur nom, *Aquæ calidæ*. Des restes de murailles, d'énormes blocs de pierres taillées, des débris de colonnes, de chapiteaux, de portiques, les ruines d'un temple et de thermes, de nombreuses pierres tumulaires qui ont conservé leurs inscriptions, etc., etc., attestent encore aujourd'hui la prospérité et la puissance de cette cité dont la fondation paraît remonter à 32 ans après Jésus-Christ, sous le règne de Tibère. A côté et tout autour de ces

(1) Un vol. in-8°, chez J. B. Baillière et fils, libraires. Prix : 3 fr.

(1) *Note sur les eaux minérales du Frais-Vallon*. Alger, 1855.

fièvre quinte chez une petite fille de dix-huit mois. C'est là un fait rare.

La fièvre intermittente peut, dit-on, s'observer chez le fœtus *encore dans le sein de sa mère*. Le professeur Stokes, de Dublin, dit avoir vu une femme enceinte affectée de fièvre tierce, qui aurait ressenti des mouvements convulsifs du fœtus, dont les paroxysmes avaient cela de remarquable qu'ils correspondaient périodiquement aux jours d'apyrexie de la mère.

Chez une autre femme enceinte, atteinte de fièvre quarte très-rebelle, le paroxysme chez le fœtus précédait ou suivait immédiatement le paroxysme chez la mère. Le fait est de Schuritz, cité par M. Jacquemier.

Enfin, si l'on en croit les assertions de Joseph Frank, Sue, Reil, la fièvre intermittente peut être congénitale. Les auteurs citent des exemples de femmes qui, ayant eu la fièvre intermittente pendant leur grossesse, ont mis au monde des enfants atteints de la même affection ; mais M. Burdel, qui exerce dans la Sologne, dit que pendant seize ans il n'a pas vu une seule fois un enfant né d'une mère impaludée apporter en naissant des symptômes de fièvre intermittente.

Dans la *fièvre pernicieuse intermittente*, qui est très-rare, mais dont on a pourtant cité un certain nombre de faits bien observés, les enfants ont des accidents *comateux*, *convulsifs* ou *diarrhéiques*. J'ai vu un de ces exemples à Paris sur l'enfant d'un confrère; le sulfate de quinine m'a très-bien réussi.

Dans les pays de fièvres, en Grèce par exemple, où la fièvre intermittente est endémique; dans certaines contrées, on a observé des fièvres pernicieuses chez les tout jeunes enfants. Le docteur Alexandre (de Sparte) a publié la relation d'une épidémie qui avait régné à Corinthe sur des enfants de quatre à dix ans. Après quelques accès de fièvre intermittente ordinaire, les enfants étaient pris de perte de connaissance, de convulsions, de crampes cloniques, de froid aux extrémités ; le pouls était petit, à peine sensible; le visage pâle; et il venait souvent de l'écume à la bouche. Le sulfate de quinine en lavements réussit à conjurer ces accidents.

Un médecin de Smyrne, M. Kotzonis, qui l'an dernier suivait cette clinique, m'a raconté qu'il avait nombre de fois observé la fièvre intermittente pernicieuse chez les jeunes enfants.

Il est souvent difficile de formuler un diagnostic exact ; on devra se baser sur l'intermittence et la périodicité des accidents, et administrer sans retard le sulfate de quinine.

Quelle que soit la nature d'une maladie, du moment que l'élément intermittent périodique s'y montre d'une manière tranchée, il faut donner la quinine; j'ai eu souvent occasion d'employer cette méthode avec avantage dans la fièvre typhoïde, quand il existe à certaines heures de la journée des paroxysmes bien accusés. Ceci m'amène à vous parler du traitement de la fièvre intermittente chez les jeunes enfants.

Il faut, dans cette maladie, administrer les anti-périodiques, les toniques reconstituants et les dépuratifs. On donne le matin une cuillerée de sirop anti-scorbutique, le sous-carbonate de fer dans la journée et la préparation de quinquina vers le soir ou après la fin de l'accès. L'usage de ces moyens combinés m'a toujours réussi.

A quelle préparation de quinquina faut-il avoir recours?

La *quinine brute*, qu'on ne doit pas confondre avec la quinine pure, offre cet avantage d'être à peu près sans amertume; elle est avalée sans répugnance par les petits malades. Elle se présente sous l'apparence d'une masse grisâtre, résineuse, facile à ramollir dans les doigts et à couper en petits grains à l'aide d'un couteau.

On la donne ainsi réduite en granules à la dose de 20 à 40 centigrammes par jour, après l'accès de fièvre, dans une cuillerée de semoule ou de conserve de fruit. On continue jusqu'à la cessation des phénomènes fébriles et jusqu'à la disparition de l'hypertrophie de la rate.

La quinine brute est une excellente préparation ; mais on ne la trouve pas dans toutes les pharmacies de Paris, à plus forte raison de province; de là la nécessité de la remplacer par le sulfate de quinine.

On est arrivé à faire prendre le sulfate de quinine aux enfants d'une manière commode, en imitant ce qui se fait aux colonies, c'est-à-dire en le donnant dans du café noir sucré ; de cette façon, presque toute l'amertume disparaît.

Les doses sont les suivantes : 5 à 10 centigrammes de la naissance à deux ans ; 15 à 20 centigr. à partir de deux ans.

Dans les fièvres pernicieuses, il faut donner des doses plus élevées.

On peut employer le sulfate de quinine en lavement à la dose quotidienne de 10 à 15 centigr. dissous dans 40 à 50 gr. d'eau suffisamment acidulée par l'acide sulfurique, ou en suppositoire avec la même dose de sel incorporé à du beurre de cacao.

On a conseillé la pommade au sulfate de quinine, 3 gr. pour 30 gram. d'axonge, en frictions dans les aisselles, trois fois par jour ; mais je n'ai qu'une médiocre confiance dans ce mode d'administration, et j'accorderais bien plutôt la préférence à l'estomac et au rectum, tant que l'absorption pourra se faire par ces voies.

Nervosisme chronique, suite de variole. — Dyspepsie, gastrorrhée, ptyalisme, œsophagisme, analgésie, diplopie, toux nerveuse, palpitations, névralgies, etc.

J'ai maintenant à vous entretenir d'une jeune fille atteinte d'une névrose très-intéressante, consécutive à une maladie aiguë.

Voici l'histoire succinte de la maladie :

W... (Marie), treize ans et demi, entrée le 25 février 1862.

Cette enfant, d'une bonne constitution, d'un tempérament un peu lymphatique, a eu, quand elle était petite, des gourmes et des glandes, jamais de convulsions, la rougeole à un an, la coqueluche à dix-huit mois, la varicelle à trois ans; à l'âge de huit ans elle a éprouvé des douleurs articulaires sans gravité.

Elle est formée depuis le mois de janvier dernier, ses règles ont paru deux fois depuis plusieurs années; elle est sujette à des céphalalgies opiniâtres qui occupent la région frontale, reviennent principalement le soir, s'accompagnent ordinairement d'un étourdissement, d'une sorte de vertige sans perte de connaissance, et sont suivies de vomissements alimentaires.

Le 22 février, elle a été prise de fièvre avec céphalalgie intense, vomissements répétés, état de malaise général sans rachialgie.

Ces phénomènes ont persisté jusqu'au 25, s'accompagnant d'insomnie et de constipation. Elle se présente ce jour-là à l'hôpital dans l'état suivant :

La langue est blanche, humide, villeuse; les vomissements persistent, ainsi que la constipation; la peau est chaude; le pouls, large, développé, bat 120 fois; agitation, malaise général; pas de rachialgie.

Une éruption a paru ce matin sur le visage, le tronc et les membres; elle se compose de papules acuminées, beaucoup plus nombreuses sur le visage que sur les autres parties du corps, sans y être toutefois très-confluentes ; au sommet de quelques-unes on voit déjà des vésicules.

Le diagnostic n'est pas douteux, c'est une variole qui se présente sans caractères de gravité ; l'enfant a d'ailleurs été vaccinée, et l'on aperçoit des cicatrices bien apparentes sur les bras.

Les jours suivants, l'éruption suit un cours très-régulier, la fièvre tombe. Les pustules du visage et du reste du corps se remplissent d'un pus bien lié, et à ce moment reparaît un peu de fièvre secondaire.

La dessiccation se fait bien, et la malade sort guérie le 16 mars, après avoir éprouvé quelques envies de vomir dans les derniers jours qui ont précédé sa sortie.

Les règles ont manqué en mars.

Le 29 avril, l'enfant rentre à l'hôpital. Elle a été tourmentée depuis sa sortie par une salivation abondante et très-gênante, des douleurs d'estomac, des vomissements, qui se montrent presque tout de suite après les repas et se composent de la majeure partie des aliments ingérés; elle a de plus éprouvé des céphalalgies intenses, revenant surtout le soir et s'accompagnant d'étourdissements passagers, sans perte de connaissance, sans mouvements convulsifs; il lui arrive dans ces moments de voir les objets doubles; l'examen ophthalmoscopique des yeux a été fait par M. Desmarres fils, et n'a révélé aucune altération de la rétine.

Ces derniers phénomènes, signalés déjà dans les commémoratifs, ont acquis plus de fréquence et d'intensité depuis la variole. Ses règles ont reparu le 3 avril.

A l'examen de la malade, nous constatons qu'elle n'a nullement maigri; elle est d'humeur gaie, mais très-facile à impressionner, elle pleure aisément, éprouve souvent des bâillements, des pandiculations; elle a fréquemment des quintes de toux nerveuse, de la dyspnée gastrique, et la sensation d'une boule, qui part de l'estomac, remonte à la gorge et l'étrangle.

En interrogeant la sensibilité cutanée, on voit qu'il existe de l'analgésie aux *avant-bras*, ainsi qu'aux jambes et au visage, mais à un moindre degré; on peut chatouiller la face interne des narines avec une épingle, sans exciter l'éternûment; la jeune fille sent bien qu'on la touche avec un instrument acéré, mais la douleur fait défaut. Elle n'a qu'une notion très-vague de la température des corps.

Il existe un point de névralgie intercostale à droite, de l'essoufflement, des battements de cœur à la suite d'une course un peu rapide. On trouve dans les carotides un souffle continu avec redoublement. Rien dans les poumons.

Les urines sont claires, plus abondantes qu'à l'état normal.

Un vomitif est administré sans succès, à titre de moyen perturbateur contre les vomissements habituels. Nous aurons recours maintenant à la médication tonique : préparation de quinquina, de fer; douches froides.

En résumé, voici une jeune fille qui peu de temps après l'établissement de la menstruation, et alors qu'elle éprouvait déjà depuis une époque éloignée des troubles nerveux singuliers, céphalalgie avec vertiges et vomissements alimentaires, est prise d'une variole discrète; la maladie aiguë suit une marche régulière et arrive rapidement à la guérison; mais les accidents nerveux anciens deviennent plus intenses, et on voit apparaître tout un cortége de troubles nouveaux, de ceux qui sont groupés ordinairement sous le nom d'hystérie.

Comment faut-il interpréter cet ensemble symptomatique?

A n'envisager la question qu'à un point de vue restreint et en prenant chaque groupe symptomatique isolément, on pourrait se croire en présence d'une affection de l'estomac. Du temps de Broussais, on aurait dit gastrite chronique. N'existe-t-il pas depuis longtemps des douleurs épigastriques et des vomissements alimentaires? De nos jours, certains médecins diraient gastralgie, ou bien chlorose avec gastralgie; d'autres appelleraient cela de l'hystérie, se fondant sur l'existence du spasme œsophagien et pharyngé, de l'analgésie cutanée, etc. Pour moi, je généralise davantage; il me semble qu'on peut donner un nom à cet état morbide qui présente tant de localisations diverses, et qui n'a point échappé à Tissot (1) et au docteur Cerise (1). Je l'appellerai du *nervosisme chronique*.

Cette dénomination convient pour désigner les phénomènes nerveux bizarres qui chez la femme se rapprochent de l'hystérie et chez l'homme de l'hypochondrie, sans pourtant présenter la physionomie caractéristique de ces affections.

Quelle est la part de la variole dans la production des accidents que nous observons chez cette jeune fille? A mon avis, elle est importante; les maladies aiguës ont une très-grande influence sur le développement des névroses, ainsi que l'a indiqué Tissot.

(1) *Maladies des nerfs.*

---

débris informes, signes de l'importance et de la splendeur de la ville d'*Aquæ calidæ*, s'étalent des champs luxuriants de production, des massifs boisés où dominent le figuier, l'olivier, la vigne, et de nombreux bouquets de lauriers-roses; une forêt magnifique où l'on voit s'élever, au milieu des buissons de lentisques, le chêne vert, le pin, le caroubier, le myrte, etc., etc.

D'après ces quelques indications, mais surtout le riant tableau que donne de cette station thermale le docteur Lelorrain, qui l'a scrutée avec le plus grand soin, on voit que ce paysage est un des plus beaux de la province d'Alger, un des plus charmants séjours de l'Afrique.

Le seul établissement thermal qui existe est sous la dépendance du ministère de la guerre; quelques rares baigneurs civils y sont admis, et sont traités aux frais de l'administration des hôpitaux.

Les eaux minérales d'Hammam-Rir'a ne possèdent pas toutes d'une manière uniforme les mêmes propriétés thérapeutiques. Les unes, abondantes, peuvent être comprises dans la classe si variée des eaux salines, et rivaliseraient avec avantage pour leurs propriétés chimiques avec Baden-Baden, Balaruc, Bourbon-l'Archambault, Bourbonne; deux autres renferment autant de principes ferrugineux que Forges, Spa, etc. Comparer ces eaux thermales algériennes avec les stations balnéiques similaires de la France et de l'étranger, c'est dire implicitement que le même genre d'affections peut y être aussi avantageusement traité.

Mouzaïa-les-Mines, près Médéah, province d'Alger, à 80 kilomètres d'Alger, derrière la Mitidja, au pied du versant méridional de l'Atlas, entre les gorges profondément déchirées de la Chiffa; à l'est, les rampes ravinées du Ténia de Mouzaïa; à l'ouest, l'industrie métallique a créé depuis une quinzaine d'années un petit village que commande l'établissement principal des mines.

Chose remarquable, tandis que les eaux minérales de l'Algérie sont si bien connues et estimées des indigènes, rien n'indique qu'ils aient jamais fréquenté celles de Mouzaïa. Peut-être faut-il attribuer cette indifférence à la situation de la source au milieu d'affleurements cuprifères, d'où la croyance qu'elle devait renfermer des principes toxiques.

Nous devons au docteur A. Bertherand la description des propriétés de la source de Mouzaïa-les-Mines. Légèrement gazeuse, limpide, inodore, saveur aigrelette, métallique, un peu saumâtre à l'arrière-goût; température variable, 17 à 21 degrés centigrades. Les analyses chimiques signalent surtout l'existence du carbonate de chaux, de magnésie, et une certaine quantité d'oxyde de fer.

Les effets thérapeutiques de cette eau ont été diversement appréciés. Les essais tentés par M. Bertherand à son point d'émergence et à Alger, aussitôt après l'arrivée des bouteilles aux dépôts, comme quelque temps après leur emmagasinage, ont donné des résultats si mobiles, qu'il n'a pas été possible jusqu'ici de formuler une opinion décisive.

Ben-Haroun, province d'Alger, près Drà-el-Mizan (Kabylie). — Le docteur Lasnier a eu le premier l'occasion de s'occuper de cette source, dont aucun récit, aucune tradition locale, ne nous ont transmis les vertus minérales. Avant 1851, époque à laquelle une colonne expéditionnaire vint camper à Ben-Haroun, et reconnut les sources gazeuses, les habitants du pays en ignoraient complétement l'existence, ou du moins n'y avaient attaché aucun prix. En 1857, quelques travaux d'appropriation ont été prescrits pour abriter trois fontaines, la quatrième continue de sourdre à ciel ouvert et bouillonne au milieu du sol.

Indépendamment du peroxyde de fer que contiennent ces sources gazeuses, M. Ville, ingénieur des mines du département d'Alger, signale leur richesse en sels minéraux et principalement en sels de soude, chlorures, sulfates et carbonates. La proportion d'acide carbonique non combiné à l'état de sel neutre, n'indique pas la richesse de l'eau en acide carbonique gazeux, parce qu'une portion de cet acide entre en combinaison avec les carbonates neutres de soude, chaux et magnésie, pour former des sesqui-sels, soit des bi-sels.

Le peu d'abondance du produit des sources, l'exiguïté des bassins naturels, l'absence de toute installation balnéique, ont fait que jusqu'à ce jour l'eau n'a encore été employée que comme *boisson*, et le plus souvent *transportée*.

La composition alcaline et gazeuse de cette source appelle l'attention des expérimentateurs sur les effets qu'on en pourrait obtenir dans les maladies chroniques du tube digestif, dans les diathèses goutteuses et rhumatismales, dans les différentes variétés des affections calculeuses de la vessie, des reins, des articulations, etc.

Les Bains de la Reine, à 3 trois kilomètres d'Oran, sur la route de Mers-el-Kebir, ont déjà fourni le sujet de notices, de rapports épars dans les mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.

Ces bains, dont les Espagnols, à l'époque où ils occupaient la partie occidentale de l'Afrique, faisaient grand cas et auxquels ils attribuaient des propriétés très-efficaces, puisqu'ils les mirent sous le patronage d'une reine, sont situés sur le penchant de la montagne qui borde la Méditerranée, à trois ou quatre mètres seulement au-dessus du niveau de la mer, à cinquante pas du rivage.

Les eaux du Bain de la Reine sont claires, limpides, franchement salines, un peu âcres. Leur température est de 35 degrés, accumulées dans le puits, et de 45-47 degrés au point de leur émergence.

Les résultats de l'analyse chimique ont donné des chlorures de soude, de magnésie, de sulfate de magnésie, de carbonate de chaux.

Ces eaux, comme toutes les eaux salines analogues, conviennent parfaitement aux lésions chirurgicales du tissu osseux, cartilagineux et musculaire, à certaines dermatoses, aux rhumatismes en général, aux entorses chroniques, etc.

Depuis près de vingt ans on a pu utiliser les Bains de la Reine pour les blessés et infirmes des services chirurgicaux de la province de l'Ouest, et sur un grand nombre de blessés de l'armée d'Orient.

Hammam-Meskoutine, près Guelma, province de Constantine. — Le docteur Hamel a fourni au livre de M. A. Bertherand une monographie très-complète de ces sources minérales, les plus remarqua-

Les maladies aiguës, diphthérie, fièvre typhoïde, variole, pneumonie, etc., peuvent être suivies : 1° de *paralysies variées*, paralysie du voile du palais, paraplégie, hémiplégie, etc. ; 2° elles peuvent faire éclater des *névroses convulsives*, la chorée, l'hystérie, etc. ; 3° des *névroses douloureuses ;* 4° des *spasmes ;* 5° des *vésanies* ou *névroses mentales*, témoin ce qui se passe à la suite de la fièvre typhoïde, où l'on a de fréquentes occasions d'observer des troubles cérébraux variés.

Je donnais tout récemment des soins à un étudiant en médecine qui, à la suite d'une fièvre typhoïde ataxique, est demeuré cinq mois dans un état d'idiotie complète ; on était obligé d'avoir pour lui les mêmes soins que pour un enfant nouveau-né, vu son état de torpeur intellectuelle. Il est actuellement guéri.

Ainsi les cinq classes de névroses connues peuvent être le résultat de la convalescence des maladies aiguës, et non pas seulement les paralysies essentielles, comme certains médecins paraissent disposés à le croire.

En nous plaçant à ce point de vue, nous sommes portés à attribuer une large part d'influence à la variole sur la production des troubles nerveux variés qui se sont montrés consécutivement chez la jeune fille qui fait le sujet de notre entretien. C'est une névrose mixte dans laquelle il y a de la *paralysie* du sentiment, des *douleurs* névralgiques, des *spasmes* de l'œsophage, des *hypersécrétions* gastriques et salivaires, de la toux nerveuse, des palpitations, enfin tout ce qui caractérise l'*état nerveux chronique*.

La névrose pourra chez elle avoir une assez longue durée ; mais nous comptons sur une guérison radicale. En raison même de son apparition dans la convalescence d'une maladie aiguë, et de l'existence d'un état réel de chloro-anémie, nous la combattrons par l'usage prolongé des toniques, tels que le fer, le quinquina, les douches froides ; un peu d'opium sera donné contre les phénomènes douloureux, et peut-être donnerons-nous aussi la teinture d'iode si le ptyalisme persiste à un degré gênant pour la malade.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mai 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Disparition du goître par le changement de climat. — M. GUYON adresse la communication suivante :

Santiago, capitale du Chili, est située dans les montagnes à une trentaine de lieues de la côte. Le goître y règne, de même qu'à Mendoza, de l'autre côté des Andes. Un consul belge de ma connaissance, M. D..., y arrive vers la fin de 1858. Il venait de Lima avec sa femme et deux jeunes filles, ses enfants, l'une âgée de dix ans, l'autre de douze. Cette famille était depuis quinze mois à Santiago, lorsqu'une dame de leurs amies, née dans le pays, fait remarquer à Mme D... que ses deux filles sont goîtrées ; elles l'étaient même déjà assez fortement. La mère était restée étrangère à cette influence du pays ; le devait-elle à la fièvre jaune qu'elle venait de subir à Lima, ou bien à son âge, ce qui est plus vraisemblable, les adultes étant moins sujets à prendre le goître que les jeunes gens ? Cette immunité du mal, que le père des jeunes filles partageait avec leur mère, viendrait à l'appui de cette observation.

Alarmé sur l'état de ses enfants, M. D... consulte aussitôt les médecins du pays : tous s'accordent à lui conseiller comme le meilleur moyen à employer l'éloignement des lieux, le changement de climat. Ce conseil est parfaitement goûté, et sa mise à exécution n'est retardée que jusqu'au départ du premier bâtiment qui de Valparaiso, le port de Santiago, partirait pour l'Europe. Ce bâtiment fut *la Victorine*, se rendant à Cherbourg, qui fit voile de Valparaiso le 11 août 1859, ayant à bord Mme D... et ses deux filles.

La traversée fut longue : elle fut de cent dix jours. Chemin faisant, les jeunes personnes, en quelque sorte malgré elles, se passaient souvent la main sur la gorge, et elles ne tardèrent pas à s'apercevoir ainsi que leurs tumeurs s'amoindrissaient pour ainsi dire chaque jour, que chaque jour elles semblaient fuir de plus en plus sous la main, de telle sorte qu'elles avaient diminué de près de moitié à l'arrivée du navire à Cherbourg.

De ce port, Mme D... et ses enfants se rendirent à Bruxelles, où les tumeurs disparurent bientôt complétement. Il n'en restait plus de traces dès le commencement de l'année suivante (1860). La même famille se trouvait dernièrement à Paris (fin de janvier), se rendant de nouveau en Amérique, mais à Buenos-Ayres, et j'ai pu m'assurer par moi-même de la parfaite guérison des jeunes personnes.

M. D..., alors réuni à sa famille, se félicitait encore d'avoir suivi les conseils des médecins du pays. Ces médecins sans doute devaient avoir par devers eux bien des exemples de l'efficacité du moyen qu'ils avaient conseillé.

Au fait fourni par la famille consulaire de la disparition du goître par le changement de climat, j'en joindrai un autre fourni par les émigrants du Valais (Suisse) qui, en 1852 ou en 1853, vinrent débarquer à Alger pour y demander des terres à cultiver. Or tout le monde sait combien le goître et le crétinisme, son hideux compagnon, sont multipliés dans le Valais, patrie des émigrants. Toujours est-il qu'il y avait parmi eux bon nombre de goîtreux, surtout parmi les femmes. On leur assigna pour habitation le cercle de Coléah, au sud-ouest d'Alger ; ils y peuplèrent quatre hameaux connus sous les noms de Zoug-el-Abbès, Berbassa, Saïgha et Chaïba.

Un an environ après leur établissement dans ces hameaux, on put déjà constater une amélioration sensible dans le volume des tumeurs. Cette amélioration se continua dans le cours des années suivantes, de telle sorte qu'en 1856, époque de ma dernière inspection des hameaux valaisiens, je ne pus en retrouver aucune. Alors, il est vrai, beaucoup de leurs habitants avaient disparu, emportés par les fièvres de la contrée, jointes à leur extrême misère (1), et quelques goîtreux pouvaient se trouver encore parmi les morts. Il s'y trouvait sans doute deux ou trois vieilles goîtreuses que, quinze à dix-huit mois auparavant, j'avais aperçues en visitant les mêmes colons ; mais chez elles pourtant les tumeurs s'étaient profondément modifiées, de manière à ne plus offrir que des nodosités en grande partie calcaires.

Les deux faits que je viens de rapporter, de la disparition du goître par le changement de climat, n'offrent rien que de conforme à nos connaissances sur les causes qui le produisent ; ils en sont, au contraire, la confirmation. Aussi ne suis-je pas arrivé à cette partie de ma communication sans que l'Académie ait déjà fait cette remarque, à savoir que pour obtenir la disparition du goître, il ne serait pas nécessaire de changer de climat, qu'il suffirait de changer de localité... Je pense, en effet, qu'il en doit être ainsi, et qu'on trouverait de nombreux exemples de la disparition du goître chez des individus qui, d'une localité où ils l'auront contracté, seront venus se fixer dans une autre, souvent très-voisine, où il n'existe pas. C'est un fait éminemment remarquable sans doute, et d'un bien grand enseignement pratique, que cette localisation du goître, qu'on ne rencontre même pas sur les collines dominant quelque peu les dépressions de terrains ou vallées qui l'engendrent et peuvent le porter jusqu'au crétinisme, cette hideuse et affligeante dégradation de l'homme.

Analyse de l'eau du puits de Passy. — MM. POGGIALE et LAMBERT communiquent les résultats de l'analyse chimique de l'eau du puits artésien de Passy, qu'ils ont faite en commun. Les résultats de cette analyse se résument ainsi :

1° L'eau du puits de Passy présente la plus grande analogie avec celle du puits de Grenelle.

2° Elle ne contient pas d'oxygène.

3° Elle est alcaline comme l'eau de Grenelle.

4° Elle renferme moins de sels calcaires et magnésiens que les bonnes eaux potables.

5° Sa température élevée, sa saveur forte, l'absence d'air, la faible quantité d'acide carbonique et de carbonate calcaire sont des inconvénients sérieux, si on veut l'employer comme boisson. Il faudrait pour cet usage l'aérer et la refroidir.

6° Cette eau est préférable à toutes les eaux de sources et de rivières pour la plupart des usages publics, particulièrement pour les générateurs de vapeur, pour les arrosages des plantes et très-probablement pour le blanchissage.

(1) Il n'en restait plus que 130, dont 16 femmes.

Principes minéraux que l'eau enlève aux substances végétales. — M. A. TERREIL adresse un mémoire sur les principes minéraux que l'eau enlève aux substances végétales, par macération, infusion ou décoction.

Il résulte des faits exposés dans ce mémoire, que le phosphate de chaux et le phosphate de magnésie existent dans les plantes dans un état particulier, qu'ils y sont solubles dans l'eau à la faveur des matières organiques, et peuvent alors être entraînés facilement dans la circulation du végétal, et se fixer dans les parties où ils sont nécessaires à son développement.

Enfin, en s'appuyant sur cette solubilité, on peut admettre :

1° Que les macérations, infusions et décoctions de plantes médicinales qu'on appelle *tisanes*, doivent peut-être une partie de leur action sur l'économie à l'acide phosphorique ou aux phosphates qu'elles renferment ;

2° Que le phosphate de chaux des os, ainsi que le phosphate de magnésie contenu dans l'urine des animaux, ne proviennent que des phosphates que les végétaux apportent à l'état soluble et qui peuvent circuler dans l'économie au moyen des liquides absorbés par les organes de la nutrition ;

3° Que l'absorption des phosphates insolubles par les plantes ne se fait qu'à la faveur des matières organiques contenues dans le sol, et qui donnent de la solubilité aux principes minéraux insolubles, que ces matières organiques soient acides, neutres ou alcalines.

— L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination de la commission qui sera chargée de décerner, s'il y a lieu, le prix Alhumbert pour 1862 (modifications déterminées dans l'embryon d'un vertébré par l'action des agents extérieurs).

MM. Milne-Edwards, Flourens, Valenciennes, Coste, Longet, réunissent la majorité des suffrages.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 MAI.

De l'origine de la vaccine sur le cheval. — Rapport d'une commission composée de MM. PRINCE, directeur de l'Ecole de médecine vétérinaire de Toulouse, *président ;* LAFORGUE, professeur à l'Ecole de médecine de la même ville ; AMEN et BATUT, chirurgiens adjoints de l'hôpital Saint-Jacques ; CAYREL, vaccinateur du département ; LAFOSSE, professeur de clinique à l'Ecole de médecine vétérinaire, *rapporteurs*. (Compte rendu de ce rapport par M. Bousquet).

M. BOUSQUET. Tout le monde sait ici qu'avant de s'introduire dans la science, la vaccine était dans le peuple ; c'était une croyance très-répandue dans le comté de Gloucester que ceux-là étaient exempts de la petite vérole qui avaient eu la picote des vaches ; mais il n'est pas aussi généralement connu que c'est l'inoculation qui mit Jenner sur la voie de sa découverte.

Quoiqu'elle eût pensé lui coûter la vie, Jenner était grand partisan de l'inoculation. En la répandant dans la campagne de Berkley, où il exerçait, il ne fut pas peu surpris de rencontrer un certain nombre de sujets rebelles à cette pratique ; et comme ces sujets étaient tous des valets de ferme employés à traire les vaches, il rapprocha ce fait de la tradition et commença ses recherches ; on sait le reste.

Il adopta tout de la tradition, excepté l'origine du *cowpox ;* la tradition le faisait venir de la vache, il le fit remonter au cheval.

Seulement, il fut un temps de sa vie où il croyait que pour jouir de la plénitude de ses propriétés antivarioleuses, la *grease* devait passer par la vache ; puis il en vint un autre où il déclara que ce passage n'était pas nécessaire, d'où l'on voit que plus il avançait dans sa carrière et plus il se fortifiait dans la généalogie qu'il faisait au cowpox.

Mais Jenner sentit bien que la question était d'expérimentation encore plus que d'observation. Malheureusement il ne fit qu'une expérience, et plus malheureusement encore cette expérience échoua, de sorte qu'elle prouve contre lui bien plus que pour lui ; ce qui n'empêche pas qu'il a emporté dans la tombe la conviction que le cowpox naît primitivement et spontanément aux pieds du cheval, d'où il passe par contagion à la vache.

L'observation attend tranquillement la solution du problème de ces inoculations fortuites, comme il s'en fait quelquefois ; mais l'observation est trompeuse. L'expérimentation, moins patiente, va d'elle-

bles peut-être de l'Algérie, au triple point de vue de la thermalité, des propriétés médicinales et du paysago.

A d'autres époques, MM. Grellois, Moreau, Boudin, Tripier, Millon, etc., se sont occupés d'Hammam-Meskoutine, et leurs travaux ont fourni au docteur Hamel des indications précieuses qu'il se plaît à relater fréquemment. Cette source minérale si utile exigerait une analyse plus détaillée que ne le comporte l'espace qui nous est accordé dans ces colonnes.

La disposition de ces montagnes aux fronts chauves et dénudés, de ces plateaux couverts d'une végétation luxuriante et prime-sautière, de ces ravins profonds, de ces cours d'eau torrentueux, de ces épaisses forêts de lentisques, de lauriers-roses et d'oliviers, offre une perspective étrange et grandiose, bien propre à frapper d'admiration l'âme la plus prosaïquement constituée. L'art n'a rien à revendiquer dans ce paysage digne du nouveau monde.

Un examen comparatif des eaux minérales connues assigne à celle-ci une des premières places sous le rapport du débit, à côté de Loëche et d'Aix-en-Savoie. Les diverses sources d'Hammam-Meskoutine fournissent à l'heure 84,000 litres.

L'eau jaillit du sol à 95°, dans un état voisin de l'ébullition, dû au dégagement des gaz et des vapeurs ; elle est limpide, incolore, sans saveur spéciale.

M. Grellois a vu, en 1844, le thermomètre s'élever à 95°, sous des degrés différents de température extérieure. Les sources d'Hammam-Meskoutine comptent parmi les plus chaudes que l'on connaisse. Elles arrivent en troisième dans l'échelle de thermalité donnée par M. Boudin.

Leur composition chimique les fait rentrer dans la classe des eaux salines. M. Durand-Fardel les range parmi les chlorurées sodiques simples ; mais on pourrait avec tout autant de raison les placer dans la classe des sulfatées calcaires.

Il ressort des études physico-chimiques et thérapeutiques qu'elles forment des eaux à part ; il n'est point de source qui leur soit comparable. Elles se rapprochent de plusieurs eaux thermales importantes, et tiennent à la fois des Eaux-Bonnes, des eaux de Bagnères-de Bigorre, de Plombières, de Loëche, d'Aix-en-Savoie et de Hammam-Rir'a.

Il est encore deux principes qui ajoutent à leur valeur, c'est l'arsenic et l'hydrogène sulfuré.

Après une étude clinique minutieuse exposée dans ses plus grands détails, le docteur Hamel fait ressortir clairement les effets incontestables des eaux d'Hammam-Meskoutine dans les cas suivants, hémiplégies et paralysies, cachexies palustres, certaines affections cutanées chroniques, certains accidents syphilitiques secondaires et tertiaires, névralgies chroniques, plaies d'armes à feu, quelques arthropathies, fistules consécutives à une lésion des os, douleurs articulaires, engorgements glandulaires chroniques, ulcères atoniques, douleurs rhumatismales.

Salah-Bey et le Hamma, près Constantine. — Nous ne trouverons pas ici, comme à Hammam-Meskoutine, les puissants éléments de thermalité et de composition qui assurent à un bain vogue et faveur. Cependant, la végétation africaine de l'oasis contraste heureusement avec la sécheresse et la nudité des plateaux ondulés qui environnent Constantine.

Les eaux de Salah-Bey et celles de Hamma sont belles, tièdes au toucher. La température des premières est à peu près de 27° centigr. D'après M. Guyon, qui a visité le Hamma, la température y est de 31° centigr.

L'analyse chimique du Hamma y a fait découvrir de l'acide carbonique libre, du chlorure de sodium, des carbonates de soude, de chaux, de magnésie, des oxydes de fer et de manganèse.

L'analyse des thermes de Salah-Bey n'a jamais été faite. Tout porte à croire qu'elle ressemblerait à celle du Hamma.

La source des Cèdres, près de Teniet-el-Hâd, province d'Alger, décrite par le docteur Emile Bertherand, frère de l'auteur de ce livre. Bien que moins importantes que certaines des sources précédentes, nous ne saurions passer sous silence ces eaux minérales.

La belle forêt des Cèdres, située à 2 kilomètres de Teniet-el-Hâd, renferme plusieurs sources d'eaux minérales qui ont été l'objet de quelque attention depuis l'occupation militaire de la localité. Chaque année, au commencement de la belle saison, un camp de convalescents était régulièrement établi au bord de cette source, et se recrutait de la plupart des hommes affaiblis par de nombreuses rechutes de fièvres intermittentes, de diarrhées, de dyssenteries, etc.

Les Arabes ne paraissent pas avoir tenté l'usage de ces eaux.

L'eau de la source est limpide, fraîche, d'une température moyenne de 12° centigr., non gazeuse. Elle laisse déposer à l'air une couche ocreuse.

Il est démontré par l'analyse chimique que l'eau de Teniet-el-Hâd est une eau ferro-carbonatée. Elle contient plus de sels de fer que des eaux de même ordre qui jouissent d'une certaine réputation, soit en France, soit à l'étranger ; ainsi : Bussang, Campagne, Forges, Mont-Dore, Pougues, etc.

Cette source peut être rangée à côté des ferrugineuses froides analogues, telles que Bagnères-de-Bigorre, Cransac, Bourbon-l'Archambault, Soultzbach, etc.

— Ici se termine la série des monographies réunies par le docteur A. Bertherand, sur les *eaux minérales de l'Algérie* connues jusqu'à présent. Beaucoup d'autres sont encore ignorées ou imparfaitement définies dans leurs éléments. Que l'industrie privée exploite les plus importantes, les plus salutaires, comme Hammam-Rir'a, Hammam-Meskoutine, Hammam-Mélouane, etc., qu'elle contribue à créer des chemins pour s'y rendre, qu'on les pourvoie d'établissements sinon luxueux, du moins confortables, où l'on puisse loger et vivre convenablement, aucun doute qu'elles ne deviennent alors, dans les conditions que la nature leur a faites, aussi et même mieux fréquentées que leurs similaires de France et de l'étranger.

Sous ce point de vue, on ne saurait assez reconnaître le degré de haute utilité de la publication de M. A. Bertherand. Dr ZANDYCK.

même au-devant de ce qu'elle veut savoir. Malheureusement, en matière physiologique, l'expérimentation ne tient pas toujours le même langage, et souvent elle se tait. Cent mains différentes ont inoculé le *grease*, et cette inoculation a donné le cowpox aux uns et l'a refusé aux autres ; elle l'a donné à Loy, à de Carro, son traducteur en latin et en français, à Birago, à Godine, etc. ; elle l'a refusé à Woodville, à Simous, à Viborg (de Copenhague), à Sacco, à votre rapporteur, et tout récemment encore à M. Depaul.

Il y a plus, interrogée par la même main et dans des circonstances en apparence semblables, elle répond tantôt oui et tantôt non : et voilà comment le vétérinaire Colemann, éloigné par ses premières expériences de l'opinion de Jenner, s'y trouva ramené par les secondes.

Depuis lors la science flottait incertaine sans oser se fixer, car l'idée de Jenner n'a jamais été complétement abandonnée ; de tout temps, quoique de loin en loin, il s'est élevé des voix pour la défendre ; la dernière est celle de MM. Manoury et Pichot.

M. le rapporteur rappelle ici l'histoire de l'apprenti maréchal Brissot dont l'Académie a été entretenue.

Au surplus, ajoute-t-il, le fait de Chartres n'est plus isolé ; un fait semblable vient de se produire aux environs de Toulouse, excepté qu'il est mieux attesté, plus solennel, plus complet.

Au printemps de 1860, éclata tout à coup à Rieumes, non loin de Toulouse, une épizootie parmi les chevaux ; en moins de trois semaines on comptait plus de 100 malades.

Rien dans le temps n'eût pu la faire prévoir, tout allait comme de coutume ; on remarqua seulement, et la remarque est bonne à faire, que la petite vérole régnait en même temps dans les environs, ce qui semblait indiquer que le vent était aux fièvres éruptives.

M. Sarrans, vétérinaire de Rieumes, a vu cette épizootie et l'a décrite.

Elle débutait par un état général marqué par une fièvre peu forte, mais qui se soutenait jusqu'à l'apparition des symptômes locaux : le principal de ces symptômes consistait dans un engorgement des jarrets, chaud, rouge, douloureux, et l'animal boitait.

Cet engorgement lui-même semblait se composer d'une foule de petites pustules pressées les unes contre les autres.

C'était la première période ; elle durait de trois à cinq jours.

La seconde s'annonçait par un écoulement purulent au pli du paturon. Celle-là durait de huit à dix jours.

A mesure que le pus coulait, l'engorgement se dissipait et la boiterie diminuait.

Enfin les pustules se séchaient ; et dès le quinzième jour les croûtes commençaient à tomber avec des faisceaux de poils hérissés, laissant après elles des cicatrices plus ou moins marquées, suivant l'affluence de l'éruption.

Il est digne de remarque que toutes les pustules ne se bornaient pas aux paturons ; il en venait, par-ci, par-là, sur les différentes parties du corps, aux fesses, aux narines, à la vulve, aux lèvres, etc.

A la première nouvelle de l'épizootie chevaline, on ne manqua pas de répandre le bruit qu'il y avait non loin de là des vaches atteintes de cowpox ; on allait jusqu'à désigner les fermes où on les trouverait. M. Sarrans s'y transporta, et, après examen, il a affirmé qu'il n'y avait rien de semblable.

Au dire de M. Sarrans, de 100 bêtes chevalines qu'il a observées, trois juments seulement et deux chevaux auraient reçu la maladie des influences extérieures ; tout le reste l'aurait gagné par contagion, et voici comment :

Pour l'intelligence du récit, il faut savoir que M. Sarrans possède à Rieumes une station de monte fort achalandée. Du 10 au 16 avril, quatre-vingts juments y furent conduites pour être saillies : or, pour les contenir, on leur passait autour du paturon des *entraves faites de corde* qui avaient servi à d'autres juments malades ; c'est, disons-nous, par ces entraves que M. Sarrans suppose que la maladie s'est propagée : question délicate quand on raisonne de sujets qui respirent le même air, qui vivent dans le même milieu.

Du reste, nul doute que la sanie qui coulait des paturons ne fût contagieuse. On a vu de ces chevaux se lécher, se mordre les parties malades, et s'inoculer ainsi la maladie dans d'autres points ; on a vu des poulains la prendre sur les lèvres en tetant leur nourrice.

Nous touchons, Messieurs, à la partie la plus intéressante de ce rapport, et c'est ici qu'il faut avoir les yeux attentifs.

Au nombre des malades de cette épizootie se trouvait une jument, la jument de M. Corail ; c'est elle qui a fourni la matière de l'inoculation dont il faut maintenant parler.

Pendant un voyage qu'elle fit de Rieumes à Toulouse, cette bête, plus nonchalante que de coutume, semblait souffrir des reins : on la conduisit à l'Ecole vétérinaire pour la faire voir à la clinique ; le lendemain ou le surlendemain, elle commença de boiter, et presque en même temps les membres postérieurs s'engorgèrent, surtout du côté droit.

Huit jours après, ramenée à l'Ecole, elle parut triste, peu d'appétit, boiterie des deux membres postérieurs, quoique plus accusée d'un côté que de l'autre ; gêne dans la flexion des boulets ; gonflement chaud, douloureux, borné au boulet de gauche, étendu à droite jusqu'au milieu du canon.

Sur ce gonflement s'élevaient çà et là des faisceaux de poils hérissés, et sous ces poils quelque chose comme des pustules d'où s'écoulait une matière liquide à odeur ammoniacale, quoique moins fétide que la sécrétion des *eaux aux jambes*.

Le 29, la jument rentre à l'Ecole et y reste ; le professeur de clinique ordonne la tonte des parties affectées ; on enlève des plaques épidermiques couvertes de poils hérissés, lesquelles mettent à nu des ulcérations nombreuses, les unes en relief, les autres déprimées, la plupart circulaires, du diamètre d'une forte lentille ou d'une pièce de 50 centimes, d'où s'exhale une matière séro-purulente, comme gommeuse.

Le 30 avril, on aperçoit pour la première fois à la lèvre supérieure et inférieure du côté droit des pustules d'autant plus distinctes et plus visibles que les poils sont plus courts dans cet endroit : plates, rondes, à bord saillant, moins larges qu'un centimètre, éraillées par le frottement, déprimées au centre et couvertes d'une croûte ferme, sèche, fortement adhérente.

L'éruption, qu'on croyait bornée aux membres, s'étend jusqu'à la muqueuse des lèvres et à la pituitaire.

Le 4 mai, plus de fièvre, plus de boiterie, diminution sensible de l'engorgement.

Le 15, tout était rentré dans l'ordre.

Pour ne pas interrompre la suite de notre récit, nous n'avons encore rien dit de l'inoculation ; il faut y revenir, car c'est ici le principal intérêt de l'observation.

C'est le 25 avril, huit jours après l'invasion de l'éruption, que M. Lafosse prit avec la lancette la matière d'une pustule et l'inocula publiquement à une jeune vache, par une piqûre à chaque trayon.

Les quatre premiers jours se passent, et rien ne paraît ni aux piqûres ni dans l'état général de l'animal.

Le 30, les piqûres commencent à rougir, et, par un excès de précaution assez inutile peut-être, on recommence l'opération comme la première fois, excepté qu'on y appelle un plus grand nombre de témoins ; tout ce qu'il y avait d'élèves disponibles dans l'Ecole y assista, au nombre de soixante-neuf.

Le 3 mai, à huit jours de distance de la première opération, les trayons se couvrent de pustules : il y en a cinq, plates, larges, fermes, rondes, creusées d'un ombilic, ce qui fait paraître les bords d'autant plus saillants.

A cet aspect, il était difficile de ne pas reconnaître le *cowpox*. M. Lafosse le reconnut. Le directeur de l'École, M. Prince, appelé à donner son avis, porte le même jugement. Dès ce moment, le fait qui s'annonce paraît si considérable qu'il ne saurait avoir trop de publicité ; on en écrit au préfet du département, en lui demandant une commission officielle.

Sont nommés membres de la commission : M. Prince, président, MM. les docteurs Cayrel, Laforgue, Amen et Batut, et M. Lafosse, le principal auteur de la découverte et du mémoire que nous analysons devant vous.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour quatre places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Paris le 24 novembre 1862.

Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Strasbourg le 24 novembre 1862.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences anatomiques et physiologiques) sera ouvert à Montpellier le 24 novembre 1862.

Un concours pour cinq places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie et d'accouchements) sera ouvert à Paris le 9 mars 1863.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg (section de chirurgie et d'accouchements) sera ouvert à Strasbourg le 2 février 1863.

Un concours pour trois places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (sections des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques, sera ouvert à Paris le 8 juin 1863.

Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg (sections des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques) sera ouvert à Strasbourg le 8 avril 1863.

— Le concours pour une place de chirurgien du Bureau central vient de se terminer par la nomination de M. Guyon.

— L'arrondissement de Gaillac vient de perdre un homme justement entouré de l'estime publique, et le corps médical du Lot un de ses membres les plus distingués.

Le docteur Maignial, du Verdier, est mort dans cette commune le 6 mai 1862, à l'âge de cinquante et un ans, emporté, en vingt jours à peine, par une maladie développée sous l'influence de fatigues professionnelles. Ses obsèques ont été honorées par d'unanimes regrets, et sur sa tombe M. le Dr Rigal fils a retracé en termes aussi éloquents que bien sentis les qualités de l'homme et les mérites du praticien.

— M. le docteur H. V. Jacotot, second fils de Joseph Jacotot, fondateur de l'enseignement universel, vient de mourir à Dijon, sa ville natale, à l'âge de soixante-trois ans.

— M. Acar, pharmacien en chef de l'Empereur, est mort à Paris le 21 mai.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* :

« Un fait étrange est annoncé par un journal de médecine anglais : suivant ce journal, en 1859, dans le Royaume-Uni, sur 1,000 soldats, 422 ont été envoyés à l'hôpital pour maladies attribuables à la syphilis.

» Dans la garnison de Paris, il n'y en a que 34 ; à Bruxelles, que 67 sur 1,000.

» Ainsi, pour un militaire vénérien en France, il y en a 2 en Belgique et 12 en Angleterre.

» Nous ignorons, dit la *Presse médicale belge*, où le journal anglais a été puiser ses renseignements pour établir cette statistique. La Belgique est peut-être le pays de l'Europe où l'on a pris les mesures les plus efficaces, non-seulement pour combattre, mais encore pour prévenir le développement des maladies vénériennes ; c'est aussi le pays où elles sont actuellement les moins fréquentes et les moins graves. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur le travail de M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée belge, publié dans nos derniers numéros. Ce travail remarquable établit par des chiffres officiels que la maladie vénérienne dans ses diverses manifestations est beaucoup moins répandue en Belgique qu'en France ; nous ne parlerons pas de l'Angleterre, où l'on ne prend aucune mesure préventive, et où la prostitution ne subit aucune mesure réglementaire.

» Puisque nous parlons de statistique des maladies syphilitiques, nous avons sous la main des chiffres qui prouvent qu'en Italie la vérole est aussi fréquente qu'en France et d'autres pays de l'Europe où les mesures préventives belges sont ignorées ou bien négligées.

» Ainsi à Rome, il y avait en 1858 une armée dont l'effectif se montait à 4,531 hommes ; sur ce nombre, il y eut 167 vénériens envoyés dans les hôpitaux, soit 3,68 pour 100.

» En 1859, effectif, 5,924 hommes, 406 vénériens, soit 6,85 %.

» En 1860, — 8,562 — 747 — soit 8,72 %.

» Dans ce nombre de maladies vénériennes déjà fort remarquable, il est fait abstraction des uréthrites et des balano-posthites sans complications, qui sont traitées dans les infirmeries régimentaires ; on peut présumer qu'elles se sont élevées à 12 1/2 p. % de l'effectif ; de sorte qu'en 1860 l'armée française doit avoir eu à Rome, sur 100 hommes d'effectif, 20 vénériens.

» A Turin, c'est la même chose. En 1858, le chiffre des vénériens (uréthrites comprises) s'est encore élevé à 21 p. % »

De la fièvre de lait. Études critiques et cliniques par le docteur Camille Delvaille. Un volume in-8° de 133 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez Germer-Baillière, éditeur, 17, rue de l'Ecole de Médecine, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

 N° 63. — JEUDI 29 ET SAMEDI 31 MAI 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 30 MAI 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Bousquet a terminé dans cette séance la lecture de son rapport sur les expériences de Toulouse, relatives à l'origine de la vaccine, qu'il avait commencée dans la séance précédente. L'exposé si complet que l'honorable académicien a fait de cette question nous dispensera d'en formuler ici les termes. On connaît d'ailleurs les diverses phases par lesquelles elle a passé avant de se présenter de nouveau à l'Académie; on sait toutes les incertitudes et les obscurités de l'observation à cet égard, toutes les contradictions de l'expérimentation.

L'expérience de Toulouse semblait d'abord devoir mettre un terme à toutes ces incertitudes et à ces contradictions; il n'en est malheureusement pas ainsi.

Il en est ressorti sans doute un résultat considérable, c'est la démonstration évidente de ce fait longtemps contesté, que le cheval porte en lui la source du vaccin.

Nous disons que ce fait est démontré, malgré les doutes exprimés par M. Depaul et les objections que, dans un esprit de scepticisme scientifique très-louable, il a accumulées, sans affaiblir à notre avis la portée du fait.

Mais quelle est la maladie du cheval dont la matière transmise à la vache a produit le cowpox, et reportée sur l'homme a produit la vaccine? Voilà ce que l'expérience de Toulouse avait imparfaitement déterminé, et ce qui reste encore tout aussi indécis après qu'avant.

La discussion qui a commencé dans cette dernière séance, et qui doit se continuer dans la séance prochaine, nous paraît devoir être sans résultat sur ce point, qui demande encore de nouvelles expériences. Tout ce qu'elle pourra faire, ce sera d'amener à formuler le programme de ces nouvelles expériences et de préparer ainsi, pour l'époque où les hasards de l'observation en fourniront l'occasion, les éléments d'une solution qu'elle est actuellement dans l'impuissance de donner.

L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport de la section d'anatomie et physiologie sur le classement des candidats à la place vacante dans cette section. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Dr Brochin.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. MANDL (1).

De la laryngite chronique plastique.

Les affections les plus fréquentes du larynx sont dues à l'inflammation chronique qui se termine par une exsudation plastique, c'est-à-dire par l'exsudation qui tend à s'organiser. La grande variabilité des symptômes explique la confusion qui existe chez les auteurs dans le diagnostic différentiel de cette laryngite plastique et des affections soit purement nerveuses, soit ulcéreuses, toutes réunies dans le chapitre des aphonies. Aussi le diagnostic incertain a-t-il souvent rendu inefficace le traitement.

Le laryngoscope permet de déterminer avec précision toutes les questions relatives à l'*anatomie pathologique*, dont la connaissance explique cette variabilité des symptômes dont nous venons de parler. La nouveauté et l'intérêt du sujet expliquent l'étendue des détails dans lesquels nous allons entrer; nous avons pu recueillir ces faits par l'examen de nombreux malades, soit à notre clinique, soit dans notre clientèle.

Chaque portion du larynx peut devenir le *siége* de l'exsudation, qui, suivant son *étendue*, occupe un seul point ou plusieurs simultanément, au même degré ou à des degrés variables. Le *désordre* qui en résulte est caractérisée par une *altération* de couleur, d'épaisseur, de consistance, de forme et de motilité.

La *couleur*, de rosée qu'elle est habituellement, parcourt toutes les nuances jusqu'au rouge violacé, à l'exclusion du rouge vif écarlate, qui appartient à l'inflammation aiguë.

(1) Voir années 1860, p. 602, et 1861, p. 13, 49, 93 et 117.

L'*épaisseur* est augmentée; la muqueuse est gonflée, boursouflée à des degrés divers; cette altération se reconnaît facilement lorsque, par l'auto-laryngoscopie et par l'examen fréquemment répété du larynx de personnes bien portantes, on a acquis la connaissance des dimensions variables suivant le sexe et l'âge, et de l'aspect que présente la muqueuse normale.

L'expérience permet de juger également de la *consistance* par la simple inspection. On pourrait, dans certains cas, lorsqu'il s'agit, par exemple, de l'épiglotte, s'aider de l'attouchement, soit direct, à l'aide du doigt, soit indirect, à l'aide d'une sonde mince métallique ou élastique. Cependant, il suffit de regarder attentivement ces parties vivement éclairées pour distinguer le tissu relâché ou boursouflé par une récente exsudation, d'avec celui qui, plus épais qu'à l'état normal, présente un aspect de rénitence par la consolidation et l'organisation de la matière plastique exsudée. Du reste, toutes conditions égales, l'exsudation est d'autant plus ferme et solide, d'autant plus organisée qu'elle est plus ancienne.

La *forme* normale des diverses parties du larynx subit également des altérations par suite des changements subis par la muqueuse. L'épiglotte perd sa forme normale, que l'on peut comparer à celle d'un chapeau à cornes (chapeau du suisse d'église), pour prendre celle d'un capuchon ou d'un fer à cheval, par l'enroulement et le retrait de ses portions latérales. Son bord tranchant replié s'épaissit et devient plus ou moins gonflé, soit dans toute son étendue, soit seulement dans une portion limitée. L'altération de la couleur est habituellement proportionnelle à ces changements de forme. En même temps, l'épiglotte quitte sa position normale pendant la respiration, c'est-à-dire qu'elle ne reste plus accolée à la base de la langue; mais elle devient horizontale, de sorte qu'elle finit par présenter la moitié d'un tube placé horizontalement au-dessus de la glotte. Dans un cas très-avancé, j'ai vu le bord libre affecter la forme d'un oméga (Ω), par suite du progrès de la rétraction. Il va sans dire que l'on trouve tous les degrés intermédiaires, que la rougeur et la tuméfaction, partielles ou générales, peuvent précéder l'altération de la forme, et que cette dernière elle-même ne se développe que progressivement. Cette altération de l'épiglotte s'accompagne du gonflement et de l'épaississement des ligaments ary-épiglottiques. Ceux-ci se raccourcissent dans leur diamètre longitudinal, tandis que leur diamètre transversal s'agrandit.

Les cordes vocales, plus ou moins injectées, légèrement boursouflées avec les bords émoussés, peuvent être soustraites à la vue par le gonflement des replis supérieurs d'un seul ou des deux côtés dans toute leur étendue, ou seulement partiellement. J'ai vu dernièrement une altération de la voix déterminée par le gonflement du repli supérieur droit, qui ne couvrait que le tiers antérieur de la corde vocale droite. C'est un fait curieux et important à constater, que dans les laryngites chroniques dont nous nous occupons, les cordes vocales subissent les altérations les moins graves et essentiellement différentes de celles que présente la laryngite ulcéreuse des phthisiques.

Les arythénoïdes et les replis ary-épiglottiques sont le siége le plus fréquent de l'exsudation. On trouve les premiers gonflés dans presque toutes les laryngites chroniques; la tuméfaction est assez considérable parfois pour que les cartilages de Santorini et de Wrisberg soient effacés, et que tout l'arythénoïde ne présente qu'un mamelon informe. L'inflammation occupe l'un ou l'autre côté du larynx ou les deux simultanément, dans toute l'étendue de l'arythénoïde, ou elle est bornée à un seul point, par exemple, fréquemment à la muqueuse occupée par le cartilage de Santorini. Souvent aussi le pli transversal qui unit les deux arythénoïdes se trouve gonflé par l'exsudation, ou bien rétracté à la suite de l'organisation fibrillaire, et donne alors lieu à des phénomènes particuliers dont nous parlerons tout à l'heure. Le gonflement des arythénoïdes peut empêcher, dans certains cas, l'examen de la *fosse innomée*, placée entre les ligaments ary-épiglottiques et les parties planes du thyroïde, et dont la muqueuse subit des altérations analogues à celles décrites précédemment.

L'exsudation, dès qu'elle est consolidée et qu'elle a donné lieu à un tissu fibreux incomplétement développé, peut influencer d'une manière sensible la *motilité*. On voit ainsi fréquemment l'épiglotte immobile dans les inspirations et les expirations profondes, soit dans la position horizontale précédemment décrite, soit plus inclinée encore, au point de soustraire à la vue la majeure partie de la glotte.

Le rapprochement et l'écartement des cordes vocales peuvent être fort limités par la motilité restreinte des arythénoïdes, devenus immobiles ou presque immobiles par l'exsudation qui occupe les surfaces articulaires, ou par celle qui siége dans le pli transverse inter-arythénoïdien; ce qui empêche les mouvements de l'un ou de l'autre cartilage ou des deux simultanément. J'ai vu chez un homme âgé d'une soixantaine d'années, à la suite d'une inflammation chronique exempte de tout caractère spécifique, toute la portion intrinsèque droite du larynx rester immobile pendant l'émission de la voix, et celle-ci presque éteinte s'opérer uniquement par le rapprochement de la portion gauche et par l'accolement ainsi effectué des cordes vocales. Une autre altération particulière de la motilité s'observe encore parfois chez quelques malades. Les arythénoïdes ne se rapprochent pas pendant l'émission de la voix par un mouvement lent et régulièrement progressif, mais l'un ou l'autre sautille tout d'un coup, ce qui peut s'expliquer par l'inégalité des surfaces articulaires.

Les combinaisons les plus diverses existent entre les différentes altérations que nous venons d'indiquer; les changements produits par rapport à la couleur, à la forme, aux dimensions, à la motilité, admettent une grande variabilité quant au degré, au siége et à l'étendue de l'inflammation uni ou bilatérale, et cette variabilité, déterminant des symptômes très-divers, a rendu le *diagnostic* jusqu'à présent fort incertain. Aujourd'hui le laryngoscope donne non-seulement les renseignements les plus précis touchant l'anatomie pathologique, mais il permet aussi d'établir le *diagnostic différentiel* des laryngites ulcéreuse et nerveuse. Dans cette dernière, l'état absolument sain des muqueuses et l'écartement anormal des cordes vocales seront caractéristiques. La laryngite ulcéreuse se distingue, ainsi que nous le verrons plus tard, par des altérations bien plus profondes et par des symptômes généraux qui se rattachent à la diathèse.

Parmi les symptômes, l'altération de la voix fixe plus particulièrement l'attention du malade. Elle est déterminée toutes les fois que les cordes vocales ne peuvent effectuer, à cause d'un obstacle quelconque, leurs vibrations normales, nécessaires à la formation du son. Cet obstacle peut résider dans les cordes vocales mêmes, ou bien dans les parties avoisinantes. Ainsi le gonflement des cordes vocales, qui se combine fréquemment avec la sécrétion d'un mucus épais, filant; la tuméfaction des replis supérieurs, qui recouvrent en partie ou en totalité les cordes vocales auxquelles ils s'accolent; le gonflement des arythénoïdes ou du repli inter-arythénoïdien; toutes ces circonstances déterminent une altération de la voix par l'obstacle porté à la libre vibration des cordes vocales. La voix est altérée suivant le son, le timbre ou la tonalité; elle est complétement éteinte, ou rauque, ou cassée, ou couverte, enrouée. D'autres fois le son est clair, mais la tonalité de la voix a complétement changé: les malades parlent avec une voix aiguë et qui ressemble fort à la voix de tête. Dans ce cas, l'écartement des cordes vocales est incomplet, par suite du retrait éprouvé par le repli inter-arythénoïdien, qui tient rapprochés les arythénoïdes et les cordes vocales. D'autres fois, au contraire, les arythénoïdes ne peuvent se rapprocher, et alors la voix acquiert un caractère de gravité insuité, auquel peut succéder une aphonie complète.

La déglutition n'est guère gênée, à moins que l'épiglotte n'ait éprouvé de profondes altérations. J'ai vu dernièrement un malade dont l'épiglotte avait déjà acquis la forme du fer à cheval, et qui cependant n'éprouvait aucune douleur pendant la déglutition.

Lorsque l'écartement des cordes vocales est limité au point de rendre insuffisante la quantité d'air nécessaire pour la respiration normale, il peut en résulter de la dyspnée. Celle-ci peut être aussi la conséquence du gonflement des replis supérieurs, que nous étudierons du reste en détail en parlant de l'œdème de la glotte.

La toux est un symptôme beaucoup moins fréquent que l'on ne serait tenté de le supposer; cependant elle se manifeste toutes les fois que les cordes vocales sont le siége de l'inflammation chronique, surtout lorsque celle-ci provoque une sécrétion.

La durée de la maladie est indéterminée, la marche très-lente. La laryngite chronique reste souvent stationnaire pendant des mois et des années entières, éprouve des améliorations pendant la belle saison et des exacerbations en automne et en hiver. Ces recrudescences peuvent avoir une influence fâcheuse sur la terminaison, à cause des exsudations multiples qui gagnent du terrain de plus en plus, et qui finalement peuvent déterminer une laryngosténose.

Le pronostic est en général favorable, car on peut, dans la plupart des cas, espérer la guérison de l'affection par les moyens thérapeutiques. La vie n'est jamais compromise, à moins qu'il ne survienne une occlusion complète de la glotte. La science

n'en connaît que de rares exemples. J'ai vu moi-même un malade, de passage à Paris, affecté d'une occlusion presque complète, mourir peu de temps après subitement aux eaux.

Toutes les causes qui déterminent une inflammation peuvent, en l'absence de toute diathèse, donner naissance à la laryngite chronique par exsudation plastique. Au premier rang parmi elles figurent, quant à la fréquence, les refroidissements : la plupart des malades accusent un rhume comme point de départ de leur affection. Les efforts de la voix, l'aspiration de poussières, l'abus de spiritueux, etc., sont d'autres causes déterminantes. Nous devons encore mentionner spécialement les abcès ou les tumeurs voisines, et particulièrement les anévrysmes, qui déterminent parfois un déplacement latéral de la trachée et de la glotte.

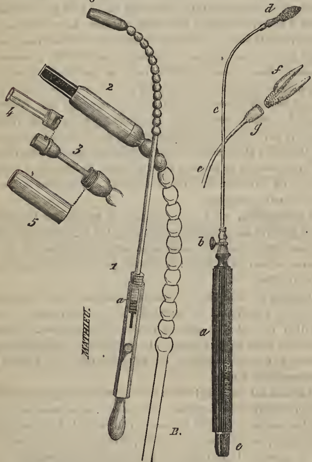
Parmi les moyens thérapeutiques, je crois devoir attirer l'attention des praticiens surtout sur le traitement topique. Sans doute le repos dont jouit le malade pendant son séjour aux eaux est une des conditions les plus favorables à la guérison; mais on sera bien moins affirmatif lorsqu'on devra se prononcer sur l'action des eaux mêmes. Je vois bien les laryngites chroniques figurer parmi les affections que guérissent à coup sûr une foule de sources thermales, et particulièrement les eaux sulfureuses; mais il m'est arrivé souvent d'être consulté par des malades qui successivement pendant plusieurs années avaient fréquenté ces établissements sans en avoir retiré des avantages notables. Je me demande si dans beaucoup de cas des améliorations momentanées et passagères n'ont pas été prises pour des guérisons définitives ! Je me demande surtout si dans beaucoup de cas des affections purement nerveuses ou de simples congestions laryngées n'ont pas été confondues avec de véritables laryngites dues à la présence d'une exsudation plastique, et que le diagnostic mal posé ait fait attribuer aux sources une efficacité qui fait défaut dans un grand nombre de cas!

Dans certaines localités on fait usage de douches locales et de vapeurs minéralisées, afin de provoquer une inflammation aiguë dont la guérison déterminerait aussi celle de l'inflammation chronique. C'est une méthode plus rationnelle que celle qui borne le traitement à l'usage interne des eaux et dont quelques confrères estimés m'ont assuré avoir retiré de très-bons résultats (Dr Chaborg, aux eaux du mont Dore); du reste, elle vient à l'appui de l'opinion précédemmment émise sur la nécessité du traitement topique.

Je m'abstiendrai donc de passer en revue la longue série de médicaments recommandés par les auteurs, pour aborder immédiatement les moyens dont peut disposer le médecin pour l'application locale des médicaments.

Ceux-ci s'emploient sous la forme liquide, solide ou gazeuse. Je les ai déjà indiqués dans le traitement de la laryngite chronique simple par congestion (*Gazette des Hôpitaux*, n° 30, 12 mars 1861), et je n'aurais que quelques détails à ajouter à ceux donnés précédemment. Il convient en général d'employer les médicaments à un degré de concentration d'autant plus grand, que l'exsudation est plus ancienne ou plus abondante; c'est dans ces cas surtout qu'il est très-avantageux d'appliquer le médicament à un point déterminé, afin d'éviter des cautérisations inutiles sur les parties saines.

Fig. 1. Fig. 2.



Ces cautérisations, pratiquées à l'aide d'une éponge fixée à une baleine recourbée ou effectuées par des poudres aspirées, s'étendront toujours sur une surface plus ou moins grande, surtout lorsqu'on emploie des aspirations. Avec l'éponge, on peut borner l'application du médicament aux arythénoïdes, à l'une ou l'autre des cordes vocales, ou bien à l'épiglotte. Cependant, dans quelques cas, lorsque l'altération est bornée à un point circonscrit, il est préférable d'avoir recours au crayon de nitrate d'argent pur ou mélangé avec du nitrate de potasse.

Les porte-caustiques recommandés sont construits de manière que pendant le passage de l'instrument à travers la cavité buccale, le crayon se trouve à l'abri sous une gaine que l'on peut déplacer à volonté. Un des plus commodes est l'instrument construit à Vienne par Leiter, dont la gaine peut être déplacée à l'aide d'une rangée de boules mobiles. (*Fig.* 1re.)

Je crois inutile de faire usage de ces instruments plus ou moins compliqués. L'opérateur doit avoir la main assez sûre pour ne pas toucher soit la langue, soit un endroit quelconque de la cavité buccale; puis, j'ai toujours vu que cette mise à nu du crayon à l'intérieur du larynx était bien plus une opération théorique que pratique. On est du reste bien plus libre sans la préoccupation du déplacement de la gaine. Aussi ai-je fait construire par M. Matthieu l'instrument suivant, qui remplit toutes les conditions pratiques de la cautérisation. (*Fig.* 2.)

Une tige métallique flexible *c* est fixée *b* à la manche *a*, qui en même temps est le magasin. La tige est flexible, afin de se prêter aux dispositions locales du pharynx, variables suivant les individus. Elle porte à son extrémité libre une petite pince *f* en platine, que l'on peut dévisser en *g*, et dont les branches demi-circulaires saisissent solidement le crayon. Toute crainte de voir celui-ci s'échapper se trouve ainsi éloignée; le crayon ne pourra non plus se casser, car il ne dépasse guère que de 2 ou 3 millimètres l'extrémité libre de la pince.

Cet instrument offre encore un autre avantage : il peut remplacer la baleine recourbée portant éponge, car on peut à la place du crayon y fixer une petite éponge *d*. Il servira donc aussi bien à l'application des médicaments liquides que du crayon.

J'ai retiré ainsi quelques bons effets de l'application de l'électricité, surtout dans les cas de gonflement des replis supérieurs; l'étendue et la nouveauté du sujet m'engagent à traiter ce point thérapeutique dans une leçon particulière.

Simples réflexions

A PROPOS DU SIROP DE LACTUCARIUM.

Par M. le docteur CHAMPOUILLON.

J'avais jusqu'ici supposé au sirop de lactucarium une bénignité d'action telle, que je ne le prescrivais guère qu'aux nouveau-nés. Mais je viens de me convaincre que cette préparation mérite plus d'estime, et demande à être prise au sérieux. Il m'a été donné, en effet, il y a quelques jours, de voir une jeune fille de quatorze ans plongée dans un véritable narcotisme qui durait depuis vingt-deux heures. La résolution léthargique dans laquelle se trouvait cette enfant, l'injection de la face, la dilatation de la pupille, la lenteur du pouls, l'abondance des sueurs, simulaient à s'y méprendre un empoisonnement par l'opium. Aussi, à la vue de ces accidents, ma première pensée fut-elle de les attribuer à une imprudence commise dans l'administration de quelque remède opiacé. La famille, à laquelle je communiquai mes appréhensions, m'apprit que la malade, tourmentée par des quintes de toux qui la privaient à peu près complétement de son sommeil, but dans l'espace de deux heures cinq cuillerées à bouche de sirop d'Aubergier.

Ces renseignements me remirent en mémoire un événement semblable observé par moi dans des circonstances analogues; seulement, dans ce second fait, le malade (seize ans) n'avait pris que trois cuillerées de sirop, et le phénomène prédominant consistait dans une agitation extrême mêlée de rêvasseries loquaces.

J'en suis donc venu à me demander si la préparation du sirop de lactucarium ne dévie pas quelquefois de la formule indiquée par son inventeur, ou bien si ce remède n'est point un produit de qualité instable.

Je ne puis appuyer, il est vrai, cette conjecture que sur deux observations, et par cela même elle pourra sembler un peu hasardée. Mais peut-être d'autres praticiens ont-ils vu aussi ce que j'ai eu l'occasion de constater, et les mêmes soupçons se sont-ils présentés à leur esprit. Du reste, que de semblables égarements dans les effets du remède soient rares ou communs, peu importe; ce qu'il faut rechercher, c'est leur interprétation.

Assurément, cinq cuillerées de sirop de lactucarium ne peuvent être considérées comme une erreur de dosage; cela est évident pour qui sait la nature et la proportion des principes médicamenteux qui entrent dans la composition de ce sirop.

Longtemps avant M. Aubergier, un médecin anglais a découvert que le suc obtenu de l'incision des feuilles de laitue cultivée contient une substance amère, soluble dans l'alcool et dans l'éther, de l'asparamide, de la mannite, de l'albumine, de la résine, de la cire, un acide indéterminé et quelques sels minéraux. Nos chimistes y ont trouvé en outre le *lactucin !* Ce suc traité par de l'alcool à 56°, puis soumis à l'évaporation, donne l'extrait de laitue ou *lactucarium*. Cet extrait conserve d'une manière très-sensible l'odeur et l'amertume de la plante; il est incomplétement soluble dans l'eau. L'expérience nous apprend que son effet sédatif ne se manifeste guère chez l'adulte qu'à la dose de 20 à 30 centigrammes, et encore faut-il, pour que cet effet se soutienne, augmenter la dose et la porter bientôt jusqu'à 1 gramme, si l'usage du médicament est continué pendant quelques jours.

L'extrait de laitue, si peu énergique, s'avilit davantage encore à l'état de sirop. Le démontrer est la chose la plus facile. Il me suffit pour cela d'exposer le procédé pharmaceutique employé par M. Aubergier. Ce procédé consiste à associer dans les proportions suivantes :

Extrait alcoolique de laitue (lactucarium).	15	grammes.
Acide citrique.	15	—
Eau de fleurs d'oranger.	500	—
Sucre candi.	10	kilogr.
Eau distillée.	5	—

En même temps que l'on prépare un sirop avec le sucre candi et l'eau distillée, on fait dissoudre le lactucarium dans 500 grammes d'eau distillée bouillante; on reprend le lactucarium non dissous par une nouvelle quantité d'eau, que l'on maintient en ébullition jusqu'à dissolution complète. On verse ensuite ces liqueurs encore troubles dans le sirop bouillant. De temps en temps on clarifie le tout avec du blanc d'œufs, jusqu'à séparation de l'écume en masse cohérente et parfaite limpidité du sirop. Toute l'écume ayant été enlevée, on ajoute l'acide citrique, on continue à concentrer par l'ébullition avec excès de densité sirupeuse, de manière que l'addition de l'eau de fleurs d'oranger, qui est le dernier temps de l'opération, ramène le produit au degré de concentration voulu.

Si je ne me trompe, voilà un sirop dans lequel le lactucarium est représenté par *un gramme sur mille* tout au plus; car la clarification par le blanc d'œufs et l'ébullition prolongée qu'elle nécessite, séparent encore une bonne partie du principe actif, ce que l'on reconnaît à l'amertume des écumes. Il suit de là qu'un adulte auquel on prescrit 20 centigrammes de lactucarium, devra absorber 200 grammes de sirop d'Aubergier, ou avaler un litre de ce sirop pour ingérer l'équivalent d'un gramme d'extrait.

Cinq cuillerées à bouche du sirop d'Aubergier pèsent, en moyenne, 95 grammes; c'est donc la dose très-minime de 10 centigrammes de lactucarium qu'a prise la jeune fille que j'ai trouvée stupéfiée à un degré si inquiétant. Sauf le cas d'une délicatesse d'impression vraiment anormale, les accidents dont j'ai été témoin doivent tenir à un maléfice dont il convient d'exonérer la laitue cultivée. Que deviendraient, en effet, tous ceux qui, dans la saison présente, se nourrissent du lactucin et de ses associés accommodés au jus ou mis en salade?

J'ai souvent entendu faire cette remarque un peu exagérée peut-être, que depuis quelques années il se consomme presque autant de sirop d'Aubergier que de vin de Champagne. Mais le véritable vin de Champagne est une fiction. En serait-il de même du sirop d'Aubergier? L'opium du pavot, par exemple, n'y tiendrait-il pas quelquefois la place du lactucarium? En d'autres termes, ce sirop ne serait-il point sujet à falsifications? Je suis d'autant plus porté à le supposer, que j'ai vu ce sirop annoncé comme remède *approuvé par l'Académie de médecine.*

LES CURES DE PETIT-LAIT ET DE RAISIN.

Par M. le docteur Ed. CARRIÈRE.

Il ne faut pas se laisser décourager par l'insuccès quand on a la conviction qu'on plaide une cause juste, à plus forte raison doit-on conserver et surtout utiliser ce courage lorsque, à la bonté de la cause, se joignent le nombre et surtout la valeur des sympathies. Il s'agit d'une tentative exécutée naguère pour faire connaître et établir en France une thérapeutique depuis longtemps connue, et surtout très-répandue en Allemagne et en Suisse; je veux parler des *cures de petit-lait et de raisin* (1). Si je prends la plume aujourd'hui à l'époque de l'année favorable aux cures par le premier de ces moyens d'action, et lorsque les cépages qui couvrent tant de coteaux en France ont déjà poussé leurs feuilles, c'est qu'on réussit rarement sans employer l'insistance; je le fais avec un espoir d'autant plus légitime, que je ne me sens pas seul dans la cause que j'ai entrepris de faire prévaloir.

A une époque où la médecine s'adresse de préférence aux médicaments les plus actifs, on s'est éloigné de plus en plus de cette thérapeutique simple et pour ainsi dire hygiénique préconisée par Hoffmann et tant d'autres auteurs avant et après lui. Comment donc parler du petit-lait lorsqu'il est abandonné depuis si longtemps, malgré tout ce qui a été dit sur ses avantages depuis Hippocrate? Comment parler du raisin, qui après tout n'est qu'un aliment, et auquel les populations pourraient si difficilement attribuer des propriétés curatives? Ces questions, ces craintes, disparaissent nécessairement devant l'expérience. En Allemagne, en Suisse, on fait des cures de petit-lait et de raisin comme on fait des cures d'eaux minérales. On croit aux premières comme on a confiance dans les secondes; et si celles-ci ont des établissements considérables et nombreux sur tant de points du territoire situé au delà du Rhin et des Alpes, il en est de même des autres, qui ne se comptent plus dans les montagnes à pâturages comme au milieu des coteaux à vignobles. Pourquoi la France n'imiterait-elle pas cette thérapeutique aussi facile qu'utile des pays dont elle n'est plus séparée ni par des montagnes ni par des fleuves, depuis que le sol européen s'étend sous un réseau serré de lignes de fer? Pourquoi n'admettrait-elle pas chez elle ce qui est reconnu bon à ses frontières, lorsqu'elle possède tous les éléments qui rendraient cette imitation aussi fructueuse que partout ailleurs? C'est pour provoquer les médecins et le public à entrer dans cette voie que j'ai écrit un livre qui a excité d'abord des surprises, mais qui aujourd'hui est adopté, je l'espère, dans l'ensemble des faits comme dans celui de ses applications.

La presse, en accueillant un travail nouveau pour la France, malgré les mentions qui avaient été faites dans quelques écrits

(1) *Les cures de petit-lait et de raisin en Allemagne et en Suisse.* In-8°. Paris, chez Victor Masson, 1860.

des cures de petit-lait et de raisin, ne pouvait accepter les théories allemandes, qui, en général, tiennent plus des rêves de l'imagination que des inspirations de l'expérience. Mais qu'importent les théories concordantes ou non avec l'observation, s'il existe des faits certains, et dont l'esprit le plus méticuleux ne peut ni suspecter la source ni nier l'importance? Aussi le côté pratique a prévalu; et il n'y a pas d'organe de la publicité médicale qui n'ait reconnu que l'accord qui existe en Allemagne et en Suisse sur les effets médicateurs du petit-lait et du raisin, avait une signification dont il fallait tenir grand compte. Si quelques-uns de ces auteurs ont opposé sagement la prudence qui vérifie à l'enthousiasme qui exagère, ils n'en ont pas moins reconnu que ces deux sortes de médicaments simples devaient, par leur usage thérapeutiquement réglé, rendre de grands services dans un grand nombre de maladies.

Mais le meilleur argument en faveur du moyen d'action auquel la médecine d'outre-Rhin attribue des effets curateurs dans la phthisie pulmonaire se produisait de lui-même, obscurément, sur un point de la France. J'ignorais, et avec moi le plus grand nombre des médecins assurément, que cet argument s'y poursuivait pratiquement, au retour de chaque printemps et de chaque été. Il a fallu les excellents articles critiques de M. Latour dans l'*Union médicale*, pour donner une voix à cette parole qui jusque-là était restée muette.

On a appris par une lettre d'un médecin qui mérite toute confiance, qu'il y avait au fond de l'Aveyron, dans une vallée à pâturages, un établissement pour la cure de petit-lait, et que de nombreux malades y trouvent des guérisons, même pour des affections chroniques du système respiratoire. Les Allemands n'ont donc pas préconisé un traitement sans effet, autant pour des affections du système digestif que pour celles qui appartiennent à un autre siége et présentent une autre gravité. Il faut en conclure qu'ils n'ont pas placé leurs idées sous la seule protection de vaines théories.

Il en est de même pour le raisin. Peut-être n'existe-t-il pas en France de lieu consacré spécialement à ce genre de cure. Mais des praticiens de Paris et même de la province ont commencé depuis peu d'années à recommander le raisin dans certaines maladies chroniques, en accompagnant ce conseil de la désignation des lieux ou des vignobles les plus favorables à cette médication. Un peu de temps encore, et les stations ne manqueront pas, assurément, sur le sol si favorisé de notre beau pays.

Après cette double faveur, due à la fois aux circonstances et à l'appui de la presse, les cures de petit-lait et de raisin en ont obtenu une autre qui porte aussi avec elle sa valeur, c'est l'opinion des auteurs qui depuis 1860, époque de la publication du livre, ont publié des traités de thérapeutique et de balnéographie.

Dans le *Dictionnaire des eaux minérales et d'hydrologie*, le petit-lait est considéré comme un agent destiné à rendre de grands services, œuvre du reste qui est commencée, car quel est le médecin d'un établissement d'eaux minérales qui n'emploie déjà le petit-lait seul ou en mélange avec le médicament principal? Quant au raisin, les auteurs du *Dictionnaire* déclarent qu'il doit tôt ou tard prendre place dans les traitements par les eaux minérales (1).

Dans le *Mémorial de thérapeutique* du docteur Foy, on lit cette phrase : « Nous pourrions, comme nos voisins, fonder » chez nous des cures de petit-lait et de raisin, car les faits, les » succès sont là, l'expérience a parlé (2). » Il est aussi traité encore une fois de ces deux moyens d'action dans le même livre, à l'article PHTHISIE PULMONAIRE.

Enfin, pour limiter les citations, dans le livre si complet et si remarquable du docteur Fonssagrives sur l'*hygiène alimentaire*, cet auteur consacre plusieurs pages aux deux cures. Voici comment il s'exprime dans ses conclusions en ce qui concerne le raisin : « Quelque jugement que l'on porte sur la légitimité de cette distinction (ici l'auteur fait allusion aux idées des Allemands sur leur manière de considérer le petit-lait et le raisin, qu'ils appellent des *eaux minérales organiques*), il nous paraît impossible de contester *a priori* la puissance curative de la diète de raisin, instituée suivant les règles tracées plus haut, pour modifier profondément la nutrition, pas plus que de mettre en doute des résultats cliniques annoncés par des hommes aussi désintéressés que dignes de foi; nous ne pouvons donc, nous le répétons, que joindre nos vœux à ceux de M. Carrière et de son savant critique (Amédée Latour) pour que l'opinion médicale soit promptement fixée en France sur la valeur d'une médication dont l'usage est journalier chez nos confrères d'Allemagne et de Suisse (3). »

En ce qui concerne le petit-lait, le docteur Fonssagrives n'est pas moins explicite. « Il y a évidemment là, dit-il, autre chose qu'une vogue éphémère fondée sur la mode et la passion de l'étrangeté, et il serait à désirer qu'en France on essayât en grand l'usage alternatif ou simultané des eaux minérales et du petit-lait (cela se fait déjà) dans quelques-uns de ces localités qui, par la beauté de leur climat, les vertus de leurs thermes, la richesse de leurs pâturages et les caractères agrestes ou pittoresques de leurs sites, se rapprochent des conditions que réalisent les établissements les plus fréquentés de la Suisse et de l'Allemagne (4). »

Maintenant, les lecteurs sont préparés à ce que nous leur dirons bientôt touchant la double thérapeutique du petit-lait et du raisin.

(1) Voyez les articles PETIT-LAIT et RAISIN.
(2) Page 715, 2e partie.
(3) *Hygiène alimentaire*, p. 591 *et passim*.
(4) Id., p. 644 et 645.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mai 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de la Seine-Inférieure, des Basses-Pyrénées, du Nord et du Pas-de-Calais.

2° Un rapport de M. le docteur Madin, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Esmes (Meuse). [Commission des épidémies].

3° Un mémoire de M. le docteur Vergier, sur les eaux minérales de la Roche-Posay (Vienne).

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Alet (Aude), par M. le docteur Fournié; de la Motte (Isère), par M. le docteur Buissard; d'Evaux (Creuse), par M. le docteur Tripier; de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur Finaz; de Cambo (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Hiriart; de Sermaise (Marne), par M. le docteur Prin; de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Fabas; de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur Cisseville; de Bagnols (Lozère), par M. le docteur Reynal de la Tissonnière; d'Enghien (Seine-et-Oise), par M. le docteur Puisaye, et des bains de mer de Boulogne et de Calais, par MM. les médecins inspecteurs.

5° Un mémoire sur les eaux sulfureuses d'Az (Ariége), par M. le docteur Garrigou. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur le diabète sucré, par M. le docteur Jacquot (de Saint-Dié). [Commissaires, MM. Rayer, Cl. Bernard et Bouchardat].

2° Une lettre de M. le docteur Lamare-Picquot, qui réclame la priorité à l'égard des moyens de traitement du cancer, dont M. A. Legrand a récemment entretenu l'Académie. (Renvoyé à la commission du prix Barbier).

— M. le président annonce à l'Académie que M. Hulin (de Mortagne), correspondant, est présent à la séance.

— L'ordre du jour appelle à la tribune M. Bousquet, pour lire la suite de son rapport sur l'origine de la vaccine (1).

Rapport et discussion sur l'origine de la vaccine.

M. BOUSQUET. Le 4 mai, en présence de la commission, nouvelle inoculation; mais cette fois la matière est prise au pis d'une vache et reportée sur une autre où elle reproduit des pustules en tout semblables à celles de provenance chevaline, excepté qu'elles sont plus belles.

Jusqu'ici le virus n'est sorti du cheval que pour passer à la vache; M. Cayrel juge qu'il est temps d'en faire jouir l'espèce humaine et il inocule à un enfant avec la même facilité que le vaccin le mieux éprouvé.

De son côté, M. Lafosse propose de le reporter à la source; il choisit un cheval et l'inocule sur le museau; il naît de cette inoculation plusieurs pustules que la commission vit un peu déformées par le frottement de l'animal contre le râtelier, mais irréprochables à l'intérieur. M. Cayrel y plongea la lancette et piqua un enfant auquel il donna six magnifiques pustules.

Nous vous épargnons, Messieurs, la suite de ces inoculations; personne n'y était plus propre que M. Cayrel, car personne ne se connaît mieux en vaccine; toute la médecine toulousaine fut appelée à les suivre et à en constater le résultat. En dehors de la science locale, MM. Fontan et Izarié l'ont vu; M. Leblanc, qui, à la première nouvelle de ce grand événement, se rendit à Toulouse, M. Leblanc l'a vu, votre rapporteur l'a vu.

Pour ôter tout prétexte à la méfiance et réduire la critique au silence, M. Cayrel a fait ce que nous avions fait nous-même en 1836, lorsque le hasard nous plaça sous la main le cowpox dit de Passy; il a inoculé les deux virus en regard l'un de l'autre: l'un à un bras, l'autre à l'autre bras. Dès lors, tout étant égal des deux parts, la comparaison devenait plus facile et plus sûre.

A l'aspect de ces pustules, il eût été difficile d'en méconnaître la nature; mais les expériences ne leur ont pas manqué pour les obliger à se révéler. Les nouveaux inoculés ont été vaccinés avec le vaccin en usage, et nul n'en a souffert; ils auraient offert, soyez-en sûrs, la même résistance à la variole, car la vaccine s'exclut comme elle exclut la variole.

Voilà, Messieurs, le fait dans toute sa simplicité; c'est à notre avis un grand fait : il peut se résumer en quelques mots.

Sous le règne d'une épizootie, une jument tombe malade d'un engorgement aux jarrets d'où s'écoule une matière sanieuse. Un grand artiste, M. Lafosse, prend cette matière au bout de la lancette et l'inocule successivement à deux jeunes vaches auxquelles il donne, par le fait de cette inoculation, des pustules ayant toutes les apparences du *cowpox*. On reprend la matière de ces pustules, et l'on obtient la vaccine avec tous ses caractères, toutes ses propriétés.

Permettez-nous d'y revenir par la réflexion.

Et d'abord quelle était cette épizootie? En quoi consistait-elle? Est-ce là cette maladie du cheval que Jenner nous donne comme la source, comme la cause de la vaccine? Est-là le *grease*? La description de Jenner est véritablement si courte et si vague, qu'il n'y a pas moyen de s'y reconnaître; de là sans doute l'embarras des traducteurs. Les Allemands ont traduit *grease* par *mauke*; l'Italie par *giardone*; en France, on dit d'abord *javart*, puis on a dit *eaux aux jambes*, et la dernière interprétation a prévalu. D'où il est arrivé que tous ceux qui se sont appliqués à vérifier les conjectures de Jenner, ont scrupuleusement recherché les *eaux aux jambes*, rien que les *eaux aux jambes*. C'est ce qu'a fait, en son temps, votre rapporteur, aidé des lumières de M. Leblanc; c'est ce que vient de faire M. Depaul, esprit droit, exact, et par cela même difficile à se rendre.

Vous savez tous que ni lui ni moi n'avons abouti qu'à des résultats négatifs.

Et comme, suivant la remarque de Pascal, on se persuade bien mieux par ce qu'on voit que par les rapports qu'on nous fait, il en coûte toujours un peu d'abjurer son témoignage pour le témoignage d'autrui.

Toutefois ici l'honneur des expérimentateurs était en quelque sorte sauvé par l'incertitude de la maladie. Tout entiers à la recherche des *eaux aux jambes*, plus ils mettaient d'exactitude au diagnostic et plus ils s'écartaient du but; mieux eût valu pour eux prendre au hasard, ils auraient eu plus de chances de rencontrer juste. Et c'est peut-être au hasard qu'il faut faire honneur des heureuses et rares inoculations de ce genre que l'histoire nous a conservées.

Le javart dépossédé, il était donc généralement convenu que si la vaccine avait son origine dans le cheval, elle était dans les *eaux aux jambes*.

Telle était sans doute l'opinion de la médecine toulousaine; telle devait être celle de M. Leblanc lorsque son zèle l'emporta sur le théâtre de l'épizootie : malgré la diligence qu'il fit, il arriva trop tard; tout ou presque tout était fini; il ne vit de la maladie que des restes insignifiants sur lesquels il était impossible d'en apprécier la nature; mais il en vit assez pour déclarer qu'elle n'était pas les *eaux aux jambes*. La marche en avait été trop régulière, trop rapide surtout, la guérison trop facile; c'est à peine, a-t-il dit, si elle passait le deuxième septénaire : ce n'est pas ainsi que se comportent les *eaux aux jambes*. Et d'autre part, en se reportant au début, il s'assura qu'elle avait commencé par la fièvre, à la manière des affections générales aiguës, et cette fièvre n'ayant rien des fièvres de réaction, s'adoucissait sensiblement à la première apparition de l'éruption; enfin cette éruption ne se bornait pas aux paturons, elle s'élançait, quoique fort discrètement, sur toutes les parties du corps.

A ces signes, M. Leblanc déclara que l'épizootie de Rieumes n'avait rien de commun avec les *eaux aux jambes* ni avec aucune autre maladie. C'est une maladie à part.

M. Lafosse entra d'autant mieux dans ces idées qu'il les partageait avant d'en avoir reçu communication de M. Leblanc.

Pour en mieux marquer les caractères, pour en faire ressortir les différences, M. Lafosse a mis en regard la maladie de Rieumes avec le javart et les *eaux aux jambes* dans un tableau synoptique duquel il ressort d'une manière évidente que la maladie reproduite du cheval sur la vache est une éruption ou plutôt une fièvre éruptive; cette éruption appartient à la classe des pustules, comme la petite vérole, avec laquelle elle a d'ailleurs tant d'analogie : fièvre aiguë, boutons ronds, plats, déprimés au centre, fatalement destinés à suppurer, d'une durée de quinze jours à trois semaines. Et si l'on piquait un de ces boutons, il ne s'affaissait pas, il ne se vidait pas tout d'un flot, mais le liquide en sortait peu à peu, comme il fait des pustules varioleuses ou vaccinales divisées à l'intérieur en une foule de petites loges ou cellules.

Maintenant, d'où venait l'épizootie de Rieumes? Nous avons di qu'il régnait en même temps dans les environs une épidémie de variole. Est-ce simple coïncidence, et les mêmes influences qui ont fait naître la variole ont-elles produit aussi l'éruption du cheval? Ou bien les deux éruptions sont-elles nées l'une de l'autre par contagion?

Il est fâcheux que M. Sarrans n'ait pas songé à faire passer par inoculation la variole au cheval; nous l'avons essayé plus d'une fois, et nous n'y avons jamais réussi. D'autres se vantent d'avoir été plus heureux, tels, entre autres, Thie (de Cazan), Robert Ceely. A cela nous n'avons rien à dire, sinon que le fait aurait plus d'autorité s'il était confirmé.

Une autre considération nous tient en défiance sur l'identité des deux éruptions : on sait que le principal avantage de l'inoculation était de réduire le nombre des boutons, et c'est justement ce qui en faisait la bénignité. Avec elle, peu ou point de varioles confluentes; assez souvent même il ne venait que des boutons d'insertion, et alors elle se montrait si parfaitement semblable à la vaccine que Jenner mettait les plus habiles inoculateurs de son temps au défi de les distinguer; mais enfin ce n'était pas la règle, ordinairement il venait deux éruptions successives, la première locale, la seconde générale et clair-semée sur toute la surface du corps. Si donc la jument de M. Corail eût pris de l'homme la petite vérole, il est à croire qu'elle la lui aurait rendue comme elle l'avait reçue, c'est-à-dire avec les deux éruptions qu'elle contient.

Or, lorsque M. Cayrel composa la partie du rapport jointe à celle de M. Lafosse, il avait déjà vacciné plus de 200 enfants avec le nouveau virus, et jamais il n'avait vu qu'une éruption, l'éruption locale.

Le fait de Toulouse est donc à part; c'est un événement dans la science, et peut-être l'aurore d'une nouvelle ère dans l'histoire de la vaccine.

Dans les rencontres de cowpox sur la vache qui se font quelquefois, il manque presque toujours quelque chose. Rarement l'observateur voit-il le premier temps de l'éruption; plus rarement encore se trouve-t-il une main pour en prendre le virus au pis de l'animal. Jenner lui-même le prit d'abord aux mains qui se l'étaient inoculé par accident. Nous n'avons pas été plus favorisés en 1836; il ne nous a pas été donné de voir le cowpox sur la vache; nous n'en avons vu que les restes; qui oserait douter cependant de la réalité de la découverte?

Ces faits, tout décapités qu'ils sont, n'en ont pas moins, selon nous, toute la valeur, toute l'importance des faits les plus complets.

La maladie du cheval a été vue par ceux qui étaient le plus en état de l'apprécier; elle ne s'est pas communiquée par hasard; l'art en a pris le germe à la source et l'a inoculé, l'a suivi à travers tous les intermédiaires, depuis l'instant de l'inoculation jusqu'à sa dernière transformation : que faut-il de plus pour la saluer de son vrai nom?

Néanmoins, la nouveauté de la maladie nous la rendant suspecte, nous ne l'avons acceptée qu'avec défiance, et, si nous osons le dire, sous bénéfice d'inventaire; nous avons recherché une à une les causes d'illusion que nous avons pu imaginer. Nous nous sommes demandé, premièrement, si par hasard la lancette employée à l'inoculation n'aurait pas servi à d'autres vaccinations.

Cela n'était guère probable dans une Ecole de médecine comparée; néanmoins, nous en avons écrit à M. Lafosse, qui a répondu que jamais les lancettes de l'Ecole n'ont servi à cet usage. Et, s'il faut dire ici toute notre pensée, nous n'avions pas besoin de sa réponse pour nous rassurer. Nous avons vacciné d'un coup douze vaches ou génisses, et nous avons reproduit la vaccine sur toutes; toutes ces vaches nous ont rendu le vaccin comme il leur avait été donné, ni plus ni moins actif; au lieu que le virus pris aux paturons de la jument de M. Co-

(1) Voir le numéro de mardi dernier.

rail a produit des pustules de beaucoup supérieures à celles du vaccin ordinaire.

Secondement, peut-on supposer que la vache inoculée fût à la veille d'avoir spontanément le *cowpox*? Cela a été dit, sinon nous ne l'aurions jamais imaginé. Le *cowpox* est-il donc devenu tout à coup si commun, qu'il soit raisonnable de l'attendre à toute heure? Considérez encore que les boutons répondaient exactement aux piqûres, et que tous ont conservé dans leur évolution le degré de développement en rapport avec la date de l'inoculation : tant d'ordre s'accorde-t-il avec l'idée d'une explosion libre et spontanée?

Ces deux suppositions écartées, il en reste une troisième, et c'est peut-être la plus vraisemblable; du reste, elle n'est pas nouvelle.

Dès les premiers jours de la vaccine, en 1799, Turmer prétendit, contre Jenner, que la vaccine n'était autre que la variole elle-même, transmise fortuitement à la vache par les mains employées à la traire. L'épizootie de Rieumes serait elle aussi de la variole? Ici se présente une question préalable : les chevaux sont-ils accessibles à la variole? Les plus habiles dans l'art vétérinaire n'en parlent pas ; néanmoins, il est à notre connaissance que la pensée en est venue à M. Lafosse, qui l'a mise aussitôt en expérience : la petite vérole étant entrée dans l'Ecole, il a profité de l'occasion pour l'inoculer, mais il n'y a pas réussi.

Mais si l'épizootie de Rieumes, si le *cowpox*, si la vaccine ne sont pas identiquement la même chose que la variole, il y a du moins de grandes analogies, et ces analogies expliquent tout le mystère. Qu'y a-t-il d'étonnant que des analogues se valent, que des équivalents se suppléent?

Dans tous les cas, il ne paraît pas possible qu'une maladie qui a reproduit la vaccine n'en contînt pas le germe ; mais notre pensée ne va pas au delà du fait, et de ce que la vaccine est née de l'inoculation que nous avons dite, nous n'avons garde d'inférer que la vache la reçoit toujours du cheval ; nous croyons, au contraire, qu'elle y naît spontanément comme sur son sol le plus naturel. Il y a maintenant trop d'exemples de cowpox sur la vache, loin de toute fréquentation de chevaux, pour la dépouiller au profit d'un rival.

Finalement la vache et le cheval auraient tous deux le privilége d'engendrer la vaccine. C'est, ce nous semble, la leçon que nous donne l'observation ; mais la vache a l'avantage d'une plus grande notoriété. C'est ce qui nous fait regretter que M. Sarrans, qui vivait sur le théâtre de l'épizootie, que M. Lafosse, malgré l'éloignement où il en était, n'aient pas multiplié les inoculations. Rien ne jette du jour sur un fait extraordinaire comme la répétition du même fait. Sans doute tous les faits négatifs du monde sont impuissants à détruire un seul fait positif bien vu, bien constaté ; mais quand un événement est rare et contredit, on a toujours à craindre que les sens ne se laissent surprendre, et l'esprit demande de nouveaux faits pour se mieux fixer.

Tel est, Messieurs, tel est en substance le mémoire de la commission toulousaine ; vous savez qu'elle n'a rien omis de ce qui pouvait mettre en lumière une vérité encore contestée et établir ses droits à prendre place dans la science.

Nous avons l'honneur de vous proposer de lui témoigner votre satisfaction par une lettre académique, dans la personne de MM. Lafosse et Cayrel, ses éminents interprètes.

M. H. BOULEY. Un fait me frappe dans le rapport de Toulouse et dans celui de M. Bousquet. Il me paraît en ressortir la démonstration assez rigoureuse d'une filiation entre le vaccin et une maladie du cheval. Mais quelle est cette maladie du cheval?

Ici il y a un point qui reste très-obscur. Il semblerait que le vaccin provient de plusieurs maladies différentes du cheval. D'après l'opinion la plus ancienne, il procéderait de la maladie connue sous le nom d'*eaux aux jambes*, et les expériences de Toulouse semblent démontrer qu'il procède d'une autre maladie de nature éruptive. Il y aurait donc deux maladies qui pourraient donner naissance au vaccin; celle que j'appellerai, faute d'autre nom, la *maladie de Toulouse*, et les eaux aux jambes, ou *grease* des Anglais.

Le *grease*, en effet, d'après la description qu'en donne Percival, ne paraît pas différer de ce que nous appelons ici eaux aux jambes. D'un autre côté, Sacco, en Italie, décrit une maladie différente des eaux aux jambes, et qui n'est autre que le javart, à laquelle il attribue également la propriété de produire le vaccin. Il cite, en effet, des exemples de transmission du javart du cheval à la vache et du cheval à l'homme. Le produit de cette transmission inoculé aux enfants aurait produit la vaccine.

Ce n'est pas tout ; voici une quatrième forme de maladie du cheval qui serait encore susceptible de donner lieu à la vaccine. On lit dans un mémoire sur la *vaccine primitive*, publié en 1846 dans les *Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*, la relation de faits relatifs à une affection inflammatoire gangréneuse, dont la matière inoculée à l'homme a donné naissance au vaccin.

Il résulterait donc de tous ces faits qu'il y aurait plusieurs maladies du cheval, très-différentes les unes des autres, qui seraient susceptibles de produire le vaccin. Le cheval serait donc, d'après l'expression dont s'est servi M. Bousquet, un animal *vaccinogène*. Il me paraît qu'il ne reste plus de doute dans l'esprit de personne à cet égard ; mais il reste à savoir s'il est vrai que la vaccine prenne son origine dans plusieurs maladies différentes, ou s'il n'y en a qu'une seule, toujours identique à elle-même, qui produise ce virus. Voilà ce qu'on devrait chercher à éclaircir par de nouvelles expériences.

M. DEPAUL. J'avais cru que M. Bouley me viendrait en aide pour ce que j'avais à dire; mais, au lieu de critiquer, comme je m'y attendais, les observations qui se sont produites, il s'est borné à les rappeler. J'avoue, pour moi, que cette idée de la vaccine provenant de maladies différentes, renverse toutes mes notions de pathologie. Je crois que le cheval peut avoir la variole, que le *cowpox* de la vache est la variole, et que l'un et l'autre donnent à l'homme la vaccine. Voilà ce que je répondrai à M. Bouley.

J'arrive maintenant à l'affaire de Toulouse.

Je voudrais que l'Académie ne perdît pas de vue le point important de la question, car la discussion me paraît tendre à s'égarer. La question est celle-ci : Les eaux aux jambes du cheval produisent-elles la vaccine?

Il y a deux ans, une lettre de M. Fontan, publiée dans l'*Union médicale*, annonçait que M. Sarrans, vétérinaire à Rieumes, avait vu un grand nombre de chevaux affectés d'eaux aux jambes, et qu'un de ces chevaux avait été conduit à Toulouse pour que M. Lafosse fît des expériences d'inoculation. Ces expériences, on en connaît les résultats. L'inoculation de ce produit morbide à une génisse a donné des pustules de *cowpox*, et, celles-ci, transmises à des enfants, ont donné la vaccine.

M. Leblanc, sur l'annonce de ces faits, est parti pour Toulouse ; il y est arrivé assez tôt pour rectifier une erreur, et il est venu nous déclarer ici que la maladie du cheval qui avait servi aux expériences d'inoculation, n'était pas les eaux aux jambes. C'est à la suite de cette déclaration qu'on a donné à cette maladie un autre nom ; je ne l'appellerai pas *vaccinogène* comme on a proposé de le faire, je me bornerai à constater que c'est une maladie éruptive. Voilà le fait. C'est sur la relation de ces expériences de M. Lafosse que porte le rapport de M. Bousquet.

Eh bien, j'ai un regret à exprimer au sujet de ces expériences, c'est qu'on n'ait fait qu'une seule inoculation, quand on avait sous la main tous les moyens de les multiplier. Cette expérience unique est certainement un fait très-intéressant, mais qui a perdu beaucoup de sa valeur par cette circonstance même qu'elle est unique. Ainsi, je suppose que la génisse inoculée fût à ce moment sous l'imminence du développement du cowpox, et c'est là un fait qui est d'autant plus dans l'ordre des choses possibles, qu'il régnait alors en même temps une épidémie de variole et une maladie éruptive sur les chevaux avec les caractères de la variole; que devient alors le caractère démonstratif de l'expérience? Qui me dit encore que la lancette qui a servi aux inoculations n'avait pas servi précédemment à vacciner? On voit que tout n'est pas aussi clair dans cette affaire qu'on veut bien le dire.

La conclusion à tirer de tout cela, c'est que la maladie inoculée à Toulouse n'est pas celle que l'on connaît sous le nom d'eaux aux jambes ; c'est qu'il existe chez les chevaux une maladie éruptive, que j'appellerai moi la variole, laquelle inoculée à l'homme produit la vaccine, qui n'est elle-même que la variole.

M. RENAULT. Il ne faut donner au fait de Toulouse ni plus ni moins d'importance qu'il n'en a en réalité. Il est très-important, sans contredit; mais je pense, comme M. Depaul, qu'il est incomplet. Il est très-regrettable, en effet, qu'on n'ait pratiqué qu'une seule inoculation; c'est là une grande faute. Je crois cependant que l'éruption produite sur la génisse est bien réellement le résultat de l'inoculation de la matière puisée chez le cheval ; car j'éloigne l'objection de l'imminence possible d'une éruption de cowpox chez la génisse ou la possibilité de l'inoculation par le vaccin desséché qui aurait pu adhérer à la lancette; mais je ne crois pas que la maladie de ce cheval ait été les eaux aux jambes. Il régnait en ce moment une enzootie; or, les eaux aux jambes ne règnent jamais enzootiquement. Il s'agit donc d'une affection éruptive qui peut ressembler, à un certain moment peut-être, aux eaux aux jambes, mais qui à coup sûr en diffère par sa nature et sa marche.

La conséquence à tirer de tout ceci, c'est qu'il faut appeler sérieusement sur ce point l'attention des vétérinaires, et les engager, quand ils rencontreront des faits semblables, à ne pas négliger l'occasion de faire des expériences plus complètes.

M. BOUSQUET pense que l'expérience de Toulouse démontre au moins ce fait, savoir, que la vaccine et le cowpox procèdent du cheval et se transmettent du cheval à la vache et de celle-ci à l'homme. Que cette maladie ne soit pas celle que l'on désigne sous le nom d'eaux aux jambes, il est tout disposé à le reconnaître.

— M. Bousquet devant s'absenter et ne pouvant assister à la séance prochaine, les conclusions du rapport, sur sa demande, sont mises aux voix et adoptées.

Sur la demande de plusieurs membres, la discussion, interrompue à raison de l'heure avancée, sera reprise dans la séance prochaine.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

Par décret du 24 mai 1862 ont été nommés dans le corps médical de la marine impériale :

Au grade de chirurgien de 1re classe : MM. Golfier, Coignet, Hernault et Lallour, pour Brest; Merlin et Ricard, pour Toulon; Riché, Lucas et Delasalle, pour Brest; Cunéo et Romain, pour Toulon; Cauvin, pour les établissements de la côte occidentale d'Afrique.

Au grade de chirurgien de 2e classe : MM. Crouzet, pour le Sénégal; Veillon, pour la Guyane; Dumas, pour la Guadeloupe; Charbounié, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine, pour le Sénégal; Texier, pour Brest; Batby-Berquin, pour la Guadeloupe; Lignières, Gandaubert, Lepord et Jobard, pour Brest; Léonard, pour le Sénégal; Denoix, pour Brest; Blanchard, pour Rochefort; Berger, aide-major aux tirailleurs sénégalais, pour le Sénégal; Moinet, pour Brest; Granger, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine, à Toulon; Franc et Jubolin, pour le Sénégal.

Au grade de chirurgien de 3me classe : MM. Méry, Despetis, Armand, Mesny, Dangny et Desdeserts, pour Brest; Jossic et Combeaud, pour Rochefort; Oré, pour la Guyane; Rit, Doué, Bestion, Chambeiron et Latière, pour Toulon; Roux, pour la Martinique; Pérès, Borius, Vincent, Jardon et Bouvier, pour Brest; Ferrard, pour Rochefort; Talmy, pour le Sénégal.

Dans le corps pharmaceutique :

Au grade de pharmacien professeur : M. Carpentin, pour Brest.

Au grade de pharmacien de 1re classe: M. de Nozeille, pour Rochefort.

Au grade de pharmacien de 2e classe: MM. Simon, pour Brest; Delteil, pour Rochefort.

Au grade de pharmacien de 3e classe: MM. Duvignau, pour Rochefort; Roussel, pour Toulon.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 64. — MARDI 3 JUIN 1862. (35e ANNÉE.) N° 64. — MARDI 3 JUIN 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 2 JUIN 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous avons entretenu nos lecteurs, dans l'un des précédents numéros, d'un travail remarquable de M. Moreau, sur la source de l'électricité et les propriétés des nerfs électriques de la torpille. M. Matteucci a trouvé dans ce travail et dans le rapport dont il a été l'objet l'occasion de rappeler les résultats de quelques expériences qu'il a tentées sur ce sujet il y a plusieurs mois, et qui confirment ce qu'il avait déjà établi dans ses précédentes recherches, particulièrement en ce qui concerne le mode de fonctionnement de l'appareil électro-moteur, et la participation qu'y prennent les nerfs de l'organe.

L'éminent physicien appelle dans sa nouvelle communication l'attention des chimistes sur l'utilité que pourrait avoir, pour l'élucidation de ces phénomènes physiologiques si complexes, l'analyse chimique comparative des divers organes qui concourent à l'accomplissement de cette fonction faite dans les divers temps de repos ou d'action de ces organes.

Le service médical des chemins de fer est l'objet, de la part des chefs de service, de rapports annuels, dans lesquels nous avons eu souvent à signaler des résultats intéressants au point de vue de l'hygiène publique et professionnelle.

M. le docteur Gallard, qui pour la quatrième fois vient de publier le compte rendu annuel du service médical du chemin de fer d'Orléans, a eu l'heureuse idée, cette année, d'exposer dans un mémoire qu'il a communiqué à l'Académie le résumé de ces comptes rendus, en y ajoutant quelques considérations sur les maladies observées chez les employés de la ligne, sur les conditions hygiéniques nouvelles dans lesquelles les chemins de fer ont placé leurs agents, ainsi que les voyageurs et les populations des pays qu'ils traversent. On y verra mis en relief les avantages hygiéniques inhérents à plusieurs égards à l'établissement des voies ferrées, et réfutées par des faits et des chiffres les prétendues influences pernicieuses qui leur avaient été attribuées par quelques auteurs.

Nous saisirons cette occasion pour signaler à nos lecteurs une publication récente sur les chemins de fer dans leurs rapports avec l'hygiène publique (1), dans laquelle l'auteur, après avoir examiné et discuté toutes les questions d'hygiène soulevées par cette importante industrie, les nombreuses recherches médicales dont elle a été l'objet, et les diverses opinions émises à ce sujet, est arrivé à des conclusions semblables.

Nous avons signalé dans notre dernier compte rendu une réclamation de priorité de M. Trouessart relativement aux recherches de M. Giraud-Teulon sur le mécanisme de la polyopie monoculaire. «Éclairé par la communication qui m'a été donnée des travaux de M. Trouessart, écrit aujourd'hui M. Giraud-Teulon, j'éprouve le double besoin et de rendre complète justice aux droits du savant physicien, et aussi, quoique le soupçon ne s'en soit pas produit, de me défendre d'avoir eu aucune connaissance de ces travaux lorsque j'ai publié les miens. Je m'empresse donc de donner acte à M. Trouessart de ses droits d'antériorité sur l'explication du mécanisme physique de la polyopie monoculaire. Je ne prétends désormais qu'au mérite, qu'il m'accorde du reste avec une spontanéité dont je le remercie, d'avoir fixé le siége anatomique de l'optomètre naturel, auquel sont dus ces phénomènes, ainsi que leurs conséquences physiologiques, etc..... » Nous aimons à citer cet exemple de délicatesse et de loyauté scientifique, qu'on ne retrouve malheureusement pas dans toutes les réclamations de ce genre.

(1) *Chemins de fer et santé publique; hygiène des voyageurs et des employés*, par M. le docteur de Pietra Santa; Paris, 1861. Librairie de L. Hachette et Cie.

L'Académie avait à désigner par la voie du scrutin les noms de deux candidats pour la chaire de zoologie au Muséum, vacante par le décès de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire. M. Valenciennes, dans le comité secret de la précédente séance, avait présenté, au nom de la section d'anatomie et de zoologie, la liste suivante :

1° M. Milne-Edwards; 2° M. Pucheran.

Le vote de l'Académie a maintenu cette présentation.

Dr Brochin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Cusco.

Leçons cliniques sur la syphilis.

(Recueillies par M. BRAULT, interne du service.)

Messieurs, je considère comme l'un des devoirs du médecin d'hôpital de consacrer une partie de son temps à enseigner ce qu'il a appris lui-même au lit du malade. Ce devoir, à mon avis, est plus impérieux encore lorsqu'il s'agit d'un service spécial, où sont accumulées à dessein des maladies que l'on n'a pas occasion d'observer dans les autres hôpitaux.

Placé à la tête d'un service de vénériens, j'ai reconnu bientôt l'avantage qui résultait pour moi de n'appartenir à aucune école, d'arriver ici sans idées préconçues. Ce que je savais des maladies vénériennes, j'ai tâché de l'oublier, et je me suis mis à l'œuvre avec un seul grand levier, l'observation clinique. Les opinions, les convictions auxquelles je suis arrivé, je vous les livre, et les soumets aujourd'hui à votre examen.

Le titre que j'ai choisi pour ces leçons vous indique assez que je ne vous parlerai pas de toutes les maladies vénériennes, mais seulement de la syphilis et des affections syphilitiques, grand problème que soulève chacune des lésions, même les plus simples, que nous voyons ici.

Je ne veux pas, Messieurs, vous esquisser, même à grands traits, l'historique des maladies vénériennes. Cette étude n'entre pas dans le plan que je me suis tracé. D'ailleurs, vous le savez, mon éminent collègue et excellent ami M. Cullerier, dans le cours qu'il vient de commencer ici même, a rempli cette tâche importante avec l'autorité légitime que lui ont acquise et son nom et ses savants travaux. Je veux vous montrer seulement quels ont été la marche de l'esprit humain et l'enchaînement des idées dans l'histoire de la syphilis.

De tout temps, on a observé et décrit des affections des organes génitaux résultat d'un contact impur, que l'on considérait seulement comme des affections locales.

Vers la fin du quinzième siècle, soit qu'une maladie nouvelle ait sévi sur l'humanité (ce qui paraît peu probable), soit qu'une influence épidémique ait pour la première fois mis en évidence un principe morbide déjà existant, mais inconnu jusqu'alors, vers la fin du quinzième siècle seulement on remarqua que les maladies vénériennes étaient suivies dans un certain nombre de cas d'une infection générale de l'économie, infection donnant lieu elle-même à une longue succession de phénomènes morbides.

Les idées étaient encore flottantes et incertaines; des dénominations nombreuses, empruntées à des considérations tout à fait étrangères à la maladie, servaient à la désigner. Vint Fracastor (1521); il créa le mot de syphilis, et ce fut un éclair de génie. On s'est demandé d'où Fracastor avait tiré le mot de syphilis; plusieurs étymologies ont été proposées. Il n'y en a aucune de vraie. Ce mot a été créé de toutes pièces. Fracastor était poëte: il a créé un mot gracieux et sonore; mais il était aussi médecin, et ce mot contient tout un dogme. Il fallait un mot nouveau pour exprimer une idée nouvelle. Pour Fracastor cette maladie était une, spécifique: unicité, spécificité, voilà le dogme contenu dans le mot un, spécifique de syphilis.

Laissons deux ou trois siècles s'écouler, et voyons ce que J. Hunter a fait du principe de l'unicité du virus, principe qui devait convenir à son génie. Il proclama l'unicité et l'identité du virus syphilitique, et, comme pour donner plus de force à cette idée d'unicité, il engloba toutes les maladies vénériennes dans l'entité syphilis. Toutes les maladies vénériennes furent d'origine syphilitique, dues à la syphilis. Toutefois Hunter n'avait pu échapper à ce fait d'observation, qu'un certain nombre seulement de ces maladies étaient suivies d'accidents généraux, tandis que les autres restaient toujours locales. Pour accorder la doctrine avec l'observation, tout en ne reconnaissant qu'un virus, il attribua à ce virus deux modes, c'est-à-dire deux propriétés : action infectante locale, action infectante constitutionnelle. Il définit le virus syphilitique poison morbide *composé*. Dès lors, et comme conséquence de cette définition, les affections syphilitiques se trouvèrent divisées en primitives ou locales, et consécutives ou constitutionnelles. C'est ainsi que Hunter, partant du principe de l'unicité du virus, est arrivé, à son insu il est vrai, à constituer pour ainsi dire deux virus différents, en reconnaissant au virus syphilitique deux actions différentes sur l'économie.

L'erreur de Hunter s'est perpétuée jusqu'à nos jours; elle a été la cause des grandes aberrations qui l'ont suivie. Hunter avait assigné deux modes au virus syphilitique; un autre vint qui lui en assigna quatre.

Il y eut par contre une exagération en sens inverse. L'école physiologique, qui elle aussi avait son unité morbide, l'irritation, nia le virus syphilitique. Par quel raisonnement? Considérant que quelques maladies alors réputées syphilitiques, la blennorrhagie, par exemple, étaient inflammatoires, elle conclut que les autres l'étaient aussi. Partant, elle nia le virus syphilitique, et considéra les accidents généraux de la syphilis comme des modes particuliers d'inflammation.

Cette négation du virus syphilitique eut pour résultat de provoquer une réaction puissante. Cette réaction se fit sentir surtout dans deux enseignements qui se développèrent parallèlement à Paris, celui de l'hôpital Saint-Louis et celui de l'hôpital du Midi. Tous deux revinrent à la doctrine de Hunter :

1° Unicité du virus syphilitique;

2° Double action locale et générale.

Mais l'action locale ne fut pas comprise par eux de la même manière. Cherchons à faire ressortir en quelques mots le caractère doctrinal de ces deux enseignements.

A Saint-Louis, la doctrine de Hunter fut acceptée tout entière. On admit que l'action générale était spécifique, mais que l'action locale pouvait affecter plusieurs formes différentes; c'est-à-dire que toutes les affections vénériennes locales pouvaient être produites par le virus syphilitique; mais que dans les cas où l'infection les suivait, c'était toujours la même série d'accidents généraux, quelle qu'ait été la forme de l'accident primitif.

L'école du Midi rejeta cette multiplicité d'accidents primitifs de la syphilis. En même temps qu'elle admettait la spécificité de l'action générale, elle admit que l'action locale, elle aussi, était une, spécifique; qu'elle était toujours le chancre, et rien que le chancre. En résumé, multiplicité d'action locale, unicité et spécificité de l'action générale, voilà la doctrine de Saint-Louis. Unicité et spécificité tant de l'action locale que de l'action générale, voilà celle du Midi.

Cette idée poussa le chef de l'école du Midi à éliminer du cadre des affections dépendantes de la vérole plusieurs des maladies vénériennes. Il s'attaqua d'abord à la blennorrhagie. Un nombre de faits considérable vinrent démontrer qu'elle n'était pas le produit du virus syphilitique, et qu'elle n'était point suivie d'infection générale quand elle existait seule. La blennorrhagie fut rejetée du nombre des affections syphilitiques.

Cette même tendance à la spécificité de l'action locale, à l'identité des accidents primitifs, conduisit cette même école à reconnaître que l'ulcère primitif chancreux, le chancre mou, était sous la dépendance d'un principe particulier, doué seulement de propriété contagieuse locale, mais que jamais il n'était suivi d'infection syphilitique. Lui aussi fut rejeté hors de la syphilis. De là le dualisme.

Comme vous le voyez, le virus syphilitique a été successivement dépouillé de la propriété de produire des affections primitives multiples. Mais on n'est jamais sorti de l'idée huntérienne, action locale et action générale, appartenant à un seul virus. On conserva au virus syphilitique une action locale réduite, il est vrai, à une seule forme, le chancre induré.

Voici où en sont les idées à notre époque. Je dois me contenter aujourd'hui de formuler quelques propositions. J'espère pouvoir dans nos prochaines réunions vous les démontrer victorieusement.

Le virus syphilitique est un, toujours identique à lui-même, ni plus fort ni plus faible. Il a une action spécifique, celle de produire une infection générale de l'économie, qui se traduit par des accidents spéciaux; mais il n'a point d'action locale primitive, antérieure à l'infection; alors qu'il se manifeste pour la première fois, son action est déjà généralisée, l'infection existe déjà. Ceci réclame quelques développements. Commençons par préciser les termes.

Qu'est-ce que la syphilis? C'est une maladie virulente, à longues périodes, anatomiquement caractérisée dans ses affections consécutives par des néoplasies de tissu conjonctif. Cette définition,

Messieurs, n'a pas la prétention d'être une description de la maladie; elle est seulement basée sur le fait anatomique qui caractérise essentiellement les affections produites par la syphilis. Reprenons les termes de cette définition.

La syphilis est virulente. C'est dire qu'elle résulte d'un virus. Qu'est-ce qu'un virus? C'est un produit, ou, comme dit Hunter, un poison morbide liquide, qui, *sans action locale*, détermine, *seulement après absorption*, une maladie spéciale, toujours identique à elle-même.

Faisons application de cette définition des virus aux maladies vénériennes, et voyons si ces conditions sont remplies dans les prétendus virus qui les produisent. Réduisons la question à l'ulcère contagieux, qu'on appelle par excellence le chancre, c'est-à-dire le chancre dans sa forme simple, le chancre mou.

1° Comment apparaît-il? Dans les inoculations artificielles, il se produit au lieu même de l'inoculation; un travail morbide évident, ulcératif, une véritable ulcération avec perte de substance, ulcération qui s'accroît du centre à la circonférence. Ce travail suit de près l'application du principe contagieux; il n'y a point d'incubation appréciable. Or, toujours entre l'application des virus et leurs effets il s'écoule un temps assez long.

2° Y a-t-il infection à la suite de ce chancre? Non; car le premier effet de cette infection serait une modification de l'organisme qui empêcherait une nouvelle action du principe infectant. Tous les virus ont cette propriété de produire l'inaptitude à la réinoculation. Or le prétendu virus chancreux se réinocule indéfiniment.

Ainsi, point d'incubation appréciable, point d'immunité pour l'avenir contre l'action du même principe contagieux. Pour ces deux raisons, ce principe n'est point un virus.

On a dit encore que c'était un virus syphilitique affaibli, qu'il n'avait qu'une action légère, qu'il produisait seulement une syphilis faible. Mais le même sujet, atteint d'une infection syphilitique antérieure, peut contracter un chancre mou. Il aura donc à la fois la syphilis forte et la syphilis faible. Celle-ci sera venue s'enter sur l'autre! Le moyen de comprendre? Encore une fois, il n'y a pas de virus dans le chancre mou, il n'y a qu'un principe contagieux.

Par opposition, que se passe-t-il quand le virus syphilitique pénètre dans l'économie? Après l'inoculation, point d'action locale immédiate; la plaie se cicatrise. Un temps assez long se passe, trois, quatre semaines et plus. Puis apparaît la première manifestation de l'infection générale, et ordinairement elle se montre au lieu même de l'application du virus, bien que, comme nous le verrons plus tard, ce fait ne soit pas absolument nécessaire. Cette première manifestation, infiniment variable dans ses caractères physiques, est ce qu'on a appelé le chancre induré.

Il eût été impossible de trouver un plus mauvais mot, un mot qui s'appliquât plus mal à l'accident qu'il sert à dénommer.

Au mot *chancre* sont liées deux idées qu'on ne saurait en séparer :

1° L'idée d'accident primitif, et nous avons vu que la syphilis n'en a pas;

2° L'idée d'ulcération. Or, excepté dans un cas spécial dont je vais avoir à vous parler, le chancre induré n'offre point d'ulcération : *dans le chancre induré il n'y a pas de chancre.* Et ce n'est pas une simple dispute de mots. Puisque dans le chancre induré l'ulcération manque le plus souvent, si l'on conserve pour lui l'appellation de chancre, ce mot ne se comprendra plus appliqué au chancre mou, à un accident essentiellement caractérisé par l'ulcération.

Non-seulement le chancre induré n'est pas une ulcération, mais il est le résultat d'un travail en tout opposé au travail ulcératif. Loin qu'il y ait ici résorption d'éléments, perte de substance, il y a au contraire apport, accumulation, condensation de matériaux; il y a une sorte d'hypertrophie locale, il y a néoplasie du tissu conjonctif. Voilà ce qui caractérise cette première manifestation de la syphilis, ce qu'elle a de spécial, et non pas l'ulcération.

Il est un cas toutefois où ulcération et induration peuvent coexister, et c'est malheureusement celui qui a servi de type à ce qu'on vous a décrit sous le nom de chancre induré. Supposez que chez un même individu, dans le même point, il y ait à la fois application du pus contagieux de l'ulcère local et du virus syphilitique, ou bien que sur un chancre mou préexistant soit venu s'enter le virus syphilitique : que voyez-vous d'abord? Dans le premier cas, il se produit un travail ulcératif, semblable en tout à l'ulcère contagieux local, au chancre mou; dans le second cas, le chancre mou préexistant suit son évolution ordinaire.

Le virus syphilitique, lui, sommeille pendant ce temps, parce qu'il n'a point d'action locale primitive. Mais à un moment donné, lorsque l'infection aura eu lieu, alors il va produire sa première manifestation, et cela dans le lieu de son entrée, au siége même de l'ulcère contagieux. Il va y apporter, y accumuler des matériaux, y exagérer en quelque sorte le travail de réparation. C'est un phénomène curieux de voir alors le travail syphilitique lutter contre l'action ulcérative. Le fond de l'ulcère s'élève, en même temps que la saillie de ses bords disparaît; parfois même il prend la forme d'un champignon. Dans ces cas seulement il y a eu un chancre qui s'est induré; la théorie l'a pris pour type. Partout ailleurs le chancre manque à l'entrée de la syphilis dans l'économie.

Je termine.

On a isolé jusqu'ici du virus syphilitique certains agents contagieux, comme celui de la blennorrhagie et celui du chancre mou. Mais on est resté fidèle à l'action locale primitive de ce virus. Il faut aller plus loin, et proclamer que la vérole, comme d'ailleurs toutes les autres maladies virulentes, n'a point d'accident local primitif; que sa première manifestation, appelée improprement chancre induré, est consécutive et non antérieure à l'affection.

On vous a parlé du chancre sans vérole, on vous a fait l'évolution entière du chancre sans infection. Je vous ferai l'évolution de la vérole sans le chancre.

Le *chancre* n'apparaît parfois dans la vérole que lorsqu'il a servi de porte d'entrée au virus syphilitique. Dans l'étude de la syphilis, c'est simplement un mode particulier d'infection.

DES EAUX DE FORGES.

Effets négatifs comme eaux minérales.

Par M. le docteur TILLARD, ex-médecin de la Maison de convalescence de la Roche-Guyon.

La discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, sur l'effet des eaux de Forges (Seine-et-Oise) dans le traitement des affections strumeuses, est une question qui intéresse au plus haut point l'hygiène et la thérapeutique. Il est incontestable qu'une eau peut être considérée comme médicinale, malgré les effets négatifs obtenus dans l'analyse chimique; mais pour que ce fait soit admis, il faut nécessairement que ses effets thérapeutiques soient évidents, et, à notre avis, cela n'existe nullement pour les eaux de Forges; c'est ce que je me propose de démontrer.

En 1849, M. le comte Georges de la Rochefoucauld, de regrettable mémoire, a fondé à la Roche-Guyon (Seine-et-Oise) une Maison de convalescence destinée au même but que la Maison de Forges.

Les enfants envoyés dans les deux maisons sortaient des mêmes services hospitaliers de Paris, et, autant que possible, présentaient des lésions identiques.

Pendant onze ans j'ai été médecin de la Maison de convalescence de la Roche-Guyon. Les chefs de service qui nous envoyaient le plus grand nombre de malades, les docteurs Marjolin, Barthez et Bergeron, sont venus constater plusieurs fois l'état de nos convalescents dans l'établissement même, et l'amélioration obtenue dans notre service a été reconnue égale, sinon supérieure, aux résultats obtenus à l'établissement de Forges.

Assurément, cet avantage de la Roche-Guyon sur Forges ne peut être attribué à la minéralisation des eaux de cette première localité, car les eaux potables de la Roche-Guyon, amenées par un aqueduc de trois kilomètres de leur source de Chérence, proviennent d'un calcaire qui n'a jamais eu la réputation de contenir de principes minéralisateurs.

Le service médical de la maison de la Roche-Guyon n'était pas supérieur à celui de Forges; au contraire. Il faut donc rapporter aux soins hygiéniques et au bon air de ces localités les heureux résultats obtenus dans ces deux établissements, et ne pas admettre, jusqu'à preuve du contraire, des effets particuliers produits par l'usage de l'eau dite minérale dont on fait usage à Forges.

En 1860, au moment où cette question était déjà soulevée, j'ai remis à M. Husson, directeur général de l'Assistance publique, le relevé fait hebdomadairement par moi, de l'état de tous les malades envoyés à la Maison de convalescence de la Roche-Guyon. La grandeur des plaies, la grosseur des engorgements ganglionnaires et articulaires, le poids de chaque malade, étaient mentionnés sur ce petit travail; et si ce résumé de nos observations existe encore à l'Assistance publique, je pense qu'il pourrait être consulté avec avantage avant de résoudre cette importante question.

MM. Brelet et Isnard, directeurs des hôpitaux d'enfants malades à Paris, sont venus constater à différentes reprises l'état de nos convalescents, leur régime, les soins dont ils étaient entourés. Les résultats, d'après ces messieurs, n'avaient rien à envier à l'établissement de Forges.

Le comte Georges de la Rochefoucauld, mû par la charité chrétienne, a laissé son établissement grandir à l'ombre, sans bruit, et pour la satisfaction de son cœur; de là peut-être est résultée dans l'opinion de certaines personnes une certaine suprématie dans les résultats obtenus à Forges; mais aujourd'hui qu'il s'agit d'une importante question de thérapeutique hydrologique, les faits doivent être examinés de nouveau; et si cet examen est fait avec impartialité, je suis convaincu qu'il sera prouvé que les résultats obtenus à Forges ne sont pas supérieurs à ceux de la Roche-Guyon. Et comme ce dernier établissement n'est alimenté que par des eaux non minérales, les bons effets obtenus dans les deux établissements devront être attribués à des causes identiques, c'est-à-dire aux bonnes conditions hygiéniques de chaque localité et aux bons soins dont les enfants sont entourés dans les deux établissements.

INTROVERSION DE LA PAROI POSTÉRIEURE DE L'UTÉRUS,

accompagnée d'un écoulement sanguin compliquant les suites de couches;

Par Mlle PENJON,

Directrice de l'Ecole d'accouchement de Chaumont (Haute-Marne).

Une dame de Darmannes, près Chaumont, âgée de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, d'une taille moyenne, réglée régulièrement depuis l'âge de douze ans, mariée à vingt-deux, était accouchée d'une fille bien vivace pesant environ 4 kilogrammes, et qui fut confiée à une nourrice. On m'a rapporté que la grossesse et la parturition n'avaient rien offert de particulier.

Trois mois après cet accouchement, on vint me prier avec instance d'aller voir cette dame, qui n'avait pas cessé de perdre du sang par la vulve depuis qu'elle était accouchée.

Elle avait eu précédemment deux autres grossesses; la première, qui fut assez pénible, se termina vers le huitième mois par la naissance de trois petites filles qui ne vécurent que quelques jours. Au bout de deux ans, cette dame accoucha d'un garçon qui mourut peu de temps après sa naissance. Dans ces deux accouchements antérieurs, les suites de couches furent ce qu'elles devaient être.

Lorsque j'arrivai auprès de cette dame, je la trouvai d'une maigreur extrême et tellement faible, qu'elle ne put me répondre qu'à voix basse ou par signes; les moindres mouvements occasionnaient des défaillances; la face était pâle, la muqueuse buccale décolorée, le pouls très-filiforme et très-dépressible, les garde-robes étaient rares ainsi que les urines. La malade disait ne pouvoir digérer que du lait, dont elle prenait trois petites tasses par jour; elle se mettait très-souvent des cataplasmes chauds et émollients sur le bas-ventre, ce qui augmentait et entretenait l'hémorrhagie.

Vu la faiblesse de cette dame, j'hésitai pour l'examiner; cependant, comme je tenais à connaître l'état de l'utérus, je fis placer sous le siége un drap plié en plusieurs doubles, et j'introduisis l'indicateur dans le vagin; je constatai dans le col utérin, et le dépassant un peu, la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, ferme, et qui me parut de nature fibreuse.

Une lypothymie, survenant à la malade, m'obligea de m'en tenir à cet examen superficiel, après lequel je soupçonnai l'existence d'un polype. Je manifestai cette crainte à la famille, et je lui annonçai que peut-être une opération chirurgicale serait nécessaire; je ne leur cachai pas non plus que cette opération entraînerait très-probablement la mort de la malade, parce que ce polype paraissait tenir au fond de la matrice. Pourtant, je pensai qu'on pourrait attendre quelques jours avant de prévenir le médecin, parce qu'alors la malade, ayant suivi le traitement nécessaire pour rétablir ses forces, serait plus en état de supporter un examen qui permît d'assurer positivement de quelle nature était l'affection. Je lui prescrivis donc des injections d'eau froide vinaigrée, des compresses froides trempées dans l'oxycrat sur l'hypogastre; pour boisson, de l'eau gommée édulcorée avec le sirop de coing, des dragées de Gélis et Conté, des gelées de viande, du vin de Bordeaux mêlé d'un tiers d'eau de Seltz et d'un tiers d'eau de fontaine.

Au bout de sept jours, on vint me chercher en toute hâte dès le grand matin; la malade avait pendant la nuit reçu les derniers sacrements de l'Église. Cependant, je la trouvai plus forte. L'examinant de nouveau, je constatai toujours la même tumeur dans le col utérin; mais avec la main gauche placée sur l'abdomen, je pus distinguer facilement une dépression de toute la paroi postérieure de l'utérus; nul doute alors, la tumeur était formée par une introversion au deuxième degré de cette portion postérieure de la matrice; avec deux doigts je la repoussai, et parvins à la faire remonter au-dessus de l'orifice interne. J'obligeai la malade à rester le siége élevé et à suivre le même traitement; de plus, à prendre tous les jours un demi-lavement émollient, et pour tisane des infusions de roses de Provins édulcorées avec le sirop de ratanhia, et d'essayer de manger des viandes rôties.

En sortant d'auprès de cette dame, on me conduisit chez sa belle-mère, dont le mari était maire du pays, et où toute la famille m'attendait, ainsi que le curé du village. Je fis connaître la nature de la tumeur, et je comblai de joie cette famille désolée, en lui assurant que la malade serait bientôt guérie. Quinze jours après, je retournai voir cette dame; je la trouvai assise sur son lit. Elle me dit qu'elle ne perdait plus de sang depuis dix jours, qu'elle s'était levée deux fois, mais qu'elle n'avait pu marcher, parce que ses jambes fléchissaient sous elle.

Le toucher vaginal et le palper abdominal me confirmèrent que l'utérus était complétement à son état normal. La malade était guérie, il ne lui fallait plus que des forces; une nourriture substantielle l'a rétablie bientôt tout à fait.

Depuis cette époque, cette dame a eu un autre accouchement qui s'est très-bien passé, ainsi que les suites de couches.

(*Journ. des Conn. médic.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 mai 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Electro-physiologie. — M. CH. MATTEUCCI communique une nouvelle note sur la fonction électrique de la torpille. Cette note, rédigée en réponse aux propositions contenues dans le mémoire de M. Moreau et dans le rapport de M. Becquerel, se résume en ces termes :

Quant à la théorie de la fonction électrique de la torpille, par suite des expériences dont je m'occupe presque incessamment depuis vingt-quatre ans et que j'ai toujours vérifiées avec le plus grand soin, on arrive à cette conséquence :

L'organe de la torpille est un appareil électro-moteur qui fonctionne constamment, à la condition, bien entendu, que la composition chimique et la structure physique de l'organe soient inaltérées : l'action des nerfs est nécessaire pour obtenir la décharge, acte qui consiste très-probablement dans une exaltation des états électriques de l'appareil, et peut-être aussi dans une adaptation des conditions physiques qui interviennent pour déterminer la décharge.

Après avoir démontré que l'excitation des nerfs de l'organe augmente d'une manière permanente son pouvoir électro-moteur, il en résulte que, pour poursuivre avec succès l'étude de cette fonction si extraordinaire, il faut diriger maintenant tous nos efforts sur la composition chimique du tissu de l'organe. Il en est de la fonction de la torpille comme de celles des muscles, sur lesquelles la lumière ne peut se faire qu'avec des analyses chimiques rigoureuses, sur le sang et les muscles en repos ou après de longues et soutenues contractions, de même que sur des organes électriques laissés en repos, ou bien après avoir donné un grand nombre de décharges.

Influence des chemins de fer sur l'hygiène publique. — M. LE Dr GALLARD donne lecture d'un mémoire intitulé *De l'influence exercée par les chemins de fer sur l'hygiène publique.*

L'auteur distingue sous ce rapport les professions nouvelles appar-

tenant en propre aux chemins de fer et créées par eux en trois groupes :

1° Les mécaniciens et chauffeurs;

2° Les conducteurs et les garde-freins ;

3° Les agents attachés au service de la voie.

Il examine ensuite l'influence des chemins de fer sur les voyageurs et sur les populations des contrées qu'ils traversent.

Voici, sous ces différents points de vue, le résumé de son mémoire :

a. C'est parmi les *mécaniciens* et les *chauffeurs* que l'on a cru théoriquement et par induction pouvoir trouver des maladies spéciales. Ces descriptions de maladies bizarres que personne n'a vues, que certainement personne ne verra jamais, ont soulevé les protestations unanimes de tous les médecins des Compagnies, et en premier lieu de mon honorable prédécesseur, M. le docteur Bisson, médecin en chef honoraire de la Compagnie d'Orléans. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant, pour voir que les chauffeurs ne sont soumis à aucune maladie spéciale, nerveuse ou autre, résultat soit de l'inspiration du gaz oxyde de carbone, soit de la trépidation de la machine :

Années	1859	1860	1861
Nombre absolu d'agents.	623	627	671
Angines et bronchites.	76	71	67
Pneumonies et pleurésies.	8	12	7
Tubercules pulmonaires.	2	2	7
Dyspepsie et diarrhée.	78	35	46
Dyssenterie.	29	5	7
Affections des voies digestives.	26	25	37
Hernies.	5	5	3
Maladies du cœur.	3	»	»
— des artères et des veines.	2	3	»
— du système nerveux.	6	4	8
— de la peau.	47	20	11
— organiques, cancer, etc.	»	»	1
— des organes urinaires.	5	3	2
— des organes génitaux.	2	1	3
— des yeux.	25	18	29
Phlegmons et abcès.	30	34	53
Rhumatismes.	80	37	34
Courbatures et fatigue.	52	26	37
Blessures légères.	139	69	72
— graves.	12	14	19
Fractures et luxations	7	9	7
Fièvres continues et typhoïdes.	11	6	12
— éruptives.	2	6	3
— intermittentes.	28	42	49
Total.	675	447	514

b. Pas plus que les mécaniciens et les chauffeurs, les conducteurs et les garde-freins ne nous ont présenté de maladies spéciales inhérentes à la nature de leurs fonctions. Leurs maladies les plus habituelles ont été les mêmes ; ce sont celles qui ont régné dans le reste de la population. Je dois cependant faire remarquer que les conducteurs et les garde-freins nous ont donné proportionnellement plus de phlegmasies des voies respiratoires que les mécaniciens et les chauffeurs. Cela tient uniquement, selon moi, à ce que, restant pendant la marche du train dans une immobilité plus grande, ils ne réagissent pas contre l'action engourdissante du froid, comme le font les mécaniciens et les chauffeurs, qui sont debout et obligés de se mouvoir sur leur machine. Depuis quelques années ces agents ont été autorisés à prendre pendant la saison rigoureuse, à chaque buffet, c'est-à-dire toutes les deux heures au moins, une tasse de boisson chaude, lait, bouillon ou café, ce qui, en leur permettant de mieux résister au froid, a de beaucoup contribué à diminuer le nombre de leurs malades.

MM. Oulmont et Devilliers ont remarqué que les garde-freins et les conducteurs chefs de train sont exposés aux affections graves du système nerveux. Mes observations sur ce point ne confirment pas celles de mes deux savants collègues, comme on peut en juger par les chiffres suivants :

Années	1856	1857	1858	1859	1860	1861
Nombre absolu de conducteurs et garde-freins.	444	000	531	571	576	487
Affections du système nerveux.	17	000	8	8	20	11

Chez ces agents la mortalité, relevée pendant les quatre dernières années seulement, n'a pas une seule fois été produite par affection du système nerveux. Sur 15 morts, 9 ont eu lieu par suite d'accidents ou blessures.

c. Les agents attachés au service de la voie, *garde-lignes*, *garde-barrières*, *aiguilleurs*, *poseurs*, etc., sont, au dire de tous les hygiénistes qui ont écrit sur la matière, ceux qui fournissent proportionnellement le moins grand nombre de malades. Cela est parfaitement exact. Dans la Compagnie d'Orléans, la proportion annuelle des cas de maladie a varié de 49 à 53 0/0, et cependant de tous les agents employés sur un chemin de fer, ce sont les seuls qui, en raison de la nature même de leurs fonctions, sont exposés, non pas à une maladie spéciale et nouvelle, mais à une maladie bien déterminée et parfaitement connue, la fièvre intermittente.

Plusieurs mesures ont été successivement adoptées pour la faire disparaître, et elles nous ont donné d'excellents résultats, que l'on peut constater d'après le tableau annexé au mémoire.

Tandis que chez les ouvriers soignés par les sociétés de secours mutuels, la durée moyenne des maladies calculée sur le nombre des jours d'abstention de travail est de 16 à 20 jours (18 en 1859); tandis que chez les malades soignés à domicile par les bureaux de bienfaisance la durée du traitement est en moyenne de 14 jours, non compris la convalescence pendant laquelle tout travail est impossible; tandis que dans les hôpitaux de Paris la durée moyenne du séjour pour chaque malade dépasse 25 jours; chez nos employés la durée moyenne n'a pas atteint 8 jours.

Quant à la mortalité, je l'ai comparée à celle des individus âgés de vingt à cinquante-cinq ans qui habitent Paris, et de cette comparaison il résulte que s'il meurt annuellement à Paris de 16 à 20 individus sur 1,000 habitants âgés de vingt à cinquante-cinq ans dans le personnel de la compagnie d'Orléans, la mortalité n'a jamais atteint 7 pour 1,000.

Voyageurs. — La question de la sécurité plus grande des voyageurs que par tout autre mode de transport est de celles qui ne se discutent plus.

On s'est entre autres choses beaucoup inquiété de l'inconvénient que peut avoir pour la santé des voyageurs le brusque changement de température et de climat auquel ils s'exposent en se faisant si rapidement transporter d'une latitude dans une autre. Ce changement est-il donc si énorme et si prompt? Nous concevrions les craintes formulées à ce sujet par M. Michelet et naïvement reproduites par quelques médecins, si l'on allait en un jour de Naples à Arkhangel par exemple, et si nous n'avions pas vu il y a peu de jours (commencement d'avril 1862) le thermomètre descendre à Paris de 16° centigrades en moins de vingt-quatre heures.

Populations. — Outre les avantages commerciaux, les chemins de fer impriment d'importantes modifications à l'hygiène alimentaire des habitants des contrées qu'ils traversent, en établissant un échange continuel de denrées entre les pays les plus éloignés. De plus, par le seul fait de leur installation, ils exercent une influence favorable sur la santé des populations riveraines. Dans les pays marécageux la voie n'a pu être établie qu'à l'aide de travaux d'art qui ont puissamment contribué à assainir le sol. Des canaux de dessèchement, des aqueducs ont été construits pour donner un écoulement aux eaux stagnantes, et ces travaux, qui ont été entrepris tantôt pour assurer la solidité des terrassements, tantôt pour mettre les employés à l'abri des effluves miasmatiques, ont toujours profité aux populations et ont parfois débarrassé des communes entières de la fièvre intermittente qui de toute éternité y régnait à l'état endémique.

En somme donc, les chemins de fer nous offrent le rare et remarquable exemple d'une industrie importante qui, tout en rendant d'immenses services à la civilisation, et portant partout l'abondance et la richesse, répand en même temps autour d'elle le bien-être, la santé et la vie.

— M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet un travail de M. Lavocat ayant pour titre : *Revue générale des os de la tête des vertébrés* (1re partie).

Le but principal de ce mémoire est de rechercher la détermination exacte des pièces osseuses composant la tête des vertébrés ovipares, comparées à celles de la tête des mammifères.

Ce mémoire est renvoyé à la commission nommée pour un précédent travail de l'auteur sur la composition de la tête osseuse des vertébrés, commission composée de M. Serres et de M. Blanchard, en remplacement de feu M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 mai 1862. — Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. RICHET. Je me propose de présenter quelques considérations sur le fait de M. Broca communiqué dans la dernière séance. Ce cas, a dit M. Broca, compléterait la série des tumeurs qui ont offert une généralisation dans toute l'économie. Or rien n'est plus commun que cette généralisation du lipome. Hourmann, dans sa thèse, en avait parlé avec beaucoup de détail. J'en avais moi-même observé de nombreux exemples. Comment! voilà un homme qui, il y a trente-trois ans, a été opéré d'un lipome, et puis au bout d'un certain temps il s'aperçoit qu'il a d'autres lipomes en très-grand nombre, et sur ces simples renseignements vous dites : Voilà un cas de généralisation de lipome! Je crois que vous n'êtes pas autorisé à tirer ces inductions. En effet, vous ne saviez pas si déjà, même avant l'opération, ce malade n'était point affecté de cette généralisation. Il y a loin d'un fait semblable à ce qui a lieu pour le cancer ou pour l'enchondrome, dont j'ai montré un cas de généralisation.

Je conclus donc que ce fait ne vient pas compléter une série. C'est tout simplement un cas de diathèse et non un exemple de généralisation de lipome.

M. BROCA. J'avais pressenti ces objections, et j'avais commencé par dire que ce fait pourrait se prêter à la discussion, et néanmoins je n'ai pas hésité à émettre ma manière de voir. Je reconnais une différence notable entre la multiplicité des tumeurs et leur généralisation. Cette dernière expression signifie qu'il y a d'abord une cause locale, et que consécutivement à cette cause il est survenu un état de tout l'organisme en vertu duquel il s'est produit d'autres tumeurs dans diverses parties. Eh bien, voici en quoi mon fait ressemble aux tumeurs qui se généralisent. D'abord, il y a eu en 1847 une tumeur primitive qui est restée unique pendant six ans. Son développement graduel l'a fait arriver jusqu'au poids de 2,500 grammes. Cette tumeur est enlevée, et peu de temps après l'on voit des tumeurs de même nature se manifester à toute la surface du corps. C'est certainement là un exemple évident de généralisation.

Vous me dites : Qui vous a prouvé que ces tumeurs n'ont point existé en même temps que la première qui a été enlevée? Mais, à mon tour, je puis vous faire la même objection à propos de votre fait d'enchondrome. Qui me démontre que les tumeurs secondaires que vous avez observées dans la poitrine étaient bien postérieures à celle que vous aviez vue à la surface du corps? Dans cette circonstance, vous n'avez pas plus de preuves que moi pour admettre la généralisation. C'est toujours l'ensemble des phénomènes observés qui permet de reconnaître les tumeurs secondaires du cancer.

M. RICHET. Je conteste la valeur séméiologique du fait de M. Broca; j'y trouve de nombreuses lacunes. M. Broca se base sur l'affirmation du malade, mais cela n'est pas suffisant. La clinique nous montre une foule de cas dans lesquels l'affirmation du malade est fausse ou incomplète. Ainsi je me souviens d'avoir opéré une femme qui portait un lipome énorme. Après l'opération, je m'aperçus, à mon grand regret, qu'elle en avait sur toute la surface du corps. La malade ignorait elle-même cette circonstance, et n'avait fixé mon attention et la sienne que sur la tumeur la plus volumineuse, qui la gênait. Quant aux autres, elles ne lui faisaient éprouver aucune incommodité, au point qu'elle ignorait leur existence. Ne peut-il pas se faire que le malade de M. Broca fût dans la même ignorance?

Je citerai encore un exemple de ces tumeurs multiples au moment de l'opération.

Un malade était entré dans le service de P. Boyer; il avait des exostoses sur plusieurs os. Une d'elles siégeait à la partie inférieure de l'omoplate, et elle gênait le malade par son volume. On lui fit l'extirpation de celle-là, et après l'opération je vis qu'il en avait beaucoup d'autres. Ignorant l'existence des autres tumeurs, le malade n'avait appelé l'attention du chirurgien que sur celle qui lui causerait de la gêne dans les mouvements. Si quelque temps après on l'avait observé, il aurait certainement répondu dans l'interrogatoire que ces tumeurs étaient survenues après la première opération.

Relativement à mon cas de chondrome généralisé, vous m'avez dit : « Qui vous prouve que la généralisation n'existait pas avant votre opération? » Je répondrai par l'observation et j'indiquerai la filiation des faits. Il y avait des ganglions engorgés correspondant à la tumeur primitive. Après l'opération, ces ganglions se sont indurés, et nous avons poursuivi la trace de cette induration jusque dans la poitrine et les poumons. Ici, la généralisation a été évidente, nous l'avons vu se produire sous nos yeux; tandis que dans votre cas, je pense qu'il y a eu seulement diathèse lipomateuse.

M. CHASSAIGNAC. Ce qui me paraît digne de fixer l'attention dans le fait de M. Broca, c'est qu'on a trouvé des lipomes non-seulement à la surface du corps, mais encore sous les membranes muqueuses et dans les viscères. Or, ceci est exceptionnel, et je demande s'il existe un cas semblable dans la science.

Je profiterai de ce débat pour mettre sous les yeux de la Société un homme qui offre un cas de tumeurs multiples sur toute la surface du corps.

Ces tumeurs, très-variables en volume, sont de la nature du *molluscum*; l'une de ces tumeurs, que j'ai enlevée, m'a offert dans sa structure un tissu séreux analogue au tissu dartoïque.

COMMUNICATION.

M. RICHET continue sa communication sur les fractures du sourcil cotyloïdien.

Je fus appelé dans le mois de juillet 1855, avec M. le docteur Desruelles et un autre confrère dont le nom m'échappe, pour voir un homme âgé de soixante ans environ, qui avait été renversé en arrière par un chien de forte taille qui lui avait passé entre les jambes et l'avait entraîné assez loin.

Je vis le blessé le lendemain de l'accident, et il fut convenu, après un premier examen, que nous lui ferions respirer du chloroforme, afin de pouvoir constater d'une manière plus certaine la nature de l'accident et agir en conséquence.

La cuisse était fléchie légèrement sur le bassin, le pied un peu tourné en dedans, et le gros orteil correspondant au premier métatarsien du côté sain.

La cuisse semblait raccourcie, mais la mensuration ne nous permit de reconnaître qu'une différence assez insignifiante, un centimètre seulement de raccourcissement. Le gonflement était assez considérable à la racine de la cuisse, et la douleur était telle que le malade ne voulait pas permettre qu'on essayât de faire le moindre mouvement. Le pli de l'aine semblait un peu plus déprimé que du côté sain.

Le malade ayant été chloroformé et l'anesthésie portée jusqu'à la résolution, après avoir constaté de nouveau tous les symptômes précédemment énumérés et de plus une saillie anormale au-dessus et un peu en dehors de la tubérosité sciatique, nous parvînmes à étendre la cuisse et à ramener le membre dans la direction normale sans beaucoup de peine; nous perçûmes alors un bruit analogue à celui d'un os qui rentre dans une cavité, mais néanmoins, beaucoup plus faible et bien moins marqué que celui qui annonce la réduction de la tête du fémur luxé dans la cavité cotyloïde.

A partir de ce moment, nous pûmes imprimer au membre des mouvements de circumduction, que toutefois nous ne faisions qu'avec de grandes précautions.

Pendant toutes ces manœuvres, il nous fut impossible de percevoir la plus légère crépitation, d'où nous conclûmes que le membre ayant recouvré sa direction et sa longueur normales, nous avions eu affaire à une luxation ischiatique incomplète sans complication de fracture.

Le membre fut attaché à celui du côté opposé, afin d'éviter tout mouvement, et lorsque le malade sortit du sommeil anesthésique, il déclara qu'il n'éprouvait plus qu'un engourdissement pénible sans doute, mais peu douloureux en comparaison des souffrances qu'il éprouvait avant la réduction.

Le surlendemain je fus mandé de nouveau, parce que, me dit-on, le malade se plaignait de très-vives douleurs et que la difformité avait reparu.

Effectivement la cuisse était comme le premier jour fléchie très-légèrement sur le bassin, le pied tourné en dedans, et je sentis au-dessus de la tubérosité sciatique une saillie manifeste, mais sans pouvoir affirmer que ce fût la tête du fémur. En effet, elle ne me paraissait point aussi arrondie qu'avait dû l'être la tête de cet os, et d'autre part, en imprimant des mouvements à l'extrémité inférieure, on ne percevait pas nettement leur transmission à cette saillie.

Comme les douleurs étaient beaucoup moins vives que le premier jour, nous résolûmes d'essayer de nouveau la réduction sans le secours du chloroforme. Les muscles opposèrent bien quelque résistance, mais néanmoins, après quelques tentatives, en faisant fléchir la cuisse, puis en la portant dans la rotation en dehors et enfin dans l'abduction, nous obtînmes la réduction.

Comme nous n'avions encore cette fois perçu aucune crépitation, et que le membre avait repris son attitude normale, nous ne songeâmes pas à une fracture possible, et, persistant dans notre idée de luxation incomplète, pour éviter un nouveau déplacement de la tête, nous jugeâmes à propos de fixer par un bandage le membre au pied du lit, en même temps que nous établissions une contre-extension dans le pli de l'aine.

Malgré ces moyens, le lendemain la difformité avait reparu. C'est alors seulement que j'annonçai affirmativement qu'il y avait une fracture du rebord postérieur de la cavité cotyloïde, et que la tête du fémur emportée par les tractions puissantes des muscles fessiers renversait le fragment et sortait de sa cavité sans chances probables de pouvoir l'y retenir. Il fut convenu alors que nous placerions un appareil comme pour la fracture du col fémoral, avec extension continue et pression directe à l'aide d'un coussin sur la partie postérieure de la fesse.

Un bandage de corps fortement serré autour du bassin et destiné à exercer une pression directe sur les trochanters, fut ajouté au bandage de Desault.

Malgré l'emploi de cet appareil, surveillé avec le plus grand soin,

par notre savant confrère, la tête ne put être parfaitement maintenue dans sa cavité, et lorsque le malade quitta son lit, six semaines après l'accident, je constatai que la tête du fémur faisait une saillie notable au-dessus de la tubérosité sciatique, surtout lorsqu'il fléchissait la cuisse. Depuis, j'ai vu ce malade, et tout récemment encore (octobre 1861) : il se sert assez bien de son membre; mais il boite, quoique le membre n'offre qu'un raccourcissement insignifiant, à peine un centimètre.

Voici maintenant le deuxième fait, plus concluant peut-être encore, car il m'a été donné de l'observer peu de temps après celui-ci, alors que mon attention était éveillée sur ce sujet.

Le fils d'un entrepreneur de jardins, âgé de dix-huit ans, dansait dans un bal public, lorsque voulant lever la pointe du pied à la hauteur du visage de sa danseuse, il fit un faux pas et tomba sur le sol les jambes écartées. Il ressentit immédiatement une atroce douleur, et ne put faire le moindre mouvement.

Transporté immédiatement à son domicile, il fut visité peu de temps après par le médecin du Pecq, lieu voisin du village où il demeurait.

Ce confrère, homme instruit, déclara qu'il y avait une luxation du fémur, et se mit de suite en devoir de la réduire avec l'aide des nombreux assistants qui avaient ramené le malade. La réduction obtenue, le blessé fut placé avec précaution dans son lit, et le membre attaché au niveau du genou et du pied avec celui du côté sain. Lorsque le lendemain notre confrère revint voir son malade, il constata que les choses étaient en bon état, et annonça qu'il ne reviendrait que le surlendemain.

A cette troisième visite, quel ne fut pas son étonnement de voir que la difformité avait reparu! Il interrogea avec soin le malade et ses parents, et il lui fut affirmé que le malade n'avait fait aucun mouvement intempestif, et d'ailleurs les liens appliqués sur les genoux et les pieds n'avaient pas été enlevés.

Le père du jeune homme, inquiet, voulut avoir une consultation avant de laisser faire une nouvelle tentative, et le lendemain, c'est-à-dire cinq jours après l'accident, je vis le blessé avec notre confrère, qui me rapporta ce qui s'était passé. Je constatai l'état suivant :

Le membre abdominal gauche était fortement tourné en dedans, le gros orteil répondant à la malléole interne du côté sain. Le membre paraissait sensiblement raccourci; en réalité, la mensuration me permit de constater une différence de 3 centimètres. La fosse iliaque externe était occupée par une tumeur qu'il ne me fut pas difficile de reconnaître pour la tête du fémur; le grand trochanter, couché en avant, était sensiblement remonté et rapproché de la crête iliaque. En un mot, tous les signes de la luxation iliaque existaient de la façon la plus tranchée.

Comme le confrère affirmait avoir reconnu d'abord tous ces signes, puis les avoir vu disparaître, la première idée qui me vint fut qu'il y avait une fracture du rebord cotyloïdien, sans laquelle il me paraissait impossible de se rendre compte de la reproduction de la luxation. Je me mis donc en devoir de la rechercher; mais, à ma grande surprise, je ne trouvai rien qui l'indiquât. J'avoue franchement que quelques doutes me traversèrent alors l'esprit sur la réalité de la réduction de la luxation. On verra bientôt combien peu ils étaient fondés.

Le malade fut chloroformé jusqu'à résolution complète, puis je procédai à la réduction, qui se fit sans difficulté, mais sans donner lieu toutefois à ce bruit caractéristique de la rentrée de la tête; à peine put-on préciser un léger claquement.

Je n'avais reconnu d'ailleurs aucune crépitation pendant toute les manœuvres de réduction; néanmoins je m'empressai, avant le réveil du malade, d'imprimer de nouveau des mouvements au membre en tous sens, pour bien m'assurer de la réduction, et aussi pour rechercher la fracture soupçonnée; il me fut impossible de sentir la moindre crépitation. Le membre fut alors fixé au pied du lit par un lacs, un autre fut placé dans le pli de l'aine pour faire la contre-extension, et je partis, convaincu que la première fois la luxation avait été incomplètement réduite.

Le surlendemain, le père se présenta de nouveau chez moi, en me disant que la difformité s'était reproduite, pas aussi prononcée que la première fois, mais enfin qu'elle avait reparu.

C'était effectivement ce qui avait eu lieu, et il me fut facile de m'assurer de nouveau de tous les symptômes de la luxation en haut et en dehors. Mais cette fois, avant de chercher à réduire, je fis faire par M. Charrière un appareil à extension continue, sur le modèle de l'appareil Boyer, pour la fracture du col du fémur.

Le jeune homme fut de nouveau chloroformé, et, la réduction obtenue, je le plaçai dans cet appareil. L'extension pratiquée à l'aide d'une vis sans fin, par une pantoufle qui emboîtait le pied, était augmentée chaque jour, et cependant, malgré la plus active surveillance, nous ne pûmes empêcher la tête du fémur de faire une saillie notable dans la fosse iliaque externe.

Six semaines après l'accident, l'appareil fut enlevé; il y avait encore un raccourcissement de deux centimètres, mais sans rotation du membre. Les mouvements étaient assez faciles, sans craquements ni douleurs; néanmoins, le malade resta encore un mois sans oser se servir de son membre.

Deux ans après l'accident, je l'ai revu de nouveau; la claudication était très-marquée et offrait beaucoup d'analogie avec celle des individus atteints de luxation spontanée. A chaque pas qu'il faisait, on sentait et même on voyait la tête du fémur s'élever, glissant vers la face externe de l'os coxal.

Bien évidemment, comme chez le précédent malade, la cavité cotyloïde, agrandie par le renversement du fragment détaché du sourcil cotyloïdien, laissait vaciller la tête du fémur.

Enfin, une chose importante à noter, c'est que, quand le malade était couché, on pouvait ramener le membre, à très-peu de chose près, à sa longueur normale, et ce n'était que quand il s'appuyait sur son membre qu'on voyait la tête sortir de sa cavité et se porter vers la fosse iliaque.

(M. Richet cite encore un troisième fait observé l'année dernière à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Denonvilliers. Le défaut d'espace nous oblige à ne pas le rapporter ici. On le trouvera dans les *Bulletins* de la Société.)

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que pour traiter ces fractures il n'est point nécessaire d'exercer des tractions sur le membre; il suffit d'appliquer une ceinture qui exerce une pression bilatérale sur les grands trochanters.

M. RICHET. J'ai, en effet, employé la ceinture de Schmit; mais cela n'a pas empêché la reproduction de la luxation qui accompagnait la fracture.

— La Société se forme en comité secret pour la lecture du rapport de la commission sur les candidats à la place déclarée vacante dans le sein de la Société.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 23 mai, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Nicklès, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy, et Grandjean, professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'Ecole préparatoire de la même ville.

— Par décret du 28 mai, M. Beaujean, chirurgien principal de la marine, a été nommé second médecin en chef, et continuera ses services à Pondichéry.

— Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'est ouvert hier 2 juin.

Les membres du jury sont MM. Desgranges, Berne, Rollet, Barrier, Pétrequin, Bouchacourt, Valette, Diday, Rodet, Girin, Teissier et Arthaud.

Les candidats sont MM. Boucaud, Dron, Gayet, Laroyenne et Letiévant.

— Le grand prix quinquennal fondé en Belgique pour les sciences médicales, vient d'être accordé, pour la période de temps comprise entre 1856 et 1861, à M. Van Kempen, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Louvain, pour son ouvrage d'anatomie générale.

— La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse avait mis au concours la question suivante :

« Faire connaître, au point de vue pratique, les diverses maladies » dans lesquelles les préparations arsenicales sont réellement utiles. »

Elle a décerné :

1° Le prix entier de 300 fr. à M. Massart, à Napoléon-Vendée.

2° Une mention *très-honorable, avec éloges*, à M. Millet, membre correspondant de la Société, à Tours; et à M. Sistach, médecin-major au 11e bataillon de chasseurs à pied, à Douai (Nord).

MM. Massart et Sistach ont été, en outre, nommés membres correspondants.

La Société a accordé en outre, pour des travaux particuliers :

Une médaille d'encouragement à M. le docteur Dupau, à Carbonne (Haute-Garonne); à M. le docteur Lombard, à Chalabre (Aude); à M. le docteur Martin Duclaux, à Saint-Julia (Haute-Garonne).

Une mention honorable à M. le docteur Catteloup, à Versailles; et à M. Laforêt, à Lavit (Tarn-et-Garonne).

La Société rappelle qu'elle a proposé pour sujet de prix à décerner en 1863, la question suivante :

« Déterminer par des faits pratiques la valeur comparative de » l'excision, de la ligature et de l'écrasement linéaire. »

Le prix est de 300 fr.

Elle propose, pour sujet de prix à décerner en 1864, la question suivante :

« Indiquer des procédés qui permettent de constater d'une manière » sûre et rapide la bonne qualité des principales préparations pharma- » ceutiques dites officinales. »

Le prix est de 300 fr.

— Dans l'assemblée générale de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône, ont été nommés membres de la commission générale :

MM. les docteurs Rivaud-Landrau, Perroud, Perret et Bachelet, pour la ville de Lyon;

MM. les docteurs Baron (de Neuville) et Carraud (de Saint-Symphorien), pour l'arrondissement de Lyon;

Et MM. les docteurs Gauthier (de Villefranche) et Armand (de Denicé), pour l'arrondissement de Villefranche.

— M. le maire de Saint-Verain (Nièvre) nous prie de faire savoir à nos confrères que depuis le 30 mai la place de médecin est vacante dans cette commune.

Saint-Verain est une très-ancienne petite ville du Nivernais, à 12 kilomètres de Cosne, station du chemin de fer de Paris à Lyon, par le Bourbonnais, et au centre de quatre communes dont la population s'élève à près de 5,000 âmes.

Études cliniques et anatomo-pathologiques sur la persistance du canal artériel, par le docteur ALMAGRO, ancien interne des hôpitaux de Paris. Mémoire accompagné de trois planches, dont une coloriée. Prix : 3 fr. 50 c., *franco* par la poste. Paris, 1862, chez Adrien Delabaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Traité pratique des affections nerveuses et chlodro-anémiques, considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles, par le docteur MONDRET. Ouvrage qui a obtenu une récompense de l'Académie impériale de médecine. Un volume in-8°. Prix : 6 fr. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur; place de l'Ecole de Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 65. — JEUDI 5 JUIN 1862. (35e ANNÉE.) N° 65. — JEUDI 5 JUIN 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 4 JUIN 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

On n'a pas oublié l'intéressante lecture que M. Réveil a faite il y a environ un an sur les cosmétiques envisagés au point de vue de l'hygiène et de la police médicale, et dans laquelle, en signalant les conséquences funestes de l'absence de surveillance dans la fabrication et la vente de ces substances, il appelait sur ce point l'attention de l'Académie et de l'administration, demandant qu'il fût fait pour les cosmétiques ce qu'une législation prévoyante fait pour les médicaments et pour les aliments.

Nous avons signalé alors ce travail comme pouvant fournir le sujet d'un utile rapport. C'est ce rapport dont M. Trébuchet a donné lecture hier au commencement de la séance. Nous nous bornons pour aujourd'hui à en faire connaître les conclusions; nous reviendrons sur l'ensemble des dispositions qui les motivent, lors de la discussion à laquelle il va être prochainement soumis, c'est-à-dire après la discussion actuellement pendante sur l'origine de la vaccine.

L'Académie a entendu hier, sur ce dernier sujet, un complément d'argumentation de M. Depaul, auquel M. Bousquet absent ne pourra pas répondre, et quelques courtes observations de MM. Renault, Huzard et Bouley.

M. Reynal, paraît-il, se propose d'exposer dans la prochaine séance des faits qui démontreraient la filiation des eaux aux jambes et du cowpox. Attendons les faits.

Entre la lecture de M. Trébuchet et la reprise de la discussion sur la vaccine, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et de physiologie. M. Sappey a été nommé à une grande majorité (53 voix sur 66); les autres voix ont été réparties entre MM. Giraldès, Verneuil et Béraud. — Dr Brochin.

Nous avons annoncé il y a quelques jours la perte regrettable que venait de faire le corps médical dans la personne de M. Ludger-Lallemand, médecin principal, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et médecin en chef du corps expéditionnaire du Mexique, tombé l'un des premiers victime du fléau endémique de ces contrées. Le directeur, les professeurs et fonctionnaires de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, ont eu la pieuse pensée de faire célébrer un service funèbre en l'honneur de leur malheureux collègue, enlevé si jeune encore au brillant avenir ouvert devant lui, à la science et à l'armée, qui avaient le droit d'attendre encore tant de services de son zèle et de son dévouement.

La cérémonie a eu lieu aujourd'hui mercredi, à midi, dans l'élégante chapelle du Val-de-Grâce, au milieu d'un nombreux concours de notabilités militaires, administratives et médicales. Le corps de santé militaire, membres du conseil, inspecteurs, professeurs, stagiaires, médecins des hôpitaux et des troupes de la garnison de Paris, était là au complet.

Le bureau de l'Association générale des médecins de France et de la Société centrale, dont M. Ludger-Lallemand était secrétaire, assistait presque tout entier à cette cérémonie. Nous y avons remarqué particulièrement son honorable président M. Rayer, MM. Bouillaud, Mélier, Horteloup, Davenne, A. Latour, Gallard, etc., etc. La presse médicale y avait aussi ses représentants. Le corps des officiers d'administration attachés au service hospitalier y assistait en très-grand nombre.

Enfin, plusieurs officiers généraux et les fonctionnaires les plus élevés de l'intendance et de l'administration militaire, étaient venus témoigner tout à la fois par leur présence et du regret qu'inspire cette perte dans les différents rangs de l'armée, et de l'esprit de solidarité qui unit entre eux tous les membres de la grande famille militaire.

HOTEL-DIEU. — M. EMPIS.

De l'albuminurie.

(Leçon recueillie par M. LASSERRE, externe du service.)

Nous avons actuellement dans nos salles plusieurs malades qui, bien que placés dans des conditions pathologiques très-différentes, nous présentent tous néanmoins un symptôme commun : l'albuminurie. Comme il est assez rare de rencontrer à la fois, dans un service de clinique, autant d'exemples d'une même affection qu'il se trouve aujourd'hui, dans les salles, de malades dont les urines contiennent de l'albumine en plus ou moins grande quantité, je ne veux pas laisser échapper l'occasion qui m'est offerte de vous entretenir de l'albuminurie et d'étudier avec vous la valeur séméiotique de ce symptôme dans les diverses conditions pathologiques où il se rencontre.

Vous avez vu tout à l'heure, au n° 6 de la salle Sainte-Jeanne, un gros garçon âgé de trente-sept ans, qui, après avoir exercé pendant quelques années la profession de marchand de vin avec peu de succès, travaille actuellement dans les porte-monnaie. D'une très-bonne santé habituelle et n'ayant jamais eu de rhumatismes, il nous raconte qu'il y a plus de six mois, au mois de novembre dernier, étant descendu dans ses caves en pleine transpiration, ce qui du reste lui arrivait souvent lorsqu'il était encore marchand de vin, il prit froid et ne tarda pas, après quelques jours, à devenir enflé de tout le corps.

Depuis cette époque, il est atteint d'une anasarque générale très-considérable, avec infiltration des bourses et épanchement ascitique énorme.

Chez ce malade, toutes les fonctions d'ailleurs s'accomplissent assez bien; il n'a aucun trouble des sens, la vue n'est point affaiblie comme chez notre petite malade qui est couchée au n° 22 de la salle Saint-Antoine; il mange et digère très-bien, il ne présente absolument aucun symptôme de maladie du cœur ni des poumons. Seulement ses urines, dont la densité est de 1,015, traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, donnent un précipité extrêmement abondant d'albumine.

Quelle est la maladie dont ce malade est atteint? Il y a une hydropisie, il y a de l'anasarque et de l'ascite, cela saute aux yeux; mais, en clinique, on n'a encore que préparé le diagnostic, en constatant des symptômes, et l'hydropisie n'est qu'un symptôme; il faut encore en déterminer la valeur et la nature nosologique.

Or, par la durée de cette hydropisie, dont le début remonte actuellement à plus de six mois, par sa généralisation progressive et rapide, par l'absence de toute altération organique appréciable des voies circulatoires susceptible d'y donner lieu, par la présence de cette énorme quantité d'albumine que l'on précipite dans les urines au moyen de la chaleur et de l'acide nitrique, il ne me paraît pas douteux que ce malade ne soit atteint de la maladie de Bright.

Qu'est-ce donc que la maladie de Bright, et quelles sont, dans cette maladie, la valeur et la raison de l'hydropisie et de l'albuminurie?

En 1827, Bright publia, en Angleterre, un premier mémoire sur une vingtaine de malades qui avaient été atteints pendant leur vie d'hydropisie et d'albuminurie, et dont les reins, examinés *post mortem*, présentaient trois altérations anatomiques, que l'auteur envisageait comme trois degrés d'une altération pathologique de même nature.

Dans le premier degré, la tunique fibreuse du rein adhère plus intimement à la substance du rein qu'à l'état normal, et ne peut être détachée entièrement sans entraîner avec elle quelques portions de substance corticale devenue plus friable, en même temps que décolorée et parsemée de plaques jaunâtres irrégulières.

Dans le deuxième degré, la substance corticale a pris une teinte jaunâtre; elle est criblée d'une foule de granulations de volume variable, et se mamelonne en se déformant.

Dans le troisième degré, l'altération pathologique envahit la substance tubuleuse du rein, et tout l'organe s'atrophie, se bossèle et se durcit.

En résumé, chez les individus morts de cette maladie, les reins sont atteints d'une dégénérescence granuleuse spéciale qui envahit progressivement tout l'organe et l'atrophie.

Ce qu'il importe de ne pas méconnaître, c'est que Bright, dans son travail, tout en décrivant minutieusement les altérations anatomo-pathologiques de la maladie qu'il étudie, ne localise pas celle-ci dans le rein, comme devait le faire deux ans plus tard son compatriote Christison, qui fit le premier de la maladie de Bright une maladie du rein.

Quant à Bright, il ne trancha pas la question de subordination des symptômes, la maladie qu'il étudiait se caractérisant par une sorte de trinité pathologique : hydropisie, albuminurie, altération spéciale du rein; mais il ne subordonnait pas l'albuminurie à la lésion organique du rein, non plus que l'hydropisie à l'albuminurie; et dans ses mémoires postérieurs, il protesta énergiquement contre les idées localisatrices que Graves et quelques autres lui avaient inexactement attribuées.

Il faut convenir, cependant, que ces idées de localisation de la maladie dans le rein étaient bien de nature à séduire l'esprit par la lucidité qu'elles apportaient dans le mécanisme de l'évolution pathologique, et lorsqu'en 1840 M. Rayer décrivit toutes sortes d'albuminuries sous le nom de *néphrite albumineuse*, consacrant ainsi, par cette dénomination nouvelle, non-seulement l'idée de localisation de la maladie dans le rein, mais préjugeant aussi de sa nature inflammatoire, il trouva les esprits tout préparés à accepter les théories mécanico-organiciennes; et l'albuminurie pendant quelque temps, en France, fut regardée comme le symptôme pathognomonique d'un état pathologique du rein.

Si la question se trouvait dénaturée au point de vue sous lequel Bright l'avait posée treize ans auparavant, elle était aussi considérablement agrandie; en effet, M. Rayer, en ajoutant deux degrés à ceux que l'auteur anglais avait assignés à l'altération du rein, comprenait dans sa néphrite albumineuse des états congestifs du rein qui n'avaient plus aucun rapport de nature avec les lésions dont le rein est atteint dans l'espèce de *trinité* pathologique de Bright. Et par sa division de la néphrite albumineuse en aiguë et en chronique, il faisait entrer dans ce même cadre nosologique toutes les albuminuries symptomatiques décrites en 1838 par Martin-Solon.

L'anatomisme dominait alors avec d'autant plus de facilité cette question de l'albuminurie, que la physiologie expérimentale lui donnait gain de cause; si l'on vient, effectivement, à lier les veines rénales d'un animal en parfaite santé, la conséquence immédiate de l'oblitération des veines est primitivement la congestion veineuse du rein et secondairement le passage d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine. — Cela est un fait capital et qui sert de base à toute la théorie anatomique de l'albuminurie. — En effet, ce fait de physiologie expérimentale vous rend compte de la présence de l'albumine dans l'urine de ceux qui sont atteints de certaines maladies organiques du rein.

Toutes les fois qu'une inflammation, qu'un abcès, qu'une tumeur, etc., etc., se développent dans le rein de façon à en comprimer, à en gêner la circulation veineuse générale ou partielle, il en résultera une congestion plus ou moins étendue, et consécutivement l'élimination par les urines d'une certaine quantité d'albumine.

La physiologie expérimentale explique encore, en second lieu, comment l'albuminurie sera produite dans un deuxième groupe de maladies qui n'occupent plus directement le rein, mais qui agissent sur cet organe par l'intermédiaire de la circulation générale. C'est ainsi que les maladies des voies respiratoires, que les maladies organiques du cœur, par la congestion veineuse qu'elles déterminent dans tous les organes, causent aussi l'hyperémie du rein, dont la conséquence est encore une albuminurie symptomatique.

Vous avez vu, il y a quelques jours, un exemple de cette albuminurie symptomatique chez notre malade du n° 21 de la salle Saint-Antoine, atteinte d'une affection organique du cœur, et, tout à l'heure, je viens de vous en montrer un second exemple très-remarquable chez la femme qui est couchée au n° 23 de la même salle.

Entrée le 26 mai, cette femme, âgée de trente-sept ans, s'était toujours bien portée jusqu'en 1852, époque à laquelle elle vint s'établir à Paris. Elle n'a jamais eu de rhumatismes. Depuis une dizaine d'années elle éprouve des battements de cœur, et sa respiration est devenue de plus en plus courte. Depuis quelques semaines il lui est survenu dans les jambes du gonflement qui s'est étendu progressivement jusqu'au ventre.

Actuellement cette malade a la face et les extrémités cyanosées; sa respiration est horriblement gênée; ses membres inférieurs sont énormément œdématiés; son ventre est distendu par une grande quantité de liquide, et ses urines, traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, ont laissé précipiter une très-grande quantité d'albumine.

Cette malade est donc albuminurique; elle a aussi une hydropisie, et elle est atteinte d'une maladie organique du cœur, caractérisée par la dyspnée qu'elle éprouve, par la cyanose des extrémités, par la petitesse, l'irrégularité et l'inégalité du pouls, par l'augmentation de la matité de la région précordiale, par la force d'impulsion du cœur contre la paroi thoracique, et par un bruit de souffle râpeux que l'on entend au premier temps du cœur et dont le maximum d'intensité existe à la pointe de l'organe. Eh bien, chez cette malade, il est facile de subordonner les symptômes et l'albuminurie à la maladie organique du cœur. Il se passe du côté du rein ce qui a lieu du côté des

membres inférieurs et du côté de tous les organes; la circulation est excessivement gênée; le sang veineux congestionne tous les capillaires et produit de la cyanose; il en résulte des épanchements dans le tissu cellulaire, dans les membranes séreuses, et le passage de l'albumine de la sérosité du sang dans les urines.

L'albuminurie me paraît si directement liée, dans cette circonstance, à la maladie organique du cœur, que je ne crains pas de vous annoncer que si dans quelques jours nous parvenons, comme je l'espère, à régulariser la circulation générale par un traitement convenablement dirigé, vous verrez diminuer progressivement la quantité d'albumine contenue dans les urines jusqu'à sa disparition complète, comme cela a eu lieu chez la malade du n° 21.

La théorie anatomique est encore applicable à un troisième groupe de maladies dans lesquelles l'albuminurie peut être expliquée par l'état congestif du rein qui survient sous l'influence d'une perversion générale de la circulation; c'est ce qu'on observe dans la forme adynamique des maladies, quelle que soit d'ailleurs leur nature. Ainsi, dans la période algide du choléra, et tandis que les malades sont si horriblement cyanosés, le parenchyme rénal participe à la stase du sang veineux dans les capillaires; il se congestionne, et une des premières conséquences de cet état congestif lors du rétablissement de la sécrétion urinaire, momentanément supprimée dans cette maladie, est le passage d'une certaine quantité d'albumine dans les urines.

On peut encore expliquer par le même mécanisme l'albuminurie que nous avons constatée pendant les derniers jours de la vie de la malade du n° 28, qui est morte au dix-septième jour d'une fièvre typhoïde, dans un état adynamique si prononcé! Il y avait chez cette pauvre fille congestion passive de tous les organes, et le rein ne faisait pas exception. Vous n'avez pas oublié non plus la malade que nous avions le mois dernier au n° 25 de la salle Saint-Antoine, qui est morte au cinquième jour d'une scarlatine de forme adynamique, et qui dès le troisième jour de la maladie présentait des urines très-albumineuses, bien qu'il n'y eût pas chez elle d'hématurie, comme cela arrive quelquefois dans cette forme si grave de la maladie.

Chez cette malade, on pouvait, du reste, expliquer la présence de l'albumine dans l'urine et par la congestion générale dont les viscères étaient le siége sous l'influence de l'état adynamique, et aussi par l'action spéciale que la cause morbifique exerce sur le rein dans cette maladie. Quoi qu'il en soit, nous trouvâmes à l'autopsie le rein fortement congestionné, la substance corticale un peu ramollie et friable, et adhérant assez à l'enveloppe fibreuse pour y laisser une partie d'elle-même par l'énucléation.

Jusqu'ici, vous le voyez, les faits cliniques se plient facilement sous la théorie anatomique de l'albuminurie, et l'esprit aurait pu en demeurer satisfait si de nouvelles observations cliniques, en élargissant la science, n'avaient rendu cette explication trop étroite.

Déjà l'école allemande, par les études micrographiques de Valentin et de Gluge, avait déplacé la question de l'albuminurie, lorsqu'en 1841, notre regretté collègue Becquerel fit paraître le résultat de ses recherches sur ce point de la pathologie des voies urinaires. Il décrivit l'altération particulière dont les glomérules de Malpighi sont atteints dans cette affection, et commença la théorie de la destruction des tubes urinifères et de l'exsudation plastique, que les micrographes devaient bientôt développer par des observations nouvelles, et faire prévaloir en y apportant toutefois quelques légères rectifications.

En Angleterre cependant, Graves dans ses leçons cliniques s'élevait avec chaleur contre la théorie qui localisait la maladie dans le rein, et reprochant à Bright et à M. Rayer leur anatomisme exclusif, il cherchait à prouver que la maladie de Bright était une affection générale, dans laquelle il pouvait y avoir hydropisie et albuminurie sans maladie primitive du rein, dans laquelle aussi il pouvait y avoir hydropisie et altération granuleuse du rein sans albuminurie. A l'appui de cette opinion il rapportait l'observation d'un individu atteint d'anasarque générale, dont les urines furent maintes et maintes fois examinées pendant sa vie, sans que jamais on y pût découvrir la présence de l'albumine, et dont les reins furent trouvés à l'autopsie atteints de dégénérescence granuleuse.

Ce fait prouve, comme le fait remarquer Graves, qu'il n'est pas nécessaire que l'albumine du sang soit éliminée par les urines pour que l'hydropisie se produise dans cette maladie, et ce fait prouve aussi, contre la théorie des micrographes du jour, qu'il n'est pas nécessaire que l'albumine passe avec l'urine dans les conduits urinifères pour que l'altération organique se développe.

C'est que, en effet, beaucoup de faits cliniques semblent prouver aujourd'hui que l'albuminurie dépend quelquefois d'une modification générale de l'organisme, et que dans la maladie de Bright la lésion anatomique du rein ne remplit pas d'autre rôle que celui d'une lésion symptomatique.

Ces idées vous paraîtront peut-être moins étranges si vous voulez bien envisager un instant le rôle des lésions anatomiques dans les maladies générales; il n'en est pas un de vous qui aurait l'idée que dans une maladie générale, dans la dothinentérie par exemple, les symptômes de la maladie sont subordonnés à la lésion spécifique. Aucun de vous, j'en suis convaincu, ne pense que la céphalalgie, les bourdonnements d'oreilles, l'épistaxis, les vertiges, etc., sont subordonnés à l'altération spécifique des plaques de Peyer. Vous savez très-bien que chacun des symptômes de la maladie, comme l'altération spécifique elle-même, a sa raison dans l'état morbide général, et que toutes les manifestations de la maladie, qu'elles consistent en troubles fonctionnels ou en altérations de tissus, ne sont reliées entre elles que par la cause morbifique qui les produit.

Or en est-il ainsi de la maladie de Bright, et les faits cliniques prouvent-ils, comme le pensait Graves, que cette maladie doive être élevée au rang des maladies générales?

Cette opinion fut brillamment soutenue en 1855 par notre savant collègue M. Pidoux, qui, dans une série de leçons qu'il fit sur l'albuminurie à l'hôpital de Lariboisière, fit nettement comprendre que la fonction urinaire n'était pas plus localisée dans le rein que ne l'était dans le poumon la fonction de l'hématose.

En effet, si c'est bien dans le poumon que le sang veineux se débarrasse de son acide carbonique et s'artérialise en se chargeant d'oxygène, ce n'est évidemment pas dans le poumon que s'accomplit la combustion des principes immédiats, mais bien dans la trame capillaire des organes, c'est-à-dire à la périphérie du système. De même, croyez-le bien, ce n'est pas exclusivement dans le rein que s'accomplit la fonction urinaire, qui est une fonction essentiellement excrémentitielle et essentiellement générale; car si c'est bien dans le rein et par le rein que le sang se débarrasse des substances absorbées impropres à l'assimilation et à la nutrition, ainsi que des produits de la désorganisation moléculaire des tissus, si c'est bien par le rein que le sang se débarrasse des sels cristallisables et de l'urée qu'il contient, il est bien positif aussi que ce n'est pas dans le rein que se forme l'urée, non plus que toutes les substances solubles qu'on retrouve dans l'urine.

La fonction urinaire, comme celle de l'hématose, dont on ne saurait d'ailleurs physiologiquement la séparer, se prépare aussi de longue main à la périphérie du système, et il ne sort de l'organisme par les tubes urinifères que les substances dont le sang ne peut plus tirer parti pour la nutrition générale.

Cette fonction, essentiellement générale et excrémentitielle, commence donc en réalité au sein des molécules qui s'organisent et se désorganisent à la périphérie du système, et elle se termine seulement dans les voies urinaires.

Eh bien, si par la pensée vous voulez bien admettre un instant qu'il puisse se passer pour l'albumine physiologique du sang un phénomène pathologique analogue à celui qui se passe dans le diabète pour les aliments féculents, la dextrine et le sucre; si vous voulez bien admettre que, par suite de conditions pathologiques analogues à celles qui rendent les féculents momentanément impropres à la nutrition, l'albumine, altérée dans ses qualités, devienne dans la maladie de Bright inassimilable à l'organisation, vous comprendrez sans doute que cette albumine, ne remplissant plus dans le sang qu'un rôle inutile, elle soit éliminée par le rein, comme la glycose l'est aussi dans le cas de diabète.

Si j'insiste autant sur ce point, c'est qu'il y a tout un groupe de maladies dans lesquelles il est impossible d'expliquer l'albuminurie autrement que par une altération générale de la nutrition, le rein n'étant dans ces cas le siége d'aucune lésion, soit idiopathique, soit symptomatique.

La maladie qui m'a le plus édifié à cet égard est la diphthérite.

En 1858, étant chargé par intérim d'un service à l'hôpital Sainte-Eugénie, je fus amené à rechercher si les urines étaient albumineuses dans la diphthérite, par suite de la communication pleine d'intérêt que mon distingué collègue M. Sée venait de faire à la Société médicale des hôpitaux relativement aux éruptions diphthéritiques. M. Sée donnait comme un caractère différentiel des éruptions scarlatineuses et des éruptions diphthéritiques l'état des urines, qui étaient albumineuses dans la scarlatine, et qui ne l'étaient pas, disait-il, dans les éruptions diphthéritiques.

Je ne me rappelais pas alors que M. Rayer avait prouvé plus de quinze ans auparavant que l'albuminurie se rencontrait dans l'angine couenneuse diphthéritique, et je me mis à rechercher ce symptôme comme quelque chose de nouveau.

Je trouvai de l'albumine dans un très-grand nombre de cas de diphthérite, et notamment chez un jeune garçon qui n'avait qu'une angine diphthéritique, sans aucune gêne de la respiration ni de la circulation. Ce fait me donna grandement à réfléchir. Lorsque les fausses membranes de la diphthérite occupent le larynx, en rétrécissant l'ouverture et étranglent le malade, il survient de l'asphyxie, de la cyanose et de la congestion des viscères, ce qui permet d'expliquer encore, dans ce cas, l'albuminurie par la congestion rénale; mais lorsqu'il s'agit d'une simple diphthérie cutanée ou muqueuse, sans troubles de la circulation et sans asphyxie, on ne peut pas faire intervenir une congestion rénale qui n'existe pas, pour expliquer l'albuminurie, et force est bien alors de reconnaître que l'intervention pathologique du rein n'est pas nécessaire pour qu'il y ait élimination de l'albumine du sang par les urines, et qu'il suffit pour cela d'un état morbide général.

Je rapprocherai de l'albuminurie diphthéritique l'albuminurie considérable que nous a présentée, pendant tout le cours de sa maladie, cette jeune femme qui était couchée au n° 6 de la salle Saint-Antoine; elle était atteinte, vous vous le rappelez, d'un érythème noueux sur les membres et papuleux sur le cou et la nuque; après les quelques jours de la fièvre initiale, la maladie était devenue complétement apyrétique; or, chez cette malade, il y eut, dès le jour de son entrée à l'hôpital, de l'albuminurie qui persista jusqu'au douzième ou quinzième jour, alors que l'érythème était complétement guéri et qu'il ne restait plus que quelques douleurs articulaires. Evidemment, la présence de l'albumine dans les urines de cette malade n'était pas causée par une maladie des reins.

Je ne veux point terminer cette conférence sans appeler votre attention sur la thèse remarquable que notre collègue M. Jaccoud a publiée en 1860 sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie. Toute la partie critique de son travail est savamment traitée; mais je crains que M. Jaccoud, en adoptant peut-être un peu trop exclusivement les idées allemandes, ne se soit laissé entraîner à des conclusions très-discutables.

Si l'on a eu le tort de localiser dans le rein toute la maladie et de subordonner à la lésion rénale l'albuminurie et l'hydropisie, il ne faudrait pas aujourd'hui pécher par le tort contraire et affirmer, contrairement à ce que prouvent les faits cliniques rapportés par Graves et par bien d'autres, que chaque fois qu'il y a albuminurie, le rein devient le siége d'une altération dont les degrés seraient pour ainsi dire subordonnés au temps depuis lequel dure le symptôme. Cette vue de l'école allemande, presque aussi étroite que celle de l'anatomisme qui a présidé aux premiers travaux qui ont suivi de près le mémoire de Bright, a conduit M. Jaccoud à conclure à l'unité de nature de l'albuminurie.

Sur ce point, je ne saurais partager l'opinion de mon distingué confrère; je considère, au contraire, au point de vue clinique, les albuminuries comme étant de nature très-différente. Je les regarde comme étant aussi différentes que le sont les maladies dans le cours desquelles elles surviennent; et loin d'admettre, comme le fait M. le docteur Jaccoud, que la différence entre les unes et les autres n'est qu'une affaire de degré, je la vois, au contraire, tout entière dans la nature nosologique. Je ne saurais donc voir cliniquement la même affection dans la maladie spéciale de Bright, caractérisée par ses trois termes pathologiques: hydropisie, albuminurie et dégénérescence granuleuse du rein, que dans l'albuminurie de la diphthérie, si exceptionnellement accompagnée d'anasarque, que dans l'albuminurie de l'érythème noueux, que dans l'albuminurie de l'éclampsie, que dans celle enfin de l'anasarque scarlatineuse, dont vous avez un si bel exemple au n° 22 de la salle Saint-Antoine.

Du coup d'œil rapide que nous venons de jeter ensemble sur les conditions pathologiques dans lesquelles on rencontre de l'albumine dans les urines, je crois que nous pouvons conclure que dans tous les cas l'albuminurie n'est qu'un symptôme qui s'observe:

1° Dans une maladie spéciale que nous continuons à appeler maladie de Bright;

2° Dans tous les cas où le rein devient le siége d'une congestion, comme cela a lieu:

A. Dans certaines maladies organiques du rein, inflammation, abcès, cancer, etc.;

B. Dans les affections organiques du cœur qui s'accompagnent de cyanose et de congestion des viscères;

C. Dans la forme adynamique de beaucoup de maladies de nature différente qui s'accompagnent d'engouement des viscères et de troubles dans la circulation capillaire;

3° Enfin, dans des maladies générales diverses dans lesquelles il semble que la cause morbifique agit directement et primitivement sur l'albumine du sang, laquelle devenant momentanément impropre à l'assimilation, est rejetée par les urines à la manière d'un produit excrémentitiel.

OBSERVATION DE FRACTURE

du col du femur chez un jeune enfant.

Par M. le docteur Sicard (de Nice).

Il y a quelques mois, M. le docteur Coulon a publié sur les fractures chez les enfants un Traité qui, basé sur l'expérience clinique, renferme des indications pratiques utiles et des considérations théoriques intéressantes. Le fait que nous avons observé récemment vient à l'appui de certains points mis en relief par M. Coulon, tels que la fréquence relative dans les cas de fracture du membre inférieur chez les enfants, de celles qui ont le corps du fémur pour siége; les soins de propreté nécessaires au maintien de la santé générale, et la difficulté d'obtenir ce résultat. A cet effet, M. Marjolin, sur l'expérience duquel s'appuie M. Coulon, emploie l'appareil de Scultet, qu'il renouvelle fréquemment, et qu'il modifie de façon que l'enfant ne puisse par ses mouvements déplacer le fragment supérieur, et de façon aussi qu'il soit possible de changer de place le petit malade, en le soulevant tout d'une pièce. Dans le cas particulier que nous avons eu sous les yeux, on verra comment nous avons cherché à atteindre le même but.

Enfin, ce fait montre qu'il est quelquefois difficile d'expliquer sous quelle influence se produisent des fractures qui ne sont pas suffisamment motivées par les causes déterminantes, et qui ne peuvent être rapportées comme origine à aucune maladie générale. A ces divers titres, il nous a paru intéressant de recueillir l'observation suivante.

En décembre 1861, V. E..., âgé de deux ans et demi, d'une bonne constitution, a fait une chute sur le parquet d'un salon, et comme à la suite de cet accident la marche a été rendue impossible, nous avons été appelé à lui donner des soins avec les docteurs Fissant et Roux (de Brignoles), momentanément à Nice.

L'examen de l'enfant nous a permis de constater qu'il y avait fracture du corps du fémur droit, au tiers supérieur de l'os. Bien qu'elle fût obscure, la crépitation était facile à sentir avec un peu de soin,

Il n'y avait pas de déplacement, et le membre avait la même longueur que celui du côté opposé. Nous avions donc affaire ici à une fracture en rave des plus simples; mais ce qui attira notre attention, ce fut la manière dont la chute avait eu lieu. L'enfant avait simplement glissé sur le parquet, et était tombé de sa hauteur; déjà le même accident lui était arrivé trois mois avant, et de la même façon. Une chute semblable avait causé une fracture du fémur gauche, fracture qui s'était consolidée sans déformation au bout d'un temps normal.

Le traitement suivi a été des plus simples. Pendant les premiers jours, l'appareil de Scultet a été appliqué; mais comme il était difficile de maintenir l'enfant dans un état satisfaisant de propreté, nous avons enveloppé le membre d'un appareil dextriné, que nous avons protégé contre l'urine et les matières fécales par une sorte d'étui en taffetas gommé. Nous avons évité ainsi de renouveler à tout moment les pièces d'appareil, manœuvre qui, trop souvent répétée, aurait pu retarder la consolidation par les mouvements qu'elle occasionnait. De plus, l'appareil ainsi disposé permettait de déplacer l'enfant sans craindre le déplacement des fragments.

Cette observation nous a semblé intéressante en ce qu'elle montre chez un enfant du reste parfaitement constitué, une prédisposition marquée aux fractures, prédisposition qui ne peut ici être rapportée à aucune de ces affections générales ou diathésiques dont l'action sur les os est d'augmenter leur fragilité.

Cet enfant, fort et vigoureux, est né de parents robustes et sains; il n'y a pas chez lui de vice héréditaire, tel que le vice syphilitique, à qui on puisse imputer les fractures qui se sont par deux fois répétées. Il n'est ni scrofuleux ni rachitique, et on ne peut attribuer à aucune de ces deux affections la tendance manifeste chez lui à la production des fractures, qui toujours se sont reproduites sans qu'il y ait eu une cause déterminante capable d'amener à l'état normal la rupture de l'os.

C'est pourtant à cette période de la vie, dans l'enfance, que les os sont le moins fragiles, et c'est là un fait qui reste constant, soit que l'on admette à cet âge la prédominance de l'élément organique sur l'élément inorganique, soit qu'avec M. Nélaton on considère comme invariable les rapports entre ces deux éléments et qu'on explique la densité croissante des os pendant la jeunesse et l'âge viril et leur fragilité plus grande pendant la vieillesse, par l'accumulation sous un même volume d'un plus grand nombre de molécules osseuses. Ici, c'est donc à un état particulier des os qu'il faut rapporter leur fragilité, état indépendant de toute affection générale et qui fait de l'enfant que nous avons observé une véritable exception.

TYMPANITE DE L'UTÉRUS,

Par M. le docteur LEYRAL fils, de Voutezac (Corrèze).

Marie L.... épouse de V..., de Colombey, commune de Voutezac (Corrèze), d'un tempérament nerveux, d'un caractère triste, mélancolique, fut mariée à l'âge de vingt-quatre ans. Dans l'année qui suivit son mariage, elle devint mère d'un enfant qu'elle allaita. Deux ans après, en 1847, elle crut à une seconde grossesse. Son ventre se développa successivement de bas en haut. Elle éprouva tous les symptômes qui annoncent une gestation commençante, tels que dégoûts d'aliments, vomissements, constipation opiniâtre, etc. Arrivée au commencement du neuvième mois, Marie L... s'attendait à être bientôt débarrassée. Le neuvième mois se passa; il en fut de même du dixième et du onzième. Deux mois s'étaient ainsi écoulés dans une attente anxieuse.

Au commencement du douzième mois, cette femme fut prise de suffocation, qui alla en augmentant de jour en jour, et je fus appelé en toute hâte le 14 août 1848.

Je trouvai Marie L... au lit, dans le décubitus dorsal, horizontalement couchée, sans traversin, tout ce qui relevait la partie supérieure du corps augmentant la gêne de la respiration. Le moindre mouvement accroissant cette gêne, elle était obligée de demeurer immobile. Son ventre, débarrassé de toutes couvertures, était à découvert; il présentait un volume monstrueux. Je procédai à l'examen de la malade, et je reconnus que c'était bien la matrice qui avait subi une dilatation si extraordinaire.

Cette femme me dit qu'il y avait plus de onze mois qu'elle avait cru à un commencement de grossesse; que son ventre avait pris successivement du développement et était arrivé à l'état où je le voyais, et que depuis douze jours elle ne pouvait se mouvoir sans être aussitôt menacée de suffocation; mais que depuis deux heures son état était pire, elle m'avait fait appeler.

Je parcourus la circonférence du bas-ventre, et je trouvai partout une surface unie, sans bosselures. Je m'assurai de l'émission des urines, qui s'opérait, mais involontairement. La constipation était habituelle; depuis douze jours elle n'avait satisfait à aucun besoin. Toute la cavité de l'abdomen était occupée par une tumeur qui, partant du bassin, remontait au creux de l'estomac, dans lequel elle s'enfonçait, et s'étendait dans les deux hypochondres qu'elle distendait démesurément. Je plaçai ma main gauche à plat sur le milieu de l'abdomen, l'index sur le médius, et le laissant retomber avec force sur la surface du ventre ainsi distendue, j'obtins un bruit d'une sonorité extrêmement remarquable. C'était évidemment une tympanite à laquelle j'avais affaire. Le mode de développement me confirma dans l'idée que c'était une tympanite de la matrice.

Je voulus donner issue aux gaz contenus dans la cavité de la matrice par l'ouverture naturelle. Pour cela faire, je fis placer la malade dans une position convenable. Avec l'index, je cherchai à atteindre le col de la matrice, mais en vain. Je ne pus même arriver à aucun point de cet organe par cette voie. Je fis usage d'un spéculum, qui ne me fut d'aucune utilité. Ne pouvant atteindre le but que je m'étais proposé par cette voie, j'eus recours à un autre moyen; mais avant d'en parler, je dirai en peu de mots ce que je remarquai du côté des organes que je venais d'examiner. Le vagin, tiraillé dans le sens de sa longueur, ne présentait aucune trace des caroncules myrtiformes; il y avait des sillons longitudinaux très-prononcés qui des petites lèvres remontaient vers la matrice; sa surface était à peine humectée. Les petites lèvres avaient presque disparu; les grandes lèvres aussi avaient perdu beaucoup de leur volume et dimensions.

Je fis mettre Marie L... dans un bain froid. Pour la faire enfoncer ce fut tout un travail. Je fus obligé d'employer quatre femmes pour m'aider à l'immerger et à la retenir enfoncée dans l'eau. J'avais les mains appliquées sur la surface du bas-ventre, appuyant avec force, quand j'eus la sensation d'une résistance vaincue. Tout à coup l'eau s'éleva en bouillonnant au centre de la baignoire, et le ventre perdit successivement de son volume à mesure de l'évacuation des gaz contenus dans l'utérus. Cet organe ne présenta bientôt plus que le volume du poing, ce dont je pus m'assurer facilement à travers les parois flasques de l'abdomen. Les gaz qui s'échappèrent ne répandirent aucune odeur sensible, malgré leur long séjour dans la cavité où ils s'étaient développés.

Marie L... fut retirée du bain. Elle fut enveloppée dans une couverture de laine chaude et remise au lit. Elle était dans un état de bien-être indéfinissable, nous disant que depuis près d'un an elle n'avait pas eu un pareil moment. Je lui fis donner un bouillon chaud et un peu de vin, qu'elle trouva délicieux.

Une heure après, on la changea de lit, et on lui passa une serviette autour du ventre.

Cette femme se rétablit plus vite que je ne l'espérais. Dans les premiers jours de septembre, elle put venir à pied à Voutezac. Elle avait fait environ un kilomètre. Elle était maigre, décolorée, mais elle marchait avec assurance.

Depuis lors, Marie L... s'est toujours bien portée, quoiqu'elle se soit livrée aux travaux de son ménage et même aux travaux de la campagne, qui pour les femmes de nos pays ne laissent pas que d'être très-pénibles en certaines saisons de l'année.

ACCIDENTS
dus à la présence d'une concrétion à l'ombilic.

Par M. le Dr ROUGET, d'Arbois (Jura).

Chez les personnes d'un certain âge qui sont pourvues d'embonpoint, la cicatrice du nombril, profondément déprimée, forme la base d'un *infundibulum* où s'accumulent facilement la poussière, les petits filaments des étoffes, etc. Le défaut de soins, la malpropreté, laissent ces substances s'agglutiner avec les résidus des sécrétions cutanées, former à la longue de véritables concrétions. Celles-ci se détachent et tombent souvent d'elles-mêmes sans avoir signalé leur existence; mais quelquefois aussi elles jouent le rôle de corps étrangers, déterminent de l'inflammation, et ne s'éliminent qu'au prix d'un travail long et douloureux. Le silence des auteurs classiques sur ce point de pathologie donnera peut-être de l'intérêt au fait suivant que je viens d'observer :

Il s'agit d'un quinquagénaire vivant dans l'aisance, vigoureusement constitué, jouissant d'une bonne santé. Il souffrait depuis quelque temps et par intervalles dans la région de l'ombilic, quand il réclama mes conseils. C'était le 17 février dernier.

Le nombril forme un cul-de-sac profond, entouré d'un cercle cutané rosé, tuméfié, plus dense et douloureux à la pression. Les efforts provoqués par la toux, la défécation, les mouvements communiqués à cette partie, déterminent de vives souffrances.

Du reste, toutes les fonctions de l'économie s'accomplissent physiologiquement.

Des cataplasmes émollients, une application de dix sangsues et le repos au lit amènent un soulagement momentané. Toutefois, et bien que les symptômes objectifs de l'érythème circumombilical restent stationnaires, les douleurs ombilicales spontanées, ainsi que celles provoquées par les mouvements, augmentent graduellement d'intensité jusqu'à déterminer l'insomnie, et ne cèdent temporairement qu'à de grands bains tièdes.

A ces phénomènes s'ajoute, le 22, un suintement séro-muqueux exhalé par l'ombilic. Ce liquide, de jour en jour plus épais et plus copieux, est sécrété à la surface d'une tumeur rouge, très-douloureuse au toucher, et constituée par la cicatrice ombilicale enflammée. Elle s'élève peu à peu, et le 25, alors que les symptômes locaux sont arrivés à leur apogée, elle atteint le niveau de la peau de la paroi abdominale. Sur sa surface couverte du mucus se dessine un corps jaunâtre, mobile, que je parviens à extraire, et dont je vais donner la description.

A partir de ce moment, les douleurs, la sécrétion et la tuméfaction de la cicatrice ombilicale diminuent d'une manière rapide et progressive.

Le 28, le malade reprend ses travaux, et le 5 mars, l'absence de phénomènes morbides le fait regarder comme complétement guéri.

Quant à la concrétion éliminée le 25 février, elle est jaunâtre, sphéroïdale; elle présente le volume d'une noisette et une notable dureté, quoiqu'elle commence à se désagréger. Partagée en deux fragments, les surfaces de la section modifient leur aspect, en brunissant au contact de l'air. Ce corps étranger, ajouterai-je, grâce à l'obligeance de M. Toubin, pharmacien de talent, qui a bien voulu l'examiner sans l'endommager, est formé par les couches concentriques d'une membrane qui s'enroule sur un axe central et aplati. Une matière noire recouvre cette membrane, qui est parsemée de petits points blancs. La matière noire domine dans les parties centrales. Les petits points blancs se dissolvent presque entièrement dans l'éther, où, par contre, la matière noire, dure, consistante, peu friable, ne diminue pas sensiblement de volume. Dépouillée des matières qui la recouvrent, la membrane qui est la trame de la concrétion offre au microscope une apparence foliacée, à demi transparente et comme organisée. Des poils blond-rougeâtre sont enchevêtrés dans les matières noire et blanche.

(*L'Écho médical.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 juin 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie par MM. Yvonneau, de Blois (Loir-et-Cher); Laissus (de Moutiers), et Jacquez (de Lure). [Commission des épidémies].

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Sainte-Marie et Siradan (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Bruguière, et des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Lemonnier. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note tendant à prouver que le vaccin ne provient pas des eaux aux jambes du cheval, par M. le docteur Girault. (Commission de vaccine).

2° Un pli cacheté déposé par MM. Calvo, Boutmy et Blondeau. (Accepté).

— M. Larrey présente : 1° de la part de M. Marjolin une notice sur l'hôpital de Rotterdam;

2° De la part de M. le docteur Larivière, médecin du corps expéditionnaire de Chine, la relation d'une épidémie de petite vérole qui a régné à Tien-tsin pendant le cours de la dernière campagne.

RAPPORT.

Cosmétiques. — M. TRÉBUCHET, au nom d'une commission composée de MM. Bussy, Tardieu et Trébuchet, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Réveil, relatif aux cosmétiques envisagés au point de vue de l'hygiène et de la police médicale.

M. le rapporteur commence par rappeler les principaux travaux dont les cosmétiques ont été l'objet, travaux que le mémoire de M. Réveil est venu compléter par une étude approfondie de la question, soit au point de vue scientifique, soit au point de vue légal; puis, après avoir analysé en détail ce mémoire, qui peut être considéré, dit-il, comme un traité complet de la matière, M. le rapporteur en résume l'appréciation en ces termes :

La commission ne croirait pas avoir complétement rempli sa mission si elle se bornait à rendre justice à ce travail si consciencieux et si complet. Elle doit vous faire part des observations générales que lui a suggérées son examen.

La commission déclare d'abord qu'elle s'associe sans aucune réserve aux opinions de M. Réveil sur les dangers que présente la vente des cosmétiques, et sur la nécessité d'y porter un remède efficace. Ces dangers s'aggravent de jour en jour; car à aucune époque peut-être on n'a autant abusé de la crédulité publique. M. Réveil en a cité de nombreux exemples. Le mal est donc profond; heureusement il n'est pas incurable, et l'autorité est suffisamment armée, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des lois nouvelles.

En effet, toutes les fois qu'un cosmétique est annoncé comme ayant des propriétés médicamenteuses ou seulement prophylactiques; toutes les fois qu'il paraît dissimuler un remède secret, il tombe sous l'application de la loi du 21 germinal an XI; si le cosmétique ne constitue qu'une simple préparation n'ayant rien de médicamenteux, il peut encore être saisi dans deux cas bien déterminés, d'abord s'il renferme des substances nuisibles à la santé; en second lieu, s'il ne contient pas les substances indiquées pour sa préparation. L'administration peut enfin, comme mesure préventive, interdire l'affichage dans les rues, etc.

Ce ne sont donc pas les moyens de répression qui manquent; il ne s'agit que de savoir en user et d'avoir surtout le courage d'atteindre l'abus partout où il se révèle.

M. le rapporteur signale particulièrement parmi les plus graves l'annonce dans les journaux, et indique les moyens que la loi fournirait pour les réprimer.

La commission propose pour conclusions :

1° De remercier M. Réveil de son importante communication;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication;

3° D'en adresser une copie à M. le ministre, en appelant toute l'attention de Son Excellence sur les différentes propositions et observations contenues dans ce mémoire;

4° De prier M. le ministre d'examiner, indépendamment des autres mesures qui peuvent ressortir du mémoire de M. Réveil et des considérations développées au présent rapport, s'il ne conviendrait pas de faire visiter de temps à autre les laboratoires et magasins des parfumeurs par les Écoles de pharmacie ou par les conseils d'hygiène, à l'effet d'y prélever des échantillons de cosmétiques et de les soumettre à l'analyse; d'imposer aux parfumeurs l'obligation d'indiquer sur les étiquettes des cosmétiques qu'ils ne contiennent ni poisons ni autres substances nuisibles à la santé.

M. BOULEY demande à faire quelques observations au sujet de ces conclusions.

Sur l'observation du bureau, la discussion du rapport de M. Trébuchet est renvoyée après la clôture de la discussion actuellement pendante sur le rapport de M. Bousquet.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et physiologie.

La liste de présentation arrêtée dans le comité secret de la précédente séance porte :

En 1re ligne, M. Sappey; en 2e, M. Giraldès; en 3e, M. Verneuil; en 4e, M. Béraud; en 5e, M. Deschamps.

Le nombre des membres votants est de 66; majorité, 34.

M. Sappey obtient.	53 suffrages.
M. Giraldès.	9 —
M. Verneuil.	3 —
M. Béraud.	1 —

M. Sappey ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— L'Académie reprend la discussion sur la vaccine et les eaux aux jambes.

La parole est à M. Depaul.

Suite de la discussion sur la vaccine et les eaux aux jambes.

M. DEPAUL craint de n'avoir pas été bien compris dans la dernière séance, pressé qu'il était par l'heure et obligé de passer rapidement sur ce qu'il avait à dire. Il désire en conséquence revenir sur quelques points de son argumentation.

Il y a deux phases bien distinctes dans l'histoire du fait de Tou-

louse. C'étaient d'abord les eaux aux jambes que l'on croyait avoir inoculées; puis plus tard ce n'étaient plus les eaux aux jambes, mais une maladie éruptive particulière à laquelle on ne donno pas de nom. Il y a donc eu là une erreur énorme, et cela est très-important, car c'est une opinion très-ancienno et qui remonte à Jenner que le cow-pox a son origine dans les eaux aux jambes du cheval; mais pour Jenner c'était une vue théorique qui n'était pas fondée sur l'expérience, car il avait fait des expériences, et ces expériences n'avaient pas réussi.

M. Bousquet, en rapportant dans son *Traité de la vaccine* l'opinion de Jenner, l'a d'abord combattue; mais le fait de Chartres, puis celui de Toulouse, l'ont convaincu et ramené à cette opinion. Je ferai remarquer d'abord qu'il n'y a aucune ressemblance entre le fait de Chartres et celui de Toulouse. L'histoire de Brissot a d'ailleurs besoin d'être examinée avec soin. Brissot, on s'en souvient, était un maréchal-ferrant qui n'avait jamais été vacciné; il se présente à M. Pichot avec sept ou huit pustules sur la face dorsale de la main; la circonstance qu'il avait ferré quelque temps auparavant un cheval atteint des eaux aux jambes a fait conclure que c'était là l'origine de ces pustules, que l'inoculation démoutra d'ailleurs être la vaccine. Mais si l'on remarque qu'entre l'époque où Brissot a ferré le cheval atteint d'eaux aux jambes et le moment où se sont développées les pustules il s'est écoulé vingt-quatre jours au moins, durée d'incubation qui n'a jamais été observée pour la vaccine, je nie formellement que telle soit en réalité l'origine des pustules développées chez Brissot. Pour moi, voici l'explication que j'en donne. Cet homme a eu une varioloïde! Et qu'on n'invoque pas contre cette idée cette circonstance qu'il n'aurait eu de pustules qu'aux mains, car on ne l'a pas examiné, et on ne sait pas s'il n'en a pas eu en même temps quelques-unes sur le corps.

Le fait de Sacco, qui a été invoqué dans cette discussion, et d'après lequel on serait conduit à faire remonter l'origine de la vaccine au javart du cheval, ne prouve pas davantage. En vain Sacco s'est-il évertué à faire à ce sujet des distinctions en admettant quatre espèces de javart, dont l'un épidémique aurait seul le pouvoir de donner la vaccine. Je trouve encore ici l'explication bien plus naturelle du fait, en admettant que le cocher qui est le sujet de cette histoire a tout simplement eu la variole comme Brissot.

Quant au fait de Toulouse, il a une signification tout autre que celle du fait de Chartres et toute différente de celle qu'on lui avait donnée d'abord. On sait comment M. Leblanc a reconnu l'erreur qui avait été commise; il régnait en ce moment parmi les chevaux une épizootie d'affection éruptive qui malheureusement n'a pas été caractérisée; mais tout porte à penser que c'est une affection analogue à la clavelée du mouton, dont personne aujourd'hui ne conteste la parfaite analogie avec la petite vérole. On connaît à cet égard les expériences décisives de Sacco, qui produisit la vaccine chez des enfants en leur inoculant le claveau.

En résumé, je crois, contrairement à l'opinion soutenue par M. Bousquet, à l'identité d'origine et de nature de la vaccine et de la variole, la vaccine n'étant pour moi autre chose que la variole inoculée aux animaux, chez lesquels elle produit le cowpox pour la vache, la clavelée pour le mouton, et reportée de ceux-ci à l'homme. Il est présumable que l'éruption observée sur la jument qui a servi à l'expérience de Toulouse était une affection de ce genre. Toutes ces maladies inoculables d'une espèce à une autre, ne sont au fond que la même maladie, la variole. Tout cela exclut à mes yeux l'idée que les eaux aux jambes aient rien de commun avec la vaccine.

M. RENAULT, tout en partageant les opinions de M. Depaul, trouve qu'il a un peu trop détourné la discussion de son objet principal. Il rappelle que lorsqu'il a communiqué à l'Académie les expériences de M. Lafosse, il y a deux ans, il a dit alors qu'il ne croyait pas qu'il s'agît dans ce cas des eaux aux jambes. Là est toute la question; tout tend, comme on le voit, à confirmer aujourd'hui cette opinion. Mais il n'en faut pas moins reconnaître dans l'expérience de M. Lafosse un fait considérable.

M. HUZARD partage également l'opinion de M. Depaul. Il est impossible d'attribuer l'origine de la vaccine à des maladies aussi différentes que le javart et les eaux aux jambes. Il pense que les chevaux atteints des eaux aux jambes, et qui, d'après les observateurs cités, auraient transmis la vaccine à l'homme, avaient en même temps une autre maladie, probablement de nature éruptive, qui aura été méconnue.

Quant à la question de l'identité de nature de la clavelée et de la vaccine, il diffère à cet égard d'opinion avec M. Depaul. Il ne croit pas à cette identité. En voici la raison : il a fait il y a un certain nombre d'années les expériences suivantes : il a inoculé le vaccin à des moutons. Sur 200 moutons qu'il a inoculés, il n'y en a eu qu'une soixantaine seulement sur lesquels il a obtenu une éruption de petits boutons qui étaient tout à fait différents des boutons de vaccine; plus tard il a inoculé le claveau à ces mêmes moutons, et il a obtenu la clavelée; il a enfin cherché à reporter la clavelée sur des enfants, et il n'a rien obtenu. Il pense donc que ce sont deux maladies différentes.

M. H. BOULEY. L'événement de Toulouse, tout considérable qu'il est, n'éclaire pas encore la question; il reste un point obscur en raison de la dissemblance qui existe entre le fait de Toulouse et les faits antérieurs.

Il reste toutefois de l'expérience de Toulouse un résultat important acquis, c'est la filiation qui existe entre le cowpox de la vache et une maladie du cheval. Quant à ce qui concerne les eaux aux jambes, je ne saurais entièrement partager l'opinion de M. Depaul. Notre collègue a dit que Jenner n'avait émis à cet égard qu'une idée purement théorique. Je crois qu'on n'a pas lu Jenner avec assez d'attention, et qu'on ne le connaît généralement pas assez. J'ai lu tout récemment son mémoire, et j'ai pu me convaincre que ce mémoire renfermait des faits d'observation très-importants, et qu'à tort on laissait un peu trop de côté. Ici M. Bouley lit et commente plusieurs passages du mémoire de Jenner qui tendent à établir, par un grand nombre d'observations, une étroite relation d'origine entre le cowpox et les eaux aux jambes. Du reste, ajoute-t-il, M. Reynal so propose de démontrer, dans la prochaine séance, que les eaux aux jambes ont donné le cowpox.

M. Bouley termine en exprimant le vœu que le retentissement qu'aura cette discussion amène à doter l'école d'Alfort des ressources nécessaires pour étudier et résoudre expérimentalement cette importante question.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les militaires de la garnison de Strasbourg présentent en ce moment un certain nombre de cas d'héméralopie; on a déjà constaté plus de soixante cas à la citadelle seule. Les troupes casernées en ville en ont également fourni un certain nombre. On oppose à cette affection le traitement recommandé par M. le docteur Netter, médecin-major à l'hôpital militaire, et décrit par lui dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, 1858, nº 11.

Ce traitement, que l'on pourrait nommer *traitement par le cabinet ténébreux*, s'est montré constamment efficace lorsqu'il a été exactement appliqué, et s'est borné dans un certain nombre de cas à une seule séance, commencée à deux heures après midi et terminée après le coucher du soleil.

On comprend, puisqu'il ne s'agit dans ce traitement ni de médicaments à administrer ni de l'application de ventouses, de sangsues ou de vésicatoires, que c'est le *modus faciendi* qui est la chose essentielle. Dans tous les cas, cette méthode, que nous avons vue fonctionner, nous a paru la plus ingénieuse de toutes celles employées jusqu'ici, et à coup sûr la moins dispendieuse.

— Deux concours s'ouvriront à l'École de médecine d'Alger, le 11 novembre prochain, pour un emploi de prosecteur d'anatomie et un emploi de préparateur de chimie. Ces fonctions, aux appointements de 600 fr., sont conférées pour trois années. Le prosecteur d'anatomie seul peut les cumuler avec l'emploi d'interne, à la condition toutefois de se faire remplacer dans ce dernier emploi du 1er décembre au 31 mars.

Les avantages de l'internat près l'hôpital civil d'Alger sont : 900 fr. de traitement fixe et la nourriture le matin.

— Dans sa dernière séance, l'assemblée générale des médecins de la Gironde a élu vice-président M. Levieux, en remplacement de M. Froin, démissionnaire. M. Dupuy a été nommé membre du conseil d'administration.

— La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a constitué son bureau de la manière suivanto pour l'année 1862-1863 :

Président, M. Faurès; *vice-président*, M. Ressayre; *secrétaire général*, M. Naudin (Jules); *trésorier*, M. Couseran; *archiviste-bibliothécaire*, M. Dassier; *secrétaire du prima-mensis*, M. Molinier; *secrétaire des consultations gratuites*, M. Giscaro; *membres adjoints au bureau*, MM. Laforgue et Magnes-Lahens, pharmacien; *commission permanente de salubrité publique*, MM. Gaussail, Timbal-Lagrave, Bessières, Baillet et Molinier, *secrétaire*.

— L'Académie royale de médecine de Belgique a procédé, dans son dernier comité secret, à l'élection de membres honoraires et correspondants.

Ont été nommés membres honoraires belges : MM. les docteurs Cambrelin père, à Namur; Henroz, à Marche, et Charles Philips, de Liége, actuellement à Paris.

Ont été nommés membres honoraires étrangers : MM. les docteurs Ph. Ricord, à Paris; Marion Simes, à New-York; Stilling, à Cassel, et Stromeyer, à Hanovre.

Ont été nommés correspondants belges : M. le docteur Isidore Henriette, de Bruxelles, et M. J. Laneau, pharmacien en chef à l'hôpital Saint-Jean.

— Nous apprenons que M. le docteur Wertheim, l'introducteur de l'hydrothérapie en France et le fondateur de l'établissement du château d'Issy, près Paris, va passer la saison thermale à Dieppe, dans le dessein d'étudier l'efficacité réelle de l'eau de mer dans le traitement des affections nerveuses.

— M. le docteur Triquet commencera le mardi 10 juin, à sept heures du soir, à sa clinique, 4, impasse Larrey, un cours public sur les maladies de l'organe de l'ouïe.

Les premières leçons seront consacrées à l'étude analytique et comparée des maladies de l'oreille et de l'œil.

— Dans notre numéro de samedi dernier, le nom du candidat nommé aide de botanique près la Faculté de médecine de Strasbourg, a été mal imprimé. C'est Lavit, qu'il faut lire, au lieu de Leviel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les onvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Brnxelles, chez A. DECQ; — à Genéve, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus a ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons d'orthopédie professécs à la Faculté de médecine de Paris par J. F. MALGAIGNE, prufesseur de medecine opératoire. Rccueillies et publiées par les docteurs GUYON et PANAS, prosecteurs de la Faculté, etc. Revues et approuvées par le professeur. Un volume in-8º avec 5 planches dessinées par Leveillé. Prix : 6 fr. 50 c. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Leçons sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur HARDY, professeur agrégé à la Faculté de medecine de Paris, etc. Rédigées et publiées par le docteur MOYSANT. Revues et approuvées par le professeur. — *Dartres, scrofulides, syphilides.* — Un volume in-8º. — Prix : 3 fr. 50 c. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale. — Maladies dominantes dans les hôpitaux de Paris pendant le mois d'avril.

La constitution médicale du mois d'avril a été, à quelques modifications près, la même que celle du mois précédent. Voici, d'après le rapport mensuel de M. Lailler, emprunté aux *Comptes rendus* de la Société médicale des hôpitaux, l'ensemble des renseignements recueillis à cet égard dans les différents services :

Dans les hôpitaux d'enfants, la rougeole a continué à prédominer avec son cortége de complications habituelles. Stationnaire, comme nombre de malades atteints et comme gravité dans le service de M. Bouvier, elle était à cette époque à sa période de déclin dans les services de MM. Bergeron et Labrie.

M. Bergeron n'a signalé que 3 cas de fièvre typhoïde. MM. Roger, Blache et Bouvier ont constaté de la gravité dans les cas nombreux qu'ils ont observés. M. Bouvier a insisté sur l'état cérébral, que l'on pourrait appeler, suivant lui, démence typhoïde. Il a observé aussi deux cas de dyssenterie très-grave, dont l'un s'est terminé par la mort ; l'autre paraissait devoir bien finir (nous n'avons pu depuis en connaître l'issue).

MM. Roger et Bouvier ont encore observé un certain nombre de pneumonies ou broncho-pneumonies primitives ou secondaires, quelques croups et des diphthérites généralisées. M. Roger a vu une varioloïde à forme hémorrhagique et compliquée de pneumonie, qui a guéri.

Dans les hôpitaux d'adultes, ce sont les affections thoraciques aiguës ou chroniques, avec exacerbations, qui ont encore dominé. Ainsi, M. Collin, au Val-de-Grâce, a observé 26 bronchites, 9 pleurésies aiguës, 8 pneumonies traitées par le tartre stibié, secondé d'une saignée dans 3 cas. Toutes les pneumonies ont guéri. M. Guéneau de Mussy a vu 5 pneumonies. Dans les services de MM. Boucher de la Ville-Jossy et Richard, à Saint-Antoine, il y en a eu 8. Chez MM. Gubler, Moutard-Martin et Lailler, à Beaujon, il y en a eu 14, dont 6 à forme catarrhale adynamique.

Pour les affections chroniques, ce sont toujours les phthisies tuberculeuses qui ont dominé. Pendant quelques jours, M. Lailler a compté 16 phthisiques dans une salle de 22 lits.

Il s'est présenté dans le mois d'avril quelques varioles, mais bien moins nombreuses et moins graves que dans les mois précédents.

La fièvre typhoïde manifestait déjà de la tendance à reparaître dans quelques services. On a vu qu'il y en avait un certain nombre de cas graves dans les hôpitaux d'enfants. Les cas qui se sont montrés dans les hôpitaux d'adultes étaient, au contraire, généralement sans gravité. Le diagnostic était plus difficile à établir. On s'arrêtait souvent, dit M. Lailler, à la dénomination d'embarras gastrique, de fièvre gastrique ou de diarrhée. M. Collin a observé 15 cas d'embarras gastrique, 15 cas de diarrhée, et 8 cas seulement de fièvre typhoïde caractérisée. M. Moutard-Martin a signalé les embarras gastriques comme fournissant un des principaux contingents des maladies aiguës. Enfin, M. Bourdon a dit avoir observé à la même époque plusieurs cas d'embarras gastrique qui méritaient, suivant lui, le nom de fièvre gastrique, à cause de l'importance des phénomènes fébriles.

(Nous avons déjà signalé dans une des précédentes Revues l'apparition de quelques cas de fièvre typhoïde, comme les premiers signes d'une transformation tendant à s'opérer dans la constitution médicale. Nous avons eu l'occasion depuis d'observer, tant dans les hôpitaux que dans notre pratique particulière, plusieurs cas de fièvres typhoïdes d'un caractère bénin, précédées de symptômes d'embarras ou de fièvre gastrique. L'un des caractères de ces affections typhoïdes bénignes, que nous avons déjà signalé dans plusieurs constitutions analogues, est une grande abondance de taches lenticulaires répandues sur diverses parties du tronc).

Les quelques jours de chaleur qui ont terminé le mois d'avril avaient amené dans les hôpitaux, et surtout aux consultations, un assez grand nombre de malades atteints de diarrhée. Mais l'abaissement de température survenu depuis a fait cesser ces accidents.

M. Lailler signale enfin la persistance insidieuse des érysipèles quelquefois primitifs, mais le plus souvent consécutifs, et constituant toujours une menace pour les convalescents de maladies graves. Les cas ont été peu nombreux, il est vrai, mais M. Lailler en a trouvé l'indication dans presque toutes les lettres qui lui ont été adressées, surtout par ses collègues de l'hôpital Beaujon. M. Moutard-Martin en a eu 3, M. Gubler 3 et en a perdu 1 ; M. Lailler lui-même en a eu 3, dont 2 ont succombé, et il en reste encore dans ses salles.

En résumé, prédominance catarrhale, pulmonaire et gastrique, tels sont les traits principaux de la constitution médicale d'avril, caractérisée en somme par une absence presque complète de mortalité dans les maladies aiguës, mais par une mortalité considérable, en revanche, dans les maladies chroniques.

Psoïtis. Ouverture spontanée de l'abcès dans l'intestin. Guérison.

Nous avons rapporté dans le numéro du 31 décembre de l'année dernière un cas de psoïtis recueilli dans le service de M. Colin, au Val-de-Grâce, terminé par la guérison, grâce à l'ouverture par le bistouri, pratiquée dès le moment où l'on a pu apprécier la tuméfaction et la fluctuation dans la région sacro-lombaire. M. Colin rappelait à cette occasion que les annales de la science renfermait beaucoup d'exemples de cas où l'abcès s'était ouvert spontanément, soit au dehors, soit dans l'intestin, soit dans le vagin, et où la terminaison avait néanmoins été funeste, parce qu'on avait jugé inutile l'emploi du bistouri pour hâter et compléter l'évacuation du pus.

Voici un exemple nouveau de psoïtis observé récemment dans le même service, et dans lequel la guérison a eu lieu à la faveur d'une ouverture spontanée de l'abcès dans l'intestin, sans qu'il ait été nécessaire d'intervenir autrement que par des moyens simples. L'observation a été recueillie par M. le docteur Leblanc, médecin stagiaire.

J... (François), caporal au 33e de ligne, d'une constitution moyenne, d'une santé habituellement bonne, éprouva, le 10 janvier dernier, pendant un mouvement brusque de gymnastique, une vive douleur dans la région lombaire, mais put néanmoins regagner à pied sa caserne.

Le lendemain et les jours suivants il reprenait son service, ne ressentant plus en cette région qu'une gêne vague avec quelques élancements, lorsque le 19 du même mois, au moment où il rentrait d'une parade, ces symptômes légers firent brusquement place à une douleur si violente que ses camarades durent le déshabiller et le coucher ; la souffrance était dès lors tellement exagérée par le moindre mouvement du membre inférieur droit, que le malade fut condamné à un repos presque absolu. En même temps apparaissent quelques signes d'embarras gastrique : céphalalgie, inappétence, constipation ; c'est dans ces conditions que le sujet entrait dans le service de M. Colin, le 5 février dernier.

Voici ce que l'on constatait le lendemain matin à la visite :

Douleur vive, continue, à la région lombaire, s'irradiant par élancements spontanés ou au moindre mouvement vers la partie interne de la cuisse droite, qui est à moitié fléchie sur le bassin ; volume de l'abdomen normal, ainsi que la sonorité ; la pression en un point quelconque de cette région retentit douloureusement dans le flanc droit ; la souffrance est intolérable si l'on cherche à comprimer cette dernière partie entre les deux mains, l'une placée en arrière du sacro-spinal, l'autre sur la paroi antérieure de l'abdomen ; la palpation ainsi pratiquée ne permet de constater ni tuméfaction ni empâtement. Du reste, apyrexie complète, teint bilieux, langue blanchâtre. — Prescription : 15 sangsues, un bain de siége.

Une deuxième application de sangsues est faite le lendemain, et les bains de siége continués chaque jour ; la douleur cède un peu, mais on remarque un rapprochement progressif entre la crête iliaque et l'hypochondre droit, en sorte que le tronc se fléchit latéralement, et cette nouvelle attitude, jointe à celle de la cuisse, imprime à tous les mouvements de locomotion du malade les caractères spéciaux habituellement constatés dans cette affection, et longuement mentionnés dans l'observation rappelée plus haut (du 31 décembre). La diminution de la douleur permet de constater un empâtement profond derrière la masse intestinale du flanc droit.

Seize jours après, le 22 février, sans cause appréciable, nausées, ballonnement du ventre, disparaissant spontanément pendant la nuit après de nombreuses éructations.

Le malade est repris le 24 des mêmes accidents, mais persistant cette fois toute la nuit, et à la visite du lendemain on constate un météorisme considérable, avec dyspnée, suffusion subictérique générale, augmentation de sensibilité de l'abdomen ; dès lors la constipation devient beaucoup plus tenace, le malade a fréquemment des régurgitations pituiteuses, et parfois de petits frissons.

Du 24 février au 15 mars cet état fut à peu près stationnaire ;

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des dyspepsies, ou Etude pratique de ces affections basée sur les données de la physiologie expérimentale et de l'observation clinique, par M. Aug. NONAT, médecin de la Charité (1).

Le mot *dyspepsie* a un sens si large et si peu déterminé, que presque nécessairement chaque affection semble l'avoir ou pour effet ou pour cause. Rien n'est donc aussi peu défini, et par conséquent aussi peu saisissable que cette maladie, qui se plaît à venir compliquer toutes les autres comme symptôme, et qui pourtant a son existence à part et suit sa marche avec une ténacité désespérante. Aussi est-il bien peu de sujets qui aient été autant discutés. Cependant, malgré les travaux nombreux dont elle a été l'objet, peut-être même à cause de leur grand nombre, cette question est une de celles sur lesquelles l'esprit est le moins fixé.

M. Nonat a parfaitement senti ce qu'il y avait de vague dans tout ce qui a été dit sur cette affection ; aussi, dans le livre qu'il vient de publier, a-t-il surtout cherché à la préciser davantage et à la caractériser ; il en a fait, en un mot, une maladie nettement définie et occupant une place bien précise dans le cadre nosographique.

Pour arriver au but qu'il s'est proposé, M. Nonat a étudié la physiologie de la digestion, et a tiré de chacun des actes de cette fonction les conclusions qui devaient l'amener à la connaissance parfaite de chaque mode de dyspepsie.

C'est ainsi que toute maladie devrait être étudiée. L'étude raisonnée et complète de chaque fonction en état de santé, conduit en effet le pathologiste aux déductions dont l'ensemble commande de lui-même, pour ainsi dire, la saine thérapeutique. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et souvent, sur une simple vue de l'esprit, l'auteur s'envole à travers des horizons inconnus, se perd dans les nuages de théories construites pour la circonstance ; s'engage dans des considérations à perte de vue, brillantes quelquefois, et toujours attrayantes par leur nouveauté, mais dont le moindre défaut est de s'évanouir au plus petit rayon de lumière.

Tel n'est point le travail que nous nous proposons d'analyser ; c'est ce qui lui assure un succès certain et durable.

Nous l'avons dit, la physiologie sert de base au *Traité des dyspepsies*. M. Nonat a su dégager cette étude de tout ce qui devenait accessoire, et il ne s'est appesanti que sur les faits d'utilité pratique. Il étudie dans autant d'articles les aliments, les condiments, les boissons, la digestion des aliments solides et liquides, le tableau de la digestibilité des aliments, enfin l'importante question de l'influence du système nerveux sur la digestion.

Passant ensuite à l'étude de la dyspepsie, dont il donne une définition conforme aux principes que nous venons de rappeler, il en distingue les variétés en aiguës, chroniques, accidentelles, habituelles, stomacales, intestinales, enfin idiopathiques, sympathiques et symptomatiques.

Les dyspepsies symptomatiques et sympathiques ne sont point, à proprement parler, des maladies, ce sont des symptômes d'affections diverses ; aussi M. Nonat les a-t-il rejetées, pour ne parler que de la *dyspepsie idiopathique*. On doit lui savoir gré, toutefois, d'avoir fait une exception pour la dyspepsie sympathique des affections utérines ; mieux que tout autre, l'auteur du *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes* pouvait jeter un peu de lumière sur cette variété si fréquente et pourtant si peu connue encore.

Au point de vue étiologique, on sent déjà tout l'avantage de l'étude physiologique faite au début de l'ouvrage ; car c'est dans la disposition physiologique et anatomique qu'on trouvera les causes de la dyspepsie.

Nous reconnaissons ainsi l'influence des aliments et des boissons par leurs qualités, par leur quantité ; l'influence de la distribution et de l'intervalle des repas ; l'influence des conditions organiques et physiologiques (mastication, insalivation, digestion stomacale, etc., avec les considérations qui ressortent de la quantité et de la qualité de la salive, du suc gastrique, pancréatique, etc.) ; l'influence des idiosyncrasies, celle des habitudes. Voilà pour les causes déterminantes ; quant aux prédisposantes, elles varient suivant les âges, le sexe, le tempérament, la constitution, l'état de pléthore, de chloro-anémie, d'hérédité, de profession, de climat, de cachexie, etc.

La symptomatologie a dû être divisée suivant que la dyspepsie est aiguë ou chronique, suivant qu'elle est stomacale ou intestinale.

La dyspepsie accidentelle, c'est l'indigestion. L'indigestion, qu'elle soit stomacale ou intestinale, présente trois degrés d'intensité, variant par les symptômes, la marche, la durée et la terminaison.

(1) Un vol. in-8°. Prix, 5 fr. Chez Adrien Delahaye.

l'adynamie seulement augmenta beaucoup, et autant par faiblesse que par suite de la douleur lombaire, le malade ne quitta plus son lit. Une exploration quotidienne très-attentive ne permit, dans tout cet intervalle, de reconnaître l'apparition d'aucune tumeur soit au-dessus de la crête iliaque, soit au-dessous de l'arcade crurale ; on n'arrivait, par une palpation méthodique et réservée, qu'à constater la persistance de l'empâtement profond de la fosse iliaque.

Le 15 mars, à la suite de l'administration d'un lavement purgatif, coliques assez vives, suivies de garde-robes copieuses, blanchâtres, dont les dernières étaient presque exclusivement composées de pus; les selles conservèrent ces caractères pendant plusieurs jours, et dès lors on vit reparaître et l'appétit et le sommeil, en même temps que diminuait sensiblement la douleur lombaire. Dès le 20, le malade marchait plus facilement qu'il n'avait pu le faire depuis le début de sa maladie.

Le 25, la douleur avait tellement diminué, qu'on la réveillait à peine en comprimant d'arrière en avant le flanc droit entre les deux mains, manœuvre qui permettait de constater l'absence de tout empâtement, de toute résistance anormale. Les accidents gastriques, la constipation, ont totalement cédé, et le malade est sorti le 29, marchant droit et facilement, bien qu'il y ait encore entre la crête iliaque droite et les fausses côtes un rapprochement assez considérable.

— Le siége sous-aponévrotique du phlegmon est bien indiqué dans le cours de cette observation par la série des circonstances suivantes : 1° début pendant un mouvement brusque ; 2° absence de saillie, de submatité à la partie antérieure de l'abdomen; 3° forme aplatie et siége profond de l'empâtement; 4° attitude et douleurs de la cuisse ; 5° absence pendant deux mois de toute manifestation morbide vers l'intestin, le péritoine, qui réagissent si rapidement dans les cas de phlegmons intra ou sous-péritonéaux. On voit toute l'analogie de ce fait avec celui qui a été publié dans le numéro du 31 décembre 1861. Dans ces deux cas, début insidieux, crise tardive; mais dans celui-ci, le traumatisme semble bien plus nettement l'origine de l'affection. La différence la plus tranchée de l'un à l'autre est la marche de la suppuration, qui chez le premier malade s'était portée vers l'extérieur. Dans le cas actuel, l'évacuation a eu lieu par l'intestin, mode de terminaison en général favorable dans les abcès iliaques, mais rare surtout, et pour des raisons anatomiques faciles à comprendre dans la variété sous aponévrotique ; le ballonnement du ventre, la constipation, l'ictère, les nausées, ont bien annoncé cette expansion du foyer vers la masse intestinale, et peut-être doit-on attribuer à l'administration d'un purgatif, suivie de l'évacuation du pus, l'honneur du succès. Sans doute la perforation intestinale, contrairement à son mode le plus habituel, a été suffisamment large et directe dans le cas actuel, vu la rapidité et la persistance de la guérison qui lui a succédé.

La sortie libre et abondante du pus est d'une telle valeur, que si on eût vu apparaître une tumeur extérieure, même au moment de l'évacuation par l'intestin, on n'eût pas failli à une indication thérapeutique imposée par nombre de faits, celle de pratiquer une autre ouverture par le bistouri. Comme le prouve encore la terminaison malheureuse dans une observation récemment publiée, il y a lieu d'insister sur le précepte que nous avons rappelé en tête de cet article.

Névralgie iléo-lombaire et crurale, accompagnée de contractions choréiformes de la cuisse droite (coxalgie hystérique).

M. Gosselin traite depuis quelques jours dans ses salles, à l'hôpital de la Pitié, une jeune fille de dix-neuf ans atteinte de cette variété de douleur de la hanche avec claudication de temps à autre, que les cliniciens modernes, et notamment M. Robert (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*), ont désignée sous le nom de *coxalgie hystérique* ou *coxalgie nerveuse*.

Cette jeune fille a raconté qu'elle etait sujette depuis plusieurs années à des accès nerveux qu'elle ne peut pas bien préciser, et dont on n'a pas encore été témoin à l'hôpital ; que de plus elle a été atteinte, il y a quelques années, d'une affection semblable à celle dont elle se plaint aujourd'hui ; qu'elle a été à cette époque traitée par M. Michon à la Pitié, et qu'elle a été sinon guérie, au moins très-améliorée par les douches d'eau froide. Néanmoins elle a toujours ressenti quelques douleurs dans la hanche et la région iliaque droites, et a eu de temps en temps un peu de gêne dans la marche. Mais depuis quelques semaines les douleurs sont beaucoup plus fortes, la marche est devenue impossible, et la malade, obligée de renoncer à ses travaux de cuisinière, a dû rentrer à l'hôpital.

D'après les réponses aux questions qu'il lui adressait, M. Gosselin pensa d'abord qu'il s'agissait d'une maladie de la hanche. Mais en découvrant le membre, il remarqua qu'il était le siége d'un mouvement continuel consistant en une ascension avec rotation légère en dehors, bientôt suivies d'une descente et d'une rotation en dedans, c'est-à-dire du retour à la position naturelle de l'extension ; mais ce retour n'avait pas plutôt eu lieu que la rotation en dehors recommençait, et cette alternative de contraction et de relâchement était tellement régulière que M. Gosselin a pu, à diverses reprises, compter 35 à 40 de ces mouvements par minute. La malade accusait de plus une douleur dans le pli de l'aine, et cette douleur offrait ce caractère particulier d'augmenter surtout par la pression qu'on exerçait avec la main en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et dans une étendue de plusieurs centimètres au-dessus. Il n'était pas nécessaire que cette pression fût très-forte pour éveiller une sensation très-énergiquement accusée. Son siége principal a paru être celui des deux branches abdomino-crurales du plexus lombaire.

Mais il s'agissait de savoir si l'articulation de la hanche était malade, et si la sensibilité et les contractions cloniques de la fesse et de la cuisse étaient sous la dépendance d'une coxalgie articulaire. Le raccourcissement apparent du membre par suite de l'élévation du bassin, et une cambrure lombaire très-prononcée, portaient à le penser. Mais il n'était pas possible de compléter l'exploration par l'inspection des mouvements communiqués, car ces mouvements augmentaient la douleur et amenaient une contracture de presque tous les muscles périarticulaires.

Il fut décidé que l'on emploierait des frictions fortement chloroformées, et que si le lendemain l'état des choses persistait, la malade serait endormie avec du chloroforme.

A la visite du lendemain, M. Gosselin constata que les mouvements alternatifs de la cuisse et de la hanche n'existaient plus (ils avaient disparu après la troisième ou quatrième friction avec le liniment chloroformé) ; que le raccourcissement apparent avec élévation du bassin avait disparu ; que la malade exécutait elle-même tous les mouvements de la hanche, et qu'on pouvait communiquer à cette articulation tous les mouvements sans qu'ils fussent transmis plus qu'à l'état ordinaire au bassin et aux articulations sacro-vertébrale et vertébrales. On renonça donc à l'idée d'une maladie articulaire, et la persistance de la douleur, la localisation plus prononcée le long de l'épine iliaque antéro-supérieure firent penser à M. Gosselin qu'il s'agissait ici d'une névralgie iléo-lombaire très-intense, accompagnée par moments non pas de contractures ni même de convulsions passagères comme on l'a vu quelquefois dans la coxalgie dite nerveuse et dans la coxalgie hystérique de M. Robert, mais de contractions régulières suivies d'un relâchement alternatif et caractérisant les contractions cloniques.

Les choses durèrent ainsi, c'est-à-dire sans retour des contractions et avec persistance des douleurs névralgiques, pendant quelques jours. Puis, un matin, à la visite, M. Gosselin retrouva les mouvements cloniques de la cuisse, lesquels avaient reparu sans autre cause qu'une tentative pour se lever, conformément au conseil qu'on lui en avait donné. M. Gosselin en profita pour étudier les muscles qui se contractaient, et qui répétaient toujours environ trente-huit fois par minute les mouvements déjà indiqués de la cuisse. Il constata que c'étaient surtout le grand fessier et le tenseur du *fascia-lata*. Une crépitation sourde perçue avec la main au niveau du grand trochanter, et la sensation d'une induration sur le trajet du muscle fessier à chacun des mouvements d'élévation et de rotation en dehors ne laissaient pas de doute sur la contraction de ce muscle, et le soulèvement continuel de la peau au côté externe de la cuisse ne permettait pas de douter non plus de la mise en jeu du tenseur. D'ailleurs, en même temps que les contractions cloniques avaient reparu, la malade avait une recrudescence de douleur dans tout le côté droit de la paroi abdominale, et notamment au voisinage de l'épine iliaque.

En présence de cette recrudescence, M. Gosselin s'empressa de mettre à exécution le projet qu'il avait eu dans le principe, de soumettre la malade à l'anesthésie. Il y a environ trois semaines que ce projet s'est réalisé. La malade a été facilement endormie, et l'on a vu cesser aussitôt les contractions. Non-seulement elles n'ont pas reparu après le réveil, mais elles ne se sont pas reproduites depuis, et la malade a éprouvé une diminution tellement notable de ses souffrances qu'elle peut tous les jours se lever et marcher. Cependant elle a toujours une douleur iléo-lombaire sourde, augmentant à la pression; elle est dyspeptique, a peu d'appetit, se plaint souvent de malaises variés, comme font tant de femmes chlorotiques et nerveuses. Elle est traitée en ce moment par l'hydrotherapie et les pilules de Vallet.

TUMEUR DU SINUS MAXILLAIRE DROIT.

Opération; mort par syncope.

(Communiqué à la Société de chirurgie par MM. Trélat et Dolbeau, dans la séance du 28 mai 1862.)

M... (Joséphine), âgée de sept ans, est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Eugénie, n° 20, le 15 mai 1861, et a été opérée le 6 mai 1862.

Nous avons pu obtenir les renseignements suivants : le père et la mère de la petite malade sont d'une constitution robuste et habituellement bien portants. Il ne paraît y avoir dans la famille aucun antécédent diathésique.

L'époque exacte du début de la maladie est restée incertaine; les souvenirs de la mère sont très-confus et ses récits souvent contradictoires. Elle dit qu'il y a environ dix-huit mois, l'enfant se plaignit de souffrir des dents; on remarqua alors que la joue était un peu gonflée; et en pressant, on sentit au milieu de la joue une grosseur dure, immobile, et du volume d'une noix. Tous ces symptômes furent mis sur le compte de la dentition.

La mère fut peu de temps après obligée de se séparer de son enfant, qu'elle mit en garde en province.

De temps en temps on lui annonçait que la petite fille continuait à se plaindre, et que la joue grossissait de plus en plus. Au bout de six mois, la mère rappela sa fille près d'elle; c'est alors qu'effrayée par le volume de la joue et par la difformité qui en résultait, elle consulta un médecin qui lui donna le conseil de faire entrer sa fille à l'hôpital, où elle fut admise le 15 mai 1861.

La tumeur à cette époque présentait déjà un volume considérable; M. Marjolin hésita à l'enlever. Depuis, la grosseur a augmenté graduellement de volume, et dans ces derniers temps, son développement n'a pas cessé.

Voici quel est l'état actuel de la petite malade :

La moitié droite de la face est occupée par une saillie volumineuse, hémisphérique, uniformément arrondie, du volume d'une très-grosse orange. La peau de la joue est tendue, luisante, sillonnée de quelques veines, surtout à la partie supérieure.

La paroi inférieure de l'orbite est repoussée en haut ; le globe de l'œil est caché en grande partie sous la paupière supérieure et en dedans ; il n'y a guère de visible que la moitié inférieure de la cornée; La paupière inférieure se trouve soulevée en avant, en sorte que l'œil a l'air d'être enfoncé dans l'orbite. Cet organe est, du reste, parfaitement sain; la vision est intacte; larmoiement.

Un peu au-dessous du bord libre de la paupière, vers l'angle interne, au-devant du sac lacrymal, on trouve une croûte jaunâtre, qui recouvre une ulcération déjà ancienne. Cette ulcération est superficielle, sans connexions avec la tumeur.

Le nez est dévié fortement à gauche : la tumeur, en se développant et en refoulant la fosse nasale, a fait disparaître le dos du nez au niveau duquel elle est parvenue. L'aile du nez, du côté correspondant, a été attirée en bas et en dehors, par suite du soulèvement considérable et de la distension de la peau de la joue. La narine droite est élargie, déformée, située bien au-dessous de la gauche. En explorant la fosse nasale, on constate un refoulement en dedans de toute la paroi externe de cette cavité. Cependant il y a encore, entre la tumeur

---

Le pronostic en général n'est pas grave, mais dans certaines circonstances il peut le devenir par les complications.

Le traitement est décrit avec une minutieuse attention, et pour chacun des cas qui se peuvent présenter, suivent quelques considérations sur le traitement hygiénique et prophylactique.

La dyspepsie chronique ou habituelle est la dyspepsie proprement dite ; elle peut être aussi gastrique ou intestinale.

La dyspepsie gastrique, sous le rapport des symptômes, est 1° simple ; 2° nerveuse (gastralgie) ; 3° flatulente ; 4° acide ; 5° par irritation. Nous n'appellerons l'attention que sur cette dernière forme, parce qu'elle n'a point été décrite par les auteurs et qu'elle ne paraît point avoir suffisamment fixé l'attention des praticiens... « Cette variété n'a point de caractères pathognomoniques nettement tranchés ; ce qui la distingue surtout, c'est que la plupart des moyens qui conviennent aux autres variétés de dyspepsie, qui les soulagent ou les guérissent, ne sauraient lui convenir et ne peuvent que l'entretenir ou l'aggraver. » Au reste, suivant le vieil adage : *Naturam morborum curationes ostendunt*, M. Nonat a vu, par le succès du traitement, que la désignation de *dyspepsie par irritation* était la seule qui pût lui convenir ; ce contrôle, l'auteur l'a demandé à la médication révulsive, qui lui réussit toujours dans ces cas (vésicatoire volant, frictions à l'huile de croton).

La dyspepsie intestinale a aussi ses variétés ; nous retrouvons : 1° la forme simple; 2° nerveuse; 3° flatulente ; 4° la dyspepsie intestinale par irritation, et c'est là ce que l'auteur a appelé *entérite glaireuse:*

La dyspepsie gastrique peut se confondre avec la gastrite chronique, l'ulcère simple, le cancer, le rétrécissement de l'orifice cardiaque ou de l'orifice pylorique, les hernies de la ligne blanche. La dyspepsie intestinale essentielle doit être distinguée de la dyspepsie symptomatique d'une entérite chronique et du cancer de l'intestin.

De plus, ces dyspepsies pouvant reconnaître pour cause une lésion fonctionnelle du tube digestif, il faut déterminer si l'affection ne vient pas d'une lésion de la mastication, de l'insalivation, de la sécrétion gastrique, biliaire, etc. Enfin, il faudra savoir reconnaître si l'on a affaire à des dyspepsies sympathiques, comme cela arrive si souvent dans les affections utérines.

Le pronostic, on le comprend, varie autant que les formes, les causes, l'ancienneté, etc.

Nous sommes arrivé au point important, au but du travail, aux déductions thérapeutiques.

L'auteur passe en revue et étudie tour à tour chacune des médications, et indique les cas dans lesquels elles doivent être employées : ainsi les médications émolliente, calmante, antispasmodique, les médications révulsive, alcaline, acide, absorbante, excitante, tonique, névrosthénique, diastésique, vomitive, purgative, altérante, etc. Nous ne pouvons suivre chaque chapitre, car ils ne sont point de ceux qu'on peut résumer en une phrase ; ils ne sont point de ceux que les auteurs ont cherché à gonfler de grands mots pour leur donner plus de poids, oubliant que les paroles vides de sens ne pèsent rien pour le lecteur, qui les réduit à leur juste valeur en les condensant en un mot. Ici chaque phrase a sa portée, et chaque fait est tellement enchaîné aux faits précédents et aux suivants, qu'il est impossible d'en extraire quelque fragment sans comprendre que pour être appréciateur fidèle, il faudrait transcrire le chapitre en entier.

Après le traitement curatif vient le traitement hygiénique, et dans la question qui nous occupe, ce point est des plus utiles; on comprend, en effet, qu'une saine hygiène doive aider considérablement la guérison de la dyspepsie. Ainsi le médecin devra guider le malade dans le choix de ses aliments, de ses boissons, au point de vue de la quantité et de la qualité, etc.

M. Nonat a résumé ensuite le traitement de chaque forme de dyspepsie, afin de faciliter au praticien la médication à employer dans la forme gastrique simple, dans la forme gastrique atonique, gastrique par irritation, etc.

Enfin, pour couronner son œuvre, l'auteur donne le traitement préventif. La prophylaxie de la dyspepsie n'est pas certes la partie la moins importante ; grâce à ce dernier chapitre, ce livre, que chaque praticien aura bientôt dans sa bibliothèque, pourra entrer sans se fourvoyer dans toutes les familles, pour être consulté chaque jour, à chaque heure. On arriverait peut-être ainsi à détruire une des affections les plus communes et en même temps les plus rebelles, les plus opiniâtres, et celle qui peut-être amène le plus vite la dégradation physique du corps, en s'opposant d'une façon constante et continue à l'acte de la réparation. Dr Léon Marchand.

et la cloison, un certain espace qui permet à l'air de passer. La membrane muqueuse est parfaitement saine. Elle ne présente ni rougeur ni ulcérations.

L'ouverture de la bouche a subi aussi des modifications importantes : la commissure droite a été attirée en bas et en dehors, en même temps elle est plus en avant que la commissure gauche.

Si on fait ouvrir la bouche à l'enfant, voici ce que l'on constate : Les dents de la mâchoire supérieure manquent toutes du côté droit, à l'exception d'une molaire qui est fortement ébranlée. En avant, il y a les quatre incisives; ces dents sont déviées et sont dirigées vers le côté gauche.

Plus en arrière, on constate la présence de la tumeur : en effet, la voûte palatine est refoulée en bas dans toute sa partie droite; entre le côté droit et le gauche, il y a une différence d'un centimètre comme niveau. En dehors, toute la paroi externe du maxillaire est soulevée, repousse la joue, puis descend d'un centimètre et demi au-dessous de l'arcade alvéolaire. Il en résulte que lorsque les mâchoires sont rapprochées, la tumeur recouvre la face externe de la mâchoire inférieure.

La membrane muqueuse buccale est partout normale et parfaitement libre.

Par la vue et par le toucher, il est facile de s'assurer que la tumeur n'a pas envahi le pharynx. Le voile du palais est normal.

Si par le toucher on cherche à explorer cette tumeur, on constate facilement que le produit est partout recouvert d'une lame osseuse; aussi la surface est-elle partout régulière, ferme, résistante, osseuse; dans quelques points cependant il y a moins de résistance, et on acquiert la certitude que le contenu est probablement un peu moins dur que l'enveloppe. L'exploration n'est pas douloureuse : jamais l'enfant n'accuse de sensation pénible. Les douleurs ont cessé avec la chute des dents.

Il est impossible de constater l'engorgement des ganglions, ils sont tous normaux.

La respiration, la phonation, la déglutition sont intactes. La santé générale est bonne, l'enfant a bon appétit et digère très-bien. Son teint a conservé toute sa fraîcheur.

Diagnostic. — Les symptômes que nous avons indiqués successivement, permettent d'affirmer que nous avons à traiter une tumeur dont le siége anatomique est le sinus maxillaire; que cette tumeur, née du sinus, a refoulé successivement toutes les parois, en poussant devant elle, mais sans les altérer, les organes voisins.

C'est ainsi que nous pouvons retrouver la tumeur faisant saillie dans la cavité de l'orbite, dans celle de la fosse nasale, enfin, dans la bouche. La joue a été considérablement distendue, mais les téguments, les différentes membranes muqueuses sont restés intacts.

Toutes les cavités voisines de la tumeur sont refoulées, diminuées d'étendue, mais aucune n'a été envahie; en un mot, c'est une tumeur du sinus avec distension énorme de cette cavité, mais sans prolongement aucun : l'ablation de la mâchoire supérieure permettra d'enlever certainement toute la tumeur.

Quant à la nature du produit pathologique, voici notre opinion : La bonne santé de l'enfant, l'absence de douleurs, l'ancienneté de la maladie, la consistance uniforme de la tumeur, nous portent à rejeter l'idée d'une tumeur de mauvaise nature. Ajoutons à tous ces signes la délimitation très-franche de la maladie, l'intégrité de la muqueuse.

La grande fermeté de la tumeur nous fait admettre une tumeur fibro-osseuse, peut-être fibro-cartilagineuse avec coque osseuse. La nature favorable du produit, la possibilité d'enlever toute la tumeur sans lésions d'organes importants, nous ont engagé à pratiquer l'opération suivante :

1° Incision médiane, comprenant la lèvre supérieure, le nez jusqu'à l'angle interne, sans cependant joindre cet angle.

2° Incision horizontale circonscrivant la paupière inférieure et allant rejoindre la première incision.

3° Dissection du lambeau, mise à nu de la tumeur, ligature de deux branches de la faciale.

4° Avec un gros scalpel on enlève la paroi externe de la tumeur, et on cherche l'énucléation du produit pour conserver la mâchoire.

5° Ablation de la mâchoire en totalité avec la cisaille de Liston.

L'opération terminée, après vingt minutes, on constatait une large anfractuosité dans le fond de laquelle se voyait l'apophyse ptérygoïde intacte et le voile du palais. La paroi inférieure de l'orbite a été conservée grâce à une petite fracture qui l'a séparée de la tumeur. Pas d'artère et par conséquent pas d'écoulement sanguin.

Pendant tout ce temps l'enfant a été peu chloroformisée, ainsi qu'on le fait toujours dans les opérations sur la face.

Vers le milieu de l'opération elle a vomi quelques cuillerées de sang qui étaient tombées dans l'estomac.

Quelques boulettes de charpie sèche sont placées dans le fond de la plaie; et l'enfant se lève seule pour boire un peu de vin. Elle est pâle, mais elle parle et respire bien.

6° On procède aussitôt à la suture des chairs. Cette réunion dure une demi-heure; elle est faite avec des fils de chanvre, par points séparés, nombreux et très-rapprochés. A chaque aiguille l'enfant se plaint; mais on obtient d'elle, par le raisonnement, une immobilité suffisante. Pas le moindre écoulement sanguin.

Le tout fini, l'enfant se met sur son séant et boit une deuxième fois du vin sucré. Elle est alors confiée aux religieuses qui l'emportent.

Dix minutes après, on vient chercher du secours; nous arrivons et nous trouvons l'enfant en pleine syncope. Immédiatement on lui place la tête en bas, on pratique la respiration artificielle, la cautérisation au fer rouge, l'électrisation du nerf phrénique et du diaphragme. Malgré tous ces moyens appliqués aussitôt, l'enfant a succombé à cette syncope.

Autopsie faite trente heures après la mort. — Rien d'appréciable dans le cerveau ni dans les méninges; le cœur et les gros vaisseaux qui en partent sont complétement vides de sang.

Les poumons présentent une très-légère congestion à leur partie postérieure.

Le thymus a un volume insolite pour l'âge de l'enfant. Dans l'angle formé par la trachée et la bronche droite on trouve un ganglion abcédé de la grosseur d'un œuf de poule; il refoule en dehors le sommet du poumon droit.

Rien dans les autres viscères; l'estomac est vide, ne contient pas de sang; la membrane muqueuse est saine; le larynx, l'arrière-gorge, n'étaient occupés par aucun corps étranger quelconque.

Quant à la tumeur, elle était enveloppée dans tous ses points par une coque osseuse provenant évidemment de la distension des parois du sinus maxillaire.

La cavité était remplie d'une masse très-uniforme comme aspect et comme consistance. On pouvait très-bien couper le produit pathologique avec un fort scalpel. Ce tissu, d'apparence grumeleuse, avait une coloration blanc-jaunâtre; on voyait quelques points plus brillants rappelant l'aspect du cartilage. La tumeur était peu ou pas vasculaire.

L'examen microscopique a été confié à M. Broca, qui nous a remis la note suivante :

« Cette tumeur renferme partout un mélange, en proportion variable de tissu cartilagineux et de tissu osseux. La substance osseuse forme un réseau qui probablement n'est pas partout continu, car j'ai cru voir en certains points des îlots microscopiques d'ossification, isolés au milieu du cartilage. Il y a des parties de la tumeur où la substance osseuse prédomine tellement, qu'on y trouve à peine çà et là quelques petits amas de cellules cartilagineuses; ailleurs, au contraire, la prédominance appartient bien manifestement à la substance cartilagineuse.

» Au microscope, la partie cartilagineuse se compose :

» 1° D'éléments cartilagineux de 0mm,02 à 0mm,06 et même davantage, très-nombreux, très-serrés, très-réfringents;

» 2° D'une gangue relativement peu abondante, peu résistante, où l'on aperçoit çà et là quelques fibres de tissu conjonctif (il y a des préparations où je n'ai trouvé aucune trace de tissu conjonctif).

» La partie osseuse présente tous les degrés d'organisation, depuis le simple dépôt de matière calcaire dans la gangue du cartilage, jusqu'à la forme définitive de tissu osseux aréolaire. »

Ce fait m'a suggéré les réflexions suivantes :

Il est évident qu'il n'y a pas eu erreur de diagnostic, et alors on est en droit de se demander si les enfants supportent plus difficilement que les adultes les grandes opérations, et si dans ce cas particulier l'opération de la résection du maxillaire supérieur, qui offre peu de gravité chez l'adulte, en aurait une beaucoup plus grande chez les enfants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 mai 1862. — Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. TRÉLAT. J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société, au nom de M. Dolbeau et au mien, un fait qui nous a paru digne d'intérêt. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. MARJOLIN. J'ai un renseignement important à fournir à M. Trélat. Ce n'est pas seulement une fois qu'une semblable opération a été faite avec ce résultat, mais c'est la seconde fois.

M. GUERSANT. M. Trélat n'a pas parlé de l'hémorrhagie, et cependant cela était nécessaire. Je ne crois pas que les résections chez les enfants soient plus graves que chez les adultes; je pense même qu'ils supportent mieux les opérations en général. Pour ce cas particulier, je n'aurais pas hésité à faire l'opération.

M. GOSSELIN. Je désire savoir à quelle nature d'accidents l'enfant opéré par M. Marjolin a succombé.

M. MARJOLIN. L'observation de cet enfant est dans nos *Bulletins*. Il y avait eu hémorrhagie incessante du rebord alvéolaire avant l'opération, d'où anémie très-grande. Je fus obligé d'intervenir, et j'enlevai les deux tiers du rebord alvéolaire. L'enfant ne fut pas chloroformé; il n'y eut pas de perte de sang ni pendant ni après l'opération. Au bout de trois quarts d'heure, cet enfant s'affaissa, et il s'éteignit insensiblement.

M. BOINET. Je voudrais savoir si l'enfant dont M. Trélat vient de parler a été soumis à l'action du chloroforme. S'il a été chloroformé, je crois qu'il n'aurait pas fallu le faire. En effet, toutes les opérations pratiquées sur la face, surtout chez les enfants, doivent être exécutées sans chloroforme, parce que le sang peut être avalé, et dès lors l'hémorrhagie passe inaperçue.

M. HUGUIER. A-t-on fait l'autopsie dans le cas rapporté par M. Trélat? A-t-on examiné le tube digestif? Il me semble que l'hémorrhagie aurait bien pu être latente si l'enfant avait dégluté le sang pendant l'opération et après qu'il a été transporté dans son lit.

M. TRÉLAT. Le cas de M. Marjolin a beaucoup d'analogie avec celui que j'ai rapporté. L'opération, il faut le reconnaître, a été un peu longue, et sa trop grande durée pourrait bien être une des causes qui ont amené la mort dans ce cas-ci. Il n'y avait pas de sang dans l'estomac. Je crois pouvoir expliquer la mort par une syncope facile chez les enfants, parce qu'ils s'épuisent plus facilement.

M. GUERSANT. J'approuve ces dernières réflexions. Il est, en effet, très-important d'opérer rapidement chez les enfants. Si le malade de M. Dolbeau a succombé, c'est sans doute à cause de la longueur de l'opération.

M. LARREY. J'ajoute à l'opinion de M. Guersant que c'était là aussi l'opinion de Dupuytren. Il pensait que les opérations pouvaient amener un épuisement nerveux et la mort.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que la conclusion est fondée : ce n'est pas le chloroforme qui a causé la mort. Quant à exclure l'usage du chloroforme dans les opérations de la face, comme le veut M. Boinet, je ne le crois pas bon. J'ai fréquemment enlevé des tumeurs érectiles par l'écraseur linéaire, sur le front, sur toutes les régions de la face; comme l'opération était un peu longue, j'ai eu recours au chloroforme, et je n'ai jamais été témoin d'aucun accident. J'ai chloroformé des enfants qui avaient déjà été effrayés par une première tentative pour l'ablation des amygdales, et je n'ai pas eu à m'en repentir. Je chloroforme donc dans ces cas, mais avec cette réserve que je ne produis point une anesthésie profonde. Je rentre complétement dans l'opinion exprimée par M. Guersant : c'est qu'il est dangereux de faire des opérations longues : on s'expose alors à la mort par syncope. J'ajoute, en terminant, que dans les opérations de la face il faut toujours que l'opéré soit dans la position horizontale, et que l'on évite de lui relever la tête.

M. GIRALDÈS. Il existe des cas dans lesquels les enfants ont succombé sous l'influence d'une simple intimidation. Dans le cas présent, il pourrait se faire que le chloroforme n'étant pas en cause, la mort ait été produite par l'impression d'une sorte de terreur. Je me joins à M. Chassaignac, et comme lui je crois que l'on peut sans inconvénient chloroformer les enfants, si l'on a soin de les tenir couchés. Dans cette situation, le sang s'écoule dans le pharynx, mais non dans le larynx. M. Trélat a parlé du produit morbide, et il a dit que le tissu ostéo-cartilagineux qui le constituait était rare. Je ne suis point de cet avis. Dans les Indes ces tumeurs sont assez communes, et M. O'Shangnessy (de Calcutta) en a publié un très-grand nombre d'exemples chez les enfants indiens.

M. BROCA. Relativement à la théorie de l'épuisement nerveux, il convient de ne pas se payer de mots. Dans la pensée de Dupuytren, cette expression signifiait mort par excès de douleur. Or aujourd'hui les conditions sont bien différentes, il s'agit de cas de mort chez des individus qui ont été chloroformés; on ne peut plus dès lors invoquer l'excès de douleur. Il faut donc chercher ailleurs l'interprétation de la cause de la mort dans ces cas.

M. LARREY. Je me range volontiers à cette manière de voir. Cependant, il faut reconnaître aussi que dans l'idée de Dupuytren l'épuisement nerveux rappelait la faiblesse, la prostration, et non uniquement l'excès de douleur.

M. BLOT. Tout en partageant l'opinion de M. Broca, je pense qu'il faudrait donner quelques explications. Quand on emploie le chloroforme, on peut trouver trois états différents. Dans la première classe on trouve des opérés qui ont l'aspect d'un cadavre; ils sont insensibles à toute sorte d'excitations. Pour ceux-là, je crois que M. Broca a raison; ce n'est pas la douleur qui les a épuisés. Dans une deuxième classe de malades chloroformés, l'effet du chloroforme est de déterminer des mouvements, mais en rapport bien évident avec la douleur. Quand ces malades s'éveillent ils ne se souviennent de rien; mais il y a eu douleur, sans contredit; le système nerveux a été influencé, et pour eux, certainement, la mort par épuisement nerveux peut se produire. Dans une troisième catégorie, je place les individus qui, sous l'influence du chloroforme, exécutent des mouvements désordonnés, qui s'agitent sans que la douleur en soit cause, qui ont des rêves et se comportent d'après eux. Ici la douleur ne joue aucun rôle, et par conséquent l'épuisement nerveux ne peut être la cause de la mort. J'ai observé un cas dans lequel la mort a eu lieu sans opération, sans chloroforme, par le seul effet de la prolongation de la douleur. En résumé, je pense qu'il ne faut pas absolument rejeter l'épuisement nerveux comme cause de mort, même chez les individus chloroformés.

M. LARREY. Je rappellerai à la Société que lors de la discussion sur le chloroforme qui a eu lieu ici, on a abordé cette question.

M. BOINET. Je n'ai pas parlé des opérations sur la face, mais seulement de celles qui sont pratiquées sur la bouche.

M. TRÉLAT. Je n'ai rien à ajouter. Tout le monde est d'accord sur la cause de la mort dans le cas que je présente. Cependant, M. Giraldès a parlé de l'influence de la terreur; mais c'est toujours là une sorte d'épuisement nerveux.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. VERNEUIL. J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société le résultat d'une opération que j'ai faite à une femme qui avait une nécrose phosphorée du maxillaire supérieur.

Nécrose phosphorique de la mâchoire supérieure. — Début à gauche. Progrès continu; envahissement du maxillaire droit. Accidents arrêtés par une opération. Guérison. Réparation spontanée de la voûte palatine. Projet de prothèse.

Une femme de vingt-cinq ans, habituellement bien portante, n'offrant aucune trace de syphilis ou de scrofule, est couchée au n° 42 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, au mois de septembre 1861. Elle est affectée d'une nécrose étendue de la mâchoire supérieure.

Depuis longtemps occupée à peser des allumettes chimiques, elle commença en 1859 à éprouver une céphalalgie très-intense et des douleurs vives à la face, surtout au niveau du maxillaire supérieur gauche; elle continua néanmoins son travail; mais au commencement de l'été 1861 les souffrances augmentèrent. Toutes les dents de la mâchoire supérieure s'ébranlèrent à gauche; il se forma du gonflement, des abcès, des fistules aux gencives, et une suppuration très-abondante et très-fétide inonda continuellement la bouche.

Un médecin constata la dénudation étendue du maxillaire gauche, arracha toutes les dents vacillantes et réséqua par fragments le bord alvéolaire correspondant. La maladie, jusqu'alors, n'avait pas dépassé la ligne médiane; mais cette limite fut bientôt franchie; les douleurs continuèrent, l'inflammation se propagea peu à peu du côté droit; les dents devinrent saillantes, à l'exception de la troisième molaire (la deuxième manquait depuis longtemps); la suppuration et les abcès se montrèrent. A droite, la voûte palatine fut dénudée, ainsi que toute la partie antérieure du maxillaire droit. A l'extérieur, la tuméfaction et la rougeur occupaient toute la joue, le commencement de la région parotidienne et la paupière inférieure. Le pus sortait en abondance des gencives, des fosses nasales et de la voûte palatine. Le mal progressait sous nos yeux, de jour en jour il envahissait le côté droit et menaçait de dénuder et de mortifier la totalité du maxillaire correspondant. Fièvre hectique; insomnie; dégoût des aliments; intoxication lente par les matières putrides issues du foyer buccal et avalées sans cesse. L'état paraissait assez sérieux pour motiver l'intervention. Toutefois, si la dénudation du maxillaire était évidente, si la formation d'une nécrose considérable était manifeste, il était tout aussi certain que la marche du mal n'était pas achevée et que la mortification faisait des progrès. Ajoutons que les séquestres étaient tout à fait immobiles; aussi pouvait-on croire que le travail de séparation était ou nul ou très peu avancé.

Dans ces circonstances, une opération n'était guère indiquée; car on s'accorde à dire que les diverses amputations ou résections pratiquées dans les cas de nécrose phosphorique n'ont aucune utilité, qu'elles ne calment point les accidents, n'entravent point la marche du mal et n'empêchent pas la propagation aux parties osseuses que l'altération n'a cependant point encore envahies.

Malgré ces raisons, qui semblaient militer pour l'abstention, je passai outre, pensant qu'une résection portant uniquement sur les parties nécrosées ne pourrait entraîner un danger sérieux; qu'une voie large et facile ouverte à la suppuration empêcherait la stagnation et la putréfaction du pus, et qu'enfin la soustraction des os jouant le

rôle de corps étrangers pourrait atténuer l'irritation des parties molles et modérer les accidents inflammatoires. Je résolus donc de me comporter, abstraction faite de la cause spécifique du mal, comme si j'avais affaire à une nécrose simple. Je répète encore qu'à ce moment je ne croyais pas à l'isolement des séquestres, qui paraissaient tout à fait immobiles.

Je procédai de la manière suivante : Pour agir en liberté, je fendis la lèvre supérieure dans toute sa hauteur, depuis la narine gauche jusqu'au bord libre à gauche du lobule médian. J'incisai la gencive verticalement et mis à nu le bord alvéolaire sur la ligne médiane. Engageant alors une branche de la pince de Liston entre la voûte palatine et la muqueuse décollée du palais, l'autre dans la narine gauche, je coupai la voûte palatine osseuse d'avant en arrière, jusqu'à l'insertion du voile du palais.

J'incisai encore, dans une petite étendue et horizontalement, la muqueuse qui recouvrait la partie antérieure des deux maxillaires, et je pus alors, avec une sonde cannelée, isoler largement des parties molles la face superficielle du maxillaire gauche.

Saisissant alors cet os par le bord alvéolaire, et à l'aide d'un bon davier, je cherchai à lui imprimer quelques mouvements. A ma grande surprise, une traction très-modérée suffit pour ébranler un volumineux séquestre comprenant à peu près toute la moitié gauche de la mâchoire, moins le plancher de l'orbite et la paroi postérieure de l'antre d'Highmore. L'extraction se fit assez aisément.

Je reportai mon davier sur le maxillaire droit, grâce à la voie large ouverte par l'ablation du premier séquestre; mais je ne pus enlever ici qu'un petit nombre de fragments dont les uns étaient libres, dont les autres, tout à fait fixés au reste de l'antre, durent être fracturés et arrachés. De ce côté, la nécrose n'avait donc pas encore atteint la période de séparation.

J'abandonnai à la nature le soin de détacher et d'éliminer le reste des séquestres.

Toute cette opération fut prompte et n'amena qu'une perte de sang insignifiante. Une injection poussée dans le foyer de la nécrose fit sortir une grande quantité de pus grumeleux, concret et d'une odeur infecte. La lèvre supérieure fut réunie par quatre points de suture. La muqueuse palatine formait un grand lambeau flottant dans la bouche et tombait sur la langue; elle était libre et détachée dans toute l'étendue correspondant au maxillaire gauche, et ne tenait plus aux parties adjacentes que par le voile du palais en arrière et par ses adhérences au bord alvéolaire droit.

Je songeai d'abord à fixer ce lambeau à la joue par deux ou trois points de suture, mais je crus pouvoir remettre à plus tard cette opération.

L'opération eut le plus heureux succès. La rougeur, la douleur, la suppuration diminuèrent rapidement, et à partir de ce jour les progrès de la nécrose s'arrêtèrent. La tuméfaction des gencives diminua, les trois fistules se rétrécirent; pendant plusieurs semaines quelques séquestres plus ou moins volumineux se détachèrent, et furent extraits soit par moi, soit par la malade; après quoi tout cessa, et le travail réparateur s'effectua spontanément. La muqueuse palatine, qui formait un lambeau horizontal flottant, se solidifia peu à peu, et acquit une telle résistance qu'aujourd'hui elle constitue un plafond buccal aussi solide que par le passé, et occupant à peu près sa position naturelle.

Il est évident qu'une lame osseuse s'est reproduite, et qu'il existe une voûte palatine de nouvelle formation. La muqueuse palatine, avant de prendre de la consistance et de réoccuper sa position normale, s'était rétrécie par la rétraction inodulaire de sa face supérieure; elle formait du côté de la langue une saillie convexe trop étroite pour combler transversalement tout l'espace compris entre les deux côtés de l'arcade alvéolaire; de sorte qu'en avant, derrière les incisions et du côté gauche, existait une scissure assez large faisant communiquer librement la bouche avec les fosses nasales. Cette communication est aujourd'hui complétement effacée, le rebord alvéolaire du maxillaire gauche s'étant spontanément rapproché de la ligne médiane. Je dis rebord alvéolaire, je devrais ajouter de nouvelle formation. En effet, l'ancien bord alvéolaire a été enlevé à l'état de séquestre; mais sans doute le périoste a sécrété de nouvelles couches osseuses, car à la place de l'ancien maxillaire on sent une résistance qui ne peut être due qu'à des pièces osseuses : il s'est passé pour les parties supérieures le même phénomène qu'à la voûte palatine.

La difformité est actuellement très-peu marquée. La lèvre supérieure est seulement un peu déprimée; elle n'est plus verticale, mais oblique en bas et en arrière. Son bord libre toutefois touche facilement celui de la lèvre inférieure; celle-ci chevauche au-devant d'un demi-centimètre environ. Le nez a conservé sa forme intégrale; les narines sont seulement un peu obliques en bas et allongées d'avant en arrière. Il faut une certaine attention pour retrouver sous forme d'une ligne cicatricielle très-étroite le vestige de l'opération préliminaire pratiquée.

La déglutition s'effectue très-aisément; la mastication est naturellement imparfaite, puisqu'il n'existe plus qu'une dent à droite et en haut; elle se fait à peu près comme chez les vieillards, entre la langue et la voûte palatine.

La santé générale est très-bonne, les digestions régulières, la nutrition convenable. L'articulation des sons seule est notablement modifiée. La parole est sourde et nasonnée, cependant parfaitement compréhensible; les mots sont tous prononcés, mais avec moins de pureté et de netteté que dans l'état normal.

Cette femme est très-contente de sa guérison, mais elle voudrait mieux, c'est-à-dire le rétablissement plus complet de la forme et des fonctions buccales; elle est venue me consulter surtout pour savoir si elle pourrait porter un râtelier maxillaire supérieur (la mâchoire inférieure, qui n'a éprouvé aucune atteinte, est garnie de dents saines et bien rangées); or je pense que la prothèse peut trouver ici une utile application. Un râtelier repoussera en avant la lèvre supérieure, permettra la mastication et améliorera certainement la prononciation. A la vérité, on n'aura qu'un seul point d'appui solide à la mâchoire supérieure, puisqu'il n'existe plus qu'une molaire, très-solidement implantée du reste. La convexité et l'abaissement léger de la voûte palatine sont défavorables, mais en revanche, sur tout le côté gauche et derrière les incisives, il existe, entre la muqueuse du palais d'une part, les lèvres et la joue d'autre part, un sillon profond répondant à l'ancien bord alvéolaire, et qui servira utilement à l'enclavement de la pièce prothétique. Il serait d'ailleurs possible de prendre un point d'appui sur la mâchoire inférieure à l'aide d'un ressort vertical placé au fond de la bouche du côté gauche. Avec les progrès si remarquables de la prothèse, les difficultés seront, à mon avis, facilement surmontées, et les dégâts causés par une affection aussi grave et aussi étendue seront réduits au minimum.

En résumé, le but de cette communication est de montrer le mode de réparation spontanée que la nature seule a mis en usage; puis d'en appeler de l'opinion générale qui proscrit toute tentative opératoire avant la limitation de la maladie et la constatation de la mobilité des séquestres. Si j'avais tardé davantage à opérer, les désordres eussent été, je crois, plus étendus. Je n'aurais pas sauvé une partie du maxillaire droit et une dent qui peut aujourd'hui rendre de grands services. J'ignore d'ailleurs si les accidents inflammatoires, les douleurs, la suppuration infecte, qui provoquaient déjà des accidents généraux graves, n'auraient pas compromis l'existence même de la malade. Ce fait prouve encore qu'un séquestre, malgré un travail d'isolement déjà bien avancé, *peut paraître tout à fait immobile*, parce qu'il est en continuité avec des parties osseuses récemment mortifiées et encore fixes. La segmentation du séquestre, quand elle est praticable aisément et à peu de frais, éclaire le diagnostic. C'est une manœuvre d'exploration, en même temps qu'un palliatif dont l'utilité, au moins dans le cas actuel, n'est guère contestable.

DISCUSSION.

M. TRÉLAT. On observe encore sur le côté gauche un pertuis fistuleux; M. Verneuil croit qu'il est entretenu par quelques racines dentaires, mais je pense, de mon côté, qu'il y a peut-être encore là quelque fragment d'os nécrosé. Je suis d'avis d'appliquer un appareil prothétique.

Quant au fait en lui-même, on a discuté pour savoir si des opérations auraient pour effet de limiter la nécrose phosphorée. Plusieurs chirurgiens ont opéré dans ce but; eh bien, je proteste, comme j'ai protesté dans ma thèse sur ces opérations; nous ne pouvons pas fixer des limites au travail de nécrose. M. Verneuil a fait simplement l'ablation de séquestres; le résultat est excellent, et cela doit être. J'ai cité dans ma thèse un cas de Blandin, qui enleva avec succès dans ces conditions le maxillaire inférieur.

M. VERNEUIL. Rien ne prouvait que les séquestres étaient mobiles, et la preuve c'est qu'à droite le séquestre était fixe; j'ai dû le détacher avec la pince de Liston.

M. TRÉLAT. Si j'ai bien compris M. Verneuil, il me semble qu'il n'a pas fait une véritable résection; il a tout simplement enlevé des séquestres un peu hâtivement. M. Verneuil croit avoir arrêté le travail de nécrose, je ne suis pas de son avis.

M. BROCA. Le fait de Blandin est relatif à une fille qui avait déjà éliminé des séquestres; le périoste était complétement conservé et détaché; quelques dents tenaient encore, l'os nouveau existait déjà. Blandin se contenta de sectionner l'os nécrosé, afin de pouvoir l'extraire plus facilement. C'était une opération non sanglante.

— M. MARJOLIN. Je veux consulter la Société sur l'opportunité d'une opération à faire sur une petite fille qui porte une tumeur congénitale sur le front. La nature de cette tumeur, qui me paraît érectile, n'étant pas évidente, je voudrais savoir d'abord le diagnostic précis, puis s'il convient de faire l'opération de suite ou attendre.

M. CHASSAIGNAC. Il faudrait savoir si la tumeur a fait beaucoup de progrès depuis peu de temps.

M. GIRALDÈS. Je crois que cette fille m'a été présentée à l'hôpital des Enfants, et que depuis ce moment elle a fait beaucoup de progrès.

M. LARREY. Il convient d'attendre avant de prendre un parti. Avant d'opérer, il faut étudier la marche de cette affection.

M. BROCA. Je suis de cet avis, et dans le cas où l'opération serait indiquée, je pense que la galvano-puncture aurait ici une application fort utile.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire.

Votants, 28; majorité, 15.

M. Dolbeau obtient. . . .	16 voix.
M. Legendre.	12 —

En conséquence, M. Dolbeau est nommé membre titulaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux, commencera le 12 juin. Les membres du jury sont : MM. Devergie, Bouneau, Gosselin, Mesnet, et Alph. Guérin, *juges titulaires*; Hérard, *juge suppléant*.

— A propos de la mort si regrettable de M. Ludger-Lallemand, médecin en chef de l'expédition du Mexique, certaines rumeurs répandues dans le public, ont singulièrement exagéré le chiffre des victimes de la fièvre jaune. En réponse à ces rumeurs, nous pouvons assurer que M. Coindet, médecin-major, chef de l'hôpital militaire de la Vera-Cruz, n'avait eu à traiter à l'hôpital, jusqu'au 28 avril, que dix-huit cas de cette affection, dont quatre mortels; les autres malades étaient ou sortis ou en voie de guérison.

Le corps de santé a à regretter, outre le docteur Lallemand, un jeune aide-major d'une haute distinction, M. Michaux. Les services administratifs déplorent aussi la perte de M. Houchard, officier comptable, chef du service des subsistances. Aux dernières nouvelles la situation sanitaire générale de l'armée est excellente.

— Le docteur Thomas Wakley, propriétaire et directeur du journal anglais *the Lancet*, dont l'influence sur les progrès de l'art médical et la défense des intérêts professionnels a été si considérable, vient de mourir à Madère.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 9 JUIN 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il n'a été fait dans cette séance aucune lecture qui intéresse les sciences médicales ; mais la correspondance renferme quelques communications qui méritent d'être signalées ici.

La première est relative aux propriétés différentes que possèdent les nerfs moteurs crâniens à leur origine et à leur point d'émergence. D'après M. Chauveau, auteur d'un mémoire sur ce sujet dont nous n'avons que les conclusions seulement sous les yeux, les nerfs moteurs encéphaliques n'auraient pas les mêmes propriétés à leur point d'émergence ou à leur origine apparente qu'à leur origine réelle. Il paraîtrait ressortir des expériences dont cet habile physiologiste a résumé les résultats dans ce mémoire, que l'origine réelle des paires motrices crâniennes, représentée par les cellules qui forment le point de départ des filets nerveux, et la partie intra-médullaire de ces filets, jouissent de la même excitabilité que la partie libre des racines ; tandis que l'origine apparente représentée par le point des faisceaux médullaires d'où émergent ces racines, ne possède cette propriété ni superficiellement ni profondément.

Deux autres communications, l'une de M. le docteur Marcelin Duval, directeur du service de santé maritime à Toulon, l'autre de M. le docteur Ozanam, ont un caractère pratique.

Dans un mémoire que nous serons en mesure de mettre prochainement sous les yeux de nos lecteurs, M. M. Duval étudie le phénomène de la translucidité dans l'hydrocèle, et décrit un procédé opératoire destiné à faire éviter la lésion du testicule et de l'épididyme dans l'opération de la ponction.

La communication de M. Ozanam a pour objet d'établir que l'acide carbonique mélangé d'air est de tous les anesthésiques le plus apte à produire une insensibilité suffisante et pourtant sans danger, et de montrer qu'il est possible d'utiliser les propriétés de cet agent dans la pratique des opérations chirurgicales.

Nous signalerons enfin une lettre de M. Van Beneden, qui répond aux observations critiques dont sa doctrine de la métamorphose des entozoaires a été l'objet de la part de MM. Pouchet et Verrier. — Dr Brochin.

HOPITAL CIVIL DE NEUF-BRISACH. — M. E. SONRIER.

Difformité avec rétrécissement considérable de la cage thoracique dans la pleurésie chronique, avec épanchement résorbé.

Atrophie complète du poumon ; fausses membranes fibro-cartilagineuses ; ostéophytes à la face interne des côtes.

Les épanchements dans les cavités closes de l'économie donnent lieu à des troubles fonctionnels bien différents, quant à leur siége, à leur nature et surtout à la rapidité de leur formation.

L'épanchement se fait-il au cerveau ?

L'extrême ténuité de la fibre cérébrale, si molle, si friable ; l'importance capitale de ses fonctions, d'une part comme siége des facultés intellectuelles et des déterminations instinctives, de l'autre comme aboutissant de la sensibilité et de l'excitation motrice ; la boîte osseuse elle-même, refoulant par son enveloppe protectrice et inextensible les liquides vers la pulpe nerveuse, expliquent la gravité des symptômes, l'imminence mortelle, lorsque quelques grammes de sérosité pénètrent au sein de cet organe.

Une sécrétion morbide au contraire s'épanche-t-elle dans l'un des côtés de la poitrine ?

L'élasticité du tissu pulmonaire, toujours imprégné d'air ; la ténacité plus grande de sa contexture fibro-cellulaire ; l'ampliation facile de ses diamètres, par la mobilité des côtes et le refoulement du diaphragme ; l'importance moindre de ses fonctions : toutes ces conditions rendent les symptômes moins alarmants et la mort bien plus tardive.

En effet, si dans la pleurésie, par exemple, l'inspiration est enchaînée par la douleur, si le poumon longtemps comprimé ne se dilate plus, ou si plus tard, après la résorption du liquide, il reste emprisonné dans de fausses membranes, aussitôt la nature fait appel à son congénère, qui, par un surcroît d'activité graduée sur la marche croissante de l'épanchement, finit par suppléer l'hématose, et permet au malade de vivre encore des mois, des années même, de recouvrer une santé égrotante, il est vrai, mais en définitive de vivre avec un seul poumon.

S'agit-il enfin d'une accumulation de liquide dans le péritoine ?

La grande extensibilité des parois abdominales ; la dépressibilité facile d'organes creux, le plus souvent à l'état de vacuité ; la compression circulaire à laquelle ils sont soumis par les caprices tyranniques d'une mode trop souvent homicide : toutes ces raisons ne semblent-elles pas prouver que ces organes, innervés presque exclusivement par le trisplanchnique, jouent dans l'économie un rôle tout à fait secondaire (nutrition végétative), et que leur fonctionnement régulier n'est pas incompatible avec des collections séreuses même abondantes.

Au surplus, les nombreuses anomalies de forme, de position même, assez souvent observées dans le tube digestif et ses annexes ; les altérations de volume (atrophie, hypertrophie), de texture, qu'impunément ils subissent, sans jeter des troubles dans le mécanisme de la vie, ne nous prouvent-elles pas surabondamment que la nature, si prévoyante ailleurs, a cru pouvoir confier à notre libre arbitre l'administration d'un appareil aussi indemne, aussi complaisant, et que cependant, sous prétexte d'hygiène et de longévité, nous tuons chaque jour par une intempérance gloutonne et par d'imprudents écarts de régime.

Mais hâtons-nous d'exposer nos deux observations, desquelles nous tâcherons, dans des conclusions rapides, de déduire quelques indications thérapeutiques.

M..., vingt-quatre ans, fusilier au 45e régiment, tempérament mélangé, sans antécédents morbides, entre à l'hôpital de Neuf-Brisach, le 8 octobre 1861, atteint de pleurésie chronique en voie de résolution.

Il nous raconte qu'au mois d'août 1860, il ressent une douleur vive dans le côté gauche, réveillée surtout par la toux et même par une inspiration légère ; crache du sang pendant vingt jours ; décubitus sur le côté malade ; puis il se décide enfin à se présenter à la visite, d'où il est envoyé à l'hôpital du Gros-Caillou, le 1er septembre (pleuropneumonie).

Là, il est traité pendant quarante-sept jours par de puissants révulsifs sur la poitrine ; opiacés ; il part en convalescence le 17 octobre ; mais l'affection n'a été qu'enrayée. Un mois plus tard l'épanchement continue à se former : dyspnée considérable combattue avec persévérance pendant neuf mois par quatre cautères placés au niveau de la huitième côte ; enfin, après onze mois de convalescence, il rentre au régiment et huit jours après à l'hôpital.

Lorsque cet homme est examiné, nu et debout, on s'aperçoit immédiatement qu'un côté de la cage thoracique est manifestement rétréci, déformé, en même temps que l'épaule est plus basse et que le mamelon correspondant est déprimé. Atrophie et flaccidité des muscles pectoraux, dont les reliefs et les méplats sont effacés par les saillies costales. Aplatissement antéro-postérieur plutôt que latéral, qui donne au côté malade une forme triangulaire. La colonne vertébrale décrit une courbe dont la concavité regarde l'épanchement, et, par suite de cette incurvation d'environ 2 centimètres, la poitrine a subi un mouvement de bascule que le défaut d'harmonie dans l'expansion pulmonaire dessine davantage, tout en lui imprimant une espèce de torsion. En effet, dans les fortes inspirations, l'ampliation exagérée du côté sain contraste d'une manière frappante avec l'immobilité presque absolue de l'autre, et M..., en nous rendant compte de ses impressions, nous dit *« que le côté droit, le plus fort (côté sain), semble attirer à lui le plus faible. »*

Si, en faisant marcher le malade, on ne remarque pas de claudication apparente, on constate cependant que la colonne vertébrale est roide, et que les hanches ont perdu de cette souplesse d'oscillation latérale qui constitue l'élégance de la déambulation ; il a l'air de s'avancer tout d'une pièce, comme s'il était atteint de lumbago.

Mesurée au niveau des seins, la poitrine donne 41 centimètres du côté malade et 45 à droite. Nous regrettons de n'avoir pas pris la hauteur du thorax ; mais, à la simple inspection, on voit qu'il est moins élevé du côté gauche ; les espaces intercostaux existent à peine, et le malade se tient incliné latéralement.

La percussion sous-claviculaire gauche, le malade étant assis, fait entendre une résonnance claire, skodique, exagérée, mais qui va s'éteignant au niveau du mamelon, pour devenir presque mate au-dessous, et d'une matité absolue en dehors et au niveau de la huitième côte ; mais si on percute le patient dans le décubitus dorsal, la tête un peu basse, ce point même, tout à l'heure si mat, rend un son tympanique dans un espace de 10 à 12 centimètres carrés.

Le côté sain donne une résonnance exagérée, avec vibration des parois pendant la phonation, respiration supplémentaire.

L'oreille ne perçoit pas d'aphonie ; le murmure respiratoire existe au sommet, mais plus bas l'air ne pénètre plus, soit que les muscles aient perdu de leur énergie pour soulever des parois costales bridées par de fausses membranes, soit que le poumon lui-même, longtemps comprimé, atrophié, ne puisse plus s'épanouir, ou bien enfin soit que la pression atmosphérique s'oppose à la dilatation et refoule les parois pectorales pour combler le vide interne.

Le malade se couche sur le dos, ne tousse pas, ne ressent aucune douleur même pendant les fortes inspirations. Bon sommeil, fonctions digestives intactes ; pouls à 70.

Prescriptions. — Depuis que les cautères sont supprimés, la gêne de la respiration a augmenté. Large vésicatoire ; frictions avec la pommade d'iodure de potassium sur la poitrine, dans le but d'obtenir la résorption des fausses membranes. Quart. cot. lég. boissons nitrées ; potion opiacée.

M... reste dans cet état pendant deux mois sans qu'il y ait rien à signaler qu'un peu d'amendement ; le mal rétrocède.

Le 17 décembre, depuis quelques jours la dyspnée est devenue plus grande ; on entend en arrière, dans la gouttière vertébrale, à la hauteur de l'épine de l'omoplate, une voix égophonique nuancée de souffle tubaire ; matité plus abondante, sentiment de formication dans toute la moitié du corps atteinte ; en même temps des rougeurs violacées, larges comme une pièce de 50 centimes, apparaissent vers le soir à la paume des mains. Sueurs nocturnes. Cependant le sommet des poumons, interrogé sur une complication ordinaire de la pleurésie chronique, reste silencieux. — On replace les quatre cautères.

Le 8 janvier 1861, nouveau vésicatoire nécessité par une gêne extrême de la respiration.

Le 13, accès de fièvre violent dans la journée.

Le 14, érysipèle envahissant tout le côté de la poitrine atteint ; fièvre, inappétence, constipation. — Eau de Sedlitz.

Le 15, insomnie, nausées, vomissements. — Ipéca stibié.

Les 16, 17 et 18, l'érysipèle pâlit, la fièvre tombe ; amélioration.

Le 26, à la suite de ces orages salutaires, la respiration est devenue plus libre ; le murmure respiratoire est plus étendu, l'égophonie a disparu ; l'appétit revient avec les forces et le sommeil.

La poitrine mesurée donne :

Côté sain.	47	centimètres.
Côté de l'épanchement. . .	43	—

Le malade, tout à fait convalescent, demande sa sortie pour rentrer dans sa famille (Basses-Alpes), avec un congé de réforme.

OBS. II. — M..., âgé de vingt-trois ans, fusilier au 63e régiment, santé antérieure bonne, est entré à l'hôpital le 15 septembre 1860, pour une affection de poitrine.

A notre première visite, fin octobre 1861, nous le trouvons dans le service des blessés pour un abcès par congestion à la partie inférieure du thorax. Nous constatons chez lui une altération profonde de l'économie : pâleur terreuse, marasme assez prononcé, anémie, inappétence ; alternative de diarrhée et de constipation ; œdème des extrémités. Ce qui attire notre attention, c'est une fluctuation au niveau de la huitième côte du côté droit.

Donner issue au pus, dont la source pouvait provenir d'une carie osseuse, nous parut être la première indication à remplir, d'autant plus que l'incision nous permettrait d'agir sur l'os s'il était atteint. 250 grammes environ de pus mal lié, dans lequel nagent des grumeaux comme des débris de fausses membranes, s'écoulent à travers une incision assez large. Un stylet introduit avec précaution ne perçoit aucune rugosité morbide, n'indique aucune communication avec la cavité pleurale. Des injections iodées aussi sont faites deux fois par jour dans le trajet fistuleux ; la suppuration diminue. On tâche de nourrir le malade autant que le permet la susceptibilité du tube digestif ; régime analeptique, quinquina, ferrugineux. La diarrhée se calme, la santé s'améliore, et déjà un espoir de guérison nous apparaît, lorsque le 24 novembre il est pris de fièvre intense, symptomatique d'un érysipèle multiple, plus prononcé du côté gauche ; mais par une particularité inexplicable, du moins pour nous, il était fixé aux épaules, aux articulations huméro-cubitales et aux deux genoux, avec douleurs très-vives dans les jointures envahies. Cette poussée exanthémateuse, épiphénomène d'une lésion que nous commencions à soupçonner, dure onze jours. L'état de débilité du malade s'opposait à tout traitement même un peu énergique.

Lorsque ces accidents sont en partie conjurés et que les forces du malade nous permettent une exploration complète de la poitrine, nous le questionnons plus attentivement, et nous apprenons à travers l'incohérence de ses réponses qu'il fut atteint il y a un an d'un point de côté, pour lequel il resta dix-sept jours dans notre hôpital ; on le traita par les sangsues et les ventouses scarifiées ; mais comme le mal n'était qu'enrayé, qu'il respirait difficilement et *que sa poitrine s'enflait du côté droit*, il rentra à l'hôpital en février, puis en mai ; nouveaux vésicatoires ; enfin il nous est revenu le 15 septembre dernier plus malade que jamais ; il ajoute qu'il n'a jamais craché de sang, que l'expectoration séro-muqueuse a été modérée, que la douleur de

côté a été très-vive, et qu'aujourd'hui même il est obligé de se coucher sur le côté sain.

Plus de doute, la nature de ces antécédents morbides, la déformation de la poitrine, la collection purulente symptomatique d'un épanchement, le traitement lui-même, tout nous indique que notre malade a été atteint d'une pleurésie aiguë dont nous voyons aujourd'hui les résultats consécutifs.

En effet, examiné debout et nu, il nous présente des altérations de formes plus évidentes encore que chez notre premier malade. Aux difformités que nous avons signalées précédemment, il faut ajouter une incurvation de 3 centimètres de la colonne vertébrale déterminée par le retrait de la poitrine. Par suite de cette courbure, concave du côté droit, l'axe du rachis, n'étant plus perpendiculaire au bassin, semble lui imprimer un mouvement de bascule par lequel la hanche droite est plus saillante et donne lieu à une légère claudication.

Les mesures prises sur ce thorax si déformé donnent au niveau du mamelon, pour le côté sain, 48 centimètres, et pour l'autre 42. La hauteur de la poitrine, du tiers interne de la clavicule au rebord des côtes en passant par le mamelon, est, pour le côté sain, de 30 centimètres, et de 25 seulement pour l'autre : aussi les espaces intercostaux ont presque disparu.

La percussion, le malade étant assis, donne une résonnance exagérée sous la clavicule jusqu'au niveau du sein droit; mais le son devient obscur en descendant, et la matité absolue existe plus grande que ne l'indique ordinairement la présence du foie. Mais si on fait coucher le malade, on perçoit en cet endroit même une sonorité tympanique bien dessinée, qui disparaît de nouveau en le replaçant sur son siége. Il y a donc là un liquide emprisonné, en petite quantité, il est vrai, si on en juge par l'espace restreint qu'il occupe, mais qui en gagnant les points déclives produit ces effets d'acoustique. Les matités mammaires et sous-axillaires, au contraire, ne se déplacent pas et ne sont nullement voilées, quelle que soit l'attitude donnée au patient; phénomène qu'indiquerait la présence de fausses membranes ou d'hépatisation pulmonaire.

Inutile de répéter que la paroi pectorale, paraissant ankylosée comme les pièces du sternum, ne subit pendant l'inspiration nul mouvement d'ascension.

Le murmure respiratoire, exagéré en haut et en arrière, existe, mais c'est tout. La voix fait entendre, au niveau du bord inférieur de l'omoplate, un peu d'égophonie et de souffle tubaire, mais avec une particularité remarquable; c'est qu'en prononçant les chiffres 5, 6, 7, 50, 60, elle donne lieu à un sifflement à la fois doux et aigu, précédant le son.

En présence d'altérations aussi profondes, quel traitement instituer, surtout sur un malade dont la constitution est si radicalement atteinte? Insister sur de puissants révulsifs, éliminer l'épanchement, administrer les toniques et les ferrugineux, telle a été notre médication. Quatre cautères sont placés au pourtour de l'abcès; alimentation confortable; diurétiques. Mais toute cette thérapeutique tardive sera impuissante et pourra tout au plus prolonger de quelques mois la souffrance, sans augmenter en rien les chances de guérison. En effet, nous voyons chaque jour l'organisme décliner, non toutefois sans protester par quelques manifestations morbides, dérivations critiques, qui semblent faire un dernier appel à d'autres organes; telles que angine gangréneuse le 1er décembre, rougeur érysipélateuse le 9 janvier, diffuse, épanchement rapide du cou à l'épaule, et de là à l'avant-bras, sueurs nocturnes, etc.; mais ce ne sont là que des bonds d'épuisement pour ressaisir une existence souffreteuse, et le malade, à travers le cortége morbide, arrive à une mort prévue, le 30 janvier.

Autopsie faite vingt heures après; température de 10 degrés, rigidité cadavérique commençante.

Cavité thoracique; poumon gauche. — Volume considérable, crépitant, beaucoup moins dense que l'eau, parsemé de foyers apoplectiques violacés, qui lui donnent un aspect granité.

Poumon droit. — Perdu au milieu de fortes adhérences qui l'emprisonnent dans les gouttières rachidiennes; réduit au tiers de son volume, mou, carnifié, imperméable, plus dense que l'eau, et ressemblant pour la contexture à de l'amadou. Entre la huitième et la dixième côte existe un espace grand comme le poing, limité par les fausses membranes, et rempli à moitié par une sérosité purulente lie de vin. La huitième côte a subi une altération qui consiste en un ramollissement violacé, recouvert par une fausse membrane épaisse, fermant depuis longtemps sans doute toute communication avec l'extérieur.

Parois pectorales. — Après avoir enlevé les muscles, on constate une différence considérable dans les espaces intercostaux; tandis que ceux du côté gauche mesurent 2 centimètres, on ne trouve plus pour ceux du côté malade que 5 millimètres; aussi les côtes se touchent presque et semblent s'imbriquer. La plèvre est tapissée dans une grande étendue de fausses membranes très-épaisses (13 millimètres), mais dont les couches varient selon le point où on les examine; celles qui limitent la collection purulente sont molles, rougeâtres, rugueuses; mais à mesure qu'on s'approche des côtes, on trouve que le tissu devient plus dense, plus serré, fibreux, criant sous le scalpel, puis tout à fait au contact de l'arc osseux; les stratifications plastiques, plus anciennes, ont subi un commencement de transformation cartilagineuse, puis osseuse. Notons encore que dans l'épaisseur de la fausse membrane, on trouve des noyaux de substance athéromateuse, sans doute du pus concret, espèces de poudingues de la grosseur d'une amande, emprisonnés dans cette gangue organisée.

Côtes. — Afin de mieux comparer les dimensions des deux côtés, nous avons pratiqué diverses sections, et nous avons pris la huitième comme type.

Côté sain. Hauteur de la côte.	20 millimètres.
— Épaisseur.	7 —
Côté malade (hauteur).	20 millimètres.
— Épaisseur.	12 —
	(5mm d'ostéophyte.)

Ce qui constitue la différence, c'est le dépôt d'une substance très-dure, éburnée, dont la blancheur et les rugosités contrastent avec la surface lisse, pâle, violacée, de l'os à l'état normal. Il y a, pour ainsi dire, une côte surajoutée, concentrique à la côte primitive, qui d'aplatie est devenue prismatique, triangulaire, évidée sur ses faces, et ressemblant assez bien aux vieilles épées à trois tranchants.

Une section longitudinale, perpendiculaire à la concrétion, nous la montre formée de deux couches de même épaisseur (3 millimètres chacune) d'aspect différent. La couche profonde, tissu compacte de l'os, examinée au microscope, présente une contexture striée, formée d'un réseau de canalicules médullaires peu apparents; tandis que l'autre, qui lui est superposée, offre un aspect grenu, cristallin, spongieux, boursouflé, comme des scories d'albâtre avec leur blancheur mate.

Pour aller au-devant du reproche qu'on pourrait adresser au microscope d'être infidèle, nous avons eu recours à la chimie. Une analyse qualitative, faite avec soin par M. Memminger, pharmacien chimiste de l'École de Paris, nous donne pour la première couche la composition même des os; tandis que pour l'autre, dite terreuse, nous trouvons seulement des carbonates calcaires, des traces d'ostéine, et nul précipité de phosphate de chaux. Il y a donc là deux couches parfaitement distinctes quant à leur aspect et à leurs principes. Elles sont du reste séparées par un petit sillon où se trouvait le périoste, qui a été comprimé, atrophié et détruit. La plus profonde, c'est la paroi osseuse, hypertrophiée, exostose, couche organique; l'autre, qui était en contact des liquides épanchés, c'est une incrustation calcaire, pétrification, couche inorganique.

Rachis. — Le disque cartilagineux intervertébral paraît plus mince, comme tassé du côté affecté.

Cavité abdominale. — Peu de sérosité. Rien à signaler.

Foie. — Atrophie; granulations jaune-roux plus abondantes, comme dans la cirrhose.

Reins hypertrophiés : longueur, 14; largeur, 9 1/2. Pyramides de Malpighi rouge-violacé, friables; membrane fibreuse d'enveloppe s'enlevant facilement. Notons que le nitre a été longtemps administré à des doses assez élevées.

Remarques. — Pour résumer succinctement quelques particularités de nos deux observations, nous appellerons l'attention :

1° Sur les difformités de la poitrine consécutives aux épanchements pleurétiques;

2° Sur les phénomènes physiologiques et morbides remarqués pendant la vie;

3° Sur les altérations pathologiques si curieuses que l'autopsie nous a révélées.

En consultant les auteurs qui ont traité de cette question, on est tout étonné, pour un fait qui nous paraît simple, d'y rencontrer des dissidences d'opinions si radicalement opposées. Les uns ont vu, dans la théorie adverse, des erreurs graves, sans s'apercevoir que la leur, plus exclusive peut-être, n'est pas à l'abri de toute conteste.

Loin, bien loin de nous la prétention de vouloir expliquer par quel mécanisme la paroi pectorale s'affaisse sur l'épanchement résorbé; cependant, si nos observations sont exactes, si une autopsie irréfutable et bien interprétée peuvent, en apportant quelques arguments, ramener l'équilibre dans la balance litigieuse, nous pensons que la vérité se trouve un peu des deux côtés.

Ne trouvons-nous pas, en effet, dans les fausses membranes doublant les côtes, pour de là jeter des cloisons vers la colonne vertébrale, des conditions pathologiques suffisantes pour resserrer les espaces intercostaux, et diminuer en même temps le diamètre latéral de la poitrine? Ce n'est pas à dire pour cela que ce soit l'unique cause de retrait; non, nous pensons aussi que la paroi pectorale s'est affaissée parce qu'elle n'est plus soutenue par les organes atrophiés et les liquides résorbés, et qu'en outre elle a obéi à la pression atmosphérique.

2° Comment expliquer l'égophonie avec sifflement de la voix, lorsqu'à l'auscultation et à l'autopsie on ne trouve qu'un épanchement insignifiant à la base du poumon? Il faut donc reconnaître que les phénomènes stéthoscopiques sont moins dus à la présence du liquide qu'aux modifications apportées dans le calibre des tubes aérifères. Nous croyons que toute compression, soit solide, soit liquide, fausse membrane ou épanchement, en appliquant l'une contre l'autre les parois de rameaux bronchiques, suffit pour donner à la voix ce sifflement, cette résonnance chevrotante avec souffle tubaire observés pendant la vie.

3° Par quel travail physique, chimique, peut-être bien organique, de nouvelles côtes artificielles se sont-elles surajoutées aux premières, de manière à doubler leur volume? En d'autres termes, est-ce un dépôt crétacé, une incrustation, ou bien une exostose du tissu propre? Voyons si dans les conditions morbides où nous nous trouvons, nous pouvons en déduire une explication rationnelle. D'un côté, des liquides transformés plus tard en fausses membranes; de l'autre, la plèvre enflammée recouvrant l'arc osseux. Voilà les éléments en présence.

Pouvons-nous comparer cet encroûtement calcaire à l'ossification du cal? Evidemment non : nous ne sommes plus dans les mêmes conditions, la côte est intacte, pas de périoste rompu, pas de sang épanché, rien de ce qui constitue la trame de la soudure osseuse. Mais si les choses ne se passent pas ainsi, ne trouvons-nous pas dans ces liquides de l'épanchement, saturés de sels de chaux, dans le pus concret, dans ces fausses membranes en voie de transformation, les composés rudimentaires de l'ostéoplaste? L'analyse chimique a répondu affirmativement.

Si maintenant on admet avec nous cette prédisposition plastique, osseuse, qu'on nous passe l'expression, il nous sera facile d'expliquer le mécanisme de ce dépôt. Hunter ne nous a-t-il pas appris que le sang extravasé autour des os peut se transformer en cartilage et en tissu osseux? que le tissu cellulaire sous-séreux, à la suite d'une inflammation, peut, au voisinage de l'os, passer à l'état de tumeur plastique cartilagineuse, osseuse même (Laënnec). Or, si les choses ont lieu de cette façon, n'est-il pas permis de supposer que les côtes, longtemps baignées par l'épanchement, soutirent, par une affinité chimique élective, les éléments calcaires qui polarisent vers les os, s'y déposent, s'y attachent par inoculation?

Mais ce n'est là qu'une face de la question; l'épaississement ne consiste pas seulement en cette couche calcaire, il est aussi formé, avons-nous dit, par une hypertrophie de la paroi compacte de l'os. Comment s'est fait ce travail (1)?

Examinant la question sous l'optique d'idées nouvelles sur les fonctions du périoste, ne faut-il voir là qu'une sécrétion osseuse de cette membrane enflammée, une exostose enfin? ou bien un effet de l'endosme? Nous admettrons d'autant plus volontiers ces deux hypothèses, que les ostéophytes n'existent réellement qu'au niveau de l'épanchement, où ils acquièrent leur plus grande épaisseur; tandis qu'à la partie supérieure de la poitrine, où le liquide a été peu abondant et de courte durée, leur épaisseur est réduite à une couche très-mince.

Nous pensons donc, en résumé, qu'il y a dans la formation de ces côtes supplémentaires un double travail physiologique et chimique :

1° Epaississement du tissu compacte par *exsudat* plastique et par endosmose;

2° Précipité calcaire par incrustation.

Enfin, dans un autre ordre d'idées, et pour examiner la question sous toutes ses faces, ne pensons-nous pas que l'insuffisance prolongée de l'hématose, en laissant dans le fluide sanguin un excès de bicarbonate calcaire, ne vienne apporter son contingent de sels terreux dans les sécrétions morbides de l'épanchement? L'anémie consécutive elle-même, en diminuant les globules du sang, ne peut-elle être, par un excès de fibrine relative, la cause éloignée de la plasticité, et nous donner une explication à peu près péremptoire de ces érysipèles que nous avons observés?

Hâtons-nous de terminer par quelques indications thérapeutiques que nous formulons ainsi :

1° Combattre l'inflammation et la plasticité consécutive dans les pleurésies aiguës, par des déplétions sanguines énergiques, locales surtout, mesurées toutefois sur le tempérament, la constitution et les forces vitales du malade;

2° Empêcher par de puissants révulsifs, cautères, sétons longtemps continués, boissons nitrées, la formation d'épanchements pleurétiques, moins dangereux il est vrai au début, parce qu'on peut encore en espérer la résolution, mais très-graves à une période plus avancée, alors que le liquide, organisé en fausses membranes, empêche à la fois, par le retrait des côtes, l'ampliation de la poitrine et la dilatation du poumon, enlacé dans leur réseau inextensible.

3° Détruire, s'il est possible, cette stricture fibreuse par des frictions résolutives sur la poitrine, pommade à l'iodure de potassium iodurée, boissons dissolvantes, afin de permettre à l'organe de briser ses liens et de reprendre ses fonctions virtuellement suspendues;

4° Arrêter les progrès de l'anémie consécutive par un régime analeptique arrosé de vin de Bordeaux, de quinquina; prescrire les ferrugineux pour rétablir l'équilibre dans les principes consécutifs du sang.

ÉTUDE SUR L'ENCHONDROME DU TESTICULE.

Par M. Gyoux, docteur en chirurgie.

Voici une affection pathologique inconnue à nos devanciers, indiquée à peine dans nos traités didactiques, qu'un jeune docteur, dont l'érudition égale l'ardeur d'investigation scientifique, vient de prendre pour sujet de sa thèse inaugurale pour le doctorat en chirurgie.

Ce travail, fruit d'études réfléchies et de laborieuses recherches, est destiné, à notre avis, à combler une lacune du cadre nosologique, en jetant un nouveau jour sur l'intéressante question de la formation du tissu chondroïde au sein de l'organe sécréteur du sperme. Puisse, à ce titre, la modeste analyse que nous allons essayer d'en faire, attirer sur cette œuvre l'attention qu'elle mérite.

Avant d'entrer en matière, M. Gyoux débute par une introduction succincte où il expose le rapport fait par M. Giraldès en 1856 à la Société de chirurgie sur les *enchondromes du testicule*, à propos d'une belle observation publiée par M. James Paget dans les *Transactions médico-chirurgicales*, travail dans lequel ce chirurgien s'étonnait de ce que la question des tumeurs cartilagineuses du testicule n'eût été l'objet d'aucune étude clinique. Puis, avec une modestie qui l'honore, M. Gyoux avoue que n'ayant par lui-même observé aucun cas d'enchondrome du testicule, il n'a pu, à son grand regret, donner aucune observation originale. Sa tâche a donc dû se borner à recueillir tous les faits qui ont été publiés sur ce sujet et qui enrichissent la bibliothèque de la Faculté. Mais son principal mérite à nos yeux a été de coordonner ces mêmes faits reproduits sous forme d'observations, et de faire de l'affection objet de son étude un tableau exact et complet, source précieuse où le clinicien sera heureux de pouvoir puiser des notions jusque-là disséminées dans de simples notes et dans une foule de travaux épars :

... Disjecti membra poetæ!

Fidèle à l'esprit d'observation qui exige une étude analytique de toutes les parties d'un objet que l'on veut connaître,

(1) Voyez le mémoire de M. Parise, médecin militaire, *Archives de médecine*, 4e série, t. XXI, p. 320 et 448.

M. Gyoux a divisé son travail en deux sections. Dans la première, il donne onze observations prises dans les auteurs français et étrangers, et qui constituent les seuls matériaux scientifiques jusqu'ici recueillis ; dans la seconde, il fait la description de la maladie, description qui revendique sa légitime place parmi les maladies du testicule.

Les onze observations recueillies par M. Gyoux, tant chez les auteurs français que chez les étrangers, se font remarquer par une exposition simple des faits où la clarté s'unit à l'élégance du style. De ces onze observations, six appartiennent à des médecins français. La plus ancienne date de 1838, et est due à M. Letenneur ; les autres ont été communiquées dans ces derniers temps à la Société de chirurgie par MM. Jouon, Richet et Dauvé.

Si la supériorité du nombre est pour nous, nous devons convenir, pour être juste, que nous avons été devancés dans l'étude de cette intéressante question par les Anglais, nos rivaux pour toutes sortes de gloires. A. Cooper, en effet, connaissait avant nous les productions cartilagineuses du testicule, puisqu'il dit dans son *Traité sur les maladies du testicule* : « De petites plaques » de *cartilage* et de *terre* ont été vues souvent entre la tunique » vaginale, le testicule et la tunique albuginée. »

Plus loin, il ajoute que dans les testicules considérablement tuméfiés, au milieu des produits plus récemment épanchés qui en remplissent la substance, on trouve aussi des cartilages au sein desquels s'observe une certaine quantité de substance calcaire.

Il est vrai de dire que A. Cooper, se préoccupant surtout des lésions concomitantes du testicule, a méconnu une fois l'enchondrome du testicule, et a publié sous le titre de *Cancer squirrheux* une observation qui, d'après les investigations minutieuses de M. William Adams, est un magnifique exemple d'enchondrome de cet organe.

Ce ne fut que quelques années plus tard, en 1828, que M. Cruveilhier publia, sous le titre de *Cancer alvéolaire du testicule avec matière perlée*, une observation que M. Gosselin a signalée comme un type d'affection kystique maligne du testicule avec enchondrome.

Dans les *Bulletins de la Société anatomique* (année 1835), on trouve une présentation faite par M. Mouret d'une tumeur de matière perlée siégeant entre les tuniques albuginée et vaginale.

Depuis cette époque, les présentations et les observations sont devenues un peu plus fréquentes, quoique nous n'en ayons encore qu'un petit nombre.

Les traités didactiques se taisent à peu près sur cette affection, et c'est à peine si M. Nélaton dans sa *Pathologie chirurgicale*, et M. Fano dans la *Pathologie externe* de Vidal (de Cassis) qu'il a annotée, font autre chose qu'indiquer cette affection comme n'étant pas très-rare.

Dans son remarquable *Traité des maladies du sein*, M. Velpeau traite de l'enchondrome de la mamelle et de sa gravité comme affection générale. Ses idées, qui ne sont pas généralement adoptées, nous semblent néanmoins devoir être prises en très-sérieuse considération dans l'appréciation de la nature de l'enchondrome.

Il faut citer aussi le chapitre remarquable que M. Lebert a consacré à l'*anatomie pathologique* de cette affection. Sur les 125 cas d'enchondrome des parties molles relatés par ce savant micrographe, 5 cas seulement se rapportent à l'enchondrome du testicule.

Chez les autres nations l'enchondrome du testicule a été l'objet de travaux qu'il est convenable de signaler aussi.

Müller, dans son traité *sur le cancer* (1838), donne le nom d'*enchondrome* aux tumeurs cartilagineuses, et cite un cas d'enchondrome du testicule opéré par le professeur Dieffenbach chez un homme avancé en âge. La pièce anatomique se trouve au musée de Berlin, sous le numéro 10,770.

Plus tard, en 1850, dans l'article *Testicule* (*Cyclopædia of Anatomy*), M. Curling raconte que dans quelques cas d'affection kystique il a remarqué de petites masses d'enchondrome semées dans les kystes, et il donne le spécimen d'une portion de testicule déposée au Musée du Collége des chirurgiens. Cet échantillon a 5 pouces dans son plus grand diamètre, et 3 pouces dans son plus petit.

Dans la première édition de son *Traité des maladies du testicule*, M. Curling n'avait point parlé de l'enchondrome ; dans la deuxième édition il y consacre trois pages, dont la plus grande partie est la reproduction de l'observation de M. James Paget, dont nous avons parlé plus haut.

Rokitansky, dans son *Anatomie pathologique*, dit que l'enchondrome du testicule est rare.

M. Baring a figuré un testicule encéphaloïde sur lequel on voyait une masse cartilagineuse isolée par une capsule au sein de la tumeur.

Virchow a fait connaître deux cas d'enchondrome.

M. John Quekett, de regrettable mémoire, dans le tome I[er] de *Histological Catalogue*, donne l'observation d'un cas d'enchondrome du testicule enlevé par M. Fergusson.

Enfin, M. Paget a traité longuement, dans ses *Lectures on the surgical Pathology*, des enchondromes de la parotide, et a consacré quelques pages à l'enchondrome du testicule, dont il donne une observation ; plus tard, il en a publié une autre dans les *Medico-chirurgical Transactions*.

Le musée Dupuytren, dit M. Gyoux, ne renferme aucune pièce pathologique d'enchondrome du testicule, tandis que les musées d'Allemagne et d'Angleterre sont très-riches en nombreux spécimens de produits de cette affection. Nous nous permettrons ici de relever une légère erreur commise par notre honorable confrère à l'endroit du musée Dupuytren, car la pièce anatomique dont il s'agit dans l'observation de M. Dauvé (qui est la onzième du travail de M. Gyoux), a été divisée en deux parties et se trouve au musée du Val-de-Grâce et au musée Dupuytren.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'exposé qu'il fait de l'anatomie pathologique de cette affection et où il considère le cartilage à l'état isolé, uni à des kystes, enfin uni à de l'encéphaloïde ; ce qui constitue trois variétés principales et distinctes que l'auteur développe avec une grande supériorité de talent. Cette partie de son travail, avec l'examen microscopique et l'analyse chimique, doivent être recommandés à l'attention des praticiens qui veulent retirer des inductions fécondes des données anatomo-pathologiques. Nous nous bornerons à ajouter que sur les onze observations réunies par M. Gyoux, on trouve que l'enchondrome a été trouvé trois fois à l'état isolé ; dans quatre cas, uni à de l'encéphaloïde ; uni à des kystes dans quatre autres cas, et une fois seulement il y avait simultanément kyste, encéphaloïde et enchodrome.

La symptomatologie et le diagnostic de l'enchondrome du testicule ont été traités de main de maître par M. Gyoux. L'étiologie nous a paru laisser encore quelques desiderata. Toutefois, ce n'est pas un reproche qui s'adresse à l'auteur, mais bien à la nature de cette affection encore inconnue dans son essence, et sur laquelle MM. Velpeau et Nélaton professent des opinions contradictoires. M. Nélaton, qui s'est beaucoup occupé de la nature de l'enchondrome, ne pense pas qu'il puisse jamais subir la transformation cancéreuse, et il le classe parmi les tumeurs de nature bénigne. C'est l'opinion de presque tous les observateurs, qui regardent l'enchondrome comme ne se reproduisant pas. M. Velpeau, au contraire, repousse d'une manière absolue la bénignité de l'enchondrome, et à l'appui de son assertion, il cite deux cas de généralisation de cette maladie, qu'il décrit dans un chapitre spécial intitulé : *Cancer chondroïde*, le rattachant ainsi aux affections malignes. « Je sais bien, ajoute M. Gyoux, que les idées de M. Velpeau à ce sujet ont été vivement attaquées, surtout dans ces derniers temps ; mais les cas malheureux que la science possède en ce moment ébranlent un peu l'idée d'innocuité absolue qui s'était jusqu'ici attachée à l'enchondrome. »

Cette conclusion ne nous étonne pas, car elle résulte des considérations anatomo-pathologiques exposées par M. Gyoux, et où il établit trois variétés distinctes d'enchondrome. Aussi la théorie de M. Gyoux, par cela même qu'elle est moins exclusive que celle des deux savants professeurs, est-elle destinée à servir de trait d'union entre elle et à prendre rang dans la science par sa prééminence au point de vue clinique.

Quant au traitement, M. Gyoux pense « qu'aussitôt le diagnostic posé, au lieu d'attendre le désir du malade, on doit l'engager à se soumettre à une opération dont les conséquences sont sans gravité, puisque dans les onze cas par lui cités, la cicatrisation s'est toujours opérée sans accident. »

Nous nous rangeons volontiers de l'avis de M. Gyoux tant que l'enchondrome du testicule n'est qu'une affection locale ; mais si ce produit pathologique est sous la dépendance d'un état diathésique général, l'intervention chirurgicale ne serait-elle pas une témérité que le praticien, dans l'intérêt de sa réputation, ne doit jamais entreprendre ?

Il nous semble donc que l'auteur aurait dû faire quelques réserves pour ces cas malheureux qui sont au-dessus des ressources de l'art. Cette réflexion, que nous soumettons à l'appréciation de notre honorable confrère, résulte de ses distinctions anatomo-pathologiques même et d'une observation de M. Paget, citée par M. Gyoux. L'illustre praticien anglais croit, en effet, que cette maladie « peut quelquefois revêtir les caractères d'une affection maligne, et alors elle détruit rapidement les parties adjacentes et s'accroît très-promptement. » De plus, il cite un cas dans lequel le testicule renfermant du cartilage et du tissu cancéreux fut extirpé ; le cartilage se reproduisit, ainsi que le cancer, et le malade succomba.

Tel est, en résumé, le travail dont nous avons essayé de donner une esquisse bien imparfaite sans doute. S'il nous était permis d'exprimer ici nos impressions personnelles à M. Gyoux, en l'engageant à poursuivre l'étude d'un sujet qui lui a valu le titre de docteur en chirurgie, nous lui dirions que son œuvre dépasse les proportions d'un acte probatoire et mérite l'honneur de paraître sous forme de volume. Ce serait à la fois, nous en sommes sûr, une bonne fortune pour l'éditeur et pour le public médical.

D[r] LABALBARY.

NOTE SUR L'EAU MINÉRALE DE GRANDRIF.

Par M. le docteur MAISONNEUVE.

La popularité conquise dans ces derniers temps par les eaux minérales dites de table, et l'énorme consommation qui s'en fait chaque jour, constituent un fait grave qui a sa raison d'être, et qui est appelé à exercer sur la santé publique une influence dont le corps médical ne s'est peut-être pas suffisamment préoccupé.

Parmi ces eaux que l'industrie met à la portée de tout le monde, il en est une, l'eau minérale gazeuse de Grandrif, dont j'ai étudié d'une manière spéciale le mode d'action, et sur laquelle je voudrais éveiller l'attention de mes confrères.

Cette eau est limpide, d'une saveur piquante, fort agréable, et se conserve indéfiniment en bouteilles. Les dernières analyses faites par M. O. Henry, en 1859, constatent qu'elle contient plus que son volume d'acide carbonique libre, mais que les autres principes minéralisateurs, tels que iodure, arsenic, fer, et les sels qu'on retrouve dans toutes les eaux minérales, n'y existent qu'à l'état de traces ou à des doses insignifiantes. C'est évidemment à cette dernière circonstance qu'elle doit de pouvoir être administrée dans certaines affections où des eaux plus riches trouveraient des contre-indications, notamment dans la convalescence des fièvres typhoïdes.

Depuis quinze ans surtout, j'ai largement employé l'eau de Grandrif, et je crois que son utilité doit être signalée spécialement dans les diverses formes de la dyspepsie, la chlorose et les affections chroniques des voies urinaires. Les praticiens trouveront dans cette médication une ressource d'autant plus précieuse qu'elle réalisera toujours au moins la seconde moitié du célèbre axiome : *Cito et jucunde.*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 juin 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Origine des nerfs moteurs crâniens. — M. A. CHAUVEAU adresse un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur l'origine apparente et sur l'origine réelle des nerfs moteurs crâniens. — Détermination expérimentale de cette dernière.*

L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Le point d'émergence des racines des nerfs moteurs encéphaliques, ou l'origine apparente de leurs tubes nerveux, ne partage nullement les propriétés physiologiques de ces racines. Ainsi, quand on irrite comparativement, sur des animaux récemment tués, d'une part les racines motrices crâniennes, d'autre part la substance médullaire au pourtour du point d'émergence de celles-ci, on observe de belles contractions musculaires dans le premier cas, jamais on n'en obtient dans le second.

2° Sur les mêmes animaux récemment tués, la substance propre de la moelle allongée est également inexcitable dans ses parties profondes ; mais les fibres des racines qui traversent cette substance sont excitables dans toute l'étendue de leur trajet intra-médullaire, au même titre que leur partie libre.

3° Cette excitabilité de la partie profonde ou engagée des racines existe non-seulement dans l'élément fibreux ou tubulaire de ces racines, mais encore dans l'élément cellulaire. C'est ainsi que l'excitation des amas de grosses cellules, qui donnent naissance aux filets radiculaires des nerfs crâniens, provoque d'aussi belles contractions que l'irritation de la partie libre des racines. L'effet de cette excitation est unilatéral et direct, comme quand on agit sur les nerfs eux-mêmes. Les contractions n'apparaissent des deux côtés à la fois que si l'on excite sur la ligne médiane.

4° Sur les animaux vivants, la mise en jeu du pouvoir excito-moteur propre de la moelle allongée peut provoquer des phénomènes spéciaux ; mais les faits relatifs à l'excitabilité de l'origine apparente et de l'origine réelle des nerfs, conservent néanmoins les caractères qui viennent d'être signalés.

5° En résumé, l'*origine réelle* des paires motrices crâniennes, représentée par les cellules qui forment le point de départ des filets nerveux, et la partie intra-médullaire de ces filets, jouissent de la même excitabilité que la partie libre des racines ; l'*origine apparente*, représentée par le point des faisceaux médullaires d'où émergent ces racines, ne possède cette propriété ni superficiellement ni profondément.

Le mémoire de M. Chauveau est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bernard et Longet.

Translucidité complète de certaines hydrocèles de la tunique vaginale. — Moyen d'éviter la lésion du testicule et de l'épididyme dans l'opération de la ponction. — M. MARCELIN DUVAL adresse sous ce titre un mémoire dont voici les conclusions :

1° Nous rangeons les hydrocèles dans trois catégories principales :

Première catégorie. — Très-nombreuse, elle comprend les hydrocèles dans lesquelles la vue, aidée de la lumière artificielle, permet de reconnaître le lieu occupé par le testicule qui est ou n'est pas accessible au toucher.

Deuxième catégorie. — Il y a translucidité parfaite ou totale de la tumeur, et il est impossible de constater, soit à l'aide de la vue, soit par le toucher, la situation du testicule et de l'épididyme.

Troisième catégorie. — Il y a encore translucidité complète ; mais le toucher révèle la situation de ces organes.

2° Je m'abstiens de donner le chiffre des hydrocèles de la première catégorie, que j'ai pu rencontrer ; j'ai déjà indiqué les motifs de cette abstention. J'ai observé 65 hydrocèles appartenant à la deuxième catégorie, et 34 à la troisième ; par conséquent, il n'est pas toujours possible de constater, à l'endroit où se trouve le testicule, l'opacité que j'appellerai *classique*.

3° Au point de vue *physique*, la translucidité totale de certaines hydrocèles est un fait qui paraît curieux. Ne semble-t-il pas logique de déclarer *à priori* que si la translucidité signale la présence du liquide dans la tumeur, elle doit faire constamment défaut à l'endroit occupé par un corps opaque ayant un certain volume, puisqu'il est représenté par le testicule et l'épididyme ? Mais, d'après nos expériences, il faut ici tenir grand compte du liquide environnant, de la manière dont il est disposé à l'égard du testicule et de l'épididyme, de sa quantité, de sa nature albumineuse ; de la forme de la tumeur, de la texture de ses enveloppes ; de la forme du testicule ; de la réfraction de la lumière, etc.

4° Au point de vue *chirurgical*, nous conseillons d'employer le procédé décrit dans ce mémoire s'il y a translucidité complète, et si le toucher n'a point révélé la situation du testicule et de l'épididyme.

5° Le fait nouveau qui est l'objet de ce mémoire a été maintes fois vérifié par MM. les professeurs des Écoles de médecine navale de Brest et de Toulon, et par un grand nombre de chirurgiens de la marine. (Commissaires, MM. Velpeau et Jobert (de Lamballe).)

Acide carbonique en inhalations comme agent anesthésique. — M. CH. OZANAM communique un mémoire intitulé *De l'acide carbonique en inhalations comme agent anesthésique efficace et sans danger pendant les opérations chirurgicales.*

J'ai annoncé en 1858, dit l'auteur, que l'acide carbonique mélangé d'air était de tous les anesthésiques le plus apte à produire une insensibilité suffisante et pourtant sans danger. Je viens aujourd'hui prouver la possibilité d'appliquer cette nouvelle méthode aux opérations chirurgicales.

J'avais à ouvrir un abcès profond situé à la partie inférieure et interne de la cuisse chez un jeune homme; il fallait pénétrer à une profondeur de plusieurs centimètres en disséquant couche par couche. Le malade, craignant la douleur, demanda à être endormi; j'y consentis, en lui annonçant qu'au lieu du chloroforme, il aurait à respirer un gaz hypnotique. Je me servis pour cela d'un mélange de trois quarts d'acide carbonique et un quart d'air atmosphérique. Ce mélange était contenu dans un sac en caoutchouc d'une capacité de 25 litres environ.

Un long tube flexible partait du sac et se terminait par une embouchure en forme d'entonnoir qui pouvait s'appliquer autour du nez et de la bouche du malade; mais on se garda bien de l'appliquer hermétiquement; on laissa, au contraire, un petit espace pour que le malade pût aspirer, en même temps que l'acide carbonique, une certaine quantité d'air extérieur.

On ouvrit le robinet, on pressa sur le sac, et l'inhalation commença.

Le sommeil fut obtenu au bout de deux minutes environ, et pendant ce temps j'observai deux phénomènes particuliers :

1° L'accélération du mouvement respiratoire;

2° Une sueur abondante du visage.

Le malade étant endormi, je fis l'incision de la peau et des tissus sous-jacents, sans que le malade fît le moindre mouvement ou proférât la moindre plainte. Il y avait donc insensibilité complète. Puis, au moment où l'opération allait finir, je fis interrompre l'inhalation et je donnai seulement alors le dernier coup de bistouri.

Bien différent des autres, celui-ci fut ressenti, quoique d'une manière très-supportable, et le malade retrouva immédiatement connaissance. (Commissaires, MM. Andral, Velpeau, J. Cloquet.)

— M. PICARD envoie une note sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical du croup. Cette note est renvoyée à l'examen de MM. Bernard et Jobert (de Lamballe).

— M. LE ROUX soumet au jugement de l'Académie une note intitulé *Défaut d'achromatisme de l'œil. Appareil destiné à le mettre en évidence.* La note et l'instrument sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. de Senarmont, Bernard et Fizeau.

Transformation des entozoaires. — M. VAN BENEDEN, à l'occasion d'une communication récente de MM. Pouchet et Verrier sur ce sujet, adresse une lettre dont nous extrayons le passage suivant :

Dans la séance du 5 mai dernier, MM. Pouchet et Verrier aîné ont fait connaître à l'Académie le résultat de quelques expériences qu'ils ont faites sur le *cœnure cérébral* du mouton et le *tænia serrata* du chien. Ces savants m'attribuent dans cette notice une opinion qui n'a jamais été la mienne, et comme cette assertion pourrait devenir la source de nouvelles mécomptes, je crois de mon devoir de vous adresser quelques observations dont je vous prie de vouloir bien faire part à l'Académie.

MM. Pouchet et Verrier prétendent que selon moi le *cœnure cérébral* serait la larve ou le scolex du *tænia serrata*. Or, pour preuve que telle n'est pas mon opinion, il me suffit de rappeler que, dans mon *Mémoire sur les vers intestinaux*, auquel l'Académie a décerné le grand prix des sciences physiques, de même que dans la *Zoologie médicale* que j'ai publiée en collaboration de mon ami Paul Gervais, le tænia provenant de cœnure y figure comme espèce distincte, sous le nom de *tænia cœnurus*, et celui qui provient du *cysticerque pisiforme* du lapin, sous le nom de *tænia serrata*.

C'est pour ne pas avoir distingué ces deux espèces de vers qu'à mon avis MM. Pouchet et Verrier n'ont point vu réussir leur expérience principale, et c'est à cause de cet insuccès surtout qu'ils expriment du doute sur la doctrine des métamorphoses des entozoaires et de leurs pérégrinations à travers les organismes.

M. le docteur A. Legrand a adressé à l'Académie de médecine (séance du 3 juin) la lettre suivante, en réponse à une réclamation de M. Lamare-Picquot communiquée dans une précédente séance :

Monsieur le président,

Suum cuique!... Telle a toujours été ma règle de conduite dans ma modeste carrière scientifique; aussi suis-je en droit de m'étonner de la réclamation de M. le docteur Lamare-Picquot.

En effet, dans le paquet cacheté que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie le 8 mai 1860 (il y a donc plus de deux ans), et alors qu'il ne paraissait point y attacher une grande importance, j'ai indiqué le médecin de l'Hôtel-Dieu de Honfleur comme ayant conseillé à la malade dont je traçais l'histoire *l'eau de mer prise chaque matin à jeun à dose purgative.*

Plus tard, quand j'ai résumé mon mémoire *sur le traitement médical et chirurgical de quelques tumeurs du sein*, dans une première lettre que j'adressais à l'Académie (le 17 septembre dernier), je nommais de nouveau M. Lamare-Picquot, de même que je nommais aussi pour la seconde fois M. le docteur Chabrely père (de Bordeaux) comme ayant conseillé les *poudres iodées*, dont j'ai consigné la formule dans mon mémoire, mais en ajoutant que la première idée de cette médication locale me paraissait appartenir à MM. les docteurs Eichman ou Hamon.

Maintenant, Monsieur le président, je dois ajouter que M. le docteur Lamare-Picquot et moi nous nous sommes placés à des points de vue un peu différents au sujet de l'eau de mer. Pour lui, *c'est un remède spécifique;* selon moi, ce n'est qu'un des éléments d'une méthode de traitement du cancer du sein. Les autres sont les eaux minérales naturelles bromo-iodurées, les oxydes d'or associés à l'extrait de soucis des vignes, et certaines préparations iodées comme médication non moins essentielle, *mais locale*, éléments qu'il faut savoir varier et combiner selon la nature du mal et la constitution des malades. C'est ce que j'ai exposé dans ma dernière lettre à l'Académie, dans laquelle je ne me suis pas cru obligé de nommer une troisième fois mon confrère de Honfleur.

Agréez, etc. A. LEGRAND.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commission administrative de la Société centrale des médecins de France, dans sa réunion du 6 juin, a entendu une touchante allocution, prononcée par M. Michel Lévy, son président, à l'occasion de la mort de M. Ludger Lallemand.

Dans cette même séance, la commission administrative de la Société centrale a procédé à l'admission de nouveaux membres, dont voici les noms :

MM. Aspel, médecin-major au 89e de ligne; Ballut, Bergeron, Bucquoy, Dambresville, Deltbil, Descroizilles fils, Ganderax, médecin principal; Hache, Hurst, médecin aide-major; Lebâtard, Legrand du Saulle, Liégeois, Maffei et Ropert, médecin-major.

— M. le docteur Emile Gaubric, ancien médecin des hôpitaux de Bordeaux, chirurgien du dépôt de mendicité, qui occupait un haut rang dans la médecine bordelaise, et jouissait de l'estime de tous, vient d'être enlevé en quelques heures à l'affection de tous ceux qui l'ont connu, par une affreuse crise d'angine de poitrine avec rupture anévrysmale.

Une affluence considérable de praticiens et de personnes de tout rang l'a accompagné jusqu'à la dernière station; et son éloge, éloquemment exprimé par nos confrères Mabit et Soulé, a trouvé un long et sympathique écho dans cette foule attristée.

— L'École de médecine de Marseille, dotée déjà, il y a quelques années, d'une collection d'instruments de chirurgie par un de ses plus éminents professeurs, M. le docteur Martin, ancien chirurgien en chef des hôpitaux, professeur honoraire et chevalier de la Légion d'honneur, vient de recevoir de cet honorable praticien un don plus précieux encore. Il s'agit cette fois de 1,600 volumes environ, qui vont être affectés à la bibliothèque de l'École.

— Lorsque nous avons annoncé récemment que M. le docteur François Barthez était désigné comme chef de service à l'hôpital militaire de Vichy, nous avons omis de dire qu'il allait occuper cette position à titre de médecin principal en retraite *requis*. C'est une position semblable que M. Campmas, par des motifs pleins de délicatesse vis-à-vis de ses anciens confrères de l'armée, n'a pas cru devoir accepter à Baréges.

— Le docteur Lockhart, qui avait déjà consacré vingt années d'une activité infatigable aux habitants du Céleste-Empire et fondé à Shang-haï un hôpital aujourd'hui bien connu, a doté d'un établissement analogue la capitale même de la Chine. Grâce au concours de M. Bruce, ambassadeur d'Angleterre à Pékin, et de la Société des missionnaires de Londres, cette œuvre charitable a pu prendre presque immédiatement un développement considérable. La consultation, d'abord peu fréquentée, est maintenant encombrée de malades. Du 23 octobre au 31 décembre 1861, M. Lockhart en avait déjà soigné six mille huit cent quinze, et vers la fin de décembre le nombre des malades a été de six à sept cents dans une seule journée. La réputation du médecin européen s'est surtout répandue rapidement à la suite de quelques opérations assez simples, mais tout à fait inconnues aux chirurgiens chinois : l'ouverture de quelques abcès profonds, une opération de symblépharon, l'ablation d'un séquestre du maxillaire inférieur, l'extirpation d'un polype des fosses nasales, etc. On a surtout remarqué, de septembre à novembre, un grand nombre de cas d'ictère (370); la plupart étaient des ictères simples. Un certain nombre d'autres s'accompagnaient d'anasarque, et paraissaient s'être produits à la suite de changements brusques de température. On ajoute que le chloroforme a été administré avec succès à un certain nombre de Chinois. (Correspondance du *Medical Times.*)

Étude médicale sur Contrexéville (gravelle, goutte, catarrhe de vessie, maladies des voies urinaires, par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin consultant à Contrexéville. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye. Prix : 1 fr. 50 c.

Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'étranger, et de leur emploi dans les maladies chroniques, cours fait à l'École pratique par le docteur Max. DURAND-FARDEL, médecin inspecteur des eaux de Hauterive, à Vichy, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. Deuxième édition, avec une carte coloriée. Un volume grand in-8° de 790 pages. Prix : 9 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 68. — JEUDI 12 JUIN 1862. (35e ANNÉE.) N° 68. — JEUDI 12 JUIN 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messsgeries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 11 JUIN 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

S'il est vrai, comme le disait récemment un éminent critique, que la marque d'un esprit fin est de ne pas conclure, l'Académie possède au plus haut degré ce genre d'esprit. Chaque fois qu'une discussion nouvelle surgit dans son sein, les naïfs — nous nous rangeons volontiers de ce nombre — ne manquent jamais de se demander avec une curiosité pleine d'anxiété : Quelle sera la conclusion de l'Académie? Il serait bientôt temps de se défaire de cette décevante habitude, et de ne plus compter sur une conclusion.

La discussion sur l'origine de la vaccine, si l'on peut donner ce nom aux quelques explications échangées entre MM. Bousquet et Depaul et les membres de la section de médecine vétérinaire, a eu à cet égard le sort de presque toutes celles qui l'ont précédée. Que ceci soit dit d'ailleurs sans impliquer le moins du monde l'idée d'un blâme ou même d'une critique. Si les discussions de l'Académie aboutissent si souvent à un aveu d'ignorance, c'est aux difficultés mêmes des sujets qu'elle embrasse qu'il faut s'en prendre; et, loin de l'en blâmer lorsqu'elle s'abstient, c'est à sa sagesse au contraire qu'il faut imputer cette réserve.

Après ce petit préambule, on ne s'attendra pas à nous voir résumer ici cette discussion. Elle a été du reste on ne peut mieux résumée en deux mots par M. Bouley, et nous ne pourrions que lui emprunter ses propres termes : « De tout ce qui a été dit, il ressort que la source de la vaccine se trouve chez le cheval, mais que l'on ignore encore complétement quelle est la maladie qui la produit. »

Hors de ces deux termes, en effet, dont le premier est parfaitement établi par les expériences de Toulouse, sans rien préjuger d'ailleurs relativement au privilége exclusif qu'aurait le cheval d'engendrer la vaccine, et dont le second n'est que trop bien démontré par la discussion, tout n'est que confusion : observations incomplètes, expériences contradictoires, maladies inconnues ou mal déterminées. Observations et expériences, tout est à reprendre si l'on veut arriver à quelque chose de précis sur cette question, qui, indépendamment de son immense intérêt au point de vue de l'hygiène publique, aurait, si elle pouvait être définitivement résolue, une portée scientifique considérable ; car elle ne manquerait pas de jeter une vive lumière sur cette question plus générale, bien digne de faire le sujet de la leçon d'inauguration du cours de médecine comparée, savoir, quelles sont les modifications et les transformations que subissent les maladies contagieuses en passant réciproquement de l'homme aux animaux et d'une espèce animale à une autre.

Nous ne pouvons donc que nous associer au vœu exprimé par M. Bouley ; et comme on ne compte guère en fait de vœux, nous votons des deux mains pour qu'un crédit illimité soit alloué à l'École d'Alfort, à l'effet de la mettre en mesure de faire toutes les expériences nécessaires pour la solution de cette question.

— L'Académie a entendu, après la clôture de cette petite discussion, une communication de M. le docteur Collongues, qui a exposé devant le très-petit nombre de membres présents, mais en revanche très-attentifs, son système de biométrie.

On se rappelle que nous avons signalé, il y a quelques années, comme pouvant avoir des applications utiles à la pratique, la méthode de dynamoscopie de M. Collongues. Soit qu'on n'ait pas attribué aux signes fournis par le dynamoscope la signification ni l'importance qu'y attachait l'auteur, soit à cause de la difficulté de bien saisir les diverses nuances des bruits fournis par ce mode d'exploration et du long exercice nécessaire pour en acquérir l'usage, la dynamoscopie n'est point entrée dans les habitudes cliniques. M. Collongues, loin de se décourager par cet échec, s'est attaché avec persévérance à la poursuite de ses recherches et au perfectionnement de ses procédés. En adaptant à son premier dynamoscope un système de diapason qui donne une bien plus grande amplitude aux bruits perçus, et permet en même temps de les traduire en vibrations notables et numérables d'après les lois de l'acoustique, M. Collongues a fait tout à la fois une chose extrêmement ingénieuse et utile, car il ne sera plus permis désormais, tant l'épreuve est rendue facile et ses résultats saisissables pour tous, de se refuser à une expérimentation qui devra en peu de temps mettre les cliniciens en demeure de reconnaître si la dynamoscopie n'est qu'un leurre, ou si elle constitue réellement un mode nouveau d'exploration susceptible de nombreuses applications pratiques. — Dr Brochin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Cusco.

Leçons sur la syphilis.

(Recueillies par M. Brault, interne du service).

IDENTITÉ ET UNITÉ D'ACTION DU VIRUS SYPHILITIQUE.

Dans la précédente leçon j'ai montré que, depuis Hunter jusqu'à nos jours, on s'est généralement attaché à l'idée de l'unité et de l'identité du virus syphilitique ; mais qu'on a toujours accordé sans contestation à ce virus une *action primitive locale* et une *action consécutive générale*.

A cette doctrine, formulée de la manière la plus explicite, même dans les traités les plus récents, je prétends substituer une nouvelle manière de voir non moins explicite. J'affirme que le virus syphilitique est dénué de toute *action primitive locale;* qu'il n'a par conséquent qu'une seule action sur l'économie, *l'infection générale*.

Avant d'entrer dans les développements qui serviront à démontrer ce fait capital, je veux mettre sous vos yeux le passage même du texte de Hunter :

« La maladie vénérienne a pour cause immédiate un poison ou virus, et comme ce poison est le produit d'une maladie et jouit de la propriété de produire une maladie semblable, je l'appelle poison morbide pour le distinguer des autres poisons animaux, végétaux ou minéraux.... J'appelle *poisons morbides simples* ceux qui ne peuvent infecter le corps que localement ou constitutionnellement, mais non des deux manières ; et *poisons morbides composés* ceux qui possèdent ces deux modes d'action..... Comme le poison vénérien peut agir d'une manière locale et sur toute la constitution, il constitue un poison morbide composé. » (Œuvres de J. Hunter. Traduction par Richelot, t. II, p. 163.) Hunter dit encore, quelques pages plus loin : « Le poison vénérien peut affecter le corps de l'homme de deux manières différentes : localement, c'est-à-dire dans les parties seulement sur lesquelles il est appliqué directement, et constitutionnellement, c'est-à-dire consécutivement à l'absorption du pus vénérien, ce qui, mêlé à la circulation générale, affecte un certain nombre de parties.» (Idem, p. 185.)

Remarquez en passant que Hunter admet l'existence de poisons morbides dénués d'action locale, et n'ayant qu'une action générale sur l'économie. Tout était fait s'il y eût rangé le virus syphilitique.

Comme vous le voyez, rien de plus explicite, de plus clairement formulé que cette action double du virus syphilitique. C'est le point de départ, le support de la doctrine de Hunter. Rien n'est plus formel également que la doctrine récente du dualisme. Elle élimine le chancre mou des effets du virus syphilitique; mais elle n'en reconnaît pas moins à ce virus une action primitive locale : c'est le *chancre induré*. Aux deux ulcères appelés chancres, l'un mou, non syphilitique, l'autre induré, syphilitique, M. Rollet en a ajouté un troisième, produit complexe des principes des deux autres, et qu'il a appelé le *chancre mixte*.

Pour moi, je prétends revenir au principe de l'unité viru lente, mais en comprenant ce principe d'une manière absolue :- unité de nature, c'est-à-dire identité du virus ; unité d'action, c'est-à-dire spécificité.

J'emploierai deux modes de démonstration :

1° La démonstration par l'observation clinique. Nous la ferons au fur et à mesure que les faits se présenteront à nous ;

2° La démonstration théorique. C'est elle que je vais aborder aujourd'hui.

Je vous ai donné une définition de la syphilis, et cela m'a conduit à vous définir ce que j'entends par virus. C'est, vous ai-je dit, un poison morbide qui n'a qu'un mode d'action, l'infection générale, mais qui est dénué de toute action locale primitive. Cette définition des virus s'applique-t-elle à tous ceux que nous connaissons? Citons les plus incontestables.

Pour le virus rabique, on ne lui a jamais attribué d'action locale. La lésion qui lui ouvre la porte de l'économie est indépendante de lui. Le poison morbide est absorbé, et après un temps variable d'incubation, les effets généraux se produisent.

Le virus variolique, répandu dans l'air, pénètre avec lui dans le sang par la surface respiratoire. Là encore pas d'action locale. L'infection a lieu, et bientôt elle s'annonce par des phénomènes généraux, frisson, fièvre, etc. Vient ensuite la manifestation locale de cette infection, l'éruption.

Dans l'inoculation du virus variolique et du virus vaccinal, il semble qu'il y ait une action locale, la pustule au point inoculé. Mais qu'on y songe : trois, quatre jours se passent sans qu'aucune lésion se montre en ce point. Puis surviennent d'abord des accidents fébriles annonçant l'action générale, l'infection ; et c'est seulement ensuite que se produit l'affection consécutive, la pustule. C'est tellement peu une action locale primitive que presque toujours dans l'inoculation variolique, et quelquefois dans l'inoculation vaccinale, il se produit en même temps des pustules ailleurs que dans les points inoculés.

Le virus morveux se conduit d'une façon analogue. Il pénètre dans l'économie sans marquer son passage, et ce n'est encore qu'après une certaine incubation qu'il produit une action générale consécutive.

Ainsi, dans tous ces cas, on trouve :

1° Un produit morbide sans action locale antérieure à l'infection ;

2° L'infection qui suit l'absorption du virus et nécessite pour s'effectuer un certain temps qu'on appelle incubation ;

3° La réaction, c'est-à-dire les manifestations spécifiques de l'infection.

En est-il de même pour la syphilis? Le produit morbide, son absorption, l'infection, la réaction, sont admis sans conteste. Il reste à démontrer que le virus syphilitique n'a point d'action locale primitive, que sa première manifestation est postérieure à l'infection, et que lorsqu'au point contaminé il existe une lésion primitive, elle n'est pas due à l'action de ce virus, mais à des causes variées étrangères à la syphilis. L'analogie permet tout d'abord de le supposer, l'observation directe le prouve.

Pour le montrer, passons en revue les principaux modes de pénétration du virus dans l'économie.

L'absorption du virus ne peut se faire que de deux façons :

1° Par *pénétration insensible*, c'est-à-dire par absorption physiologique ;

2° Par *inoculation*, c'est-à-dire à la faveur d'une solution de continuité quelconque.

L'absorption physiologique a été systématiquement niée de tout temps, parce qu'elle était contraire à la doctrine. Pour nous, qu'aucune raison doctrinale n'entraîne à la nier, voyons si elle est possible.

L'exemple le plus frappant d'absorption physiologique du virus syphilitique réside dans la transmission de la syphilis par hérédité. Cette infection héréditaire peut provenir de la mère ou du père. La transmission par la mère est démontrée par tant de faits que tout le monde l'a acceptée. La transmission par le père a d'abord été niée par Hunter, et est encore niée par plusieurs syphiliographes. On a soutenu que le père ne pouvait pas transmettre directement la syphilis au fœtus, qu'il fallait de toute nécessité que la mère fût d'abord infectée pour que le fœtus acquît la syphilis. Des faits incontestables ont démontré que cet intermédiaire de la mère n'était point nécessaire. Ainsi, dans la transmission par le père, le sperme a servi de véhicule au virus syphilitique ; dans la transmission par la mère, c'est le sang. Dans ces deux cas, où est l'action locale du virus? Elle manque incontestablement.

La syphilis peut-elle être acquise par la lactation, au moyen du lait comme véhicule ? Certains auteurs ont dit oui, d'autres ont dit non. Les faits positifs manquent, et l'on doit rester dans le doute. Ici d'ailleurs interviennent des conditions particulières. La muqueuse digestive sécrète des liquides qui ont la propriété de modifier les matières en contact avec elle. Chacun sait que certains poisons animaux restent sans action quand ils ont été introduits dans l'estomac. Peut-être dans un certain nombre de cas en est-il de même du virus syphilitique contenu dans le lait.

On a dit que dans les pays chauds l'absorption cutanée pou-

vait faire pénétrer le virus dans l'économie. Cela est insuffisamment démontré. Jusqu'ici point d'action locale.

Passons maintenant aux autres modes de pénétration. Voyons d'abord ce qui se passe dans le mode le plus voisin de l'absorption physiologique, c'est-à-dire dans la pénétration du virus par une simple érosion. Souvent, pendant le coït, grâce aux frottements répétés et à l'action irritante qu'ont parfois les sécrétions vaginales ou vulvaires, il se produit, soit chez l'homme, soit chez la femme, une légère érosion. La contamination a lieu. Cette érosion donne lieu à un peu de prurit, à quelques démangeaisons; puis le prurit cesse le lendemain ou le surlendemain, et tout rentre dans l'ordre. Quinze jours, trois semaines se passent, rien n'apparaît encore au point contaminé. Au bout de trois semaines en moyenne, il se montre en ce point une petite tuméfaction, une élevure dont la surface rougit un peu; puis bientôt commence le travail d'infection spécifique, de condensation de matériaux, d'hypertrophie locale. Le derme et le tissu sous-dermique sont envahis par l'induration dans une étendue variable. Pas d'ulcération, pas de perte de substance. Les choses se passent fréquemment ainsi chez l'homme, plus souvent encore chez la femme. Chez cette dernière, la première manifestation de la syphilis s'accompagne si rarement d'ulcération, que des médecins distingués ont prétendu que chez elle la syphilis débutait presque toujours par la plaque muqueuse. Il faut s'en prendre au mot chancre induré, qui fait que malgré soi on cherche une ulcération. Pas d'ulcération, pas de chancre induré : ils ont vu là des plaques muqueuses. Dans ce cas, vous le voyez, le virus n'agit sur le point contaminé qu'en retour, c'est-à-dire après infection.

Arrivons à l'inoculation méthodique, à l'inoculation artificielle par la lancette. Vous savez que pendant longtemps l'inoculation a été pratiquée pour la variole, et je vous ai dit tout à l'heure comment les choses se passaient. L'action locale en retour aux points inoculés peut elle-même manquer, comme on en trouve un cas dans le *Traité de l'inoculation* publié par Dezoteux et Valentin, à l'époque où l'inoculation de la variole était vulgairement pratiquée.

Valentin inocule une jeune fille aux deux bras. Huit jours après aucune trace des piqûres. Il réinocule. Le soir même, fièvre, et trois jours plus tard, éruption générale discrète, sans que les secondes piqûres aient présenté aucune marque d'éruption. (*Dict. en* 60 *vol.*, art. Variole.) Ces faits sont rares, il est vrai; mais ils prouvent néanmoins que même cette action locale consécutive au siége de la pénétration du virus n'est point absolument nécessaire.

Les inoculations artificielles du virus syphilitique sur des sujets sains sont peu nombreuses; mais elles ont été observées et décrites avec le plus grand soin. Tous ces cas, à quelques chiffres près, sont semblables. Voici ce qu'on observe :

Le lendemain de l'inoculation la piqûre est cicatrisée. Pendant un laps de temps de vingt à cinquante jours, point d'action locale; puis, sur le point contaminé apparaît une saillie, une papule qui grossit. Plusieurs l'ont appelée tubercule, pour la caractériser. La surface de cette papule s'excorie quelquefois, suppure à peine et se dessèche rapidement en se recouvrant d'une croûte sèche.

Comparez. C'est la même série de phénomènes que dans l'inoculation vaccinale. La durée de l'incubation est seulement beaucoup plus longue. Il n'y a d'action locale qu'après l'infection.

J'arrive aux modes d'inoculation spontanée, c'est-à-dire aux cas que nous avons habituellement sous les yeux. Il est impossible d'en faire une énumération complète, car toute solution de continuité peut servir à la pénétration du virus. Je ne parlerai que des modes les plus fréquents.

La syphilis commence souvent aux lèvres. La voie d'entrée est une vésicule déchirée d'herpès, une gerçure, une coupure, une morsure, une brûlure par la pipe, etc. L'infection peut avoir lieu également dans la cavité buccale par des aphthes; à la surface des amygdales, dans le cas d'amygdalite avec ulcération ou même simple érosion de l'épithélium; dans le pharynx, quand il est le siége d'une angine herpétique. Le mamelon est un lieu fréquent d'infection, grâce aux gerçures, aux éruptions avec érosion d'épiderme, aux morsures, dont il est fréquemment le siége pendant la lactation. Une excoriation du doigt a été plusieurs fois le point de départ de la syphilis chez des médecins et des accoucheuses.

Les lésions des organes génitaux qui peuvent servir à la contagion sont de différents ordres. Ce sont des déchirures du frein, du prépuce, des érosions simples du gland, du prépuce, de la peau de la verge; des balanites simples aiguës, des balanites chroniques exulcéreuses, une ou plusieurs vésicules d'acné, de gale, d'herpès, etc.

Un mot à propos de la pénétration du virus par l'herpès.

Je dis que le virus syphilitique n'a aucune action immédiate sur la lésion qui lui donne entrée. S'il en est ainsi, cette lésion doit suivre sa marche ordinaire. Par conséquent, si cette lésion n'a qu'une durée naturellement éphémère, elle doit guérir et disparaître avant toute manifestation syphilitique. C'est précisément ce qui a lieu pour l'inoculation, l'érosion, les blessures légères, etc., lorsqu'une cause permanente d'irritation ne vient pas empêcher leur guérison. Si, au contraire, la durée naturelle de la lésion locale égale ou dépasse la période de l'incubation de la syphilis, avant qu'elle ait eu le temps de disparaître, la première manifestation syphilitique vient s'ajouter à elle et la modifier. On a alors une lésion hybride, c'est-à-dire une lésion dont l'origine est étrangère à la syphilis, mais à laquelle est venue se joindre l'induration périphérique, indice de l'action du principe spécifique. Ce sont ces cas, dans lesquels, depuis le moment de la contagion, le point contaminé a toujours été le siége d'une lésion, qui ont fait croire à l'action locale, primitive, du virus syphilitique.

L'herpès, par exemple, a une évolution d'une certaine durée. Il se produit d'abord un peu de prurit avec rougeur; puis apparaissent des vésicules ordinairement multiples qui se rompent, et offrent une exulcération légère. Les petites surfaces exulcérées s'étendent un peu, puis s'arrêtent, diminuent de largeur et se cicatrisent. Tout cela demande un certain temps à s'effectuer. Si l'herpès est près de sa terminaison quand a lieu l'application du virus syphilitique, il aura le temps de se guérir avant que la maladie virulente produise son premier effet. Mais si cette première manifestation surprend l'herpès avant sa disparition complète, sous la légère exulcération qui le constitue viendront se déposer des éléments nouveaux de tissu conjonctif. Cette induration sera plus ou moins considérable en largeur et en épaisseur. Parfois elle n'occupe guère que l'étendue de la surface exulcérée. Quelquefois même, on voit un noyau induré du volume d'un demi-pois, surmonté d'une petite surface excoriée. Dans ce cas la lésion initiale est reconnaissable, et les renseignements du malade achèvent de la faire reconnaître. Il avait au moment de voir la femme, ou bien il lui est survenu un ou deux jours après le coït, un tout petit bouton qui s'est écorché; c'est seulement plus tard que l'induration est apparue.

Toutes les fois donc qu'il semble y avoir une lésion syphilitique primitive, il y a toujours combinaison d'une lésion locale, indépendante de la syphilis, avec l'élément syphilitique, effet de l'infection. Ce sont des formes hybrides. Il faut, pour qu'elles puissent se produire, que la lésion initiale ait une durée au moins égale à la période d'incubation, durée qui d'ailleurs peut être prolongée par des causes d'irritation multiples, contact de l'urine, frottement du pantalon, etc.

C'est M. Rollet (de Lyon) qui le premier a eu le mérite de voir dans ce qu'il appelle le chancre mixte une forme hybride. Mais ce n'était qu'un point de la vérité. Il fallait dire que toutes les fois qu'il y avait une lésion initiale, la première manifestation de la syphilis était mixte.

De toutes les lésions auxquelles vient se joindre après infection l'induration spécifique, la plus importante est le chancre mou. Je vous en parlerai dans la prochaine leçon. Il nous faudra l'étudier avec quelques détails; car ce sera pour vous la clef des variétés si nombreuses et si différentes d'aspect de ce qu'on a improprement appelé le chancre induré.

DE L'EMPLOI EN MÉDECINE DE L'ERGOT DE FROMENT,

Par M. le docteur Henri Perrot.

Les travaux publiés dans le siècle dernier par Desgranges (de Lyon) firent admettre l'ergot de seigle comme un médicament destiné à réveiller les contractions utérines dans les accouchements laborieux. A partir de ce moment, un grand nombre de médecins, d'accoucheurs et de botanistes, se livrèrent à des études approfondies sur ce produit préconisé dans la pratique obstétricale. Malgré toutes les savantes recherches qui ont été faites, on s'étonne que beaucoup de praticiens n'emploient encore qu'avec crainte, et souvent même excluent de leur arsenal thérapeutique l'ergot de seigle.

Deux motifs sérieux expliquent cette appréhension. C'est d'abord le principe toxique qui réside dans l'huile grasse des ergots en général, mais plus particulièrement de celui de seigle, et qui fait de ce dernier un agent plus dangereux; ensuite, la grande difficulté de se procurer un ergot toujours de bonne qualité, car ce produit est facilement altéré, soit par l'humidité, soit par certains vers. Un médicament héroïque est alors transformé en une substance inerte.

L'ergot est, comme on le sait, une production spéciale aux plantes des monocotylédones glumacées, mais surtout aux graminées; aussi a-t-on trouvé l'ergot dans presque tous les genres de cette famille. Le froment, comme le seigle, produit des ergots, et des auteurs recommandables affirment en avoir vu dans l'avoine, l'orge, l'ivraie, l'alpiste, le maïs, etc.

M. le docteur Pourcher aîné signala, il y a quelques années, l'*ergot de froment* comme succédané de l'ergot de seigle, et dans une thèse dont il a été rendu compte dans ce journal en 1855, M. le docteur Grandclément (de Clermont-Ferrand) insista, avec l'autorité que donne le talent, sur les propriétés médicinales de ce précieux agent. L'emploi de l'ergot de froment s'est vulgarisé, les résultats ont répondu à l'attente, et voici que M. Lepedriel, pharmacien de première classe, vient de soutenir à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier une thèse extrêmement remarquable sur ce même sujet. Ce travail, qui a pour titre : *De l'ergot de froment, de ses propriétés médicales et de ses avantages sur le seigle ergoté*, renferme des faits pleins d'intérêt et confirme en tous points les expérimentations que nous avons commencées il y a quelques années, et que nous continuons avec persévérance.

Tous nos confrères connaissent la prompte altérabilité du seigle ergoté. Nous avons dû rechercher si l'ergot de froment pouvait en revanche résister à la destruction et conserver longtemps ses vertus, sans qu'il soit besoin de prendre les mêmes précautions; eh bien, nous avons renfermé de la poudre dans du papier et nous l'avons laissée pendant plus d'un an dans un tiroir : au bout de ce temps, elle n'avait subi aucune altération. Employée par plusieurs médecins, elle a agi tout aussi énergiquement que de la poudre récente.

M. Le Perdriel a rapporté des observations cliniques qui lui ont été communiquées par MM. Bourdel, Bertrand aîné, Bourrely, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier, ainsi que par MM. les docteurs Duval et Cellarier. Il résulte de ces faits que l'ergot de froment agit d'une manière aussi évidente que l'ergot de seigle et que son action est aussi rapide. M. Bourdel la trouve même plus rapide et aussi énergique. D'après M. le docteur Bertrand, jamais le seigle ergoté n'aurait agi entre ses mains aussi énergiquement que l'ergot de blé. Enfin les expérimentateurs distingués que nous avons cités s'accordent à reconnaître l'innocuité de cet agent, soit sur la mère, soit sur l'enfant. Dans trois observations, l'enfant est venu en vie, et n'a pas présenté les symptômes d'asphyxie attribués au seigle ergoté. Dans l'observation de MM. Cellarier et Bourrely, l'enfant est né mort; mais longtemps avant sa naissance M. Cellarier avait constaté la cessation des battements cardiaques. On ne saurait donc attribuer la mort à l'ergot de froment, puisque cet agent n'avait pas encore été administré. Aucune des malades ne s'est plainte du mauvais goût de la préparation, quoique rien ne fût fait pour en masquer la saveur ou la rendre agréable.

Dans les faits qui ont été publiés, on remarque que la torpeur de l'utérus a cessé bientôt après l'administration du remède, et que l'action de celui-ci a été de suite manifeste. Il a suffi de dix minutes à la malade de M. Bourdel pour en ressentir l'influence, et les effets ont été en augmentant depuis l'ingestion du remède jusqu'à la terminaison de l'accouchement; enfin l'expulsion du fœtus arrêtée depuis longtemps a été facilement produite. D'après M. le docteur Bourdel, l'action de l'ergot de froment aurait été si régulière qu'il ne craint pas de la comparer à l'activité utérine provoquée par les seules forces de la nature et sans secours de médicaments. La délivrance et les suites de couches n'ont rien présenté que de naturel.

L'action obstétricale du seigle ergoté a pu être contestée, mais personne n'a mis en doute les bons effets de ce médicament contre les hémorrhagies utérines. Les vertus hémostatiques de l'ergot de froment sont absolument les mêmes; mais ce dernier agent présente plus de garantie pour arrêter les flux hémorrhagiques que l'ergot de seigle. L'analyse chimique démontre en effet la présence de 4 pour 100 d'extrait hémostatique de plus en faveur de l'ergot de froment.

L'ergotine de froment a fourni à M. Bourdel plusieurs succès, et nous-même en avons retiré d'excellents effets dans notre pratique.

Pour résumer l'état de la question, nous dirons que, d'après les travaux que nous avons rappelés et d'après nos observations personnelles, *nous considérons l'ergot de froment comme moins altérable, plus efficace et moins toxique que l'ergot de seigle.* Nous ne mettons pas en doute que les expériences ultérieures ne viennent bientôt confirmer et propager cette manière de voir.

FRACTURE DU CRANE, ISSUE DE SUBSTANCE CÉRÉBRALE.

Guérison.

Par M. le docteur Bergeret (de Saint-Léger-sur-d'Heune).

Le 6 mai 1860, je fus appelé à Charrecey près d'un enfant nommé G..., âgé de onze ans, qui venait de faire une chute de 10 mètres de hauteur environ, en prenant un nid de pie sur un peuplier.

Sa tête était venue frapper sur la souche d'un verne étronçonné récemment. Cette souche était hérissée de branches coupées à quelques centimètres de leur base. Une de ces branches lui fractura le crâne, à gauche, à 5 centimètres du conduit auditif externe et à 5 centimètres de l'apophyse mastoïde. La boîte crânienne était fracturée en étoile dans une étendue de 8 à 10 centimètres de diamètre; la fracture occupait l'occipital, le pariétal et le temporal; l'orifice crânien siégeait à un centimètre et demi du diamètre vertical de la fracture. Une portion de la substance cérébrale, du volume d'une noisette, faisait hernie entre les lèvres de la plaie; le pouls était filiforme, irrégulier; le sang était sorti en très-grande quantité de cette plaie, et suintait encore abondamment.

L'aspect de la plaie, l'état du pouls, me firent pronostiquer une mort presque immédiate; aussi ne nettoyai-je qu'incomplétement la plaie; je coupai grossièrement les cheveux; j'excisai, à l'aide de ciseaux, la substance cérébrale herniée, sans que le petit malade s'en aperçût plus que si j'eusse coupé les cheveux. Je fis mettre sur la tête, pour acquit de conscience, une vessie d'eau que l'on devait maintenir constamment froide.

Le soir, sur la demande du père, je retournai à Charrecey. Cet enfant avait toute sa connaissance; le pouls était petit, mais régulier; l'hémorrhagie s'était arrêtée. Je nettoyai convenablement la plaie; je retirai encore de la substance cérébrale d'entre les lèvres de cette plaie. Une surface crânienne, plus large que la paume de la main, était mobile au toucher; les fragments étaient donc nombreux. Je n'explorai pas la plaie; le cerveau, au-dessous de ces fragments, paraissait broyé. Je fis maintenir dessus une vessie d'eau froide.

Le 7, l'état du petit malade n'avait pas changé, son intelligence était parfaite, il répondait nettement à toutes mes questions; pas le moindre phénomène cérébral. Je continuai les applications froides, et j'administrai le calomel à doses fractionnées.

Je me rendis tous les jours auprès de cet intéressant malade.

Le quatrième jour, il y eut un peu de tremblement du bras droit. J'ordonnai une potion antispasmodique; le tremblement ne dura que quelques heures.

Le treizième jour, je supprimai l'eau froide, qui avait été constamment maintenue jusque-là, car je m'aperçus d'un commencement de suppuration; le pus venait de loin, et je ne voulais pas qu'il se for-

mât de clapiers. Je fis injecter cinq ou six fois par jour de l'eau de Barèges dans le foyer purulent. Ces injections entraînèrent profondément; elles durèrent un mois. Tous les jours, la régurgitation des injections ramenait des portions cérébrales gangrenées noires ou grises.

Au bout de six semaines, la plaie était guérie ; les os se sont cicatrisés presque sans déformation ; la tête est légèrement aplatie dans le siége des fractures ; mais le plan sphéroïdal de la boîte crânienne n'est pas sensiblement brisé. Par le toucher, on sent quelques inégalités qui sont le résultat de la réduction incomplète des différentes fractures.

De tous ces désordres, il ne restait, après la cicatrisation complète, qu'une paralysie de la paupière supérieure de l'œil gauche et du buccinateur gauche. Ces organes étaient privés seulement du mouvement ; la sensibilité était aussi délicate à gauche qu'à droite. Ces accidents n'ont duré que cinq à six mois.

Le 12 septembre, l'œil gauche se fermait complétement ; le buccinateur fonctionnait très-bien ; les aliments ne venaient plus se loger entre l'arcade dentaire et la joue ; la bouche se déviait encore quand le malade riait aux éclats.

Comment cette altération fonctionnelle du trifacial s'est-elle produite? C'est évidemment par une blessure partielle du ganglion de Gasser. Cette blessure n'a pu avoir lieu qu'au point de jonction des deux racines et avant la division de ce nerf en trois branches; car ces trois branches sont intéressées dans leur distribution, et elles ne le sont que partiellement. Pour que ce désordre ait eu lieu après la division du nerf, toute la base du crâne eût été fracturée et le mal eût été irrémédiable. La secousse cérébrale a évidemment imprimé un tiraillement au trifacial, là où ce nerf entre dans le conduit qui lui est formé par la dépression de la pointe du rocher et la dure-mère. C'est en ce point que ce nerf a été déchiré en partie; car on ne peut pas admettre la blessure du nerf à l'origine de sa racine motrice, cette racine est trop profondément placée, et sa racine sensitive eût été blessée plutôt que la motrice. Quel que soit, du reste, le point blessé du nerf de la cinquième paire, les désordres matériels et fonctionnels se sont promptement réparés.

Comment cet enfant n'a-t-il pas succombé à cette blessure cérébrale? Pour moi, il n'y a aucun doute à établir. L'hémorrhagie abondante seule a sauvé ce malade. Quand je me suis rendu près de lui, l'irrégularité du pouls et sa petitesse étaient le fait de l'hémorrhagie, et non de la blessure cérébrale, comme je le croyais.

Depuis longtemps j'ai remarqué la promptitude du rétablissement des malades dont les plaies céphaliques saignent abondamment. Ainsi, un autre enfant de Saint-Gilles était tombé sur la tête sur une voie de halage du canal du Centre, du sommet d'un peuplier où il était grimpé pour prendre un nid. Cet enfant eut toutes les dents pulvérisées, la mâchoire inférieure fracturée en trois endroits; l'hémorrhagie fut assez abondante pour amener la syncope. Ce malade guérit promptement sans la moindre suite fâcheuse.

Deux ouvriers plâtriers de Dennery eurent la peau du crâne fendue et décollée dans une étendue plus large que la main. Les os étaient à nu; l'hémorrhagie fut abondante, et tous les deux furent promptement rétablis sans accidents ultérieurs, quoique l'un d'eux eût une jambe cassée.

Le fils d'un menuisier de Saint-Léger, en se balançant, vint se frapper la tête contre l'arête d'une poutre; la peau du crâne fut fendue presque d'une oreille à l'autre; la calotte antérieure retomba sur les yeux; l'hémorrhagie fut abondante, et cet enfant n'a pas même gardé le lit vingt-quatre heures.

Je pourrais citer un très-grand nombre de cas où l'hémorrhagie a guéri promptement les blessés. Au contraire, les contusions sans plaie sont quelquefois très-graves. Ainsi, dernièrement un charretier de Saint-Berain étant à cheval, menait ses chevaux boire à la rivière. Il tomba; son chapeau le garantit. Cet homme fut emporté chez lui dans un état désespéré. Respiration comateuse, céphalalgie atroce, convulsions. Cet état durait depuis trente-six heures. Vaste application de sangsues derrière les oreilles; immédiatement l'usage des sens revient. Cependant cet homme a gardé pendant plus de quinze jours une céphalalgie violente et une débilitation des forces musculaires.

Ainsi, je crois que le seul moyen de préserver les malades ayant une blessure de tête des accidents consécutifs souvent graves, est de pratiquer des émissions sanguines locales abondantes. Ces émissions sanguines doivent être faites d'une certaine façon. Si les accidents sont graves et que l'événement remonte à plus ou moins longtemps, il faut tirer immédiatement beaucoup de sang et entretenir pendant vingt-quatre ou trente-six heures un suintement sanguin; suintement que l'on obtient en lavant les trous de sangsues avec de l'eau tiède, pour qu'un caillot ne se forme pas dans les morsures de sangsues; ou bien, si le sang s'arrête malgré ces précautions, en faisant piquer, après l'application principale, une seule sangsue; que l'on renouvelle aussitôt que le sang cesse de couler. Si l'accident est récent, une seule sangsue à la fois, remplaçant toujours celle qui vient de tomber, suffit presque toujours quand on continue ainsi pendant vingt-quatre heures.

La règle générale se modifie évidemment avec chaque cas particulier. Le calomel à doses fractionnées est un excellent adjuvant de ces émissions sanguines locales.

J'ai dit que je n'avais pas exploré la plaie de mon petit malade, car je croyais qu'il succomberait à une cérébrite. Il est sorti, tant en portions vives excisées qu'en portions sphacélées entraînées par les injections quotidiennes, plus gros qu'une noix de substance cérébrale. Quand bien même j'aurais cru à la guérison de ce malade, la tentative de réduction des fragments eût été plus nuisible qu'utile, car j'aurais pu blesser des parties saines. De plus, ces fragments étaient si mobiles, que la réduction eût été parfaitement inutile; je comptais sur la pression cérébrale de dedans en dehors; et je n'ai pas compté en vain, car, comme je l'ai dit, la difformité n'est sensible qu'au toucher.

Un dernier point enfin méritait d'être signalé dans cette observation; c'est l'insensibilité du cerveau, dont il existe d'ailleurs tant d'autres exemples dans la science.

FISTULE A L'ANUS. — GUÉRISON PAR LES INJECTIONS IODÉES.

Par M. ELLEAUME.

M. X..., âgé de trente-deux ans, d'un tempérament lymphatique, s'est généralement bien porté jusqu'à ces dernières années. Depuis deux ans il est contraint de passer les journées et une grande partie des nuits à un travail exagéré. Il vient me consulter il y a près d'un an pour une diarrhée colliquative que les opiacés arrêtent momentanément. La santé générale étant profondément altérée, j'ordonne l'hydrothérapie, qui semble lui réussir; mais il est obligé de suspendre cette médication.

Le 28 novembre 1861, M. X... vient me consulter pour une tumeur hémorrhoïdale, dit-il, qui le fait beaucoup souffrir depuis quelques jours. À l'inspection, je constate à l'anus, sur le côté gauche, une tumeur grosse comme une petite noix, rouge, douloureuse au toucher; la sensation de la fluctuation est manifeste. Une petite incision donne issue à une grande cuillerée d'un pus bien lié et n'ayant aucune odeur stercorale. J'ordonnai un grand bain et des cataplasmes de farine de lin.

Le 15 décembre, M. X... revient me voir et m'apprend que l'abcès n'a pas cessé de fournir du pus depuis l'incision. Je soumets mon malade à un nouvel examen, et je constate, au moyen du stylet, un trajet fistuleux remontant le long du rectum à la hauteur de 2 pouces. Un doigt introduit dans le rectum me permet de sentir l'extrémité de mon stylet; mais j'acquiers la conviction que la fistule n'est pas complète; une partie des enveloppes du rectum sont atteintes, c'est à peine si toute l'épaisseur de la muqueuse est interposée entre l'instrument et l'indicateur. D'un autre côté, en examinant le linge du malade et en interrogeant avec soin ce dernier, j'ai la conviction que la fistule n'est pas complète, qu'elle ne communique pas avec l'intestin. Je songeai à employer les injections iodées.

Je fis une première injection avec parties égales d'eau et de teinture d'iode. Les fonctions de l'intestin furent maintenues régulières au moyen de lavements, et comme depuis plusieurs mois M. X... avait des alternatives de diarrhée et de constipation, craignant quelque formation de tubercules, j'ordonnai l'huile de foie de morue à la dose de deux cuillerées par jour pour arriver successivement à six cuillerées. Je pratiquai une injection tous les quatre jours, et à la quatrième je constatai une diminution de moitié dans la longueur du trajet fistuleux. Je pratiquai ainsi dix injections. M. X... fit alors un voyage. Malgré la fatigue, à son retour, huit jours après, j'ai pu constater l'oblitération complète du trajet fistuleux, et depuis plus de six semaines rien n'est survenu de ce côté.

Voici donc un cas nouveau de guérison de fistule anale par les injections iodées. Notre confrère M. Bolnet a publié sur ce sujet un mémoire fort remarquable, où il semble ne pas mettre en doute le succès de cette médication. J'avoue ne pas trop partager l'enthousiasme de notre confrère, malgré le succès que je viens de relater; j'ai pu voir, pendant mon séjour dans les hôpitaux, des tentatives de ce genre qui n'ont eu aucun succès; j'ai raconté le fait ci-dessus à plusieurs chirurgiens, qui m'ont dit que c'était un résultat exceptionnel, qu'ils avaient souvent employé les injections iodées dans les cas de fistule à l'anus sans obtenir de guérison.

Je veux donc démontrer que si les injections iodées ne guérissent pas toujours, elles peuvent guérir quelquefois. Il faut remarquer que dans le cas que je viens de citer la fistule était incomplete, et, par conséquent, se présentait avec les meilleures chances de réussite.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 juin 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une observation de polype du larynx, enlevé à l'aide de l'instrument tranchant, sans avoir eu recours à la bronchotomie, par M. le docteur Bruns, de Tubingen (commissaires, MM. Malgaigne, Larrey et Huguier);

2° Un rapport d'épidémie, par M. le docteur Barret, de Carpentras. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Un mémoire sur l'emploi thérapeutique des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif, par M. le professeur Pétrequin, de Lyon. (Commissaires, MM. Bouchardat, Trousseau et Roger.)

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une lettre de M. Lafosse, dans laquelle ce vétérinaire se défend d'avoir caractérisé d'eaux aux jambes la maladie dont était atteinte la jument qui a servi aux expériences de Toulouse, contrairement aux affirmations de M. Depaul.

M. DEPAUL maintient son dire, en s'appuyant sur le texte même de la lettre de M. Lafosse, insérée dans l'*Union médicale*.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'origine de la vaccine. La parole est à M. Bouley.

Suite et fin de la discussion sur l'origine de la vaccine.

M. H. BOULEY. M. Depaul m'a demandé dans la dernière séance si les observations de Jenner étaient de lui-même, ou s'il ne les tenait que de tiers. On a donné à entendre que les faits que j'avais apportés à la tribune n'étaient que des propos d'écurie.

Dans l'intention de ménager les instants de l'Académie, je n'ai fait dans la dernière séance que parcourir en quelque sorte les têtes de chapitres du livre de Jenner, en indiquant sommairement les faits qu'il renferme; mais puisque je suis amené par l'incrédulité de M. Depaul à apporter plus de précision dans les preuves, je demande à l'Académie la permission de lui citer textuellement plusieurs des passages de la traduction de Jenner, que je n'ai fait qu'indiquer. (M. Bouley donne lecture de plusieurs extraits qu'il nous est impossible de reproduire, ne les ayant pas sous les yeux.)

M. DEPAUL persiste dans son opinion; il ne trouve dans les citations que vient de faire M. Bouley, et qu'il connaissait d'ailleurs, rien qui démontre que Jenner ait vu les faits dont il parle.

M. REYNAL. Un des membres les plus autorisés de cette assemblée, M. Depaul, a émis, à l'occasion de la discussion des opinions que je ne crois pas fondées sous tous les rapports. Il a cherché à établir :

1° Que la maladie du cheval appelée eaux aux jambes ne communique pas la vaccine à l'homme ni à la vache;

2° Que cette communication n'est établie ni par des faits cliniques ni par des expériences directes d'inoculation;

3° Que le cheval est affecté de la variole transmissible à l'homme et aux animaux;

4° Enfin que la variole et la vaccine sont deux maladies identiques, la vaccine n'étant pour lui autre chose que la variole inoculée aux animaux, chez lesquels elle produit le cowpox chez la vache, la clavelée chez le mouton.

Sous plusieurs rapports je me trouve en dissidence avec M. Depaul :

1° Tout le monde sait que Jenner n'a jamais varié sur l'origine du cowpox; il lui assignait une maladie du cheval, le *grease*, qu'il désigne encore sous le nom de *sore-heel*, mal de talon, et que son traducteur a rendu par le mot *javart*. Jenner, du reste, il l'avoue bien sincèrement, n'a pas fait d'inoculations d'eaux aux jambes; mais ses observations nombreuses démontrent cette origine de la manière la plus évidente. Ce que Jenner n'a pas démontré expérimentalement, plusieurs auteurs ses contemporains ou ses continuateurs l'ont fait.

J'ai vainement tenté, en ce qui me concerne, d'inoculer le produit de la sécrétion des eaux aux jambes à la vache; mais malgré cet insuccès, je ne me crois pas autorisé à révoquer en doute ou à nier le résultat heureux des inoculations faites par divers expérimentateurs; c'est se montrer trop sévère que de ne pas l'admettre, par cela seul que les faits sont incomplets sous quelques points. Je n'ignore pas que les adversaires de cette opinion prétendent que rien ne prouve que ces expérimentateurs aient inoculé le produit des eaux aux jambes; tantôt, disent-ils, c'est une maladie cutanée, le javart, les crevasses; tantôt un érythème qui aurait donné naissance à la vaccine.

J'examinerai plus loin la valeur de cette argumentation; je me borne à énoncer ici qu'il n'est pas admissible que les vétérinaires qui ont fait les expériences en question n'aient pas su distinguer les eaux aux jambes des autres maladies de la peau. Avant de démontrer qu'il n'y a pas de méprise, je rappellerai en peu de mots les caractères des eaux aux jambes à leur début :

Les eaux aux jambes à leur début se présentent sous la forme d'un engorgement douloureux de la partie inférieure des membres, précédé et accompagné d'un mouvement fébrile et d'une éruption de vésicules, de pustules et d'une sécrétion abondante de sérosité jaunâtre. À mesure que la maladie s'éloigne de la période du début, la peau des extrémités subit de profondes modifications : elle s'épaissit, se fendille, se crevasse; elle s'ulcère et se recouvre d'une multitude d'excroissances verruqueuses, rougeâtres, mamelonnées, etc. De la différence que présente la maladie à ces diverses périodes découle la confusion qui existe relativement à la maladie du cheval qui engendre le cowpox. J'ai toujours été persuadé, et je le suis aujourd'hui plus que jamais après avoir entendu le texte original de Jenner, que le *grease*, le *sore heel* de cet auteur, correspond à la première période, à la période éruptive vésiculeuse et pustuleuse des eaux aux jambes que j'ai décrite.

M. Reynal cite à l'appui de ce qu'il vient de dire un grand nombre de documents empruntés à divers auteurs et expérimentateurs dont il a invoqué le témoignage.

M. LEBLANC met sous les yeux de l'Académie le pied d'un cheval atteint d'eaux aux jambes.

J'avais déjà fait voir à M. Gibert, dit-il, le cheval auquel appartenait ce pied, afin d'avoir l'opinion de notre collègue sur la nature de cette maladie. M. Gibert n'a pas hésité à me dire que la lésion qu'il voyait avait beaucoup d'analogie avec le *lupus*, la dartre rongeante d'Alibert. En comparant les eaux aux jambes avec ce que Willan et Batemann ont dénommé chez l'homme *lupus non exedens*, j'ai trouvé aussi beaucoup de rapports, car la peau dans les cas d'eaux aux jambes ne s'ulcère pas, elle s'épaissit, s'hypertrophie, au contraire, et fournit des excroissances multiples quelquefois du volume du poing, tout en sécrétant abondamment un liquide ichoreux d'une odeur infecte, *sui generis*. C'est donc bien une affection à classer parmi les maladies tuberculeuses de la peau.

M. Leblanc, après ce préambule, entre dans de longs développements historiques et critiques sur les faits de Chartres et de Toulouse, et sur les expériences qu'il a faites lui-même, ainsi que sur celles de MM. Bousquet et Depaul; puis, après avoir discuté ces faits, il résume son argumentation en ces termes :

En admettant avec M. Lafosse que le liquide qui est sécrété pendant le cours de cette maladie produit le vaccin quand on l'inocule aux mamelons des génisses, peut-on dire, selon l'opinion de M. Depaul, que c'est la variole du cheval qui se transmet à la vache, chez laquelle elle va prendre le nom de vaccine après s'être légèrement modifiée dans la forme, ou devra-t-on dire tout simplement qu'une maladie pustuleuse, encore innomée et non classée du cheval peut provoquer ou créer la vaccine, comme cela a été dit des eaux aux jambes? Je pencherais évidemment vers l'opinion de M. Depaul. De même que si l'on admettait comme complet et indéniable le fait communiqué par MM. Manoury et Pichot, qui est bien un cas où un homme a présenté des pustules vaccinales après avoir été en rapport avec un cheval atteint d'eaux aux jambes, il faudrait dire qu'une maladie tuberculeuse de la peau du cheval a la propriété de créer la vaccine. Il y aurait donc au moins deux maladies du cheval très-différentes, capables de produire la vaccine. Et comme dans mon opinion, et selon l'opinion de beaucoup d'autres, la vaccine se crée aussi d'elle-même spontanément, sans le secours de la variole ou des eaux aux jambes, les médecins ne sont pas près de manquer de vaccin. Je leur conseille cependant de ne pas trop compter sur celui

qui leur viendra par suite de l'influence de la variole ou des eaux aux jambes du cheval; la nature n'est pas habituée à dévier aussi manifestement de la route qui lui a été tracée.

C'est dire que je ne crois encore qu'à la vaccine spontanée chez la vache. Je n'admettrai d'autre origine de cette maladie que lorsque des faits plus concluants que ceux connus jusqu'à ce jour seront venus me démontrer que l'on peut faire naître la vaccine presque à volonté sous des influences déterminées d'avance, et notamment sous l'influence du contact ou de l'inoculation des eaux aux jambes et de la maladie pustuleuse décrite par MM. Sarrans et Lafosse. Et, comme les eaux aux jambes ne sont pas très-rares, même aujourd'hui, et que la maladie de Rieume ne doit pas l'être non plus, il y a lieu d'espérer que les nouveaux observateurs ne tarderont pas à résoudre la question si intéressante qui est maintenant en discussion. Mais pour cela, il sera indispensable, par toute sorte de soins, d'éviter les négligences qui ont été reprochées aux auteurs des faits déjà publiés sur l'origine de la vaccine, négligences qui ne permettent pas jusqu'alors de formuler une conclusion définitive.

M. BOULEY demande la parole pour résumer en deux mots la discussion. Il ressort, dit-il, de cette discussion ce fait incontestable que c'est le cheval qui est la source de la vaccine. Mais quelle est la maladie qui donne le vaccin ? Voilà ce que l'on ignore encore complétement et ce qu'il reste à déterminer à l'avenir par des expériences. Il répète la proposition ou plutôt le vœu que j'ai émis dans la dernière séance, savoir, que l'Ecole d'Alfort soit mise en mesure de faire ces expériences.

La discussion est close.

— La parole est à M. Collongues pour une lecture.

LECTURE.

Du biomètre. — M. COLLONGUES présente à l'Académie un instrument auquel il donne le nom de biomètre, et dont il indique l'objet et l'application en ces termes :

Le *biomètre* est un instrument d'acoustique appliqué à l'étude de l'homme bien portant ou malade, destiné à évaluer et à reproduire par l'unisson et à volonté les sons perçus ordinairement par l'auscultation des doigts. A cet effet, le biomètre fait entendre des sons de différente hauteur, les traduit en notes et en nombre de vibrations; ce qui permet la comparaison du rapport des intervalles qui existent des deux côtés du corps, soit dans l'état normal, soit dans l'état anormal, et d'exprimer en chiffres les différents degrés de santé et de maladie.

L'instrument se compose d'un manche, d'un diapason avec curseur et d'un dynamoscope. Le manche est en caoutchouc. Il comprend une poignée, une ouverture et une extrémité digitale. La poignée isole le bruit de la main qui supporte l'instrument; l'ouverture permet l'introduction de la tige du diapason, et l'extrémité digitale reçoit le dynamoscope.

Le diapason est formé de deux branches longues de trente centimètres. Sur chacune de ses branches glisse un curseur qui peut adhérer sur tous les points de sa course, à l'aide d'une vis de pression. Chaque branche comprend huit divisions marquant le nombre absolu des vibrations, les notes de la gamme qui leur correspondent et les intervalles désignés sous les noms de seconde, tierce, quarte, quinte, et en double colonne ascendante et descendante.

La limite des sons perçus par l'auscultation des doigts est de 26 vibrations, la limite des sons aigus de 144 vibrations.

Voici de quelle manière on se sert de cet instrument :

On fait entrer la tige du biomètre dans l'ouverture pratiquée dans le manche. Le dynamoscope est appliqué à son extrémité digitale, les deux branches du diapason sont tournées vers la terre. On les met en vibration en les rapprochant brusquement. Après avoir saisi la poignée du manche, on détruit les sons harmoniques en touchant légèrement les deux branches du diapason à leur extrémité fermée. On applique le dynamoscope dans l'oreille, on compare le son du biomètre à celui produit par l'un des indicateurs, et si on ne les trouve pas semblables, on abaisse ou on élève les deux curseurs jusqu'à ce que les deux sons produisent l'unisson.

Alors, grâce à cette loi de physique que deux sons de même hauteur ont toujours le même nombre de vibrations, on traduit en nombres le bourdonnement vital. On renouvelle l'expérience pour l'indicateur de l'autre main, et après avoir obtenu la valeur numérique, on compare les deux chiffres ou les deux notes, et l'on constate l'égalité ou la différence.

La *biométrie* s'occupe de la recherche des lois des vibrations vitales. Elle définit la santé par l'équilibre des vibrations aux deux indicateurs, et la maladie par le défaut d'équilibre des vibrations aux mêmes points.

Ainsi la biométrie a deux lois fondamentales pour principe :

Première loi. — L'équilibre des vibrations vitales perçues à l'aide du biomètre des deux côtés du corps, à deux points similaires, les indicateurs par exemple, se rencontre toujours avec l'état de santé.

Deuxième loi. — Le défaut d'équilibre des vibrations vitales perçues à l'aide du biomètre des deux côtés du corps, à deux points similaires, les indicateurs par exemple, se rencontre toujours avec l'état de maladie.

Vibrations vitales pendant la santé. — Chez l'homme, la femme, le vieillard, l'enfant, le type de la santé parfaite dans nos climats est déterminé par 72 vibrations par seconde.

L'équilibre de la santé peut exister avec tout autre nombre, à la condition que ce nombre soit égal des deux côtés.

Le sexe, les âges, les tempéraments, la constitution, la veille et le sommeil, ne changent pas le nombre de vibrations, mais bien l'amplitude de la vibration.

Les temps chauds et les orages influent sur le nombre de vibrations et sur leur amplitude.

Les fatigues abaissent le nombre des vibrations.

Les saignées produisent aussi un abaissement quelquefois considérable.

La contraction musculaire ne modifie que rarement le nombre des vibrations; elle double quelquefois leur intensité.

Vibrations vitales dans certains états intermédiaires à la santé et à la maladie. — La convalescence des maladies n'est terminée que lorsqu'il y a équilibre des vibrations des deux côtés du corps, surtout si cet équilibre est à 72 vibrations.

La grossesse change l'intervalle des vibrations; ce changement a lieu dès les premiers jours de la conception.

La diathèse syphilitique mesure le plus souvent 42 vibrations d'un côté ou des deux côtés à la fois.

Vibrations vitales dans les maladies. — On admet que le moyen le plus simple de constater la fièvre se trouve dans la fréquence du pouls, c'est-à-dire lorsque le nombre de pulsations dépasse chez l'adulte 70, 75, 80 pulsations par minute. Il y a fièvre au point de vue des vibrations vitales, toutes les fois qu'il n'y a pas d'équilibre aux deux indicateurs.

Une maladie incurable, comme la phthisie, le cancer, peut être des semaines entières sans fréquence du pouls, mais l'équilibre des vibrations fait toujours défaut.

Les paralysies permettent quelquefois d'entendre 26, 30, 32, 36 vibrations; le plus souvent elles sont au-dessous de la limite des sons graves, c'est-à-dire que les régions paralysées se distinguent par le silence de toute vibration sonore.

Diagnostic des maladies par le nombre des vibrations aux deux indicateurs. — La chlorose paraît toujours coïncider avec 53 vibrations des deux côtés.

La période éruptive de la scarlatine montre souvent 96 vibrations d'un côté, et 48 de l'autre.

La présence des règles, le premier jour de leur apparition, coïncide avec 57 vibrations d'un côté ou des deux à la fois.

La pleurésie, malgré ses variations, se trouve volontiers avec le 72 d'un côté, et le 53 de l'autre.

La phthisie se trouve assez souvent avec 60 vibrations d'un côté, et 53 de l'autre.

Du diagnostic des cavités malades par le nombre des vibrations aux deux indicateurs. — On peut admettre pour les viscères, mais avec de nombreuses exceptions non déterminées encore, que c'est du côté opposé aux vibrations les plus faibles qu'il faut chercher l'organe et la région malade.

Avec les nombres 72,53, 72,60, 60,53, 53,48, il est assez constant de trouver la lésion dans l'organe pulmonaire et le cœur.

Avec les nombres 72,42, 48,45, 53,42, 42,42, 36,42, il est assez général de trouver les organes du ventre affectés.

Au-dessous de 26 vibrations, on songera à une maladie chronique de l'encéphale ou de la moelle épinière.

La folie n'a pas de fixité dans les vibrations. Nulle maladie n'a plus de variabilité de vibrations.

Pronostic des maladies par le nombre de vibrations. — Dans une maladie quelconque, plus un son sera grave, plus il faudra y apporter d'attention.

Il n'y a pas de plus grave maladie que celle dans laquelle les vibrations sont tombées au-dessous de 26.

Toute variation de vibration des deux côtés indique un certain degré de gravité.

La maladie sera plus sérieuse s'il se produit une espèce de gamm descendante, et que les vibrations, devenant de plus en plus rares, tombent au-dessous de 26.

Les nombres 64, 48, 40, 32, 30, sont plus mauvais que les nombres 72, 60, 53, 42, 36, 26.

Avec les règles précédentes, on peut suivre l'action du médicament sur le malade.

— Le travail de M. Collongues est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Roger, Longet et Béclard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le conseil général de l'Association des médecins, dans sa dernière séance, a désigné à l'unanimité de ses suffrages comme membres de la commission administrative: M. Godelier, professeur à l'Ecole impériale d'application de médecine militaire, en remplacement de M. Ludger Lallemand; et M. le docteur Caffe, en remplacement de M. Cazeaux. La même unanimité a conféré à M. Legouest, membre de la commission, le titre de secrétaire.

— Le prix du *Traité des dyspepsies*, par M. le docteur Nonat, est de 3 fr. 50 c., et non pas de 5 fr., comme nous l'avons annoncé samedi dernier dans le compte rendu de cet ouvrage.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes, par le docteur Aug. DURAND (de Lunel), médecin principal de première classe aux hôpitaux militaires de France et d'Algérie. Paris, 1862. Un volume in-8°. Prix : 6 fr. 50 c., *franco* par la poste. Chez F. Savy, éditeur, 20, r. Bonaparte.

Traité élémentaire et pratique des maladies mentales, suivi de considérations sur l'administration des Asiles d'aliénés, par le docteur H. DAGONET, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Stéphansfeld, etc. In-8° de 816 pages, avec une carte statistique des établissements d'aliénés de l'empire français. Prix : 10 fr. Chez J. B. Baillière et fils, libraires à Paris, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 69. — SAMEDI 14 JUIN 1862. (35e ANNÉE.) N° 69. — SAMEDI 14 JUIN 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . : 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Étranglement interne. Établissement d'un anus artificiel.

En présence d'une lésion presque fatalement mortelle, on est toujours justifiable d'avoir recours à un moyen extrême, surtout lorsque l'expérience en a déjà plusieurs fois démontré l'efficacité. Un échec, dans ce cas, ne saurait être imputé au chirurgien, et l'art a toujours quelque enseignement à en tirer.

Un homme âgé de cinquante-cinq ans est amené à l'hôpital de la clinique, dans le service de M. Nélaton, pour une maladie dont le début, remontant à cinq jours, a consisté en coliques assez violentes avec constipation opiniâtre. Le médecin qui fut appelé avait administré inutilement les lavements et les purgatifs dra tiques les plus énergiques; ils n'avaient amené aucun résultat. Des sangsues furent appliquées dans la région iliaque droite, pour combattre une vive douleur qui existait en ce point. Tel fut le traitement institué jusqu'au sixième jour, époque à laquelle M. Nélaton vit pour la première fois le malade. Le ventre était ballonné, peu douloureux à la pression; la face était profondément altérée; la voix éteinte, comme dans la période algide du choléra; la peau froide; le pouls à peu près normal. A plusieurs reprises, il y a eu des vomissements de matières fécaloïdes. Les recherches les plus minutieuses n'ont fait reconnaître chez cet homme l'existence d'aucune tumeur herniaire; il n'avait d'ailleurs jamais été sujet à cet accident.

En présence de ces symptômes, M. Nélaton diagnostiqua un étranglement interne; mais de quelle nature était-il? Sur ce point, on en était réduit à des hypothèses.

Les étranglements sont de nature bien diverse; mais les plus fréquents reconnaissent pour cause une disposition particulière des diverticulum intestinaux. Un appendice de l'intestin s'enroule autour de cet organe, son extrémité libre s'engage dans l'anse ainsi formée, et un véritable nœud existe alors. Bientôt ce nœud devient indissoluble; car sur un point de son étendue le diverticulum se comprime lui-même sur l'intestin, et le cul-de-sac situé au delà de ce point se gonflant par une accumulation de gaz et de liquides, constitue une sorte de bouton, de grelot qui ne peut plus repasser à travers l'anse diverticulaire. Parmi les principales causes d'étranglement, on trouve encore les tumeurs interstitielles des parois intestinales; les hypertrophies annulaires avec valvules; les invaginations; quelquefois on voit l'intestin s'étrangler dans une ouverture accidentelle du mésentère à travers laquelle il a passé.

De hardis chirurgiens n'ont pas craint d'ouvrir le ventre pour se mettre à la recherche de l'étranglement; mais cette idée fut abandonnée à cause des difficultés et des insuccès de son exécution. L'opérateur est à la recherche de l'inconnu, et s'il est difficile de rencontrer le lieu où siége l'étranglement, il ne l'est pas moins de déterminer sa nature. Il est une autre idée plus praticable, et que M. Nélaton, croyons-nous, a exécutée le premier : c'est celle qui consiste à faire un anus artificiel.

Cette opération est beaucoup moins difficile qu'on ne le croirait au premier abord, car à peine s'y est-on engagé qu'on rencontre d vant soi des points de repère qui en assurent la régularité. L'intestin se trouve dans des conditions bien différentes, selon qu'on l'examine au-dessus ou au-dessous de l'étranglement. Au-dessus, il est fortement distendu par des gaz et les matières intestinales, mais toute la partie du tractus qui se trouve au-dessous de ce point, vide et revenue sur elle-même, ne constitue plus qu'une sorte de cordon qui se cache dans l'excavation pelvienne. Quand on ouvre l'abdomen, c'est la partie pleine qui se présente et qui fait effort pour sortir par la plaie; aucune confusion n'est donc possible entre les portions sus et sous-jacentes à l'étranglement.

Mais, dira-t-on, ne risque-t-on pas d'ouvrir l'intestin trop près de l'estomac, de donner issue aux matières alimentaires avant qu'une absorption suffisante en ait été faite, et d'empêcher ainsi la nutrition? L'examen des faits a réfuté cette objection. Le hasard ne préside pas seul à l'arrangement de l'intestin grêle dans l'abdomen. Il est toujours disposé avec un certain ordre; les anses que l'on rencontre dans la région iliaque droite sont distantes du cœcum d'un mètre environ à deux mètres au maximum; l'anus artificiel pratiqué en ce point portera donc sur une partie du tube assez éloignée de l'estomac pour que la nutrition n'ait pas à en souffrir.

On peut objecter encore que cette opération n'enlevant pas l'étranglement, n'est que palliative. Cela n'est pas toujours exact, car si l'etranglement est de nature à être levé spontanément, l'anus artificiel permet au malade de vivre assez longtemps pour attendre cette heureuse terminaison, et il met la nature dans de meilleures conditions pour l'obtenir. A supposer, d'ailleurs, que l'étranglement ne fût pas levé par l'opération, celle-ci, en condamnant le malade à une infirmité pénible, n'en aurait pas moins sauvé ses jours.

M. Nélaton a fait six fois cette opération : la première fois avec succès chez un jeune homme, au onzième jour de l'étranglement; le deuxième et le troisième malades moururent; le quatrieme guérit; c'était encore un jeune homme; le cinquième mourut; le sixième était la femme d'un médecin de Paris; comme le jeune homme dont j'ai parlé en premier lieu, elle était déjà au dernier degré d'épuisement lorsque l'opération fut faite; elle guérit. Dans ces trois cas de guérison, l'étranglement se leva spontanément au bout d'une dizaine de jours, et l'anus artificiel se referma.

Le procédé opératoire consiste dans une incision faite parallèlement à l'arcade crurale droite, à un centimètre au-dessus d'elle; elle commence à 2 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure et s'étend jusqu'à un centimètre du milieu de l'arcade crurale; on est sûr d'éviter ainsi l'artère épigastrique. Les diverses couches qui constituent les parois abdominales sont successivement divisées, et aussitôt que l'intestin fait hernie, on le saisit et on le fixe solidement aux lèvres de la plaie par dix ou douze points de suture métallique. Tous ces soins préliminaires étant accomplis, les artères ouvertes ayant été liées, on incise l'intestin.

Chez le sujet de cette observation il s'écoula par la plaie intestinale un jet de liquide que l'on peut évaluer à deux litres environ, et aussitôt après le malade se sentit soulagé. Cette amélioration ne fut malheureusement qu'illusoire, car le lendemain matin le malade était mort.

A l'autopsie, on trouva un diverticulum placé sur une des anses d'intestin grêle situées dans la fosse iliaque droite. L'extrémité libre de cet appendice avait contracté avec la paroi abdominale de solides adhérences; au-dessous de lui on trouvait le rebord osseux formé par le détroit supérieur; il existait entre ces deux parties une ouverture étroite, une sorte d'arcade dans laquelle une anse d'intestin était venue se glisser et s'étrangler. L'étranglement existait à 12 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. Ces adhérences des diverticulum avec les parties voisines sont très-fréquentes; la marche des matières alimentaires est plus ou moins gênée dans ces canaux étroits; leur engouement est facile, et sous l'influence de cette stase on voit se produire une inflammation qui se propage bientôt et détermine l'adhésion de l'appendice intestinal aux organes voisins.

On n'a trouvé chez cet homme aucune trace de péritonite ou d'épanchement abdominal; déjà l'intestin commençait à s'agglutiner avec les parois abdominales; il n'existait en ce point aucune fissure. L'opération ne saurait donc être considérée comme la cause de la mort du malade; elle fut pratiquée comme une tentative suprême sur un mourant dont elle était la seule et dernière ressource. Mais les désordres provoqués par l'étranglement étaient déjà trop considérables pour qu'elle pût en conjurer les fâcheuses conséquences.

Emploi des bains de valériane dans le traitement de l'hystérie.

Les propriétés antispasmodiques de la racine de valériane sont connues de tous les médecins. Beaucoup renoncent à son usage à cause du dég ût qu'elle inspire aux malades. Depuis nombre d'années, M. Beau, ne voulant pas perdre les bénéfices qu'on peut retirer de ce médicament, l'administre sous forme de bains, et le plus souvent avec succès.

L'un des internes de la Charité, M. Fort, à qui nous devons la communication des faits qu'on va lire, a pu, dans le cours des premiers mois de l'année 1862, recueillir un certain nombre d'observations qui lui ont paru démontrer l'action antispasmodique de cette racine ainsi employée.

M. Beau conseille les bains de valériane dans une foule de maladies nerveuses (hystérie, névralgies, vomissements nerveux, nervosisme, etc.).

Voici quelle est la manière de préparer ces bains :

Racine sèche de valériane concassée. . . 500 grammes.

On fait infuser cette racine pendant une demi-heure dans 2 ou 3 litres d'eau bouillante. On ajoute l'infusion à l'eau d'un bain ordinaire.

Les effets des bains de valériane, d'après M. Fort, sont le plus souvent immédiats. Jamais nuisibles, ils soulagent toujours, et

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par M. Ch. DEVAL, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique ophthalmologique, etc. (1).

S'il est en médecine un contraste qui soit de nature à frapper vivement l'esprit et à donner une idée de l'immense labeur qu'impose l'art de guérir, c'est à coup sûr celui qui existe entre le volume de l'œil et les dimensions des traités qui en exposent la pathologie. Eh quoi! pour un seul organe, pour une seule fonction, tant de recherches, tant de travaux! C'est qu'il semble que, par la complexité de son organisation anatomique, par la délicatesse infinie de ses tissus, délicatesse mise en rapport avec la ténuité presque incorporelle du fluide qui les pénètre, par l'immense variété des maladies qui peuvent l'atteindre, l'œil soit à lui seul un organisme en petit d'une fabrique merveilleuse sans doute, mais aussi d'une fragilité morbide exceptionnelle. Et que d'attraits pour justifier l'ardeur avec laquelle l'ophthalmologie est cultivée! Un organe bien concret, bien limité, est là sous les yeux; sa texture est mieux connue peut-être que celle de tout autre, et sa physiologie laisse peu à désirer; la lumière, qui est son stimulant fonctionnel, peut, concentrée par des instruments ingénieux, en explorer les moindres détails; modifications dans le mouvement, dans la couleur, dans la vascularisation, dans la limpidité, tout est palpable, tout est apparent; le symptôme se confond avec le signe anatomique, et l'esprit, dans cette étude attrayante, se délasse des aridités de l'induction par ce doux oreiller des faits matériels sur lequel se prélasse la chirurgie, cette sœur privilégiée de la médecine. Que l'on joigne à toutes ces causes de prédilection l'absence habituelle de léthalité des maladies des yeux, la joie comme créatrice que l'on éprouve à rallumer ou à empêcher de s'éteindre ces flambeaux du corps et de l'intelligence, *lucerna corporis*, comme les appelle l'Écriture, la matérialité des résultats qui ne permet pas à l'art de douter de l'efficacité de son intervention, la possibilité pour l'ophthalmologiste d'isoler jusqu'à un certain point l'œil de l'organisme et de concentrer sur ce microcosme toutes les facultés de son attention, et l'on comprendra à merveille que la pathologie de l'œil ait ses traités étendus, ses archives, ses journaux, ses instituts, ses cliniques, sa langue même (trait essentiel de son autonomie), langue correcte, bien composée, expressive et parsemée de grec comme les *Élégies* de Chénier.

Le Traité de M. Desmarres, l'*Iconologie ophthalmologique* de M. Sichel, les ouvrages de Laurence, Mackensie, etc., peuvent être considérés comme des monuments réels élevés à cette partie de l'art de guérir; mais depuis quelques années surtout, l'ophthalmologie a été l'objet de tant de travaux de détail, elle s'est enrichie de procédés d'exploration si précieux, qu'il y a avantage pour la science à ce que de temps en temps il paraisse de nouveaux traités pratiques qui résument d'une manière substantielle l'état actuel de l'ophthalmologie (1). Il y a apparence de superfluité dans la succession rapide des ouvrages qui lui sont consacrés, et cependant tous ceux qui sont bien faits ont leur utilité et leur raison d'être. Le livre que nous analysons ici nous paraît être complétement dans ce cas. Ses allures éminemment pratiques, son étendue, qui lui a permis de ne laisser inexploré aucun détail, le soin avec lequel l'auteur s'est tenu au courant des plus récents travaux en ophthalmologie, légitiment son œuvre et en assurent le succès. Un volume de 1,070 pages était un champ vaste pour l'érudition. L'auteur l'a rempli de manière à ne pas faire regretter que son Traité ait pris des proportions aussi considérables. Donnons une idée de sa méthode et de la diversité des matières qu'il embrasse.

Il est d'usage, en ophthalmologie, de faire précéder l'histoire des maladies de l'œil de considérations sur l'anatomie et la fonction de cet organe. M. Deval n'y a pas dérogé, et il a renfermé ces prolégo-

(1) Un très-fort volume grand in-8°, avec planches noires et coloriées. Prix : 15 francs. Paris, 1862, chez Albessard et Bérard, libraires, 8, rue Guénégaud.

(1) Il sera prochainement rendu compte dans ce journal du nouveau *Traité pratique des maladies des yeux* de Wharton-Jones, professeur d'ophthalmologie à University College, à Londres, avec notes et additions de M. Foucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Un fort volume in-12, avec planches noires et coloriées. Prix : 9 fr. Paris, 1862, chez F. Chamerot, éditeur, 13, rue du Jardinet.

très-souvent ils produisent des résultats surprenants. Les bains de valériane ne constituent donc pas seulement un palliatif, mais dans certains cas un vrai moyen curatif de la maladie, ainsi que le prouvent les deux observations suivantes, qui ont été prises parmi un grand nombre.

Une jeune fille, Augustine B..., hystérique, âgée de dix-neuf ans, était à l'hôpital depuis plus d'un an (salle Sainte-Marthe, n° 9), lorsque M. Beau prit le service en janvier 1862. Elle présentait tout le cortége des symptômes qui accompagnent ordinairement l'hystérie. On remarquait surtout une anorexie complète, une tympanite considérable avec constipation opiniâtre; des névralgies multiples intercostales, lombo-abdominales; névralgie du côté de la vessie; une anesthésie complète avec analgésie de la moitié inférieure du corps, et des douleurs si intenses dans l'articulation coxo-fémorale qu'elles s'opposaient à tout mouvement et simulaient depuis plusieurs mois une coxalgie.

Dans les premiers jours du mois de février, elle prit un bain de valériane; elle fut immédiatement soulagée, et le soir même elle fut calme et éprouva un sentiment de bien-être auquel elle n'était pas accoutumée. Le lendemain, l'appétit se fit sentir et le sommeil revint.

Trois jours après, une vive contrariété vint détruire les effets salutaires de ce bain; les accidents nerveux reprirent le dessus.

Le lendemain, elle prit un second bain, qui produisit un soulagement des plus marqués. L'insomnie, la tympanite et les douleurs névralgiques di parurent dans l'espace de deux jours. L'appétit était revenu depuis le premier bain. Elle a pris six bains en dix-huit jours. Au bout de ce temps, elle partait pour la maison de convalescence du Vésinet dans un état de santé satisfaisant. Il ne restait rien de tous ces symptômes nerveux ni de la pséudo-coxalgie.

M. Fort a revu la malade depuis, et il l'a trouvée parfaitement guérie.

— Une autre jeune fille était couchée au n° 30 de la salle Sainte-Marthe. Elle était hystérique; elle avait des attaques fréquentes, et elle était tourmentée par des douleurs névralgiques si intenses qu'elle ne pouvait pas marcher. Il y avait anorexie. Elle était dans l'immobilité la plus complète; la moindre pression, le plus léger mouvement, lui arrachaient des cris. Les douleurs siégeaient dans tous les membres, et surtout sur le trajet des nerfs lombaires et intercostaux.

Cet état durait depuis plusieurs semaines, lorsqu'elle prit un bain de valériane le 28 mars. Après le bain, soulagement très-marqué; elle souffrit beaucoup moins, et put se lever pendant quelques heures. La nuit fut très-calme.

Le lendemain, l'appétit revint, les douleurs furent moins intenses.

Nouveau bain le 31 mars. Soulagement des plus évidents. Les douleurs disparurent complétement, et à partir de ce jour elle mangea trois portions. Elle sortit quelques jours après, débarrassée de ses douleurs.

Gangrène spontanée; traitement par le bain d'oxygène.

Nous avons rapporté dans la *Revue* du 17 mai un cas de gangrène spontanée traitée par le bain d'oxygène, dans le service de M. le professeur Laugier, et nous avons donné en même temps l'indication d'un second cas qui était soumis au même moment à la même épreuve thérapeutique.

Ce second malade est un vieillard de soixante-seize ans, d'une constitution vigoureuse, qui a eu à subir dans sa vie de rudes épreuves. Embarqué à bord d'une frégate française, il fut fait prisonnier par les Anglais en 1806, et jeté sur les pontons de Plymouth. Il y passa six ans sans que ni les privations, ni les chagrins, aient abattu sa force ni détérioré sa constitution.

Il exerçait encore, malgré son grand âge, la profession pénible de charretier, lorsqu'il y a un mois et demi à peu près, il éprouva dans les deux derniers orteils du pied gauche de vives douleurs qui le forcèrent à cesser son travail. Il remarqua que ces orteils d'abord livides devenaient noirâtres et en même temps insensibles au toucher. Il entra à l'Hôtel-Dieu le 11 avril, et on put constater que ces orteils étaient affectés de gangrène sèche. Le pied présentait des taches livides.

Pas de lésion appréciable au cœur ni dans les vaisseaux. Il fut soumis immédiatement à l'usage des bains d'oxygène, et quelques jours après les douleurs avaient cessé, et l'on voyait se former ce sillon qui indique que le mal se limite et que la nature va se débarrasser de la partie mortifiée.

L'analyse du mélange gazeux fourni par le tube de dégagement adapté à la vessie a donné une grande quantité d'acide carbonique, un peu d'oxygène et très-peu d'azote.

— Nous avons dit, en rapportant le premier fait d'application du bain d'oxygène au traitement de la gangrène spontanée, que l'idée de cette tentative avait été inspirée à M. Laugier par les recherches que M. Raynaud a consignées dans sa thèse sur l'asphyxie locale et la gangrène symétrique des extrémités.

Nous avons lu, depuis, ce travail, et nous y avons trouvé des faits d'un tel intérêt que, faute de pouvoir leur consacrer aujourd'hui une place suffisante, nous avons dû en renvoyer l'exposé à la prochaine *Revue*. Nous examinerons par la même occasion un travail également plein d'intérêt, et qui a aussi quelques rapports avec le sujet de la thèse de M. Raynaud et les faits de M. Laugier; nous voulons parler du mémoire de M. le docteur Jourdanet sur l'*air raréfié dans ses rapports avec l'homme sain et avec l'homme malade*, mémoire tout récemment publié, et qui a été présenté à l'une des dernières séances de l'Académie des sciences.

Convulsions hystériformes chez un homme.

On observe quelquefois, très-rarement, il est vrai, chez l'homme, des phénomènes nerveux convulsifs qui ont une telle ressemblance avec l'hystérie, qu'on n'a pas hésité à admettre, par une sorte de paralogisme, une hystérie chez l'homme. Nous avons rapporté il y a quelques années (n° du 8 décembre 1855) une observation très-curieuse d'hystérie chez l'homme, recueillie dans le service de M. Laugier, à l'Hôtel-Dieu, par M. le docteur Bastien. Voici un fait analogue qui nous est communiqué par M. le docteur Picard (de Guebviller):

Le 21 janvier 1862, notre confrère fut appelé en toute hâte auprès d'un homme qui venait d'être pris de convulsions et ne donnait plus signe de vie.

On lui raconte que la veille, à la suite d'un accès de colère, il a perdu l'appétit; la nuit s'est passée sans sommeil; le lendemain ont éclaté les convulsions.

Cet homme d'une quarantaine d'années, charpentier, est d'une complexion faible, nerveuse. Il est dans un état de perte de connaissance absolue; pouls petit; point de résolution des membres; yeux convulsés. Sous l'influence d'inspirations d'ammoniaque, il reprend connaissance; il ne se plaint pas de mal de tête, mais d'une sensation particulière montant de l'épigastre au larynx. En se basant:

1° Sur la cause présumée de la maladie;

2° L'absence de symptômes indiquant une affection cérébrale;

3° L'existence de la boule hystérique;

M. Picard diagnostiqua: convulsions idiopathiques hystériformes, et il rassura ceux qui entouraient le malade et croyaient assister à son dernier soupir.

Le même jour, vers le soir, nouvel accès aussi violent que le premier.

Le surlendemain il allait tout à fait bien, et n'accusait qu'un peu de fatigue.

Nous avons vu pratiquer il y a quelques jours, à la Clinique, par M. Richard, suppléant de M. Nélaton, une opération peu connue encore, et qui, par les résultats qu'elle paraît avoir produits, mériterait de l'être davantage. Nous voulons parler de la *tonsure conjonctivale*, opération que M. Furnari a pratiquée pour la première fois, il y a vingt ans, en Afrique sur deux indigènes de la province de Constantine, et qu'il a répétée plusieurs fois depuis à Paris.

Cette opération consiste à enlever toute la muqueuse du globe oculaire, ainsi que le tissu cellulaire sous-conjonctival, à l'effet de produire l'oblitération des vascularisations anormales de la couche épithéliale de la cornée; cette méthode est applicable aux affections chémosiques, variqueuses et panniformes du globe oculaire. C'est à un cas de ce dernier genre que M. Richard avait affaire.

Nous ferons connaître prochainement le résultat de cette opération, et nous saisirons cette occasion pour décrire le procédé de M. Furnari.

LES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS sont-ils transmissibles?

Par M. le docteur Tarneau, médecin aide-major de première classe, au train d'artillerie de la garde.

La question de la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis est d'autant plus intéressante pour le public médical, qu'elle est aujourd'hui plus que jamais à l'ordre du jour.

En présence des contradictions qui divisent le camp des syphilographes sur cette grave et délicate question, nous pensons qu'on lira avec quelque intérêt l'observation suivante, que nous communique M. le docteur Tarneau.

La fille X... était une superbe personne, aux formes ravissantes, et bien faite assurément pour allumer les passions d'un jeune homme de trente ans. B... la recherche avec un empressement extrême, et passe ses soirées avec elle, sous la surveillance d'une mère excessivement facile et accommodante. B..., soupçonnant; mais à tort, comme on le verra par la suite, X... de ne pas en être à son coup d'essai, en raison des manières libres qu'elle affecte, projette dès lors d'en faire sa maîtresse.

X..., de son côté, n'aspirant à rien moins qu'à devenir un jour une épouse légitime, se promet intérieurement de se prêter avec la plus grande docilité aux caresses que va lui prodiguer B..., mais de ne jamais succomber.

Dans des conditions pareilles, la situation devait infailliblement devenir un jour très-tendue. On va bientôt en connaître le triste et regrettable dénoûment.

Plusieurs mois s'écoulèrent de la sorte sans incident capital; mais bientôt cette intrigue amoureuse prit une nouvelle face.

B..., avons-nous déjà dit, se rendait presque tous les soirs auprès de sa maîtresse. La mère s'absentait souvent, et dans ces instants, nos deux amoureux se livraient à des ébats de tout genre, d'où résultait quelquefois de part et d'autre une surexcitation génésique épouvantable; à tel point que X... allait immédiatement dans sa chambre se livrer avec rage à l'onanisme, et B... réalisait quelques instants après dans une maison de tolérance un besoin naturel qu'il n'avait pu parvenir à satisfaire.

B... contracta un chancre infectant, qui fut bientôt suivi de bubon du côté gauche, et plus tard de roséole syphilitique et de plaques muqueuses sur la langue, sur la face interne des lèvres et dans la cavité buccale. Soit ignorance de la gravité et du danger des accidents dont il était atteint, soit impossibilité de contraindre une passion qui était arrivée à son comble, B... continua ses visites, espérant enfin arriver au but tant désiré. Mais voilà qu'un beau jour X... voit survenir une roséole syphilitique et des ulcérations à la langue, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Effrayée de l'apparition de ces divers phénomènes, elle vient demander des conseils à un confrère, à l'intimité duquel nous devons cette singulière observation.

Notre confrère, pour qui la vertu de X... était fort douteuse, et qui connaissait en outre le peu de moralité de B..., n'hésita pas à déclarer à X... qu'elle était porteur d'accidents secondaires dus incontestablement à des moments de faiblesse.

X... fond aussitôt en larmes, fait mille protestations de son innocence de ce côté-là, et déclare avec sincérité du reste qu'elle a bien permis des caresses plus ou moins lascives, mais qu'elle n'a jamais succombé. Enfin, ne voulant à aucun prix rester sous le poids d'une accusation aussi infamante, elle demande à plusieurs reprises et avec instance qu'on examine ses organes sexuels, en présence de sa mère.

Le docteur T..., convaincu qu'il va se trouver en présence d'accidents primitifs qu'il est peut-être urgent de conjurer dans leur marche rapide, accepte d'autant plus volontiers la proposition qu'elle lui est offerte spontanément. Mais bientôt les illusions tombent devant des organes sexuels irréprochables et porteurs des signes caractéristiques de la virginité, nous voulons parler de la membrane hymen. Le docteur T... s'était donc trompé dans ses conjectures, aussi re-

---

mènes en trente pages bien remplies, évitant avec soin les données descriptives rebattues, et s'arrêtant de préférence sur les points délicats et controversés d'anatomie, de texture: tels la structure de la cornée, de l'iris, des trois couches de la rétine, du cristallin, du ligament ou mieux muscle ciliaire, etc. Quant aux détails physiologiques, l'auteur les a abordés avec une sobriété de bon goût, et a négligé avec raison tous ceux qui n'avaient pas une connexion étroite avec la pathologie oculaire.

Le livre premier est consacré à des considérations générales sur le diagnostic et le traitement des affections oculaires. Ces vues d'ensemble dans un sujet où l'observation morcelée se perd dans l'infinité des détails, étaient véritablement nécessaires, et c'est dans leur développement surtout que l'on peut le mieux juger du discernement et du sens pratiques qui constituent les qualités les plus saillantes de cet ouvrage. Après avoir successivement traité du diagnostic des maladies de l'œil par l'exploration directe, l'éclairage oblique, l'ophthalmoscopie, par l'appréciation combinée des signes objectifs et subjectifs, aussi bien que des antécédents individuels ou héréditaires, il aborde la grande classe des simulations, et consacre un chapitre intéressant aux affections des yeux envisagées au point de vue de l'exonération du service militaire. Cela fait, il étudie d'une manière générale le traitement des maladies des yeux: moyens médicamenteux, moyens topiques, moyens chirurgicaux, moyens hygiéniques. Nous recommandons spécialement la lecture de ce chapitre important, parce que la méthode et l'esprit pratique de l'auteur s'y montrent d'une façon toute particulière. Tout y est précis, et on sent l'habitude de l'enseignement oral sous le langage de l'auteur.

Dans un second livre, M. Deval étudie les maladies du globe oculaire considéré dans son ensemble (ophthalmies) et celles de ses éléments constitutifs (sclérotite, kératite, iritis). Les affections du système lenticulaire et celles de la choroïde et de la rétine y sont traitées avec des développements que justifie l'importance pratique de maladies telles que la cataracte, le glaucome, l'amaurose. En ce qui concerne la première de ces affections, l'auteur fait justice des exagérations laudatives dont le traitement médical de la cataracte a été l'objet; il décide affirmativement la question de savoir s'il faut, dans l'hypothèse d'une cataracte unilatérale, recourir à l'opération; donne entre les trois méthodes de l'abaissement, de l'extraction et du broiement, la préférence à la seconde, et entre ces procédés, à celui de la kératotomie supérieure, et réduit à leur valeur pratique réelle les méthodes dites de succion et galvano-caustique.

Quant aux maladies du corps vitré, l'auteur a pu les renfermer en trois ou quatre pages, tant est grande la pénurie des travaux sur cette partie de l'ophthalmologie, et il indique plutôt qu'il ne décrit l'hyalite et la synchyse, les corps flottants, les épanchements sanguins, etc. On se demande pourquoi le glaucome a été distrait de ce chapitre et rejeté par une dissociation peu naturelle dans celui des affections amaurotiques. Il est vrai que cet arrangement peut, à la rigueur, être justifié par l'incertitude qui règne encore aujourd'hui sur le siége réel du glaucome, les uns le rapportant au corps vitré, d'autres à la choroïde. Dans l'état actuel de la question, il valait mieux se conformer à l'arrangement classique.

Le chapitre des affections amaurotiques est un des plus vastes et des mieux traités. Il montre quel degré de précision l'ophthalmologie moderne a apporté dans cette étude, en séparant les amauroses essentielles de celles qui sont dues aux maladies de la choroïde, aux altérations diverses de la rétine, à celles du nerf optique, de celles qui se rattachent à des cachexies ou à des diathèses, etc.

L'auteur a rattaché à l'amaurose, faute de savoir où mieux les placer, certaines modifications fonctionnelles de la vue, telles que la myodésopsie, les scotomes, le daltonisme, la métamorphopsie, la méropie ou vision partielle. Nous n'approuvons pas non plus cet arrangement. Si quelques-unes de ces altérations visuelles sont des symptômes de l'amaurose, très-souvent aussi elles ont une existence indépendante, et il eût mieux valu peut-être les rapprocher des *maladies de la fonction*, réduites dans le chapitre XI aux seuls troubles de l'adaptation.

Il nous est arrivé de constater chez un malade une altération singulière de la vue, qui consistait dans la perception irisée des objets, altération qu'on pourrait désigner sous le nom d'*irisopsie*, qui n'est décrite dans aucun des auteurs, et dont M. Deval, si empressé à recueillir les documents ophthalmologiques, ne parle pas non plus. C'est là sans doute une forme particulière de ces hallucinations visuelles qui, réunies, auraient formé dans l'ouvrage que nous analysons un chapitre très-naturel.

Au reste, la symptomatologie des affections amaurotiques est tracée aussi convenablement que le permet la diversité des espèces morbides renfermées sous ce titre, et les détails de thérapeutique contenus

gretta-t-il très-vivement, quoique un peu tard, d'avoir obligé, pour ainsi dire, cette infortunée à subir un examen aussi pénible.

Dès lors tous les doutes étaient levés; tout allait s'expliquer : un *baiser lascif* avait déterminé tous ces accidents.

Voici donc une observation qui milite certainement en faveur de la possibilité de transmission des accidents secondaires de la syphilis, et de l'exactitude de laquelle nous nous constituons le garant responsable.

On objectera peut-être que la présence de l'hymen n'est pas toujours un indice certain de virginité. Oui, dirons-nous, puisque nous avons nous-même rencontré cette membrane à l'état fibreux, et par conséquent très-résistante, chez une jeune femme arabe que son mari avait prise et tuée en flagrant délit; mais ce sont là des exceptions excessivement rares et qui ne peuvent en aucune façon incriminer la jeune personne qui fait le sujet de cette observation, car chez elle l'hymen était bien tel que l'ont décrit les anatomistes. Du reste, l'ensemble des parties sexuelles présentait un tel éclat de fraîcheur et de pureté, qu'il était impossible de ne pas y reconnaître les caractères d'une fleur vierge de tout contact et de toute souillure virile.

FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE,

de forme comateuse.

Par le Dr L. SORBETS, d'Aire (Landes).

La fièvre pernicieuse peut affecter les formes les plus diverses. Torti et Alibert ont décrit quelques-unes de ses variétés. Souvent, elle est liée à une névralgie faciale intense, occupant l'un des côtés de la tête : elle est dite hémicrânique; et comme les douleurs névralgiques sont seules accusées par le malade, la véritable nature de l'affection peut échapper au médecin. Tantôt, au lieu d'être bornées à un seul côté de la face, les douleurs névralgiques occupent toutes les régions céphaliques, plus vives toutefois dans la région occipitale. Enfin, dans d'autres circonstances, elles peuvent envahir l'intestin, véritable entéralgie périodique. Ou bien la fièvre larvée, donnant lieu à tous ces phénomènes pathologiques, débutera par un état comateux qui pourra en imposer pour une affection encéphalique.

Cependant, il est dans cette forme comateuse ou syncopale d'Alibert un phénomène essentiel et primitif : c'est la syncope. Ces défaillances reviennent périodiquement, suivant le type de la fièvre, le plus souvent tierce; et après une durée plus ou moins longue, elles cessent pour laisser le malade dans la prostration, et ordinairement le corps baigné de sueur.

Parmi les faits les plus intéressants de fièvre pernicieuse à forme comateuse, je citerai le suivant, qui démontrera de la manière la plus absolue l'action du sulfate de quinine, que nous avons employé seul dans ce cas, sans le secours, si utile parfois, des frictions à l'huile essentielle de térébenthine et de laudanum pratiquées le long de la colonne vertébrale.

C... (Marie), âgée de trente-deux ans, mariée, d'une constitution délicate et d'un tempérament nerveux, éprouve, le dimanche 2 février 1862, de la pesanteur de tête. Le lendemain, la joue du côté droit est enflée. En même temps, une douleur vive occupe les nerfs sus et sous-orbitaires. La malade accuse, en outre, des éblouissements, des vertiges et une grande faiblesse. Elle est obligée de s'aliter.

Appelé le jeudi soir, vers neuf heures, je constate une névralgie faciale intense du côté droit, avec gonflement et douleur de l'œil; enchifrènement et sécheresse du nez; sécrétion nasale modifiée. La malade accuse un froid général, claquement de dents; les extrémités sont froides. Elle me dit qu'elle vient d'avoir une faiblesse qui a duré plus de vingt minutes. Elle se plaint d'une douleur très-vive, suivant le trajet du plexus brachial, occupant l'articulation scapulo-humérale et celles des deux poignets. La malade se trouve dans l'impossibilité de remuer. Ces symptômes, peu marqués le matin, s'étaient présentés pendant deux jours vers sept heures du soir. Un peu de moiteur avait été constatée au déclin de ces accès.

Quoique la fièvre intermittente soit endémique dans nos contrées, la forme comateuse que nous venons d'esquisser est cependant assez rare. Quinze pilules de sulfate de quinine de 0,1 décigramme chacune sont administrées, à savoir : huit dans la nuit, et sept le lendemain matin dès cinq heures.

Cette administration de l'anti-périodique fut suivie le vendredi d'une amélioration marquée. Cependant, vers sept heures du soir les mêmes symptômes se déclarent avec une intensité moindre. La syncope n'a qu'une durée de quinze minutes. La névralgie, suivant le même trajet, est moins intense. Des douleurs contusives occupent les membres, mais la malade peut les soulever assez facilement.

Dix pilules de sulfate de quinine sont administrées de nouveau, cinq dans la nuit et cinq le lendemain matin, et pendant quelques jours nous donnons du sulfate de quinine en poudre dans du café, à doses décroissantes.

Après ce traitement, les accidents furent conjurés, et la malade se rétablit rapidement.

En résumé, le diagnostic de la fièvre pernicieuse, quelle qu'en soit la forme, est obscur et souvent difficile. Il n'est pas aisé de l'établir à travers des accidents irréguliers, violents, qui décèlent une atteinte profonde portée à l'économie. Toutefois, quand on habite surtout une contrée où cette fièvre est endémique, on s'explique facilement l'invasion et la marche de ces phénomènes multiples; on reconnaît la fièvre pernicieuse, comme la fièvre larvée, sous ces symptômes, qu'une observation inattentive pourrait rapporter à des lésions organiques diverses.

FRACTURE DE CUISSE,

Par M. le docteur LEYRAL, de Voutezac (Corrèze).

A... L..., jeune fille de six à sept ans, était née avec un membre inférieur plus court que l'autre. Les deux membres étaient bien conformés; mais le gauche, plus court, paraissait un peu plus volumineux. La différence de longueur mesurant presque deux pouces, la claudication était très-manifeste, ce qui faisait qu'elle ne pouvait prendre part à aucun des amusements auxquels se livrent les enfants de son âge.

Cette petite fille étant assise pendant les grandes chaleurs du mois d'août, avec d'autres enfants, sur un escalier en forme de perron assez élevé, sans barrière dans ce point, reçut une poussée et tomba dans la rue. On la releva; mais elle ne put s'appuyer que sur sa jambe la plus courte.

Je fus appelé; et je constatai une fracture du fémur droit en becs de flûte très-allongés, l'un antérieur et l'autre postérieur. Cette fracture occupait la partie moyenne de l'os. Je mis les bouts en rapport, et je vis, après la coaptation, que les deux membres présentaient une différence de longueur remarquable. La forme de la fracture me facilitant, je fis glisser les deux bouts de l'os fracturé l'un sur l'autre jusqu'à parité de longueur; j'appliquai un bandage de Scultet exactement serré, et au moyen de coussins de balle d'avoine et d'attelles contenus par des liens solides, je maintins les rapports que j'avais établis. Je fus tenu à une surveillance active.

Il ne survint aucun accident, et la consolidation se fit d'une manière parfaite. Après quarante jours j'enlevai l'appareil; je le remplaçai par une bande roulée autour du membre, qu'on ôtait le soir et que je replaçai chaque matin pendant une dizaine de jours. Les deux bouts de l'os que j'avais réduits et maintenus dans des rapports non naturels, présentaient une masse très-considérable à la partie moyenne de la cuisse; mais les jupons cachaient cette difformité, qui fut la seule que j'eus à constater.

Après la guérison de sa fracture, A... L... put se livrer avec les autres enfants de son âge aux jeux et aux amusements divers. Elle courait, sautait, sans ressentir aucune gêne ni douleur. Les variations atmosphériques passaient inaperçues.

Les parents de la jeune malade ayant été obligés de s'éloigner, je l'avais perdue de vue. J'eus occasion de la revoir il y a peu de temps: c'est aujourd'hui une fille faite, âgée de vingt-deux à vingt-trois ans, fortement constituée dans sa petite taille.

Je demandai à examiner la tumeur du milieu de la cuisse, et je constatai une diminution remarquable dans son volume.

A... L... a mené depuis son départ de Voutezac une vie très-active. Elle a été dans la nécessité de faire de longs trajets à pied (15, 20, 30 kilomètres), sans être plus fatiguée que les personnes qui voyageaient avec elle.

Enfin, sauf un peu de grosseur à la partie moyenne du fémur, A... L... ne présente aucune difformité. La marche, très-assurée, ne laisse apparaître aucune trace de claudication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 juin 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

M. DEPAUL donne quelques détails relatifs à un enfant qu'il avait présenté à la Société dans l'une des précédentes séances. Cet enfant était atteint d'imperforation; M. Depaul, après avoir ponctionné l'obstacle situé dans le rectum, avait pu faire sortir le méconium. L'enfant a continué à aller bien pendant trois jours, c'est-à-dire jusqu'au samedi; alors il s'est affaissé peu à peu, et est mort sans qu'on ait pu découvrir la cause de cette fâcheuse terminaison. Toutefois, ainsi que le remarque M. Depaul, l'opération avait produit le résultat désiré.

M. MOREL-LAVALLÉE a observé récemment un fait analogue à celui de M. Depaul. Un enfant n'avait rendu ni urines ni matières intestinales depuis sa naissance; le ventre était extraordinairement ballonné, et la tension était telle que la percussion ne faisait plus distinguer aucune différence de sonorité dans les diverses régions de l'abdomen. A l'examen, on trouva que l'urèthre était libre, et, en introduisant le doigt dans l'anus, on rencontra une membrane tendue, que M. Huguier ponctionna d'abord avec un trocart, puis incisa crucialement avec le bistouri; il sortit un flot de méconium. Le cours des urines était interrompu par la pression qu'exerçait sur le col de la vessie le rectum distendu par le méconium.

Ce fait porte son enseignement en ce sens qu'en faisant la ponction pour vider l'intestin, il serait possible de perforer la vessie si on n'avait pas le soin d'évacuer préalablement l'urine.

Ce petit malade avait été présenté à la consultation de l'hôpital Beaujon, et c'est parce qu'à ce moment M. Morel-Lavallée avait les mouvements de la main droite gênés par un furoncle, qu'il pria son collègue M. Huguier de faire l'opération.

LECTURE.

M. BEYRAN lit un mémoire sur les polypes de l'urèthre chez l'homme. Ce travail est renvoyé au comité de publication.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEBOUT met sous les yeux de la Société les moules, avant et après le traitement, d'un malade affecté de deux pieds bots *congénitaux*, traités avec succès par M. le docteur Delore, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce fait est remarquable surtout en ce que le malade avait atteint sa vingt-huitième année lorsqu'on a entrepris sa cure.

Le traitement ne dura pas moins d'une année et exigea huit opérations de ténotomie suivies de manœuvres violentes, de redressement pendant une demi-heure : sept ou huit personnes épuisaient tour à tour leurs forces dans ces tentatives énergiques, et cela sans qu'aucun accident soit jamais survenu. Puis un bandage amidonné était appliqué, en prenant le soin de maintenir pendant sa dessiccation le degré de redressement obtenu.

Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, alors que les douleurs provoquées par les manœuvres avaient disparu, M. Delore mettait en œuvre une série de nouveaux appareils très-simples, construits par M. Blanc. Ces appareils reposent sur la grande puissance rétractile du caoutchouc vulcanisé. Cette action, par sa continuité, terminait ce que les sections sous-cutanées avaient commencé.

Le résultat a été aussi complet que possible, puisque non-seulement les pieds sont complétement redressés, au point que leur flexion sur la jambe dépasse l'angle droit, mais leurs mouvements sont possibles dans tous les sens. Les muscles de la jambe n'ont pas encore recouvré leur volume normal, mais chaque jour amène un progrès à cet égard. Enfin le malade marche toute la journée et sans fatigue.

En présence de ce succès, peut-on répéter avec M. Delore qu'il n'est plus de pied bot incurable? Je n'oserais le faire. Comme cette question ne peut être tranchée que par les faits, j'ai cru devoir rapprocher du cas de notre confrère de Lyon celui non moins intéressant qui m'a été communiqué par M. Ferd. Martin, et qui a pour sujet un homme âgé de trente-trois ans. Malheureusement, M. Ferd. Martin n'a pas pris soin, comme l'a fait M. Delore, d'étayer son témoignage par le moule du pied du malade après la guérison.

Voici la note de M. Ferd. Martin :

Pied bot équin varus congénital. — En 1825, M. le professeur Ant. Dubois m'engagea à disposer une jambe de bois pour un malade auquel il se proposait de pratiquer l'amputation de la jambe, au lieu dit d'élection, à raison d'un pied bot équin varus de naissance qui, par l'exercice de la marche, les mauvaises chaussures employées, et

dans la première partie de l'ouvrage, s'appliquant en partie à l'amaurose, ont permis à l'auteur d'être bref sans cesser d'être complet.

M. Deval, à propos du diagnostic de l'amaurose, n'a eu garde de passer sous silence la rétinoscopie phosphénienne. Indiquée dans ce passage d'un auteur ancien, que le hasard plus que l'érudition nous a fait rencontrer : « *Oculi angulum si digito leviter presseris, lumen intimum sibi ipsi protinus emicabit;* » l'exploration des phosphènes a été, comme on sait, étudiée avec une extrême sagacité par M. Serres (d'Alais). M. Deval nous paraît juger sainement l'importance de cette constatation des anneaux lumineux de la rétine, en la plaçant, quoique sur un rang inférieur, à côté de l'ophthalmoscopie, et en déniant à chacun de ces deux procédés le droit de chercher à se substituer l'un à l'autre. « Ce sont, dit-il, deux moyens complémentaires, comme la percussion et l'auscultation. »

Les organes accessoires du globe oculaire, dont la fonctionnalité est si étroitement liée à la sienne, ont aussi leur domaine pathologique, moins vaste, moins varié sans doute, mais n'offrant pas un moindre intérêt au double point de l'intégrité visuelle et de l'harmonie des formes. Les paralysies des diverses paires nerveuses qui animent les muscles de l'œil; les hypercsthésies oculaires, les tumeurs et dégénérescences de l'orbite; les maladies si variées des paupières, le strabisme, les affections de l'appareil lacrymal, etc., sont successivement passées en revue par l'auteur, sans en excepter la chromhydrose palpébrale, dont l'histoire est contenue en quelques pages, et à laquelle M. Deval aura eu le bon esprit de fournir le premier un asile.

Tout n'est certainement pas à louer dans cet immense travail; une critique jalouse d'exercer ses prérogatives pourrait peut-être y reprendre des défauts de plan, y trouver quelques longueurs, se plaindre que certaines parties aient été traitées avec trop ou trop peu de développements; mais ce sont là des taches légères et qui disparaissent devant les qualités solides qui recommandent ce bel ouvrage. C'est un traité aussi complet que possible des maladies des yeux, et l'on ne peut s'empêcher d'admirer tout ce qu'il a fallu de veilles, de persévérance, de savoir, pour conduire à bonne fin cette énorme tâche.

M. Deval terminait à peine ce volumineux ouvrage, lorsqu'une hémorrhagie cérébrale est venue l'enlever brusquement, dans toute la force de l'âge, dans toute la maturité de l'esprit, à une famille en vue de laquelle sans doute il s'était imposé cette tâche effrayante, à la science qu'il cultivait avec autant de succès que d'ardeur. M. Deval est mort trop peu de jours après la publication de son livre, pour qu'on puisse éloigner l'idée que ce labeur n'ait pas contribué à amener cette catastrophe. Cette pensée seule jette sur l'œuvre de notre regrettable confrère un reflet de sympathie mélancolique. Tant de nuits passées, tant d'agitation d'esprit, tant d'espérances, tant d'inquiétudes sans doute pour aboutir à ce résultat !

Notre malheureux confrère n'a pas joui personnellement des fruits de son travail; mais sa famille en bénéficiera, nous l'espérons bien, et par un succès légitime et par la considération scientifique qui ne peut manquer de s'attacher à son nom.

Nous sommes heureux, pour notre compte, que la sympathie que nous inspirait tout d'abord cette fin prématurée et due certainement au travail, se soit fortifiée encore de toute l'estime que nous ressentons pour cet ouvrage si remarquable et si utile.

Dr FONSSAGRIVES.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie descriptive, par J. CRUVEILHIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. Quatrième édition, revue, corrigée, et considérablement augmentée, avec la collaboration de M. le docteur M. SÉE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et M. CRUVEILHIER fils, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. Trois forts volumes grand in-8°, avec un très-grand nombre de figures tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte, dont la publication aura lieu successivement par parties ou demi-volumes.

En vente la première partie du tome Ier, contenant l'*ostéologie* et l'*arthrologie*; 484 pages avec 385 figures. Prix : 7 fr. 50, rendue *franco* dans toute la France. — *Nota.* Il en a été tiré quelques exemplaires sur très-beau papier. Prix : 15 fr.

Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de la physiologie comparée, par J. BÉCLARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Quatrième édition, revue, corrigée, et considérablement augmentée. Un très-fort volume grand in-8° de 1200 pages, avec 230 figures intercalées dans le texte. Prix : 14 fr. broché; cartonné à l'anglaise et non rogné, 15 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie de P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

le défaut de secours mécaniques convenablement appliqués, avait fini par rendre la marche tout à fait impossible.

En examinant ce malade, je reconnus qu'il était affecté d'un pied bot équin varus; que le gros orteil était porté fortement en dedans et appuyait sur le sol par sa face dorsale; que les orteils suivants étaient refoulés et représentaient des espèces de champignons excoriés et de toutes parts en suppuration; et qu'enfin le cinquième orteil avait été détaché. Ce malade l'avait trouvé un jour dans sa chaussure!

Malgré l'ancienneté de cette affection, les grands désordres qu'elle présentait, et quoique le malade fût âgé de trente-trois ans, je proposai à mon excellent maître de tenter le redressement, et le malade me fut confié pour l'honneur de l'art.

J'ai fait usage d'un appareil moins perfectionné que celui que j'ai employé depuis, mais qui reposait sur les mêmes principes; c'est-à-dire que ç'a été pour ce cas extrêmement difficile que j'ai imaginé mon appareil à vis de rappel, se croisant à angle droit.

J'ai surveillé le malade pendant un mois environ, après quoi il a lui-même continué et achevé son traitement.

Le redressement n'a jamais été parfait, néanmoins le malade a depuis marché avec facilité et la surface plantaire reposant sur le sol. Les orteils ont repris leur direction naturelle, quoiqu'ils soient restés un peu gros et difformes.

M. BOUVIER. Je ne veux en aucune façon faire porter la critique sur le cas de guérison dont vient de nous entretenir M. Debout; mais je crois qu'il ne faut pas établir de règles d'après un seul fait. Il y a bien certainement des pieds bots incurables, et deux circonstances me paraissent surtout influer sur le degré de curabilité. D'abord l'état natif de la difformité; quand elle est accidentelle, on peut dire que la guérison s'obtient presque à tout âge; mais il n'y faut plus compter après dix-huit à vingt ans, quand la difformité est native.

M. Delore dit que son malade lui a affirmé que la difformité était congénitale; en examinant le pied, il paraît probable qu'il en est ainsi, cependant on peut conserver quelques doutes en raison de l'état des muscles. M. Delore fait remarquer que le pied se meut dans tous les sens depuis l'opération, tandis qu'avant les orteils seuls exécutaient des mouvements; or, il est rare que dans le pied bot congénital il y ait de la paralysie, ce serait moins extraordinaire dans le cas de pied bot accidentel. La deuxième condition bien connue d'incurabilité réside dans l'état des os.

Quant au fait de F. Martin, le pied bot était accidentel: dès lors il rentre dans la classe des cas ordinaires.

Je dois ajouter une autre réflexion relativement à la pratique de Bonnet, dont M. Delore est l'un des chauds partisans. Je pense qu'en principe il est dangereux de faire exécuter des mouvements considérables immédiatement après la ténotomie, ainsi que le conseillait Bonnet. On peut ainsi produire des accidents graves; en faisant les manœuvres quatre ou cinq jours plus tard, on a encore le bénéfice de la ténotomie, et l'on ne court aucun risque. Peut-être dans le cas de M. Delore a-t-on multiplié un peu trop les ténotomies. Celles qui ont été faites en dernier lieu pour sectionner les brides fibreuses de la plante du pied auraient pu être évitées, et je vis que les extensions forcées auraient suffi pour vaincre les tissus fibreux.

M. FOLLIN fait remarquer qu'il serait utile d'avoir des renseignements sur la manière dont le moulage des deux pieds a été fait. En examinant le pied après la guérison, non-seulement les modifications ont porté sur la position des divers éléments du pied; mais encore sur leur forme; ceci est surtout remarquable pour le premier orteil: sur l'un des pieds il est gros, arrondi; sur l'autre, il est petit et comme effilé. On dirait que ces pieds appartiennent à des individus différents.

M. DEBOUT fait observer que les deux moulages ayant eu lieu à un intervalle d'une année, le pied a subi des modifications; que d'ailleurs le deuxième moulage a été fait le pied étant appuyé sur le sol, et que cela a pu influer sur la forme des orteils.

M. GUERSANT. J'ai constaté, comme M. Bouvier, qu'il y avait une grande différence à établir entre le pied bot accidentel et le congénital, au point de vue de la guérison. Dans le premier cas, le succès est plus facile, plus fréquent. Je pense aussi, comme mon collègue, qu'il faut éviter les mouvements violents immédiatement après la ténotomie. Il faut attendre que les parties molles superficielles soient cicatrisées, c'est-à-dire quatre ou cinq jours au moins. C'est aux mouvements qui avaient été faits le jour même de l'opération, que, dans deux cas, j'ai attribué l'érysipèle que j'ai vu se développer sur le dos du pied.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC montre un malade âgé de soixante-trois ans, auquel il a pratiqué la résection du premier métatarsien, et fait remarquer la bonne conformation des parties, la position normale de l'orteil correspondant et l'étendue de ses mouvements.

M. MARJOLIN présente à la Société un petit garçon âgé de deux ans et demi, qui porte depuis sa naissance, au niveau de la région surcilière droite, une tumeur molle, inégale, du volume environ de la moitié d'un petit œuf de poule. Toute la paupière supérieure fait partie de la tumeur, qui s'étend depuis l'angle externe de l'œil jusque vers la racine du nez. La peau n'est ni rouge ni amincie, seulement le système veineux paraît un peu plus développé. L'œil n'est pas chassé de l'orbite, mais la paupière supérieure le recouvre presque complétement. L'arcade surcilière est intacte. Il est très-difficile de dire d'une manière précise si la tumeur plonge dans l'orbite. Un peu au-dessus du sourcil droit, il y a en outre une autre tumeur oblongue, inégale, formant un cordon noueux, de consistance variable; cette tumeur, qui est aussi congéniale, occupe en grande partie la région fronto-pariétale droite; elle a 11 centimètres de longueur, tandis que la précédente n'en mesure que 7.

Lorsqu'on cherche à la déprimer avec le doigt, on arrive sur les os du crâne, qui ne présentent aucune solution de continuité, mais des parties inégales. Pas de battements dans la tumeur, qui est irréductible. Lorsque l'enfant crie ou lorsque l'on incline un peu la tête en bas, le volume de la tumeur augmente sensiblement, et sa coloration change; elle devient d'un rouge bleuâtre.

Jusqu'à ce moment il n'y a eu aucun accident; pas de convulsions; la santé générale de l'enfant est très-bonne; seulement depuis trois semaines, le volume de la tumeur a augmenté. La mère a eu cinq enfants qui se portent bien, et ne présentent aucune trace de nævus; elle n'a perdu qu'un enfant à huit mois.

D'après ce qui vient d'être énoncé, M. Marjolin est porté à croire qu'il s'agit d'une tumeur veineuse, seulement il a des doutes sur son point de départ primitif, et il ne serait pas éloigné de croire qu'elle a des connexions intimes avec les os du crâne. Quel traitement faut-il employer?

M. Marjolin ne pense pas que l'on puisse songer à employer ici l'un des procédés de ligature, tels que celui de Rigal, mais il ne verrait aucun inconvénient à tenter une injection de perchlorure de fer dans la tumeur.

L'un des secrétaires, E. FOUCHER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 mai 1862, S. M. l'Empereur a nommé présidents des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins:

De Nice (Alpes-Maritimes), M. le docteur Maure;

De Saumur (Maine-et-Loire), M. Bouchard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Saumur, membre du conseil d'hygiène, médecin de la compagnie du chemin de fer d'Orléans;

De l'arrondissement de Castres (Tarn), M. Combes, professeur honoraire à l'École de médecine de Toulouse, professeur agrégé de la Faculté de médecine à Montpellier, ancien inspecteur d'académie.

— Le concours pour trois places de médecins au Bureau central s'est ouvert le 12 juin. Les membres du jury sont: MM. Bouneau, Mesnet, Devergie, Cazenave, Hervez de Chégoin, Gosselin et Giraldès, *juges titulaires;* MM. Hérard et Alph. Guérin, *juges suppléants.*

Les candidats, au nombre de trente-six, qui prennent part aux épreuves, sont:

MM. Magnac, Fremineau, Bonfils, Siredey, Canuet, Fournier, Luys, Dumont-Pallier, Second-Féréol, Cadet de Gassicourt, Worms, Gibert, Topinard, Géry, Tillot, Isambert, Péter, Parrot, Desnos, Blachez, Guyot, Labbé, Moynier, Blondeau, Molland, Blondet, Besnier, Tamarelle-Mauriac, Gombault, Zambaco, Blain des Cormiers, Maingault, Simon, Cavasse, Wieland et Barnier.

Ils ont eu à traiter par écrit la question suivante: *De l'anesthésie au point de vue du diagnostic.*

— Il se passe en ce moment à l'École vétérinaire d'Alfort un drame d'une sinistre étrangeté. Dernièrement, dit le *Moniteur de l'agriculture*, on amena à cette école deux chiennes près de mettre bas et mordues l'une et l'autre par un chien atteint de la rage.

Chacune des pauvres bêtes fut enfermée dans une loge spacieuse que fermaient de solides barreaux de fer, et bientôt les symptômes les plus significatifs de la maladie dont elles étaient atteintes se manifestèrent avec violence. Elles cherchaient à s'élancer sur tous ceux qui s'approchaient de leur prison; elles se brisaient les dents à mordre leurs barreaux, et leur poil hérissé et souillé, leur œil sanglant, la gueule pleine de bave, devenaient encore plus effrayants à la vue d'un liquide.

A quelques jours de là elles mirent bas toutes les deux: alors ce fut un spectacle à la fois attendrissant et terrible, que de voir tour à tour la maternité et la maladie se manifester chez les deux chiennes. Tantôt douces et calmes, elles donnaient à teter à leurs petits, les léchaient tendrement et les abritaient sous leurs corps fiévreux; tantôt la rage reprenait le dessus, et elles se débattaient plus furieuses que jamais, jusqu'à ce qu'un de leurs petits fît entendre un cri; alors elles revenaient à eux et recommençaient à les allaiter et à leur prodiguer des témoignages d'affection.

Un matin, et à un jour de distance, on les trouva mortes; on fit enlever leurs corps, et on donna à leurs petits du lait, qu'ils hurent avidement.

Aujourd'hui on attend avec anxiété ce que deviendront ces animaux, nourris par des mères atteintes de la rage et couverts tant de fois de leur bave. Subiront-ils les fatales conséquences de l'héritage maternel, et sont-ils prédestinés à succomber comme elles à un mal entouré encore de tant de mystère, et resté jusqu'ici un problème insoluble pour la science?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.:

Frémineau, né à Paris (Seine); *Des déviations utérines et de leur traitement.*

Martinet, né à Piney (Aube); *De l'empoisonnement aigu par le phosphore.*

Sergent, né à Saint-Bonnet-en-Bresse (Saône-et-Loire); *De l'hépatite aiguë spontanée. Observations et commentaires.*

Charpentier, né à Tannay (Nièvre); *Du traitement des rétrécissements de l'urèthre.*

Colombel, né à Paris (Seine); *Recherches sur l'arthrite sèche.*

Bernies, né à Lectoure (Gers); *De l'encéphalopathie saturnine.*

Duran, né à Lunax (Haute-Garonne); *Anévrysmes spontanés.*

Desjardin, né à Mauvages (Meuse); *De la délivrance artificielle.*

Baré, né à Nantes (Loire-Inférieure); *De l'asthme.*

De Boves, né à Vera-Cruz (Mexique); *De l'apoplexie de la rétine.*

De Souza, né à Rio de Janeiro (Brésil); *Des paralysies consécutives aux maladies aiguës.*

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 70. — MARDI 17 JUIN 1862. (35e ANNEE.) N° 70. — MARDI 17 JUIN 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 16 JUIN 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Beau, dans un mémoire dont il a donné lecture à l'Académie dans la dernière séance, a lancé un nouveau réquisitoire contre l'usage du tabac. Tout a été dit pour incriminer ou pour justifier cet usage, qui tend à se propager de plus en plus. Si les nombreux griefs dont on l'a accusé sont empreints d'une évidente exagération, il faut reconnaître d'un autre côté qu'on n'a eu que d'assez faibles raisons pour le défendre, — si ce n'est toutefois le plaisir passager qu'il peut procurer. Aussi, sans nous effrayer outre mesure de ses conséquences possibles sur la santé, le verrions-nous sans regret tomber sous les efforts combinés de l'hygiène et de la morale.

Mais il ne s'agit dans le mémoire de M. Beau ni de l'influence du tabac sur les mœurs, ni même de ses effets généraux sur l'organisme. Notre savant confrère n'a eu en vue qu'un point circonscrit et limité de l'histoire pathogénésique de cet agent. D'après quelques observations qu'il a recueillies, et qui concorderaient à certains égards avec les expériences de M. Cl. Bernard, relatives à l'action toxique élective de la nicotine sur le cœur, M. Beau a été conduit à considérer la fumée de tabac comme une cause de l'angine de poitrine.

Nous ne contestons pas que dans les faits invoqués à l'appui de cette proposition, il n'y ait, en effet, quelques motifs plausibles d'assigner à l'habitude de fumer un rôle plus ou moins important dans la production des accidents dont M. Beau a été témoin. Mais de là à la généralisation de cette étiologie, il y a encore loin. Pour arriver à légitimer cette déduction, il faudrait examiner une à une toutes les observations d'angine de poitrine consignées dans les annales de la science, et rechercher dans les antécédents (ce qui ne serait pas toujours facile) si l'usage de fumer entrait dans les habitudes des sujets atteints de cette affection, et si, alors même que cette relation serait démontrée, il n'y aurait pas lieu encore de faire une part ou égale ou même plus large à d'autres influences.

— A propos du travail de M. Gallard relatif à l'influence exercée par les chemins de fer sur l'hygiène publique, dont nous avons présenté un court résumé dans le n° du 3 juin, M. le docteur Marmisse (de Bordeaux) nous adresse quelques réflexions légèrement restrictives à l'égard d'une proposition peut-être un peu trop générale de notre distingué confrère, celle dans laquelle il paraît ne pas tenir compte de certains faits pathologiques attribuables à cette nouvelle branche de l'industrie.

Voici en quels termes s'exprime M. Marmisse :

« Si l'exécution des voies ferrées a modifié heureusement la situation hygiénique de certaines localités en desséchant une partie de leur sol marécageux, il est des points où elle a provoqué une modification inverse. Des déblais larges et profonds y ont été faits pour des besoins de terrassement, de sorte que de véritables marais artificiels y ont apparu à la suite de ces travaux. Aujourd'hui donc les eaux pluviales s'accumulent dans ces excavations, et s'y évaporent alternativement ; diverses plantes aquatiques s'y développent en abondance avec les myriades d'infusoires qui les accompagnent. Des populations qui avaient ignoré jusqu'à présent les diverses affections paludéennes, les ont vues sévir au milieu d'elles après les travaux de terrassement. Je citerai pour exemple des communes situées entre Bordeaux et Libourne, sans nier pourtant que les marais de Montferrand puissent rayonner un peu jusqu'à elles.

» L'honorable médecin en chef du chemin de fer d'Orléans a parfaitement raison de faire ressortir les divers éléments d'amélioration hygiénique qui ont visité les populations traversées par les voies nouvelles, mais il ne faut pas que l'enthousiasme du bien fasse méconnaître le mal, quelle que soit la proportion supérieure de l'un sur l'autre au point de vue des résultats généraux.

» Quelques observations personnelles me portent à croire que la profession nouvelle de mécanicien et de chauffeur mérite quelques considérations spéciales. Est-il faux que cette double profession ne puisse se continuer sans inconvénients pour la santé au delà d'une certaine période, au delà, par exemple, de dix ans? Est-il inexact que l'on doive ranger en deux catégories distinctes les hommes qui embrassent ces professions, les uns à constitution solide qui peu à peu voient l'embonpoint survenir par l'activité salutaire de l'appareil respiratoire, les autres à constitution un peu chancelante, qui, n'ayant pas des organes assez énergiques pour des fonctions devenues plus actives, dépérissent peu à peu, et sont forcés d'abandonner la locomotive ? » — Dr Brochin.

SUR LA DURÉE D'INCUBATION DE LA VACCINE.

Dans le cours de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur l'origine de la vaccine, entre autres objections à l'opinion de M. Bousquet, relativement au fait de Brissot (de Chartres), qui aurait contracté la vaccine en ferrant un cheval atteint d'eaux aux jambes, M. Depaul opposait cette circonstance que l'éruption vaccinale ne s'était manifestée chez Brissot que vingt-quatre jours après l'événement auquel on la faisait remonter, et qu'il n'y avait dans la science aucun exemple d'une incubation aussi longue de la vaccine.

M. le docteur Peyra (de Mazères), dans une lettre qu'il nous écrit à cette occasion, dit avoir observé cette année un cas dans lequel la pustule n'a paru qu'entre le vingt-deuxième et le vingt-quatrième jour après l'inoculation du virus, faisant remarquer d'ailleurs que son apparition ainsi retardée n'a coïncidé avec aucune circonstance concomitante, avec la petite vérole, par exemple, étrangère au pays depuis longtemps.

« Le 28 mars dernier, dit notre confrère, je vaccinai deux jeunes enfants avec du virus sur plaque, pris par moi au bureau des vaccinations de l'Académie en novembre 1861. Je pratiquai six piqûres à chacun des enfants. Le 17 avril, rien n'avait encore paru ; je ne comptais plus sur le succès de mes inoculations. Cependant un de ces enfants avait de la fièvre, de l'insomnie, une grande agitation, qui ont persisté jusqu'au 20. Ce jour-là, sa mère s'aperçut en le changeant de chemise d'un gros bouton au bras; elle me le montra, et je reconnus le vaccin que je n'espérais plus. Avec le pus de cette pustule j'ai vacciné près de cent enfants. Le résultat de ces inoculations a été constamment sûr, et les pustules produites plus grosses qu'elles ne le sont ordinairement ; leur évolution n'a rien eu d'anormal ; elle s'est faite entre le premier et le dixième jour, et la durée de l'incubation chez le sujet qui donna la première, m'a paru leur avoir prêté une énergie que je n'avais jamais remarquée dans mes précédentes vaccinations.

» Voilà donc un nouveau fait d'incubation prolongée au delà du terme ordinaire, devant lequel l'assertion de M. Depaul devra paraître trop absolue. »

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

D'un nouveau symptôme de scarlatine. — Vertige épileptique. — Diplopie congénitale monoculaire. — Altération de la réfringence du cristallin.

Leçon recueillie par M. A. DUBUC, interne du service.

Nous avons au n° 17 de la salle Sainte-Marguerite une jeune fille de treize ans, atteinte de scarlatine, offrant à un haut degré d'évidence un symptôme encore peu connu sur lequel j'ai récemment appelé l'attention du monde médical.

Le 9 mai, dans la soirée, elle a été prise de céphalalgie, de nausées, de malaise général ; le 10, elle a vomi plusieurs fois, a ressenti du mal à la gorge, et dans la nuit du 11 au 12 l'éruption a paru.

A son entrée, le 13 mai, on a constaté l'état suivant :

La langue est rouge, en grande partie dépouillée d'épithélium ; l'isthme du gosier et le pharynx sont très-rouges, les amygdales tuméfiées, et celle du côté gauche couverte d'une exsudation pultacée; la déglutition est douloureuse; il n'y a pas d'engorgement sous-maxillaire.

Tout le corps et les membres sont couverts d'une éruption confluente dont la teinte est rouge foncé, surtout sur le tronc.

Cette éruption se compose, comme dans toutes les scarlatines d'ailleurs, d'un grand nombre de papules confluentes entourées chacune d'une auréole rouge, inflammatoire, et ces auréoles, en se confondant, donnent lieu à une teinte rouge uniforme sur toute la surface du corps.

Il existe de petites vésicules miliaires sur les mains, le cou et l'abdomen.

La soif est vive, l'appétit perdu ; il n'y a pas de diarrhée ni rien de particulier dans la poitrine. La fièvre est vive, et la peau chaude, sèche, avec grande fréquence du pouls, qui est à 120.

Urines non albumineuses.

L'exanthème scarlatineux a cela de caractéristique, et c'est le point sur lequel je veux en ce moment appeler votre attention, qu'il *disparaît momentanément et passagèrement*, pendant une *minute* ou *deux*, par la friction de la peau.

J'ai utilisé ce phénomène pour créer un signe diagnostique de la scarlatine, car il suffit de tracer très-légèrement avec le bout du doigt ou avec l'ongle une raie sur un exanthème douteux, pour faire apparaître dans le cas de scarlatine une *rayure blanche* tout à fait significative qui ne se produit sur aucun autre exanthème. On peut ainsi, par la réaction vitale, faire écrire sur la cuisse d'un malade le diagnostic de sa maladie. C'est ce que vous m'avez vu faire il y a un instant; au moyen d'un bout de bois, j'ai tracé légèrement le mot *scarlatine* sur l'épiderme de la cuisse, et au bout de quelques secondes le mot se dessinait en lettres blanches parfaitement distinctes, et restait visible pendant deux minutes environ. C'est là un phénomène d'ordre vital ; il résulte de la contractilité des capillaires mise en jeu sous l'influence du frottement, contractilité exagérée qui chasse momentanément le sang de leur intérieur.

Il ne se fait rien de semblable dans la rougeole, l'érysipèle et les autres éruptions cutanées, parce que dans les affections les capillaires à demi paralysées sont peu contractiles ; on peut, à la vérité, par la pression chasser le sang des capillaires et obtenir une tache blanche, mais c'est là une action purement mécanique, et aussitôt que la pression cesse la rougeur reparaît.

Dans le cas actuel, le signe que je vous indique n'a pas une grande importance: tous les symptômes de la scarlatine sont nettement accusés; mais il est tel cas douteux où il pourra vous être d'une réelle utilité pour le diagnostic.

Je ne l'ai jamais vu manquer dans la scarlatine ; à ce titre seul il méritait de vous être signalé. Il peut même persister quelques jours après la disparition de l'exanthème.

Ajoutons qu'actuellement (20 mai) l'éruption a disparu, la fièvre est tombée. La desquamation commence à s'effectuer aux doigts. Les urines ne sont pas albumineuses. L'enfant est dans le meilleur état. Nous surveillerons la convalescence, afin d'éviter autant que possible les complications graves qui viennent parfois l'entraver et peuvent mettre la vie en péril.

— Permettez-moi maintenant d'appeler votre attention sur une autre malade atteinte d'une névrose convulsive, dont le diagnostic offre de réelles difficultés. Elle est couchée au n° 16 de la salle Sainte-Marguerite. Voici son histoire :

Alexina S..., onze ans et demi, est entrée le 4 mai 1862.

Cette enfant, dont le père et la mère sont bien portants, a eu des gourmes et des glandes.

Elle a une cousine germaine atteinte d'épilepsie. A l'âge de quatre ans, après une frayeur causée par l'agression d'un chien, elle eut une attaque de chorée traitée à l'hôpital des Enfants malades où elle est entrée cinq autres fois pour des récidives de la même affection, comprenant une période de vingt-trois mois ; elle a eu ensuite cinq nouvelles attaques de chorée traitées à l'hôpital Sainte-Eugénie.

A neuf ans, elle a commencé à avoir des attaques épileptiformes se reproduisant fréquemment, jusqu'à plusieurs fois dans la même journée; aujourd'hui elle est dans l'état suivant :

L'intelligence est un peu obtuse ; plusieurs fois par jour elle a des attaques caractérisées par une perte de connaissance subite, sans cri aigu ; elle tombe quelquefois et se fait de fortes contusions ; aucune aura ne précède cette attaque.

Dans cet état, elle est immobile avec un peu de contracture, sans convulsions apparentes ; son visage reste à peu près naturel, et après le retour de l'attaque, qui dure quelques secondes, l'enfant est endormie pendant une demi-heure. Si elle est éveillée, son humeur devient difficile et parfois agressive, au point qu'elle veut battre les enfants qui l'entourent.

La sensibilité physique est modifiée ; il y a de l'analgésie sur les membres supérieurs, sur le visage, mais point sur les membres inférieurs. Le goût et l'ouïe sont intacts ; on constate une diplopie de l'œil droit qui est congénitale ; il existe un affaiblissement musculaire très-prononcé dans le membre supérieur droit ; l'enfant serre à peine de côté la main qu'on lui donne.

L'appétit est bon; point de diarrhée; point de fièvre. L'année dernière, elle a rendu un lombric; actuellement les excréments contiennent un assez grand nombre d'œufs de lombrics et de tricocéphales.

Discutons le diagnostic de cette névrose. Elle a commencé par de fréquentes attaques de chorée venues sans aucune influence rhumatismale, et déterminées par une vive frayeur. C'est là un exemple de plus à l'appui de cette vérité, que la chorée, comme les autres névroses, peut être le résultat d'une émotion morale

vive. C'est là un fait même assez commun, et j'en ai observé beaucoup d'autres dans cet hôpital.

Ainsi une jeune fille touchant à la puberté devient choréique parce qu'un homme la poursuit pour l'embrasser; une autre, parce qu'elle a entendu tirer le canon à une revue; une autre, parce qu'elle voit son jeune frère périr sous ses yeux dans le canal Saint-Martin, etc.

Mais chez cette jeune fille, nous l'avons dit, la chorée a disparu depuis deux ans environ, et s'est trouvée remplacée par des attaques dont il faut maintenant déterminer la nature.

Est-ce de l'hystérie? On peut répondre hardiment que non. D'abord elle est bien jeune encore pour avoir des attaques hystériques; ensuite elle n'a ni convulsions, ni spasmes, ni œsophagisme, ni larmes, ni sanglots, c'est-à-dire aucun des symptômes de l'hystérie. Elle n'a de cette névrose que l'analgésie cutanée.

Les attaques telles que nous les avons décrites plus haut, sont bien plutôt des attaques d'épilepsie.

Dans l'épilepsie, il y a deux formes d'attaques, qui constituent, l'une le grand mal, l'autre le petit mal.

Dans le *grand mal*, l'enfant surprise pousse un cri et tombe frappée de perte de l'intelligence, du sentiment et du mouvement. Il y a une roideur générale du tronc et des membres avec immobilité; la respiration est suspendue, la tête renversée en arrière, la face immobile, les paupières fermées; bientôt la figure se tuméfie et devient violette; les veines du cou se gonflent et deviennent énormes. L'insensibilité est complète, et il y a souvent des évacuations involontaires. Cette période, dite *période tétanique*, est très-courte; elle ne dure presque jamais une minute entière.

On voit ensuite survenir des mouvements convulsifs, cloniques, partiels, légers et rares d'abord, qui bientôt deviennent plus étendus, plus forts et continus; c'est alors que la face est le siége de grimaces hideuses, et qu'on voit s'échapper des lèvres une salive écumeuse, quelquefois sanglante; cette période, période clonique, dure une ou deux minutes.

Sans aller plus loin, il est facile de voir que notre jeune fille ne présente point de grandes attaques complètes; chez elle, le cri initial et les mouvements convulsifs manquent; la description des attaques qu'elle éprouve se rapporte bien plutôt au *petit mal*, c'est-à-dire au *vertige épileptique*.

Je la considère donc comme atteinte de *vertige épileptique*.

Mais, fixé sur ce point, il y a d'autres questions à élucider.

Est-ce une *épilepsie symptomatique*, sympathique ou idiopathique?

En faveur de l'épilepsie symptomatique d'une affection cérébrale, nous avons l'affaiblissement musculaire, si prononcé dans le membre supérieur droit; nous aurions encore la diplopie: mais il ne faut pas oublier qu'elle est congénitale, et tout à l'heure vous verrez qu'elle tient à un vice de conformation du cristallin droit.

L'épilepsie est-elle sympathique? Cela est possible, car on sait qu'il existe des épilepsies vermineuses, et l'enfant que nous avons sous les yeux a, l'an dernier, rendu un lombric; actuellement, elle a dans ses excréments des œufs de lombric et de tricocéphale; cela suffisait pour me mettre en demeure d'employer les vermicides.

J'ai donc administré le semen-contra tous les jours depuis huit jours; l'enfant en a pris cinq grammes; elle n'a pas rendu de vers, les attaques n'ont pas diminué de fréquence, et il nous faut renoncer à l'idée d'une épilepsie sympathique se rattachant à la présence des vers intestinaux.

En résumé, après l'analyse minutieuse des symptômes présentés par la malade, et sans nier la possibilité d'une épilepsie symptomatique d'une altération cérébrale, il faut admettre qu'il existe ici un vertige épileptique probablement essentiel. Je préfère m'en tenir à ce dernier diagnostic, parce qu'il est un peu plus consolant et qu'il permet de tenter avec quelque espérance de succès le traitement qui m'a réussi dans quelques cas analogues. J'aurai ici recours au chloroforme administré en lavement, et je donnerai pour commencer deux grammes en deux lavements, un le matin et l'autre le soir; j'augmenterai progressivement les doses, et vous pourrez suivre les effets de cette médication, qui, ayant été mise en usage sur cinq enfants, m'a donné trois cas de succès.

—Maintenant, permettez-moi de vous montrer l'expérience par laquelle on démontre que la *diplopie monoculaire* tient non à une maladie du cerveau, mais à une lésion du cristallin. M. A. Desmarres m'aidera dans cette circonstance, et c'est à son obligeance que vous devez les éclaircissements nécessaires à l'étude de ce cas difficile.

La *diplopie monoculaire* est extrêmement rare, et les livres n'en renferment qu'un petit nombre d'exemples. L'état des yeux est de la plus haute importance, et c'est là où on en trouve le point de départ.

Les cornées ont leurs diamètres normaux et leur courbure normale; les iris sont sains et les pupilles mobiles; enfin, il n'y a aucune altération des membranes profondes de l'œil, même à l'examen ophthalmoscopique. Si on ferme l'œil gauche et qu'on place un objet quelconque devant l'œil droit, l'enfant en voit deux; la distance entre les images reste la même dans toutes les positions, phénomène en désaccord complet avec l'idée d'une diplopie binoculaire.

Si on dit à l'enfant de saisir l'objet, elle exécute d'abord un mouvement de préhension dans le vide; s'adressant à l'image fausse, dans un second mouvement, elle saisit l'objet placé à côté de l'image fausse. A chaque exploration, les choses se sont passées de cette manière.

Ces constatations faites, on pourrait à la rigueur croire à un trouble des fonctions musculaires, ou du moins à un trouble dans la synergie des muscles, dû, par exemple, à l'inertie ancienne de l'une des rétines.

Je sais bien que dans cette hypothèse la diplopie monoculaire semblera difficile à comprendre; mais je rappellerai ce qui se passe pour la peau. Ne voit-on pas dans certains cas la sensation d'un objet persister sur un point, alors que l'objet a été enlevé depuis quelque temps? De même, dans le cas de diplopie consécutive à la paralysie d'un muscle de l'un des yeux, le cerveau peut conserver la sensation de diplopie, même lorsqu'un des yeux est fermé? C'est là un phénomène facile à vérifier sur un grand nombre de malades.

Mais dans le cas qui nous occupe, il n'existe pas de paralysie musculaire, non plus que de trouble dans la synergie des muscles; il faut donc recourir à une autre explication.

Eh bien, le cristallin droit possède un pouvoir réfringent moins grand qu'à l'état physiologique. On constate ce fait à l'aide de l'examen ophthalmoscopique; mais il faut s'éloigner de l'œil droit d'une distance d'un tiers plus grande que pour l'autre œil.

Voici l'hypothèse à laquelle on est amené:

Admettons que le cristallin droit présente une structure anormale, qu'à l'inverse de l'état physiologique le centre soit moins réfringent que la périphérie, la diplopie monoculaire s'explique sans difficulté: un rayon parti d'un point de l'objet et passant par la périphérie, ira former son foyer sur la rétine, c'est-à-dire son image; un autre rayon lumineux parti du même point, mais passant par le centre de la lentille, ne sera pas dévié, et ira former son foyer dans un endroit différent: de là une seconde image de la diplopie monoculaire.

Si mon explication est fondée, il suffira, par un moyen artificiel, de supprimer un des rayons pour n'avoir plus qu'une seule image; c'est en effet ce qui arrive.

En plaçant devant l'œil droit de l'enfant la lunette sténopéique Donders qui ne laisse passer qu'un seul rayon, ou bien un verre concave très-fort qui dévie le rayon périphérique et l'empêche de traverser l'œil, la vision devient aussitôt simple, et l'enfant saisit l'objet hardiment, sans hésitation. On voit en même temps l'œil se porter plus en dedans et en bas, de façon que le rayon central qui pénètre seul puisse former son foyer sur la macula.

Quand les deux images existent devant l'œil droit et qu'on dit à l'enfant de prendre l'objet, pourquoi commence-t-elle toujours par saisir l'image fausse? C'est que les rayons périphériques, ceux qui donnent naissance à l'image fausse, vont former leur foyer sur la macula; il en résulte une image plus nette; les rayons centraux allant converger sur les limites ou en dehors de la macula, ne fournissent qu'une image diffuse. Aussi avons-nous remarqué qu'après la suppression des rayons périphériques par des moyens artificiels, l'œil se portait en bas et en dedans pour permettre aux rayons centraux de converger sur la macula.

Si l'enfant guérit de son *vertige*, nous aurons donc à remédier à sa diplopie, ce qui sera très-facile après l'expérience dont vous venez d'être les témoins. Il nous suffira de lui faire porter des lunettes dont le verre droit sera fortement concave. A ce point de vue, l'étude de cette diplopie monoculaire n'aura pas été sans importance.

MALADIES MENTALES. — M. Michéa.

Du trouble des sensations de la faim et de la soif chez les aliénés, et de son influence sur les idées et les actes de ces malades.

Si l'on admettait jadis avec trop de facilité l'existence de la folie sympathique, on pèche peut-être aujourd'hui par l'excès contraire. On est trop enclin à placer exclusivement le point de départ des dérangements de l'esprit dans l'organe même qui préside à la manifestation des facultés intellectuelles et morales.

De toutes les maladies extra-cérébrales susceptibles d'affecter des rapports avec les désordres psychiques, celles du tube digestif sont assurément les plus nombreuses et les moins contestables.

Seulement la connaissance des lésions anatomiques constatées dans les viscères abdominaux a fort peu éclairé jusqu'à présent la question de la folie sympathique; car pour qu'un trouble mental quelconque puisse être considéré comme le résultat de l'altération d'un organe plus ou moins éloigné du cerveau, il faut s'être assuré d'une manière exacte de son mode d'invasion, de sa genèse; il faut que le délire se soit manifesté après et non avant cette altération; qu'il ait cessé ou reparu avec elle, sans quoi l'on court le risque de se faire illusion, on s'expose à prendre une simple coïncidence pour un rapport de causalité.

L'étude des simples névroses du tube digestif, par cela même qu'on peut obtenir la guérison de ces maladies, est infiniment plus propice à la solution du problème de la folie sympathique. On sait depuis longtemps, du reste, que certains troubles de la sensibilité de l'estomac semblent affecter des rapports avec des formes spéciales de perturbation psychique. Le délire hypochondriaque, par exemple, est dans un très-grand nombre de cas lié intimement à l'état dyspeptique.

Dans la monomanie suicide des pellagreux, la sensation d'ardeur au ventricule (pyrosis, fer chaud, soda) serait, selon plusieurs auteurs, la seule cause en vertu de laquelle ces malades préfèrent le suicide par submersion à tous les autres genres de mort volontaire.

S'il faut en croire deux praticiens éminents de Venise, MM. Fassetta et Pelt, médecins du grand hôpital de cette ville, ce serait, en effet, uniquement dans le but d'apaiser la sensation de chaleur dont leur estomac semble dévoré, que tant d'aliénés pellagreux essayent de se noyer. MM. Fassetta et Pelt rapportent aussi au pyrosis des pellagreux l'origine de la folie incendiaire ou pyromanie, qui, avec la monomanie du suicide, constituent les principaux caractères du délire de ces malades.

En Italie plus que partout ailleurs, règne encore le funeste préjugé populaire en vertu duquel on s'imagine qu'on peut se débarrasser de certaines maladies chroniques, la syphilis, par exemple, quand on en transmet volontairement le principe. Or, en incendiant, les fous pellagreux auraient pour but de se défaire ainsi du feu qui dévore leur estomac.

L'impulsion irrésistible à briser, à frapper, à mordre, à se suicider, se lie parfois d'une manière tellement intime à des névroses de l'estomac, qu'elle se manifeste exclusivement pendant la durée de l'acte de la digestion.

J'ai donné des soins à une femme de vingt-cinq ans qui, sans être enceinte, se trouvait dominée par le besoin de frapper ou de mordre toutes les personnes de son entourage chaque fois qu'elle venait d'introduire des aliments dans son estomac. Quand la digestion était finie, l'impulsion irrésistible s'évanouissait pour revenir lorsque le ventricule était de nouveau rempli d'aliments. Cependant, il n'y avait chez cette femme ni vomissements, ni nausées, ni douleur vive à la pression épigastrique, sauf une sensation obscure de pesanteur au moment de la digestion, la malade n'accusait aucune souffrance à l'estomac. Des pilules dans lesquelles entraient le sous-nitrate de bismuth et l'extrait gommeux d'opium amenèrent assez promptement la guérison. Alibert rapporte un cas fort analogue: « J'ai connu, dit-il, une jeune dame qui se livrait constamment à des accès de colère après les repas, quoiqu'elle fût d'une sobriété extrême et qu'elle ne fît aucun usage de vin. Elle était possédée par le désir insurmontable de casser des verres ou autres vases qui se trouvaient sur la table. Un jour que j'avais ordonné de la faire sortir promptement pour la distraire, elle s'approcha impétueusement d'une femme qui portait un fardeau pour la faire tomber. J'ai vu une autre dame, dit encore ce même auteur, qui pendant la digestion voulait se tuer. On avait fini par la surveiller, parce qu'elle s'était mis deux fois la corde au cou. » (*Nosologie*, p. 87.)

Mais je veux m'en tenir à la question telle qu'elle est posée dans le titre qui se trouve en tête de ces considérations, et j'ai hâte de l'aborder directement.

Les sensations de la faim et de la soif, que Müller place sous la dépendance exclusive des nerfs de la huitième paire, peuvent être, dans l'aliénation mentale comme hors de la folie, diminuées ou abolies, exaltées, perverties, et chacune de ces modifications réagit d'une manière spéciale sur les idées, sur les déterminations, sur les actes des aliénés.

Il est un certain nombre d'aliénés dont la volonté ne semble plus capable de commander aux organes locomoteurs, et qui demandent eux-mêmes avec instance qu'on les force à se mouvoir, tant ils se croient et tant ils sont en effet impropres à l'action musculaire. Chez plusieurs de ces malades, l'inertie est quelquefois si prononcée, qu'ils restent très-longtemps dans la même position, immobiles comme des statues, et que pour les décider à sortir de leur lit, à s'habiller, à marcher, à manger eux-mêmes, à changer de linge, etc., il faut employer la menace et souvent la contrainte.

Chez les *inertes*, car c'est ainsi qu'on nomme cette classe d'aliénés, l'immobilité n'a point son principe dans les organes d'exécution; car il n'y a ni hémiplégie, ni paraplégie, ni paralysie quelconque du mouvement. Ils ne sont pas non plus dans l'inaction sous l'influence de la stupeur ou de l'obnubilation intellectuelle; car ils ont une conscience très-nette de leur inertie, et ils demandent eux-mêmes à en sortir; ils supplient qu'on les oblige à se mouvoir. Ce qui semble anéanti chez ces malades, c'est le besoin en vertu duquel l'homme est sollicité à la locomotion, besoin tout à fait distinct de la volonté, qui commande aux organes du mouvement, bien que certains auteurs, M. Billod entre autres, aient donné à cet état mental le nom impropre de paralysie de la volonté. Or, le besoin de locomotion est-il un phénomène d'origine toujours cérébrale? Ne peut-il pas se trouver sous la dépendance d'autres parties du système nerveux? Le fait que voici contribuera peut-être à répandre quelque lumière sur la question.

Mme B..., ex-artiste lyrique, est âgée de cinquante et un ans. Elle est fille d'une mère qui a été hystérique, et elle est mère de deux filles dont l'une éprouve des attaques de nerfs à la moindre frayeur ou à la plus légère contrariété. Elle a eu elle-même pendant longtemps quelques symptômes hystériques, notamment le sentiment de constriction au pharynx.

Réglée à quinze ans, elle n'a jamais fait de maladies graves. Seulement une sensibilité morale et physique d'une délicatesse extrême lui a toujours rendu l'existence plus ou moins pénible.

A l'âge de quarante-neuf ans, elle ressentit les premières atteintes de l'époque critique; et à cinquante, l'écoulement menstruel s'étant complétement arrêté, elle tomba dans la mélancolie.

Obligée alors de se rendre en Russie pour accompagner une de ses filles, attachée à un des théâtres de Saint-Pétersbourg, elle resta sept mois dans cette capitale, où elle éprouva un dégoût si profond de l'existence, qu'elle chercha à s'empoisonner en avalant de la monnaie de cuivre ayant séjourné dans du vinaigre. Appelé sur-le-champ, un médecin prescrivit 70 grammes d'huile de ricin, et au bout de huit

jours, les pièces de monnaie furent expulsées avec les garde-robes.

Depuis son retour à Paris, Mme B... est dans le même état de mélancolie. Elle montre la plus grande indifférence au sujet du sort de ses filles, dont naguère elle s'occupait sans cesse. Elle fuit la société, qu'elle recherchait jadis beaucoup. Le soin de sa toilette lui est devenu odieux; elle ne parle à personne; elle reste enfermée dans son appartement, et s'irrite quand on lui adresse la parole. Plus souvent assise que levée, et plus souvent couchée qu'assise, elle reste plongée dans l'apathie la plus complète. Elle se refuse à tout genre de travail, en donnant pour raison qu'elle ne peut plus *vouloir*. Elle pleure; elle se désole; elle se considère comme incurable, et prétend que la mort est mille fois préférable à l'état dans lequel elle se trouve.

Mme B... n'éprouve cependant aucune douleur physique, mais elle a perdu complétement le sentiment de la faim, comme celui de la soif. C'était un bonheur pour elle de boire à la glace, même en hiver, et elle n'est plus du tout sensible à cette jouissance. Elle boit et elle mange encore, mais sans aucun plaisir, par raison, pour ne pas mourir d'inanition. Cependant la langue n'est pas saburrale; il n'y a ni nausées ni aucun trouble dans le sens du goût. La malade distingue très-bien les saveurs, le doux de l'amer, par exemple. De plus, le tabac à priser, dont elle fait usage depuis nombre d'années, ne stimule plus sa membrane pituitaire d'une façon agréable. Elle en use encore, mais par habitude, et il lui cause la sensation que pourrait produire l'introduction d'une poudre inerte.

Le sommeil est passable; les garde-robes sont normales. La malade profère des cris ou tressaille fortement chaque fois que, dans le but d'explorer sa sensibilité externe, j'enfonce brusquement une aiguille sur divers points de la peau.

Mme B... est restée environ dix-huit mois dans cet état mental, dont elle conserve encore aujourd'hui, huit ans après sa guérison, une conscience très-nette, et qu'elle appelle sa *première mort*. Elle en est sortie peu à peu, et l'amélioration commença par le retour du plaisir que précédemment elle avait à priser, à manger, à boire frais. Toutefois ce fut seulement quand le retour de ces sensations fut complet, que la malade se trouva entièrement débarrassée du trouble mental qui lui rendait l'existence si pénible.

Dans le cas dont il s'agit, il m'a été impossible de savoir si l'*inertie* et l'incapacité de *vouloir* avaient précédé ou suivi soit l'abolition du sentiment de la faim et de la soif, soit la paralysie de la sensation vive et forte que le tabac à priser déterminait sur la membrane pituitaire. Néanmoins, en tenant compte non pas du début de la maladie, mais de sa terminaison, on ne peut se refuser à regarder l'état mental en question comme une pure conséquence de l'abolition du plaisir à satisfaire les besoins naturels de la faim, de la soif et le besoin artificiel du tabac à priser, puisque le retour à l'activité, à la force de vouloir, eut lieu après celui du plaisir à satisfaire ces besoins impérieux. La nonchalance et l'envie de dormir qui se manifestent après un repas copieux chez l'homme comme chez les animaux, achèvent de prouver combien les sensations de la faim et de la soif contribuent à produire et à entretenir l'activité locomotrice. Pour être disposé au mouvement, l'homme a besoin d'éprouver souvent des sensations agréables ou pénibles, car c'est en recherchant les unes et en fuyant les autres qu'il sort de son apathie. Or, parmi les sensations internes, le plaisir qu'on éprouve à manger, à boire, à priser, est assurément celui qui peut être renouvelé avec le plus de facilité et le moins d'inconvénients.

Le refus absolu de nourriture, la *sitophobie*, comme l'appelle Guislain, est un symptôme très-fréquent chez les lypémaniaques. L'obstination à ne pas vouloir manger résiste souvent à l'emploi de la douche, comme à tout autre moyen d'intimidation, et sans l'introduction de la sonde œsophagienne il serait impossible de sauver les jours de ces aliénés, dont l'amaigrissement est extrême, la langue sèche et fuligineuse, l'haleine fétide, l'urine rare, et dont, malgré le bouillon et le vin qu'on ingurgite de force, beaucoup finissent par succomber à une stase sanguine dans les organes respiratoires, compliquée dans la majorité des cas, neuf fois sur treize, selon Guislain, de gangrène pulmonaire.

Le refus obstiné d'alimentation chez les lypémaniaques a souvent une cause toute psychique, tantôt l'esprit de pénitence et de mortification, une hallucination de l'ouïe ou une inspiration interne, comme dans la mélancolie religieuse; tantôt la crainte du poison, comme dans la monomanie de persécution, crainte parfois engendrée par une hallucination du goût ou par la présence d'un enduit muqueux sur la langue, qui, en s'altérant, en s'acidifiant ou en se putréfiant au contact de l'air, modifie la saveur des aliments. Mais il arrive aussi, et plus souvent qu'on ne le croit généralement, que l'abolition de la sensation de la faim, que l'anorexie est la seule cause de la sitophobie. Cette sensation interne peut être en effet complétement paralysée chez les aliénés mélancoliques pendant des mois, quelquefois des années, et si on ne les forçait à manger, ils finiraient par succomber comme ceux qui se privent de nourriture sous l'influence d'une idée préconçue.

L'exaltation de la sensation de la faim, la boulimie, joue également un grand rôle dans certaines maladies mentales. Ce symptôme, dont la polyphagie est la conséquence, existe parfois dans l'excitation maniaque, la manie et la démence simple; mais il constitue surtout un des caractères les plus importants de la démence paralytique. Les sujets atteints de cette dernière forme de maladie mentale, ont généralement, en effet, un appétit si insatiable, qu'ils demandent sans cesse à manger, même en sortant de prendre des repas très-copieux.

Pour assouvir leur gloutonnerie, beaucoup dérobent la nourriture destinée à leurs compagnons d'infortune; plusieurs broutent, comme les herbivores, les feuilles des arbrisseaux, le gazon des jardins, ou bien cherchent, comme les animaux immondes, dans les tas d'ordures, pour s'en repaître, tout ce qu'il y a de plus sale et de plus dégoûtant en fait de débris alimentaires; quelques-uns, enfin, vont jusqu'à manger des substances tout à fait impropres à la nutrition. De là les gastrites, les entérites, la lienterie, qui surviennent si souvent chez ces malades.

Quant à l'exaltation de la sensation de la soif, dont la polydipsie constitue la traduction extérieure, c'est un symptôme qui se manifeste aussi dans plusieurs espèces d'aliénation mentale. Dans la démence paralytique, la polydipsie coïncide très-souvent avec la polyphagie. Elle y est parfois si prononcée que les malades ingurgitent avec avidité l'eau la plus fangeuse, et qu'à son défaut ils boivent leur propre urine. La fameuse Théroigne de Méricourt, qui, à la Salpêtrière, comme nous l'apprend Esquirol, dévorait de la paille, des plumes, des morceaux de viande traînés dans la boue; cette célèbre aliénée, dis-je, s'abreuvait aussi de l'eau la plus sale, celle, par exemple, qui avait servi à laver les ordures des cours.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 juin 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Fumée de tabac considérée comme cause de l'angine de poitrine. — M. BEAU lit sous ce titre un mémoire dont voici un extrait :

Il y a en pathologie une maladie fort grave qui s'appelle *angine de poitrine*. Elle vient tout à coup par attaques qui durent de quelques minutes à une heure; et qui sont caractérisées par un sentiment insupportable d'angoisse à la région du cœur, avec douleurs s'irradiant de là dans tout le thorax et même dans les membres supérieurs. Le cœur est l'organe affecté dans l'angine de poitrine. Le trouble douloureux dont il est le siége va quelquefois jusqu'à suspendre complétement ses mouvements de contraction et la mort subite survient comme résultat de cette grave lésion fonctionnelle. Les causes de l'angine de poitrine sont multiples. Je viens en signaler une dont il n'a pas encore été question : c'est l'usage ou plutôt l'abus du tabac à fumer.

Voici les faits qui démontrent ce point d'étiologie :

1° Un petit rentier d'une soixantaine d'années passe la plus grande partie de la journée à fumer. Depuis un mois environ il éprouve souvent pendant la nuit des attaques de palpitations, avec oppression et douleurs s'irradiant dans les épaules. Il cesse de fumer; les attaques nocturnes disparaissent complétement, en même temps que les fonctions digestives deviennent meilleures. Au bout de trois mois, il revient à l'usage du tabac, et les attaques se montrent de nouveau. Il met enfin complétement de côté le tabac, et ses attaques d'angine se dissipent pour ne plus revenir.

2° Un médecin d'une cinquantaine d'années, faible et dyspeptique malgré sa belle apparence de santé, fume des cigarettes autant que ses occupations le lui permettent. Depuis quelque temps, il éprouve des palpitations avec angoisse et constriction de la poitrine, qui surviennent sous forme d'attaque soit le jour, soit la nuit. Il quitte le tabac, et ses attaques disparaissent. Un jour, il se trouve par hasard dans une réunion de fumeurs, sans fumer lui-même, mais il ne peut s'empêcher de respirer un air chargé de vapeurs de tabac. La nuit suivante, il lui survient une attaque.

3° Un médecin de trente-cinq ans, qui exerce en province, fume continuellement des cigarettes en faisant ses visites et ses courses. Depuis longtemps il mange fort peu et sans appétit. Un matin, étant à jeun et fumant en allant voir ses malades, il est pris tout à coup d'une angoisse à la région du cœur, avec constriction transversale dans la partie supérieure de la poitrine. Il ne peut ni marcher ni parler; le pouls est insensible, les mains froides. L'attaque dure une demi-heure. Le patient vient à Paris. Il quitte le tabac d'après mon conseil, et retourne dans son pays, me promettant de m'écrire s'il est pris d'une nouvelle attaque. Je n'ai rien reçu de lui.

4° Un jeune Espagnol d'une trentaine d'années fume continuellement des cigarettes. Son appétit est nul, ses digestions laborieuses. Un soir, en fumant, il est pris tout à coup d'une violente douleur dans la poitrine, comme s'il avait été serré par un étau; son pouls est insensible. L'attaque dure dix minutes. Effrayé, il consent à fumer beaucoup moins. Les symptômes d'angine n'ont pas reparu.

5° Un médecin qui a renoncé au tabac à cause des malaises gastriques qu'il éprouvait, ressentait aussi à l'époque où il fumait des souffrances nocturnes venant par attaques, et caractérisées par une constriction du thorax avec palpitations et irradiations névralgiques dans le cou. Il en est maintenant complétement délivré.

6° Un négociant de province qui depuis quinze ou vingt ans est affecté de dyspepsie résultant de l'usage immodéré de la cigarette, éprouve depuis deux mois environ des attaques nocturnes caractérisées par une angoisse profonde dans la région du cœur avec palpitations et irradiations douloureuses dans les deux épaules; la face est altérée, le pouls est petit, intermittent. Ce négociant fume maintenant plus que jamais.

7° Un vieillard de soixante-quinze ans, vert et vigoureux, fume beaucoup pour se distraire de quelques ennuis, malgré quelques suffocations passagères. Le samedi il est pris d'une attaque d'angine qui dure une demi-heure environ; le dimanche il lui en survient une autre; le lundi matin on le trouve mort dans son lit.

8° Un diplomate étranger qui fume beaucoup et qui est affaibli malgré l'apparence de sa belle constitution, est pris dans la soirée, en rentrant dans son hôtel, d'une attaque d'angine, avec angoisse, pouls petit, mains glacées, apparence cholérique; il s'endort à onze heures et se réveille le matin à son heure accoutumée. Il peut vaquer à toutes les occupations de la matinée. A cinq heures, il était à fumer dans son fauteuil, quand il meurt tout à coup. L'autopsie n'a pas révélé d'autre lésion qu'un état graisseux du cœur.

Les conclusions que l'on doit tirer de ces faits pour admettre que l'abus du tabac donne lieu chez quelques personnes aux symptômes de l'angine de poitrine, sont confirmées par les expériences de M. Bernard sur la nicotine. En effet, M. Bernard, en introduisant de la nicotine pure dans le corps de certains animaux, a donné lieu à des phénomènes mortels que je regarde comme semblables aux symptômes de l'angine de poitrine de l'homme.

Pour que l'angine de poitrine se montre chez les personnes qui usent du tabac, il faut une réunion de circonstances qui ne se rencontrent que rarement : 1° l'usage excessif du tabac; 2° une susceptibilité particulière de l'individu; 3° des circonstances débilitantes, telles que des chagrins, des fatigues, un affaiblissement des fonctions digestives, etc., qui, empêchant l'organisme d'expulser les matières de tabac absorbées, permettent l'accumulation de ces matières à un degré tel, que la nicotine se trouve assez abondante pour produire son action toxique sur le cœur. (Commissaires, MM. Serres, Andral, Bernard).

— M. le chargé d'affaires de Bavière transmet un mémoire destiné au concours pour le prix du legs Bréant, dont l'auteur est M. Weissbrod, de Oberneukirchen. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

— L'Académie renvoie à la même commission une nouvelle lettre de MM. Dorner frères, de Rorschach (Suisse), répétant l'offre qu'ils ont déjà faite d'envoyer, en quantité suffisante pour des essais, leur remède contre le choléra; et une deuxième lettre de M. L. Wolf, de Neisse (Prusse) concernant la même maladie. Cette lettre mentionne de plus un remède contre le diabète dont M. Wolf voudrait faire une application pour laquelle il sollicite, de la part de l'Académie, un appui qui ne peut lui être accordé.

— M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE invite l'Académie à lui présenter deux candidats pour la chaire d'*entomologie* (crustacés, arachnides et insectes) vacante, au Muséum d'histoire naturelle, par suite de la nomination de M. Milne-Edwards à la chaire de zoologie (mammifères et oiseaux).

La section d'anatomie et de zoologie s'occupera de préparer, pour une prochaine séance, une liste de candidats.

— M. LICHTENSTEIN adresse de Berlin un numéro du *Journal central de médecine*, dans lequel il a fait paraître une note intitulée : *Introduction directe de l'ozonométrie dans la médecine*, et trois autres articles qui se rattachent plus ou moins directement à la même question.

MM. Becquerel et Bernard sont invités à prendre connaissance de ces opuscules, et à en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport verbal.

— M. ALTOBELLI envoie d'Aquila un mémoire sur les propriétés médicinales de la poudre de *salsepareille* dans les cas d'inflammations érythémateuse et phlegmoneuse.

(Renvoi à l'examen de M. Andral pour un rapport verbal).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 3 avril 1862. — Présidence de M. DUPERTUIS, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

ÉLECTION.

M. LE PRÉSIDENT annonce la vacance des fonctions de secrétaire général, par suite du décès de M. Foucart.

M. Magne est élu au scrutin secret, et proclamé secrétaire général de la Société.

M. Beyran est élu membre titulaire sur les conclusions de M. Legrand, rapporteur d'un travail de M. Beyran, intitulé : *Transmission de la syphilis du père au produit de la conception, et de ce dernier à la mère, alors que celle-ci était exempte de toute syphilis antérieure.*

Méningite cérébro-spinale; guérison. — M. CORLIEU communique l'observation suivante.

Louis P..., d'un tempérament nerveux, âgé de treize ans, habite Nogent-l'Artaud, pays situé sur les bords de la Marne, où les affections rhumatismales et intermittentes ne sont pas très-fréquentes. En 1855, je lui ai donné des soins pour une broncho-pneumonie qui dura quelques semaines.

Le 18 décembre 1861, à la suite de quelques contrariétés, il se plaignit de malaise, de céphalalgie, fut pris de vomissements bilieux, fit diète le 19, et garda le lit.

Le 20, à huit heures du matin, se trouvant mieux, il mangea un œuf, puis peu après le vomit et tomba dans un état *comateux*, sans roideur musculaire, qui dura presque toute la journée. La respiration était tranquille, paisible; le pouls à 80-84. Si l'on tirait le malade de cet assoupissement, il répondait avec peine qu'il souffrait de la tête. — Boissons antispasmodiques, révulsifs aux jambes, bain. Dans la journée, saignée de 200 grammes, non couenneuse.

Le soir il avait repris connaissance, se plaignait de céphalalgie, de douleurs lombaires; constipation depuis deux jours. — Lavement salé, puis calomel, 0,50.

Le 21, douleur de la tête et des reins; teint pâle, ne devenant pas rouge par suite de la pression; langue humide; inappétence; anorexie; pas de vomissements; abdomen non douloureux à la pression; pas d'éruption à la peau. Le lavement seul a été rendu; *le calomel n'a rien produit*. Urines claires; 84 pulsations. — Lavement purgatif; potion calmante avec 0,15 d'extrait thébaïque et 2 grammes de liqueur d'Hoffmann, une cuillerée toutes les demi-heures jusqu'à cessation des douleurs.

Le malade en prend la moitié; les douleurs se calment; sommeil.

Le 22, les douleurs sont revenues, le pouls est dur, 96-100. Courbature violente, constipation. — Saignée de 200 gr. très-couenneuse; calomel, 0,50; infusion de séné.

Le 23, un peu d'amélioration; langue couverte d'un enduit muqueux, haleine fade; les urines déposent. — Bicarbonate de soude, 3 gr. chaque jour pendant quatre jours.

Le 24, contraction des muscles de la face, bouche déviée à droite, strabisme, diplopie de loin, mais non de près, dilatation des pupilles; déglutition facile; pas de grincements de dents; *tête un peu en arrière*. — Bains et lavements purgatifs.

Cet état persista jusqu'au 28, avec douleurs cérébrales, lombaires; constipation opiniâtre, contre laquelle le calomel, associé à la résine de jalap, ne produisit presque rien. L'huile de ricin (20 gr.) amena d'abondantes évacuations.

Alors, dix jours après l'invasion de la maladie, apparurent un *herpes labialis* du côté gauche et quelques vésicules herpétiques à la région parotidienne gauche, au bras droit et à la cuisse gauche. Pas de vomissements; respiration toujours normale, facile; pouls à 76-80.

Le 29, les douleurs reparaissent plus intenses dans l'après-midi; elles sont lancinantes; la constipation est opiniâtre. On revient de nouveau à la potion calmante *ut supra*, au calomel et aux lavements purgatifs. — Les douleurs se calment un peu; la constipation persiste

malgré le calomel; on reprend de l'huile de ricin, qui est rejetée. — Alcoolature d'aconit, 10 à 15 gouttes, matin et soir.

Le 1er janvier 1862, pour calmer les douleurs lombaires qui sont revenues, on fait des frictions sur les reins avec le liniment suivant :

Baume Tranquille	100 grammes.	
Chloroforme	15	—
Laudanum de Sydenham	5	—

Le 2, vers six heures du soir, les douleurs reviennent comme de véritables crises nerveuses, partant de la région cervicale et s'étendant le long du rachis, arrachant par leur violence des cris aigus au malade, accompagnées de vomissements muqueux. La constipation persiste. (Lavement de séné et de sulfate de magnésie; potion calmante avec 0,20 d'extrait thébaïque.) Quoique les douleurs jusqu'à ce jour n'aient jamais eu de retours périodiques bien tranchés, je prescris comme moyen préventif le sulfate de quinine à la dose de 0,30, immédiatement après la crise.

Le lendemain et les jours suivants les douleurs reviennent régulièrement, mais en s'éloignant de quelques heures chaque fois. Le sulfate de quinine à la dose de 0,50, les potions calmantes, l'huile de ricin, sont administrés de nouveau ; un long vésicatoire est appliqué sur la région lombaire. N'obtenant pas du sulfate de quinine pris par la bouche l'effet que nous en attendions, en présence du retour périodique des crises, nous le prescrivons en lavement, 0,50 à 0,75 chaque jour après les accès.

Depuis cette époque et jusqu'au 8 janvier, les douleurs reviennent encore ; elles avancent, commencent à trois heures du matin et finissent à neuf heures. Elles sont moins intenses, mais arrachent toujours des cris au malade toutes les huit ou dix minutes. Elles partent toujours de la région cervicale et s'étendent à la région lombaire.

La tête est portée en arrière, sans roideur musculaire ; il n'y a pas d'hyperesthésie de la peau, mais un certain agacement nerveux, un crachotement muqueux continuel pendant les crises seulement, ce qui prouve que le calomel n'y est pour rien ; un état pulvérulent des narines. Les crises ne sont pas précédées de frissons ; mais vers le déclin apparaissent des sueurs qui commencent par la tête, où elles sont extrêmement abondantes, et s'étendent à tout le corps, mais moins abondamment qu'à la tête. Pendant ces crises, la respiration et le pouls paraissent tout à fait réguliers. Les urines sont claires, peu abondantes, non albumineuses.

Dans l'intervalle des crises, l'enfant est pâle, abattu, a la tête lourde, se remue difficilement dans la crainte d'éveiller des douleurs, boit volontiers du lait, du bouillon, n'est pas altéré ; mais la constipation est toujours opiniâtre et les vomissements sont assez rares. — Lavement de séné et de sulfate de soude. Le sulfate de quinine est continué.

Les crises avancèrent de quelques heures chaque fois jusqu'au 11 janvier ; elles devinrent moins douloureuses, n'arrachèrent que des plaintes, mais pas de cris.

Le 11, très-bonne journée ; pas de crise ; 76 pulsations ; constipation ; langue toujours humide. — Potage.

Le 12, les douleurs reviennent à cinq heures du matin, aux reins surtout, puis à la tête. Vomissements. A la fin de la crise, les sueurs sont un peu moins abondantes. — Calomel et résine de jalap, āā 0,50 en cinq paquets, un toutes les heures.

Le 13, pas de crise ; lavement purgatif, le calomel ayant été vomi. — Potage.

Le 14, nouvelles douleurs vers six heures du matin.

Le 15, douleurs vagues, presque insignifiantes, vers deux heures de l'après-midi. — Lavement purgatif, calomel et résine de jalap.

A partir du 16, le calme a été complet ; la langue se nettoie, l'appétit revient ; pas de vomissements. La constipation, toujours opiniâtre, est combattue par les lavements purgatifs. Très-bon sommeil. L'amaigrissement et la pâleur sont extrêmes ; le pouls est petit, mais régulier ; pas de sueurs. — On continue le sulfate de quinine, 0,30 chaque matin, jusqu'au 18 janvier.

Mais le 19 janvier, vers onze heures du soir, le mal de tête reparaît ; il est accompagné de vomissements aqueux qui reviennent sept ou huit fois, malgré la glace pilée et l'eau de Seltz.

Tout cesse le 21, et à partir de ce moment le malade entre franchement en convalescence.

Voici un cas bien caractérisé de la maladie décrite sous le nom de *méningite cérébro-spinale*, et qui, bien que sporadique, a présenté presque tous les phénomènes cités dans les différentes épidémies.

L'état comateux du début, la céphalalgie, les vomissements, la constipation, le strabisme, la diplopie, me faisaient redouter une méningite ; l'intelligence assez précoce de l'enfant, les cris aigus, m'inspiraient quelques craintes de la présence de tubercules dans les enveloppes du cerveau. Mais bientôt voici qu'apparaissent les *douleurs rachidiennes* ; la tête se porte en arrière ; le diagnostic devient précis.

Comme dans l'épidémie de Strasbourg, j'ai constaté le dixième jour l'*herpes labialis*, qui ne s'est manifesté ni à Bordeaux, ni à Avignon, ni à Nancy, ni à Versailles. Chauffard (d'Avignon) observa un *flux puriforme* abondant par les narines ; j'ai rencontré chez mon jeune malade un état pulvérulent des narines comme dans la fièvre muqueuse, et, épiphénomène non constaté par les auteurs, un *crachotement* continuel et abondant, mais *pendant les crises* seulement.

Les douleurs atroces arrachaient des cris aigus au malade et reparaissaient avec le caractère *intermittent bien tranché* comme à Versailles, Nancy et Bordeaux. Elles n'étaient précédées d'aucun frisson, n'étaient accompagnées d'aucune accélération du pouls ; mais elles étaient suivies de sueurs extrêmement abondantes à la tête et de moiteur de tout le corps. Puis le calme revenait et était suivi d'un peu d'abattement.

Nous connaissons tous les influences des sensations sur les sécrétions, et les différentes modifications qui en résultent quant à la quantité ou à la qualité des matières sécrétées ou excrétées. Chez le jeune P..., les urines ont été claires, limpides et non albumineuses, examinées avant, pendant ou après les crises. L'albuminurie, que presque tous les médecins ont pu observer dans quelques cas d'éclampsie, soit chez la femme en couches, soit chez les enfants, n'est pour moi qu'un phénomène passager, purement nerveux, pouvant apparaître et disparaître avec les crises, et n'est nullement l'indice d'une lésion des reins, ainsi que l'ont cru à tort quelques praticiens, qui ont dû prendre l'effet pour la cause. J'ai du reste publié à ce sujet une note indiquant les moyens de reconnaître si l'albuminurie est essentielle ou symptomatique (*Gaz. des Hôp.*, 1856, p. 412).

M. Faure-Villar (*Mém. de méd., chir. et pharm. milit.*, t. XLVIII, 1-162) a cru trouver deux formes dans la méningite cérébro-spinale : l'une *inflammatoire*, plus fréquente ; l'autre *nerveuse* ou *typhoïde*. Ici je suis obligé d'appeler *muqueuse* la forme de méningite que j'ai traitée. En effet, je n'ai jamais rencontré de symptômes inflammatoires bien tranchés ; le pouls n'a jamais été fort ni fréquent (100 pulsations une seule fois) : je n'ai jamais constaté l'état typhoïde ; mais les gencives étaient recouvertes d'un enduit muqueux ; la bouche exhalait l'odeur presque caractéristique des fièvres muqueuses ; la langue était sale et humide ; il y avait un crachotement muqueux continuel pendant les crises, mais pas de selles, constipation qu'on rencontre presque toujours dans les méningites ; en un mot, état muqueux bien prononcé.

Le pouls, que l'on pourrait presque appeler *cérébral*, n'était, comme dans presque toutes ces affections, nullement en rapport avec l'intensité de la maladie. Il était calme, paisible, régulier, petit et presque filiforme sur la fin de la maladie.

Quelques auteurs ont hésité à donner à cette maladie le nom de méningite ; ils ont préféré l'appeler affection cérébro-spinale, se bornant par là à indiquer le siége de la maladie sans rien préjuger de sa nature. M. Gassaud, qui observa l'épidémie de Bordeaux, lui donna le nom de *fièvre pernicieuse céphalique subintrante* (*Mém. de méd., chir. et pharm. milit.*, t. XLVIII, p. 163 et suiv.), ou mieux *céphalo-rachidienne*.

Pour le docteur Mayer (de Belfort), c'est une phlegmasie de nature rhumatismale des enveloppes du cerveau et de la moelle épinière (Acad. de méd., 11 mai 1852).

Ne serions-nous pas un peu autorisé par la nature des symptômes à considérer cette affection comme une *névrose cérébro-spinale* à forme intermittente, pouvant par la violence des douleurs amener un épanchement dans les méninges rachidiennes? *Ubi dolor, ibi fluxus.* Au demeurant, cette hypothèse en vaut une autre.

Différentes idées ont été émises pour combattre cette maladie, qui a fait tant de victimes parmi nos jeunes soldats. On a employé tour à tour les antiphlogistiques, les révulsifs, puis les opiacés et les antipériodiques, et cela d'après le caractère des symptômes. J'ai dû, au début, avoir recours aux antiphlogistiques et aux révulsifs cutanés et internes. Parmi ces derniers, le calomel a été loin de répondre à mon attente, quoique je l'aie administré de différentes manières et d'une façon assez continue. Le crachotement ne le reconnaissait pas pour cause, puisque ce ptyalisme cessait avec les crises.

Mais, connaissant l'effet admirable qui résulte de l'emploi de l'opium à Avignon, où avaient succombé presque tous les malades traités par les autres moyens, encouragé par l'excellent mémoire de M. Forget sur la *clinique de l'opium*, je n'ai pas craint de l'administrer à haute dose, selon la méthode de Chauffard, qui le donnait à la dose de 0,30 à 0,40 chaque jour. L'opium calme, et c'est déjà beaucoup.

Le *sulfate de quinine* était nettement indiqué par le retour périodique des accès. Je l'ai donc également employé avec persistance par la bouche et en lavements. S'il ne prévenait pas complétement le retour des douleurs, au moins il avait l'avantage de diminuer et d'éloigner les crises. Cependant, nous devons l'avouer, bien des fois il ne répond pas à l'attente que nous en avons, quoique la périodicité soit bien franche. Si je n'ai pas employé la solution d'atropine, c'est que les douleurs étaient vagues et que j'avais autre chose à combattre que l'élément douleur. Rien d'ailleurs ne pouvait, selon moi, empêcher de tenter ce moyen si les autres eussent été insuffisants.

De cette observation, nous pouvons tirer ces conclusions, c'est qu'il n'y a pas un traitement spécifique de cette maladie, et qu'elle ne peut guérir que par la combinaison des différentes méthodes, qui varieront selon les symptômes.

Le secrétaire annuel, Milon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans sa dernière réunion la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles a procédé à la nomination de son bureau pour l'année académique 1862 1863. M. le professeur Graux a été nommé président, et M. le professeur Pigeolet secrétaire.

— M. le docteur Charmasson de Puylaval, inspecteur adjoint aux eaux de Saint-Sauveur, nous prie d'annoncer qu'il n'y a rien de changé dans le service médical de cet établissement, et que, contrairement aux bruits qui ont circulé cet hiver, il continue à y résider tous les étés.

— M. Hipp. Blot commencera, le vendredi 20 juin, à 2 heures, la deuxième partie de son cours d'accouchements à la Faculté. Il y traitera exclusivement de la dystocie.

Les premières leçons seront consacrées à l'étude de l'avortement; les suivantes à celle des accouchements laborieux et des opérations qu'ils nécessitent.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 18 JUIN 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a discuté dans cette séance le rapport de M. Trébuchet sur les cosmétiques. On se rappelle que les conclusions relatives à l'auteur du mémoire qui a fait le sujet de ce rapport ont été adoptées; il s'agissait aujourd'hui de soumettre au vote de l'Académie une proposition tendant à soumettre au ministre la question de savoir s'il ne conviendrait pas, dans un intérêt de salubrité publique, de soumettre à une visite d'hommes compétents les laboratoires et magasins des parfumeurs. Un membre de l'Académie a cru voir dans cette mesure une atteinte portée à la liberté du commerce, atteinte qui ne serait pas suffisamment justifiée, suivant lui, par l'importance du but, et dans un piquant discours, il a combattu la proposition de la commission.

Nous ne savons trop jusqu'à quel point il nous serait possible de suivre la discussion de l'Académie sur le terrain glissant et épineux où elle s'est engagée, sans courir le risque de perdre pied ou de nous accrocher à quelque buisson. Si le système français de la protection est préférable au système de liberté individuelle de l'Angleterre; si la liberté de la presse aurait ou non à souffrir de l'adoption des mesures proposées par la commission, c'est ce qu'il nous serait peu loisible d'examiner ici. Mais une chose, une seule, nous intéresse d'une manière particulière, et de celle-là nous avons le droit et le devoir de nous préoccuper.

Des dangers réels et plusieurs fois constatés menacent sérieusement la santé des personnes qui font usage de certains cosmétiques, dans la composition desquels se glissent des substances vénéneuses. Quelque restreint d'ailleurs que soit le nombre de ces personnes, et quel que soit le mobile qui les porte à faire usage de ces cosmétiques, faut-il les laisser livrées sans défense aux périls où les expose une coupable ou ignorante spéculation? Il appartient aux médecins, il appartient surtout à l'Académie, gardienne naturelle des intérêts de la santé publique, de prévenir le retour de pareils abus, en prémunissant contre leur retour possible les personnes qui en pourraient devenir de nouveau les victimes, et en appelant sur eux l'attention et la surveillance de l'autorité.

C'est ce qu'a fait la commission par l'organe de son rapporteur; et nous n'aurions pas compris que des conclusions aussi bien motivées n'eussent pas été adoptées par l'Académie. Elle les a adoptées heureusement, laissant d'ailleurs, comme c'était son devoir, à l'autorité le soin de concilier les mesures que réclame la salubrité, avec les droits garantis par les lois à chaque particulier et à chaque industrie.

— La séance a été terminée par un rapport de M. Robert, sur divers instruments destinés au traitement des affections de l'urèthre. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Rétrécissements de l'urèthre dans sa portion spongieuse. Bougies aluminées.

(Leçon recueillie par M. BOISSARIE, interne du service.)

Il y a en ce moment dans le service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, trois malades affectés de rétrécissements de l'urèthre.

Le premier, couché au n° 5, est un jeune homme chez lequel des troubles de la miction se sont manifestés brusquement le 8 mai. Il accuse dans ses antécédents trois blennorrhagies. La dernière, survenue au milieu d'avril, semble se rattacher à une uréthrite simple, et n'est probablement qu'une recrudescence aiguë affectant un canal déjà malade.

Le second malade est un homme d'une cinquantaine d'années; il a eu dans sa jeunesse une blennorrhagie, contractée pendant qu'il était au service militaire. Cette affection fut traitée exclusivement d'abord par les injections au nitrate d'argent, puis par les injections au sous-acétate de plomb. C'est surtout depuis cinq mois qu'il a éprouvé des difficultés à uriner. Il est très-adonné à l'usage des boissons. Chaque excès en ce genre détermine des troubles plus considérables dans la miction. Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, cette fonction était presque complétement entravée.

Le troisième malade, placé au n° 34, a eu aussi deux blennorrhagies; la dernière a duré six mois. C'est sous son influence que le rétrécissement s'est déclaré, et c'est la première fois qu'il entre à l'hôpital pour se soumettre à un traitement.

Par une coïncidence singulière en apparence, la lésion siége, dans les trois cas, dans la portion spongieuse de l'urèthre. Lorsqu'on introduit une sonde d'argent, et c'est le premier moyen d'exploration à employer, on est arrêté à peu de distance du méat, et il est impossible de faire pénétrer l'instrument au delà.

Longtemps les rétrécissements de la portion spongieuse ont été considérés comme très-rares. On les rapportait presque tous à la région bulbo-membraneuse; c'est en effet le siége le plus fréquent. Lorsque A. Bérard présenta les pièces d'un homme mort avec un rétrécissement situé près du méat, ces faits étaient considérés comme exceptionnels, et avaient à peine fixé l'attention. Cependant à la suite de blennorrhagies, et surtout de blennorrhagies traitées par les injections abortives, l'obstacle siége très-souvent dans la portion spongieuse, et dans beaucoup de cas même près du méat. Ces rétrécissements forment rarement un anneau complétement circulaire; ils n'occupent le canal que dans une partie de sa circonférence; mais quelquefois au nombre de deux, trois, ils se complètent mutuellement entre eux.

D'autres causes peuvent concourir également à les produire. Ainsi, dans les chaude-pisses cordées, lorsque les malades s'efforcent de redresser brusquement la verge, il y a souvent des déchirures de la muqueuse dans la partie antérieure du canal. Dans ces cas, les rétrécissements consécutifs sont traumatiques, formés de tissu inodulaire, et par suite plus sérieux et très-difficiles à effacer.

Ils ont aussi quelquefois pour point de départ des corps étrangers de différente nature; mais dans ce cas ils n'ont rien de spécial. Il est beaucoup plus commun, d'ailleurs, de voir ces corps étrangers déterminer des abcès et des fistules que des rétrécissements simples. On a voulu faire entrer la masturbation en ligne de compte; cette cause, a-t-on dit, porterait plus spécialement son action sur la portion spongieuse, parce que sous son influence cette partie est celle qui se congestionne le plus.

Les injections abortives de toutes sortes, surtout celles au nitrate d'argent, sont, à notre avis, une des causes les plus réelles et les plus puissantes de rétrécissement; elles amènent même quelquefois des résultats bien autrement funestes. Enfin, à propos du traitement, nous aurons occasion de vous dire quelle part prennent quelquefois dans la production de ces rétrécissements les diverses méthodes employées pour les combattre.

Les altérations de la portion spongieuse sont souvent plus dangereuses que celles des autres parties du canal. Dans le principe, elles se développent lentement, puis se manifestent tout à coup. Il se produit une forte congestion locale qui peut dans quelques cas fermer la lumière du conduit.

Longtemps les rétrécissements de l'urèthre ont été traités par des moyens mécaniques. Dupuytren et Richerand introduisaient des sondes rigides, et les laissaient en place. Cette dilatation violente et continue expose à beaucoup de dangers; elle est souvent la source d'orchites et d'inflammations diverses des voies génito-urinaires. Mieux vaut sans aucun doute la dilatation temporaire graduelle. C'est à cette méthode que nous avons recours, mais avec une modification cependant importante à connaître. Toutes les fois que nous avons affaire à un rétrécissement de cause inflammatoire, c'est-à-dire lorsque la lésion n'est pas d'origine traumatique, nous commençons, avant de chercher à franchir l'obstacle, par modifier sensiblement la membrane muqueuse. C'est dans ce but que nous employons au début les bougies aluminées. Leur préparation est bien simple. Il suffit de prendre une bougie emplastique ordinaire de petit volume, d'en faire chauffer l'extrémité, et lorsqu'elle est suffisamment ramollie par la chaleur, on la roule dans de la poudre d'alun calciné et passée au tamis. Il faut éviter avec soin que l'alun ne se dépose par couches inégales ou ne forme des rugosités saillantes. Du reste, en approchant de nouveau la bougie de la flamme, on peut faire pénétrer l'alun dans son intérieur, et éviter ainsi toute espèce de relief dangereux.

J'introduis ces bougies dans le canal sans chercher à les faire pénétrer de force, et je les fixe contre l'obstacle. Elles ne doivent rester en place qu'environ dix minutes. Sous leur influence, il se déclare constamment du troisième au cinquième jour un catarrhe uréthral assez abondant. Cet écoulement ne présente jamais aucune gravité, et disparaît rapidement. Il permet au canal de devenir plus souple, et l'obstacle perd de sa rigidité. C'est alors que l'on peut recourir avec avantage aux bougies olivaires; la dilatation temporaire graduelle devient plus facile et plus sûre.

Ce mode de traitement n'est pas entièrement nouveau. Ambroise Paré se servait d'alun et de toutes sortes de poudres caustiques pour détruire ce qu'il appelait les *carnosités* du canal. Son exemple cependant n'avait pas été suivi, et depuis le dix-septième siècle les moyens mécaniques avaient été presque seuls mis en usage. Il est pourtant facile de se rendre compte du mode d'action du traitement mixte que nous employons. Nous agissons à la fois d'une manière mécanique et rationnelle. L'alun dans ces cas reproduit la forme aiguë de l'affection; peut-être agit-il aussi à la façon des médications substitutives? Chez nos trois malades, vous avez pu voir que dès le troisième jour du traitement le catarrhe était développé, et que l'introduction des bougies était devenue plus facile.

Nous avons toujours retiré des avantages sensibles de la combinaison de ces deux ordres de moyens. Nous vous avons conseillé de prendre des bougies aluminées de petit volume. Vous vous rendrez facilement compte de la nécessité de cette condition en vous rappelant qu'elles ne sont pas destinées à franchir l'obstacle, à se dilater, mais seulement à se mettre en contact avec lui et à déterminer une irritation salutaire. La méthode dont nous vous parlons n'expose à aucun danger. C'est à nos yeux une qualité précieuse. L'on devrait repousser tous les modes de traitement qui n'offrent pas cette garantie. Nous avons la persuasion que la cautérisation de l'urèthre a engendré plus de rétrécissements que les inflammations de ce conduit. A cet égard, nous avons encore le fait suivant présent à l'esprit.

Deux Hollandais vinrent il y a quelques années à Paris, pour se faire guérir d'un rétrécissement. Ils furent cautérisés avec le porte-caustique de Lallemand. Il s'ensuivit une dilatation momentanée; mais au bout de peu de temps ils avaient l'un et l'autre des fistules uréthrales.

Quand nous avons affaire à des rétrécissements de cause traumatique, ou qui ne peuvent céder avec la dilatation graduelle, nous employons l'instrument de Perrève. Vous l'avez vu appliquer dernièrement sur deux malades de nos salles, et pour donner à l'urèthre un calibre suffisant, il a suffi d'une seule séance, dans laquelle nous avons introduit successivement trois dilatateurs de volume différent. Il est vrai que nous avons maintenu pendant trois jours dans le canal une sonde ordinaire pour conserver la dilatation. Nous repoussons l'uréthrotomie, à cause des dangers auxquels elle expose; pas plus que les autres méthodes, elle ne met du reste à l'abri des récidives, et de plus elle a l'inconvénient de substituer souvent à un rétrécissement simple un rétrécissement traumatique.

Dans toute dilatation, prenez garde de dépasser le but que vous voulez atteindre. N'oubliez jamais quel est le calibre normal de l'urèthre; vous ne devez pas chercher à aller au delà. Sous ce rapport, les sondes de Mayor sont dangereuses et peuvent déterminer des inflammations funestes.

HOPITAL DE BITSCHE. — M. DELAHOUSSE.

Anesthésie cutanée partielle de nature présumée rhumatismale.

Le nommé B..., fusilier au 98e de ligne, entre à l'hôpital le 19 janvier dernier. L'examen du malade nous permet de constater les phénomènes suivants:

Cet homme, âgé de vingt-trois ans, né de parents bien portants, jouit lui-même d'une bonne santé habituelle et présente toutes les apparences d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin.

Au point de vue des antécédents, B... fut retenu cinq mois au lit à l'âge de six ans, pour une affection du membre inférieur gauche, caractérisée par une grande difficulté de mouvoir ce membre; c'est tout ce qu'il peut se rappeler. La guérison fut parfaite.

A l'âge de vingt et un ans, il eut une variole d'une extrême gravité. Depuis son entrée au régiment, datant de 1858, il s'est constamment bien porté. Point d'affections syphilitiques.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'état général est bon; organes splanchniques sains; appétit excellent; selles et urines faciles et

régulières; sommeil également bon, mais interrompu parfois, comme nous le dirons plus loin. Le malade entre dans le service pour des douleurs vives qu'il ressent dans tout le membre inférieur gauche et le thorax, toutes les fois qu'il travaille ou qu'il marche, et qui reviennent par intervalles lorsqu'il est au repos. Il se plaint en même temps d'une insensibilité cutanée des plus prononcées, et nous montre les coups d'ongle qu'il s'est donnés dans des accès de découragement.

Notre attention étant portée sur ce point, après avoir couvert la tête du malade d'un bonnet qui lui cache complétement les yeux, nous constatons une insensibilité complète de la peau du membre inférieur gauche, de la moitié gauche du scrotum (la verge est intacte), de la partie correspondante de l'abdomen et du thorax, jusqu'à un travers de doigt au-dessous du mamelon. En arrière, l'insensibilité s'arrête aux apophyses épineuses; en avant, au milieu de la ligne blanche. Avec une épingle, on délimite parfaitement la portion anesthésiée.

Avec les précautions que nous avons prises, nous croyons toute supercherie impossible.

La marche est difficile. Le malade ne sent pas le sol à gauche. Un phénomène bizarre s'observe en outre; la pression simple avec la main détermine une vive douleur que le malade dit ressentir dans les os, et qui tient évidemment à une hyperesthésie musculaire.

Ainsi donc le tact et la sensibilité à la douleur sont complétement abolis. On peut toucher, pincer, piquer la peau, sans que le malade ressente aucune réaction.

Les douleurs musculaires sont également spontanées; ainsi le malade dit être parfois réveillé brusquement par une vive douleur siégeant dans le thorax ou dans la cuisse. Le début a été brusque, et l'affection s'est révélée au malade par la sensation d'un engourdissement subit.

Il est impossible de rattacher l'affection à une cause bien certaine; mais comme ce militaire a passé l'été dernier au camp de Châlons, M. Viry, médecin-major traitant, croit pouvoir poser le diagnostic étiologique : nature rhumatismale, — et un traitement est établi en conséquence.

Le malade se frictionne plusieurs fois par jour avec des liniments camphrés et opiacés; l'usage du liniment volatile est suspendu quelque temps sur la poitrine et l'abdomen, par suite d'une réaction trop vive qui déterminait l'exaspération des douleurs musculaires.

Après plusieurs jours, la position du malade étant restée la même, on ordonne des bains sulfureux, puis une application de ventouses scarifiées sur le côté du tronc malade; et sous l'influence de cette dernière médication, les douleurs musculaires disparaissent presque entièrement.

Enfin, vers le 10 février, on constate une amélioration sensible; la sensibilité tactile est en partie revenue; quand on pince la peau, le malade ressent comme une sorte de frémissement, et le simple contact détermine un léger chatouillement.

Mais *l'insensibilité à la douleur* est toujours la même.

Le traitement est continué pendant plusieurs jours, après quoi les bains sulfureux sont remplacés par des bains de vapeur.

Les ventouses scarifiées n'ont donné aucun résultat au membre inférieur, malgré de fréquentes applications, et toute l'amélioration paraît surtout devoir être rapportée aux bains sulfureux, et en dernier lieu aux bains de vapeur.

Le manque d'appareils a empêché d'essayer l'électricité.

Bref, après des alternatives d'état stationnaire et d'amélioration, le malade sort de l'hôpital le 18 mars, ayant subi deux mois de traitement qu'on peut regarder comme efficace, puisque la sensibilité tactile est complétement revenue, la sensibilité à la douleur à peu près complétement, et que les douleurs musculaires ont cédé en grande partie.

Cette observation nous suggère quelques réflexions à l'occasion de cette modification de la sensibilité que M. Beau a signalée particulièrement et dénommée *analgie, analgésie.*

Le savant clinicien n'est plus le seul aujourd'hui à faire de l'analgésie et de l'anesthésie deux modalités morbides complétement distinctes; nous trouvons dans le *Traité de diagnostic* de M. Racle, dans la *Pathologie générale* de M. Bouchut, une adhésion complète à cette manière de voir.

Aussi aurions-nous hésité à élever quelques doutes sur ce point si nous n'avions rencontré dans les écrits de M. Briquet (*Traité de l'hystérie*, p. 59) et de M. Monneret (*Pathologie générale*, p. 61), une opinion contraire.

En effet, on lit dans l'ouvrage de M. Monneret : « Nous avons prouvé que ce que l'on a présenté comme un chef-d'œuvre d'analyse et de séméiotique n'est fondé ni en physiologie ni en clinique, et que la séméiologie n'y a rien gagné. » (*De l'anesthésie*, p. 113.)

Et dans l'ouvrage de M. Briquet : « L'anesthésie complète entraîne l'analgésie qu'elle *précède toujours*, quelque variété que l'on puisse observer; il existe toujours comme lésion fondamentale une diminution notable dans le tact. » (*Traité de l'hystérie*, p. 283).

Or, pour M. Beau, l'analgie peut se rencontrer et existe même fréquemment seule, et il doue la peau de deux sensibilités, l'une pour le tact, l'autre pour la douleur.

Mais à ceci on peut faire observer qu'il n'y a, que nous sachions, qu'une seule espèce de nerfs sensitifs, et que l'on n'est nullement fondé, d'après certaines modifications morbides, à en supposer une seconde sorte, pas plus que la langue ne possède divers nerfs pour les diverses sensations que le goût nous donne; car du moment où on admet que l'analgésie peut exister avec la faculté du tact complétement conservée, il n'est plus possible d'admettre que l'élément malade est cette même source de la sensibilité tactile.

Physiologiquement, cette distinction n'est guère plus admissible. De ce que la plèvre devient douloureuse à l'état morbide, elle qui est ordinairement d'une sensibilité douteuse, dira-t-on qu'elle possède une sensibilité spéciale pour la douleur, se développant seulement dans la maladie? Nullement. On considère ce phénomène comme une exagération de la sensibilité normale, et nul n'a pensé à créer une pleuralgie spéciale, et de même pour l'utérus, le foie, etc.

C'est qu'en effet si l'*algie* est admise, il n'y a pas de raison pour qu'il n'y ait pas hyperalgie indépendante de l'hyperesthésie, comme il y a analgésie distincte de l'anesthésie.

Au point de vue clinique, toute la question se résume à chercher si l'analgie est vraiment parfois complétement indépendante de toute modification de la sensibilité tactile.

L'observation que nous rapportons indique une source d'erreur qui a pu tromper quelques observateurs.

En effet, notre malade se présente avec une abolition complète et de la sensibilité tactile et de la sensibilité algique.

Environ trois semaines après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire presque un mois depuis l'invasion, le tact est revenu, l'analgie persiste encore.

Supposons qu'à cette époque un nouveau chef de service survienne, ou bien encore que le malade traité primitivement chez lui n'entre à l'hôpital qu'à cette époque de la maladie; voilà l'analgie telle que la veut M. Beau créée de toutes pièces.

Ceci arrivera rarement pour un cas comme le nôtre, où la marche est entravée et où le malade doit faire son service à moins d'entrer à l'hôpital; mais que le même cas se présente dans la pratique civile, et que l'avant-bras soit pris au lieu du membre inférieur, comme cela arrive le plus fréquemment, rien d'étonnant que le médecin ne puisse constater que la seconde phase de la maladie.

La théorie nous avait déjà fait rejeter la distinction de M. Beau, nous appuyant d'une part sur la physiologie, de l'autre sur la connaissance des sensations subjectives; car on observe fréquemment des anomalies du goût des plus étranges, et, sans aller plus loin, dans certaines manifestations fébriles pernicieuses, le malade ne ressent-il pas parfois une chaleur dévorante, alors que la peau est froide comme celle d'un cadavre?

Il semble évidemment étrange, au premier abord, que le simple contact soit perçu, tandis que les dilacérations ne font éprouver aucune douleur; mais l'on cessera bientôt de s'étonner si l'on veut se donner la peine d'observer que chez les uns la sensibilité est réveillée par les corps froids, chez d'autres par le chatouillement, etc., à l'exclusion des autres excitants; à moins que l'on ne veuille établir autant de sensibilités spéciales, pour rester logique jusqu'à la fin.

Je me résume : L'analgésie est une modalité de l'anesthésie, et il ne faut lui accorder que la valeur d'un mot désignant une variété d'un fait unique, et non la considérer comme étant ellemême une entité particulière; elle coexiste toujours au début, avec une modification de la sensibilité tactile, dont elle est une perversion comme l'anesthésie proprement dite en est l'amoindrissement, et, si on la rencontre seule, il faut s'informer du début de l'affection, et voir si l'on n'est pas déjà arrivé à la période de déclin.

On conçoit la difficulté que présenteront nombre de cas sous ce point de vue. Nous ne voulons point, sur une simple observation, revenir sur les faits acquis, seulement nous mentionnons une cause possible d'erreur, et l'histoire de notre malade amènera peut-être le doute dans plusieurs points, sur l'authenticité des faits primitivement rapportés.

Une observation attentive et impartiale peut seule éclaircir définitivement ces faits et mettre la théorie d'accord avec l'observation clinique.

MALADIES MENTALES. — M. MICHÉA.

Du trouble des sensations de la faim et de la soif chez les aliénés, et de son influence sur les idées et les actes de ces malades (1).

Chez certains aliénés, la polydipsie a exclusivement pour objet les boissons alcooliques. Le besoin immodéré de ces boissons, devenu aussi violent, aussi irrésistible que celui des boissons purement aqueuses chez le fabricitant, le diabétique ou l'hydropique, constitue en effet l'espèce de folie impulsive ou affective appelée *dipsomanie.* Assurément le véritable dipsomane n'est pas plus responsable que le malade fatalement entraîné à ingurgiter beaucoup d'eau; seulement, en médecine légale, la grande difficulté consiste à savoir bien distinguer la dipsomanie de l'ivrognerie; car si dans l'une la volonté est impuissante, dans l'autre la liberté morale existe, et par conséquent peut toujours parvenir à triompher de l'habitude vicieuse.

Il importe d'autant plus de savoir en quoi le dipsomane diffère de l'ivrogne proprement dit, que beaucoup de malfaiteurs se plongent sciemment dans le vin pour étouffer le cri de leur conscience au moment où ils accomplissent les délits ou les crimes qu'ils ont médités depuis longtemps. C'est exclusivement pour assouvir sa passion insurmontable pour les liqueurs fortes, que d'habitude un dipsomane se livre à des actes antisociaux, qu'il devient voleur ou escroc, par exemple. Mais quand il est parfaitement établi qu'un délit ou un crime commis en état d'ivresse a pour but toute autre chose que de se procurer les moyens de boire avec excès, il ne doit rester aucun doute sur l'existence de la liberté morale.

L'exaltation des sensations de la faim et de la soif chez les déments paralytiques entrerait-elle pour quelque chose dans l'origine de la conviction délirante où sont si fréquemment ces malades de se mieux porter, d'être plus robustes, plus vigoureux, plus jeunes, plus aptes à toute chose que jamais? Et d'une autre part, cette exaltation ne pourrait-elle pas expliquer, sinon entièrement, du moins en partie, l'agitation, la turbulence de ces aliénés? car on sait que dans les premières périodes de la folie paralytique, la plupart des sujets sont en proie à un besoin de déplacement continuel, à une exubérance d'activité locomotrice; qu'ils sont aussi enclins à marcher et à courir que sont disposés à l'inertie certains mélancoliques, surtout ceux qui prétendent n'avoir plus de volonté.

Un fait certain, toutefois, c'est que le plaisir qu'on éprouve normalement à satisfaire le besoin violent de la faim et de la soif, ces sortes de sentinelles avancées de la fonction qui importe le plus à la conservation de l'individu, contribue beaucoup à relever le courage, à dissiper la tristesse, à déterminer le contentement de soi-même, témoin le bonheur de vivre, la confiance en soi qu'on observe pendant la convalescence des maladies aiguës, quand un vif sentiment d'appétit succède à une longue anorexie; et d'une autre part, la faim non satisfaite ne rend-elle pas irritables, impatientes, colères, hardies, les personnes les plus calmes et les plus timides, ainsi que cela se voit tous les jours chez les gens qui, habitués à manger à des heures régulières, sont obligés, par une circonstance quelconque, de reculer le moment de leur repas?

La polyphagie peut-elle engendrer la monomanie homicide? L'histoire des famines, comme celle des naufrages, ont malheureusement trop prouvé que l'impossibilité absolue de satisfaire le besoin normal de la faim peut conduire l'homme à tuer son semblable; mais il est beaucoup moins certain que des hommes puissent devenir meurtriers sous l'influence de la polyphagie. Si, à l'hôpital militaire de Sultzen, on vit, au rapport de Percy, Tarare boire le sang des malades qu'on venait de saigner, et manger à l'amphithéâtre de la chair de cadavres humains, le meurtre de l'enfant de quatorze mois qu'on lui attribuait n'est qu'une pure allégation. Percy, d'ailleurs, pensait que Tarare, qui mangeait à lui seul un repas préparé pour quinze ouvriers allemands, n'eût jamais été ni homophage ni antropophage s'il avait toujours eu à sa disposition une quantité suffisante de vivres usuels.

La perversion ou la dépravation du sentiment de la faim se divise, comme on le sait, en deux espèces. Dans l'une, on a le désir d'ingérer des substances qui ne renferment aucun principe nutritif : on a envie de manger du charbon, de la craie, du mortier, de la cendre, de la cire à cacheter, des excréments, etc.: c'est l'espèce qu'on nomme *pica;* dans l'autre, on a de l'appétence pour des matières plus ou moins alibiles, mais insuitées, contraires aux mœurs des nations civilisées, la viande crue ou putréfiée, la chair humaine : c'est la *malacie.*

Que les deux espèces de dépravation du besoin de la faim soient idiopathiques ou bien purement sympathiques comme dans la grossesse et la chlorose, toujours est-il qu'elles peuvent réagir assez fortement sur les facultés affectives.

La tristesse et la mélancolie étaient, suivant M. Dors, des effets constants du *pica* qu'on observait naguère si souvent aux Indes occidentales, chez les nègres, lorsque le commerce des esclaves était libre. Quant à la monomanie homicide, l'observation a prouvé qu'elle pouvait être parfois la conséquence du désir de manger de la chair humaine.

Un médecin allemand du seizième siècle, Lange, a rapporté le cas d'une femme des environs de Cologne, qui, pour assouvir cet horrible appétit, assassina son mari et en sala le cadavre. L'action de manger de la chair crue, l'homophagie, peut être à son tour le simple effet d'une perturbation mentale. Percy et Laurent assurent avoir connu un hypochondriaque âgé de cinquante ans, qui, s'étant imaginé que les aliments cuits causaient toutes les souffrances qu'il éprouvait réellement ou prétendait éprouver, changea ce régime pour se mettre à celui de la chair de poisson cru. (*Dict. des scienc. médic.*, art. *Homophagie.*)

D'une autre part, chez plusieurs meurtriers anthropophages, le désir d'assassiner existait avec celui de manger la chair de leurs victimes. Il en était ainsi chez un gardeur de bestiaux des environs de Weimar, Goldschmidt, qui mangeait la chair des hommes qu'il égorgeait, et qui en faisait manger à sa femme, en la lui présentant comme de la chair de mouton.

L'homicide précédé ou suivi d'anthropophagie me conduit à dire un mot d'un genre de délire partiel assez fréquent dans l'antiquité, au moyen âge et à la renaissance, mais dont heureusement il n'est plus question de nos jours, je veux parler de la lycanthropie. Suivant Leuret et M. Calmeil, les aliénés qui se croyaient métamorphosés en loups étaient des monomaniaques homicides et anthropophages.

Mais ces malheureux étaient-ils en proie à leur idée fausse parce qu'ils mangeaient de la chair humaine, ou devenaient-ils anthropophages parce qu'ils avaient la conviction d'être métamorphosés en loups?

Les aliénistes dont il s'agit ne s'expliquent point à cet égard, et le problème est du reste presque impossible à élucider aujourd'hui, même par simple voie d'induction.

Chez les aliénés mélancoliques, où la paralysie de la sensation de la faim produit l'inertie ou le refus d'alimentation, on se trouve très-bien de l'usage intérieur de l'iodure de potassium, ce précieux médicament dont une des principales propriétés physiologiques, quand il est administré à haute dose, est, comme on sait, d'engendrer la boulimie. En réveillant ainsi la sensation de la faim, nous sommes arrivé à guérir plusieurs mélancoliques que la paralysie de cette sensation avait conduits au plus haut degré d'inertie et d'anémie.

De même que l'iodure de potassium réussit souvent à faire cesser la paralysie de la faim et de la soif chez les aliénés mé-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

lancoliques, on parvient presque toujours à calmer l'exagération de ces deux sensations internes chez les maniaques et les déments paralytiques par l'usage modéré des préparations opiacées, ces substances que, au rapport des voyageurs, les mollahs en Turquie et les faquirs dans l'Inde fument, afin de mieux endurer les longs jeûnes auxquels ils se soumettent. Nous nous sommes aussi quelquefois servi avec succès, surtout contre la polyphagie des déments paralytiques, d'un autre moyen à l'aide duquel, dans l'Inde, on assoupit la sensation de la faim pendant les voyages de long cours, bien qu'il ait été vainement employé par le chirurgien militaire Courville sur le célèbre polyphage Tarare, je veux parler de pilules composées avec de la poudre de tabac et de coque du Levant.

RÉSUMÉ. — 1° L'inertie de certains aliénés mélancoliques, l'impuissance à réagir, à vouloir, peuvent tenir à la paralysie du sentiment de la faim ou de celui de la soif;

2° L'obstination des lypémaniaques à refuser toute espèce de nourriture n'a pas toujours l'effet d'une conception délirante; elle peut dépendre aussi de l'abolition de la sensation de la faim;

3° La polyphagie et la polydipsie sont des symptômes qu'on observe quelquefois dans la manie aiguë ou chronique et dans la démence simple, et très-fréquemment, au contraire, dans la démence paralytique.

4° La folie affective nommée *dipsomanie* n'a peut-être d'autre origine qu'une variété particulière de l'exaltation du sentiment de la soif.

5° L'exaltation du sentiment de la faim et de la soif chez les déments paralytiques n'est peut-être pas non plus étrangère à l'agitation, à la turbulence, au besoin de déplacement et d'activité locomotrice qu'on remarque chez ces sujets, du moins dans les premières périodes de leur maladie.

6° L'iodure de potassium est un excellent moyen pour faire cesser la paralysie du sentiment de la faim chez les aliénés mélancoliques.

7° L'opium, la poudre de tabac, la coque du Levant, contribuent à calmer l'exaltation des sentiments de la faim et de la soif chez les déments paralytiques.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juin 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret en date du 7 juin courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Sappey dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de feu M. Isidore Bourdon.

Sur l'invitation de M. le président, M. Sappey prend place parmi ses collègues.

Le même ministre transmet :

1° Une lettre de M. Renault, juge de paix à Bourgueil, relative au prix de 1,000 francs que l'Académie a proposé pour le traitement de la pneumonie par la méthode expectante;

2° Un premier rapport de M. Prosper de Pietra-Santa sur la mission scientifique dont il a été chargé, et ayant pour objet d'étudier l'influence des climats du Midi sur les affections chroniques de la poitrine. (Commissaires, MM. Louis, Regnault et Barth.)

— Le ministre de l'agriculture et du commerce adresse :

1° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par le docteur Pénissat; de Vichy (Allier), par M. le docteur Alquié; de Saint-Galmier (Loire), par M. le docteur Ladevèze; de Gréoulx (Basses-Alpes), par M. le docteur Jaubert; de la Bourboule (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Peironnel; des bains de mer de Dunkerque (Nord), par M. le docteur Lemaire, pour l'année 1860 (commission des eaux minérales);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les Ardennes en 1861. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Diday, qui annonce à l'Académie que le monument élevé à la mémoire de Bonnet sera inauguré à Lyon le 2 juillet prochain;

2° La description d'un nouvel instrument, le dilatateur des plaies des paupières, par M. le docteur Lanne;

3° Une lettre de M. le professeur Landouzy (de Reims), informe l'Académie que la conférence qui se fait chaque année à la Clinique de Reims sur la pellagre, aura lieu le jeudi 26 juin, à deux heures de l'après-midi.

« J'ai cru devoir en informer d'avance l'Académie, dit M. Landouzy, afin qu'avertis par la publicité de ses séances les médecins intéressés à la question puissent venir juger *de visu* cette affection grave, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, à l'état sporadique, et dont de nombreux types seront réunis pour ce jour seulement à notre Ecole de médecine. »

4° Une lettre de M. le docteur Billod (de Sainte-Gemmes), prévient l'Académie que, de même que les années précédentes à cette époque d'invasion ou d'exacerbation de toutes les pellagres connues, la pellagre des aliénés a manifesté sa présence dans l'asile de Sainte-Gemmes par des cas aussi caractérisés que possible.

— M. BRIQUET fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Dagonet, médecin de l'asile de Stephanfeld (Bas-Rhin) et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, d'un ouvrage intitulé *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*.

— M. MALGAIGNE présente, au nom de M. le docteur Chereau, une brochure sur Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel, roi de France.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Trébuchet. La parole est à M. Bouley.

Discussion sur le rapport relatif aux cosmétiques.

M. BOULEY. J'ai demandé que le rapport de M. Trébuchet fût discuté et que l'Académie voulût bien suspendre son jugement sur les propositions qui le terminent.

Le rapport de M. Trébuchet est un réquisitoire contre les parfumeurs. Il n'y va pas de main morte : il s'agit de tout un système de réglementation de cette industrie, invoquant, pour justifier une aussi grave mesure, l'intérêt de la santé publique menacée par les annonces des journaux et les affiches des murs. M. le rapporteur s'est appuyé sur un passage du mémoire de M. Réveil, que je vais demander à l'Académie la permission de lire (M. Bouley lit ce passage, que nous avons déjà reproduit). En lisant ces lignes, je me suis demandé, si réellement il y va d'un intérêt public. Est-ce que tous les hommes se teignent les cheveux? est-ce que toutes les femmes sont rousses? Je n'ai pas les documents officiels sous les yeux, mais je puis dire sans trop courir le risque de me tromper que sur quarante millions d'habitants en France, on peut compter au moins vingt millions de paysans qui ne se teignent ni les cheveux ni la barbe, plus les prolétaires des villes qui n'usent guère davantage des cosmétiques. Et ne voit-on pas tous les jours de très-honnêtes femmes du monde qui portent leurs cheveux blancs? Il y a bien par-ci par-là quelques vieilles coquettes, quelques Céladons émérites qui cherchent

A réparer des ans l'irréparable outrage;

il y a bien aussi les jeunes filles d'une certaine classe de la société qui se mettent du blanc et du rouge; il y a aussi les artistes pour qui cet usage est une nécessité, mais il s'en faut bien que tout cela constitue la généralité. Il faudrait donc, si l'on voulait entrer dans le système de M. le rapporteur, que l'administration se constituât protectrice de tous les individus en matière de parfumerie, et qu'il y eût une pommade de l'Etat, une teinture de l'Etat, comme une religion de l'Etat. C'est à ceux qui font usage des cosmétiques à se bien renseigner et à se garantir comme ils l'entendront contre les sophistications et les tromperies des parfumeurs.

Je ne suis nullement touché, pour ma part, de tous ces récits d'accidents arrivés à telle ou telle personne par suite de l'usage des cosmétiques. Si une personne a la colique après s'être servie de fard au blanc de céruse, tant pis pour elle (rumeurs sur plusieurs bancs)..... Mais si l'on s'engage dans cette voie, je ne sais vraiment pas où l'on s'arrêtera. Il y a bien d'autres questions d'hygiène qu'il faudrait réglementer aussi à ce compte. M. Bouvier vous a lu, il y a quelques années, un travail très-intéressant sur les corsets; mais je ne sache pas que notre collègue ait demandé l'intervention de l'État pour déterminer combien de baleines, quelle quantité de toile on mettrait à chaque corset, et jusqu'à quel degré pourrait être portée la constriction (rires); il faudrait inviter aussi l'administration à veiller à ce que les cordonniers ne fissent pas de chaussures qui blessent les pieds...

Mais il y a autre chose là-dessous. C'est une matière délicate à soulever. Il s'agit d'intérêts rivaux, il s'agit d'une concurrence entre la pharmacie et la parfumerie. (Réclamations.) Ce n'est pas moi qui l'ai dit, c'est le rapport. M. Trébuchet n'a-t-il pas dit que les parfumeurs empiétaient sur les droits des pharmaciens? Ceci ne vous rappelle-t-il pas la querelle des boulangers et des pâtissiers sur le droit de faire des brioches?

Je crois que l'Académie ne doit pas entrer dans ces questions, passez-moi le mot, de boutique. Je crois que si un parfumeur atteint par les mesures que vous voudriez introduire, tenait à un ministre ce langage : « Vous imposez des entraves à mon commerce, vous me poursuivez parce que mes prospectus ne sont peut-être pas absolument l'expression exacte de la vérité; mais les prospectus qui attribuent à tant de remèdes la propriété de guérir d'une manière certaine telle ou telle maladie, sont-ils donc eux-mêmes de la plus exacte vérité? » je crois, dis-je, que le parfumeur qui tiendrait ce langage aurait raison.

En résumé, il y a là une question de liberté d'industrie et de liberté individuelle qui n'est nullement de la compétence de l'Académie, et à laquelle elle n'a rien à voir. Il y a une dernière question aussi qui se trouve mise en cause dans ce rapport, et qui ne la regarde pas davantage, c'est celle de la liberté de la presse, qui a déjà assez d'entraves et qui n'a pas besoin qu'on lui en impose une de plus. L'Académie a le droit d'avertir le public du danger que peut avoir l'usage de certaines substances; mais rien de plus, là se borne son rôle. Et n'y a-t-il pas, d'ailleurs, dans le Code civil un article, l'article 1382, je crois, qui garantit à cet égard les droits de chacun? Que les personnes qui auraient à se plaindre des effets des cosmétiques dont elles font usage, attaquent devant les tribunaux le parfumeur qui les leur a vendus, c'est leur droit; mais il n'y a rien là qui justifie l'intervention de l'Académie, et ce rôle de providence que l'on voudrait donner à propos de tout à l'État. Je vote contre les conclusions du rapport.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. Il existe en Angleterre et en France deux méthodes toutes différentes. En Angleterre, chacun se protége soi-même; en France, il en est autrement, l'administration s'occupe de l'intérêt général et protége tout le monde. Y a-t-il lieu de notre part à abandonner ce système? Je reconnais que notre système fait peser des charges très-multipliées sur l'administration, et je comprends qu'on se préoccupe de ne pas les accroître encore sans nécessité; mais je crois qu'on ferait très-difficilement adopter chez nous le système anglais. La question est donc de savoir jusqu'à quel point l'intervention que l'on voudrait provoquer dans cette circonstance de la part de l'administration est utile.

Il n'est pas douteux, et M. Bouley en convient lui-même, que les personnes qui font usage de cosmétiques peuvent en éprouver des dommages. Je crois, dès lors, qu'il est sage que l'administration ne reste pas désarmée en présence de pareils faits, et que l'Académie a raison de se préoccuper des moyens de prévenir le retour de pareils accidents, en surveillant le débit des matières capables de les produire. (Ici M. Gaultier de Claubry cite plusieurs exemples à l'appui.)

M. POGGIALE. La question soulevée par M. Trébuchet est très-grave et mérite de fixer l'attention de l'Académie. Mais elle n'intéresse l'Académie qu'autant qu'il s'agit des cosmétiques auxquels on a attribué des propriétés médicamenteuses; elle ne doit pas se préoccuper des autres. Cette question se rattache, en effet, à celle des remèdes secrets. A aucune époque on n'a tant abusé de la crédulité publique. On ne voit partout qu'annonces de panacées universelles, inventeurs de mauvaise foi, qui trompent les médecins sur la composition et les propriétés de leurs remèdes. C'est un inventeur de ce genre qui, sous le nom d'un médicament tout à fait anodin, a vendu un remède qui contient en réalité une substance très-active. Il importe de mettre un terme à de pareils abus. Je propose que le bureau soit invité à adresser ses doléances à la magistrature et aux divers ministres avec lesquels elle est en rapport, et qu'une commission soit désignée pour examiner cette question. (Appuyé.)

M. BOUDET. La question est fort simple. Les conclusions de M. Trébuchet ne demandent pas de nouvelles dispositions, elles proposent tout simplement d'appliquer aux faits dont il s'agit les lois existantes. Je rappellerai à cette occasion ce qui a été fait il y a quelques années au sujet des bonbons. On employait, pour colorer les bonbons et leurs enveloppes, de matières colorantes dangereuses, telles que des sels de cuivre, de plomb ou d'arsenic. L'administration, informée de ces faits, en a déféré au Conseil de salubrité, qui a désigné une commission chargée de faire des visites chez les confiseurs. Depuis, ces abus ont disparu; on n'emploie plus, pour le coloris des bonbons, que des substances végétales inertes. Il s'agit de prendre une mesure exactement analogue pour ce qui concerne les cosmétiques. Il est constant que dans la parfumerie il entre des substances vénéneuses. Or, la loi réglemente la vente de ces substances. Un pharmacien ne peut délivrer du laudanum sans une ordonnance d'un médecin; pourquoi laisserait-on vendre par des parfumeurs des substances beaucoup plus dangereuses encore sans surveillance? J'appuie la proposition de M. Poggiale, pour qu'on étende aux objets de parfumerie les lois et règlements en vigueur.

M. BUSSY ne veut pas entrer dans le fond du débat; il veut seulement faire une courte observation au sujet d'une question qui a été introduite mal à propos dans le débat. Je veux, dit-il, parler de la concurrence entre les pharmaciens et les parfumeurs; on a mis ainsi par là en suspicion un certain nombre de membres de cette Académie. Eh bien, c'est une erreur. Il n'y a aucune espèce d'intérêt professionnel engagé dans cette question. Je demande qu'on retire un pareil argument. Je crois que c'est à tort aussi que l'on a invoqué l'application de la loi sur les remèdes secrets; ce serait plutôt la loi sur la vente des poisons qui pourrait être plus justement appliquée dans cette circonstance.

Quant à ce qui a été dit relativement à la liberté de la presse, il n'est nullement question de lui porter de nouvelles entraves. C'est là une sorte de fantasmagorie qu'on a évoquée à vos yeux.

Je me résume : ce n'est pas là une affaire de concurrence, mais une affaire de salubrité publique.

M. CHEVALLIER. Ce qu'a dit M. Bouley sur le petit nombre de personnes qui font usage des cosmétiques est inexact. L'ignorance du public dans ces sortes de matières est telle que journellement il fait usage de substances vénéneuses très-dangereuses, et dont il soupçonne d'autant moins les dangers qu'elles sont vendues sous des noms qui en éloignent complétement l'idée. Il faut l'éclairer à cet égard.

M. BOULEY proteste contre le mot fantasmagorie appliqué à ce qu'il a dit au sujet de la liberté de la presse, et il déclare se rallier à la proposition de M. Poggiale.

M. DUBOIS (d'Amiens) appuie également cette proposition, parce que, dit-il, maintes fois on a fait de pareilles dénonciations à l'autorité à l'occasion de rapports particuliers, et que jamais elles n'ont eu d'effet.

M. BOULLAY exprime le désir que cette question soit étudiée sérieusement, en raison de l'importance qu'il y a à porter remède à un état de choses aussi grave.

M. TRÉBUCHET. J'avouerai devant l'Académie mon embarras. Je ne comprends pas bien les propositions qui vous sont faites. Remarquez que le rapport n'est pas de M. Trébuchet, c'est le rapport d'une commission spéciale, qui a examiné la question avec un grand soin et qui en a discuté tous les termes un à un. C'est un travail complet sur la matière qu'elle vous a présenté par l'organe de son rapporteur. Je ne vois pas ce qu'une nouvelle commission pourrait faire de plus. Il semblerait vraiment qu'on ne s'est jamais occupé de ces questions à l'Académie.

M. Bouley dit que ce qu'on propose, c'est une réglementation nouvelle; que c'est une atteinte portée à la liberté du commerce et à la liberté de la presse. Mais il n'y a rien de semblable dans ce que vous propose la commission. Que l'on consulte les archives de l'Académie et celles des Sociétés savantes qui l'ont précédée, car ces questions sont beaucoup plus vieilles qu'elle, et on verra que l'on s'est toujours préoccupé des moyens de prévenir les accidents auxquels les faits dont il s'agit peuvent donner lieu.

On verra aussi, pour peu qu'on veuille y réfléchir, qu'il s'agit bien évidemment d'une question de salubrité publique et non de l'intérêt de quelques personnes seulement, comme le dit M. Bouley, et que, par conséquent, l'Académie a qualité pour s'en occuper. M. Bouley changerait d'avis, je crois, s'il se pénétrait bien du véritable but et de l'esprit du rapport.

Quant à ce qui est d'une prétendue concurrence entre les pharmaciens et les parfumeurs, ce que quelques-uns de nos collègues viennent de dire a fait suffisamment justice d'une pareille insinuation.

J'insiste donc pour que l'Académie vote sur les conclusions du rapport, car je ne vois pas l'utilité d'une nouvelle commission.

Pour répondre à M. Dubois, qui paraît craindre que les conclusions de la commission n'aient pas une autorité suffisante, je lui ferai remarquer que du moment où elles auront été votées par l'Académie, elles auront toute l'autorité qui s'attache à cette Compagnie elle-même.

M. ROBINET demande qu'on vote les conclusions du rapport, précisément parce que ces conclusions ont trait à une question parfaitement déterminée, les cosmétiques. La proposition de M. Poggiale, beaucoup plus large, comprend les remèdes secrets. C'est une autre question qui pourra être examinée plus tard en son lieu.

M. POGGIALE. Ce n'est pas pour combattre les conclusions de la commission; c'est, au contraire, pour leur donner plus de force que j'ai fait ma proposition.

M. LE PRÉSIDENT. Il y a deux choses en présence : les conclusions de la commission, et une proposition nouvelle qui s'est introduite à l'occasion de ces conclusions; je crois devoir d'abord soumettre au vote de l'Académie les conclusions du rapport.

M. TRÉBUCHET est invité à donner lecture de ces conclusions, qui sont ainsi conçues : (Il s'agit des conclusions administratives; on se rappelle que les conclusions relatives à l'auteur du mémoire ont été votées et adoptées.)

« Prier M. le ministre d'examiner, indépendamment des autres mesures qui peuvent ressortir du mémoire de M. Réveil et des considérations développées au présent rapport, s'il ne conviendrait pas de faire visiter de temps à autre les laboratoires et magasins des parfumeurs par les écoles de pharmacie ou par les conseils d'hygiène, à l'effet d'y prélever des échantillons de cosmétiques et de les soumettre à l'analyse; d'imposer aux parfumeurs l'obligation d'indiquer sur les étiquettes des cosmétiques qu'ils ne contiennent ni poisons ni autres substances nuisibles à la santé. »

On demande la division.

La première partie de la conclusion seule est mise en délibération.

M. ROBINET demande qu'on supprime le dernier membre de phrase « par les écoles de pharmacie, etc. »

M. TRÉBUCHET accepte cette suppression.

La proposition ainsi réduite est mise aux voix et adoptée.

Sur quelques observations de plusieurs membres, la deuxième partie de la conclusion est retirée.

RAPPORT.

Instruments destinés au traitement des affections de l'urèthre. — M. ROBERT lit un rapport sur divers instruments adressés à l'Académie par MM. Vinci, chirurgien de l'hôpital des Incurables à Naples, et Martin, chirurgien militaire, instruments destinés à la médication topique des affections de l'urèthre, des voies lacrymales et des conduits muqueux en général.

Dans un mémoire adressé à l'Académie en décembre dernier, M. le docteur Vinci propose une nouvelle manière de traiter la blennorrhagie, les rétrécissements organiques et autres maladies de l'urèthre, la tumeur et la fistule lacrymale, enfin diverses affections des canaux muqueux. Cette méthode consiste à porter des topiques divers dans les conduits, et à les faire séjourner un certain temps à l'aide d'instruments construits pour remplir ce but spécial. Peu de temps après, M. le docteur Martin a fait savoir à l'Académie que dès l'année 1858 il avait publié une note sur des bougies ou des cathéters cannelés construits sur le même plan, et destinés à remplir la même indication: d'où une question de priorité, que M. le rapporteur résout, d'après les dates des publications, en faveur de M. Martin. Au reste, ajoute-t-il, en fouillant les annales de la science, on trouve un bon moyen de mettre les plaideurs d'accord, l'idée de ces deux auteurs étant réalisée depuis longtemps par les divers porte-caustiques en usage.

Ces réserves faites en faveur des droits historiques, M. le rapporteur se plaît à reconnaître que les instruments de M. Vinci sont plus parfaits et plus commodes à employer, et qu'ils lui paraissent préférables, à raison de leur souplesse, aux cathéters métalliques lourds et volumineux construits sur les indications de M. Martin.

Les instruments de M. Vinci consistent en un porte-topique uréthral cylindrique, un porte-topique uréthral conique, un porte-topique vaginal servant aussi d'irrigateur, un porte-topique rectal calqué sur le précédent, un porte-topique pour le sac lacrymal et le canal nasal, un porte-topique pour la trompe d'Eustache, tous en ivoire ramolli et munis de sillons longitudinaux ou cannelures parallèles à l'axe qui reçoivent le topique.

M. le rapporteur reconnaît que les instruments et la méthode de M. Vinci peuvent avoir leur utilité dans certains cas, mais qu'ils sont loin d'être indispensables à la cure des affections auxquelles l'auteur les destine.

Dans le travail de M. Martin, il ne s'agit que des maladies de l'urèthre et de l'invention du cathéter cannelé. M. Martin combat la méthode des injections dans la blennorrhagie et préconise l'emploi de ses cathéters; mais il n'appuie pas sa manière de faire sur des observations suffisamment probantes. Je ne voudrais pas, dit M. le rapporteur, me prononcer définitivement contre les cathéters cannelés, et je ne puis cependant croire beaucoup à leur succès. S'il s'agit d'une blennorrhagie simple, ils ne vaudront jamais les injections; s'il s'agit d'une blennorrhée, ils seront difficilement supportés par l'urèthre; et si enfin le canal est rétréci, le volume de ces cathéters les rendra presque inutiles.

En résumé, M. le rapporteur propose les conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à MM. les docteurs Vinci et Martin pour leurs intéressantes communications.

2° Déposer leur travail dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

La belle autruche femelle qui faisait l'un des ornements du parc de la Tête-d'or, à Lyon, a été tuée le 1[er] juin par des malfaiteurs, qui lui ont arraché une partie de ses plumes.

L'autopsie de ce remarquable animal a été faite par MM. Chauveau et Préseux. Voici quelques détails empruntés à leur rapport, qui ne manquent pas d'intérêt.

« L'état des estomacs est ce qu'il y a de plus curieux dans les autopsies de ce genre.

» L'autruche n'a pas de jabot. Le ventricule succinturié, ou deuxième estomac, contenait des aliments en assez grande quantité, composés de grains d'orge mêlés à de l'herbe et à une quantité énorme de cailloux, quantité qu'on peut évaluer à 2 kilos; ces cailloux sont nécessaires à la digestion et se rencontrent toujours dans les organes digestifs de ces oiseaux. Le gésier, ou troisième estomac, beaucoup moins volumineux, contient à peu près la même chose.

» Il y avait en outre dans le deuxième estomac, ou ventricule succinturié, une grande quantité de corps étrangers mêlés aux aliments; c'étaient surtout des objets qui avaient été brillants. Ces objets étaient plus ou moins usés, suivant le temps de leur séjour dans le viscère.

» Voici l'énumération des objets composant cette espèce de bazar, plus ou moins riche et varié, qu'on trouve toujours chez ces animaux :

» Trois pipes en terre, parfaitement intactes, mais ayant pris la couleur verte; un couteau à manche de cuivre, long de 2 décimètres; vingt-cinq boutons de cuivre, de divers corps d'infanterie, plus ou moins usés, et dont l'examen aurait pu faire reconnaître, par le degré de l'usure éprouvée, l'ancienneté du séjour de ces régiments à Lyon; les plus usés portaient le n° 42; les plus intacts, le n° 100.

» On a, en outre, trouvé une pièce de 50 centimes intacte, plus trente-deux sous ou centimes, pièces de cuivre plus ou moins usées; sur la plupart d'entre elles a disparu l'effigie; plus une cinquantaine de pièces de cuivre très-usées, réduites à l'état de paillettes triangulaires; des débris de chaînes de montres, des objets en métal indéterminés; six grosses noix entières, sans doute introduites depuis peu; plusieurs morceaux d'une canne d'aubépine.

» Enfin un morceau de fil de fer, long d'un décimètre, avait traversé les parois du gésier et se trouvait dans l'épaisseur des parois de l'abdomen parfaitement enkysté, et sur le point de sortir; un centimètre d'épaisseur des muscles le séparait à peine du dehors. Il y avait adhérence du gésier avec les parois abdominales vers le point qui avait livré passage à ce corps. La présence de ce corps étranger n'avait pas occasionné le moindre dérangement dans la santé du sujet.

» Le foie de l'autruche était intact, ainsi que les autres organes. La quantité de graisse du péritoine était normale.

» Enfin, il y avait dans l'abdomen une belle grappe d'œufs; on en a compté une vingtaine, dont quelques-uns très-avancés auraient probablement été pondus dans un mois. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Il est fort question depuis quelque temps d'un projet empreint d'un libéralisme vraiment élevé, la fondation de *colléges internationaux* pour l'étude des sciences. L'Angleterre, la France, la Prusse et l'Italie, seraient sur le point de s'entendre pour créer à Glascow, à Paris, à Berlin et à Florence, des établissements où les élèves d'un pays recevraient alternativement l'hospitalité tant intellectuelle que matérielle, en échange de celle que recevraient en même temps et aux mêmes conditions leurs compatriotes dans le pays voisin.

Le *Moniteur* annonce aujourd'hui la création d'une commission instituée près du ministère de l'instruction publique, à l'effet d'étudier toutes les questions qui se rattachent à la réorganisation de l'enseignement commercial et industriel dans les établissements d'instruction publique.

— Le concours ouvert le 2 juin pour la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, s'est terminé le 6. Cinq candidats ont pris part aux épreuves. M. le docteur Gayet a été nommé, au deuxième tour de scrutin, par six voix contre quatre données à M. le docteur A. Dron.

— M. le docteur Edouard Cazenave, médecin consultant aux Eaux-Bonnes, vient d'être nommé membre associé de la Société médicale de Clermont-Ferrand.

— On annonce la mort de M. le docteur Regnault, médecin-inspecteur de l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault.

— Parmi les donataires de Fontainebleau, nous trouvons comme représentant les corps des médecins et des pharmaciens :

Corvisart, médecin de l'Empereur, porté pour 50,000 fr., dont l'*ayant droit* est son fils adoptif, M. Corvisart, ancien officier supérieur de cavalerie;

Lacournère, chirurgien de S. M. l'Impératrice, 3,000 fr., qui reviennent à sa femme, M[me] Lacournère, veuve Desormeaux;

Gallette, pharmacien, 10,000 fr. divisés entre six personnes : trois fils, une fille, un petit-fils et une petite-fille;

Enfin le chirurgien Horeau, porté pour 20,000 fr., que se partagent sa fille et sa petite-fille.

— La Société botanique de France vient de terminer sa session extraordinaire, qui, comme nous l'avons dit, a eu lieu à Béziers et à Narbonne.

Ont été nommés présidents, pour le département de l'Hérault, M. Doumet, maire de cette ville, député au Corps législatif. Pour le département de l'Aude, M. Planchon, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier.

Les vice-présidents sont MM. les docteurs Lebel, de Valognes; Théveneau, de Béziers; M. Derbès, de Marseille; M. Timbal-Lagrave, de Toulouse.

Les secrétaires sont MM. Maugeret, de Cahors; de Salve, d'Aix; de Seyne, de Montpellier; Duhamel, de Paris.

— Le gouvernement des Etats-Unis a désigné l'île de David, située près de New-Rochell, à 20 milles environ de New-York, pour la construction d'hôpitaux militaires destinés à recevoir 1,500 à 2,000 malades. Ces hôpitaux seront placés sous la direction de M. le docteur E. Lee Jones (de New-York). (*Americ. med. Times.*)

— Dans les vallées on utilise rarement les fossés où coule une eau limpide provenant des sources nombreuses qu'on y rencontre, et souvent, en place de roseaux, on pourrait avantageusement créer des cressonnières dont le produit aurait un écoulement facile pour les besoins domestiques, surtout à proximité des villes. L'établissement d'une cressonnière est peu coûteux, puisqu'il suffit de vider les fossés, de les purger des mauvaises herbes, et d'enfoncer ensuite dans la vase ou le gravier des racines de cresson qui, après quelques semaines, offrent des récoltes abondantes et successives.

A Fléchin, Gauchin-Verloing, Fontes, Tilques (Pas-de-Calais), etc., les cressonnières rapportent un revenu annuel qu'on peut évaluer à 24 fr. par are au minimum, soit par hectare 2,400 fr. Ces chiffres, inférieurs au produit réel, devraient attirer l'attention des habitants des vallées dont les maisons sont voisines d'eaux devenues stagnantes par l'encombrement des fossés qu'occasionnent le défaut de curage ou l'abondance d'herbes malsaines et marécageuses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies des yeux, par WHARTON-JONES, professeur d'ophthalmologie à *University College*, à Londres; traduit de l'anglais sur la troisième édition, revue par l'auteur, avec additions et notes, par M. FOUCHER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. Orné de 4 planches sur acier coloriées et de 143 figures intercalées dans le texte. Paris, 1862, chez F. Chamerot, 13, rue du Jardinet.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 72. — SAMEDI 21 JUIN 1862. (35e ANNÉE.) N° 72. — SAMEDI 21 JUIN 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Gangrène symétrique des extrémités.

L'histoire des gangrènes a fait un grand pas du jour où l'on a assigné aux lésions artérielles et veineuses le rôle important qu'elles jouent dans leur production. Mais l'oblitération artérielle et l'oblitération veineuse ne rendent pas compte de tous les faits; l'observation découvre de temps à autre des gangrènes spontanées qui ne sauraient rentrer dans ce cadre étroit; telles sont, par exemple, la gangrène diabétique, la gangrène ergotique, la gangrène typhoïde, qui a fait, il y a quelques années, l'objet de discussions dont nous avons entretenu nos lecteurs; telle est encore une espèce particulière peu connue, la gangrène sèche symétrique des extrémités, qui fait le sujet des intéressantes recherches déjà citées de M. le docteur Raynaud, et sur lesquelles nous avons promis de revenir.

M. Raynaud s'est proposé de démontrer qu'il existe une variété de gangrène sèche affectant les extrémités, qu'il est impossible d'expliquer par une oblitération vasculaire; variété caractérisée surtout par une remarquable tendance à la symétrie, en sorte qu'elle affecte toujours des parties similaires, les deux membres supérieurs ou inférieurs, ou les quatre à la fois; plus, dans certains cas, le nez et les oreilles; et il a cherché à prouver que cette espèce de gangrène a sa cause dans un vice d'innervation des vaisseaux capillaires.

Disons d'abord comment M. Raynaud a été amené à faire ces recherches :

« Ce fut, dit-il, au commencement de 1860, qu'un des faits rapportés plus loin attira vivement mon attention. Il s'agissait d'une gangrène spontanée des quatre extrémités, survenue inopinément chez une jeune femme de vingt-sept ans. Durant près d'un mois, je vis une série de phénomènes étranges et redoutables se dérouler sous mes yeux et déconcerter la vaste expérience de plusieurs médecins éminents qui virent avec moi cette malade. En vain tous les organes furent-ils minutieusement explorés; en vain toutes les causes connues ou probables de gangrène furent-elles recherchées. Il fallut bien admettre l'intervention de quelque influence jusqu'alors ignorée. Je me mis en quête de faits semblables, et, une fois prévenu de leur possibilité, je ne tardai pas à en rencontrer. Tous me parurent présenter, comme caractère commun, l'absence d'un obstacle matériel appréciable au cours du sang, soit artériel, soit veineux... »

L'examen anatomique des parties affectées de gangrène sèche lui a montré :

1° Divers éléments histologiques en voie d'involution ;

2° Une notable multiplication de la graisse ;

3° Divers épanchements de matière colorante du sang plus ou moins altérés, dans la peau, l'épiderme, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles ;

4° Une teinture du tissu conjonctif et des cellules graisseuses par une véritable matière colorante.

C'est à ces deux dernières causes réunies qu'il attribue la couleur noire présentée par les tissus gangrenés vus par réflexion; en y joignant peut-être aussi l'aspect terne que la dessiccation donne à tous les tissus organisés, indépendamment de toute modification pathologique.

M. Raynaud a complété ces résultats par une étude chimique des tissus atteints de gangrène. Frappé surtout de la remarquable ressemblance des tissus gangrenés avec les tissus carbonisés par une action physique ou chimique, il a désiré savoir si cette ressemblance était seulement extérieure ou si elle traduisait la réalité. Son but principal était :

De vérifier si l'analyse chimique confirmerait l'excès de graisse révélé par le microscope ;

De rechercher la quantité de carbone contenue soit dans les matières protéiques prises isolément, soit dans la totalité des matériaux organiques, pour voir en définitive si la gangrène aboutissait à une augmentation dans la quantité relative du carbone.

Pour cela, il a choisi autant que possible des régions semblables, soit sur les mêmes sujets, soit sur des sujets de même âge, pour les comparer à l'état sain et à l'état de gangrène.

Le premier résultat qui l'a frappé dans les produits de ces analyses est la différence de la quantité d'eau, très-considérable dans le cas de gangrène humide, très-faible dans le cas de gangrène sèche; résultat prévu, mais qui n'est pas moins remarquable en ce que, dans la gangrène humide, la quantité d'eau absolue est de beaucoup supérieure à ce qu'elle est à l'état sain. Cet excès d'eau a été trouvé précisément égal à la différence en moins qu'ont présentée les matériaux organiques.

La quantité de graisse a été trouvée notablement augmentée.

Il y a eu dans les cas de gangrène humide augmentation du carbone des matières azotées, et diminution dans les cas de gangrène sèche; mais cette diminution, dans ce dernier cas, était plus que compensée par une augmentation considérable de la quantité de carbone qui existe dans une région donnée, laquelle est elle-même liée à l'augmentation de matière grasse.

Précisant de plus en plus ce qui se passe dans la gangrène sèche, voici comment M. Raynaud a cherché à théoriser les données brutes de l'expérience.

Soit une eschare produite par brûlure au sixième degré. Ce n'est pas du charbon pur, mais une matière qui, par sa composition, s'en rapproche beaucoup. Que s'est-il passé? — Sous l'influence du calorique, il y a eu combinaison de l'hydrogène des tissus vivants avec l'oxygène de l'air, et aussi avec celui des organes, pour former de l'eau qui s'est dégagée à l'état de vapeur. Le résultat a été la mise à nu du charbon.

Qu'il s'agisse d'une eschare formée par l'acide sulfurique, celle qui ressemble le plus par son aspect aux eschares de la gangrène spontanée, voici encore ce qui arrive : L'acide sulfurique ayant une très-grande affinité pour l'eau, l'oxygène et l'hydrogène des tissus se combinent pour former la molécule eau, qui va être absorbée par l'acide, et le charbon est encore mis à nu.

Et, maintenant, que l'on suppose une oblitération artérielle. Au point de vue chimique, il en résulte deux modifications principales importantes : absence d'eau, absence d'oxygène libre. Sans doute, fait remarquer M. Raynaud, il pourra paraître paradoxal de prendre pour type l'eschare produite par le cautère actuel ou potentiel, qu'on a l'habitude d'attribuer à une combustion exagérée, et de placer en regard l'excès produit par une diminution d'oxygène, ou, ce qui revient au même, par une combustion ralentie. Cependant il y a presque identité comme il le fait voir :

« Un fait capital, dit-il, domine l'histoire de la gangrène spontanée : c'est que *tout ne meurt pas à la fois*. D'abord il est infiniment rare que l'arrivée du sang artériel soit tout à coup absolument supprimée; en second lieu, lors même que cette suppression est complète, l'action des veines continue. Ainsi, d'une part, les radicules veineuses absorbant encore le liquide, et les artères n'en apportant plus de nouvelles quantités, il y a là une cause de dessication très-rapide, à laquelle vient s'ajouter l'évaporation; et, d'autre part, grâce à cette persistance de la circulation en retour, les combustions interstitielles, quoique considérablement ralenties, continuent à s'effectuer dans l'intimité des tissus. L'hydrogène, en vertu de son affinité pour l'oxygène, s'unit à cet élément pour former une certaine quantité d'eau, tandis que la combustion plus difficile du carbone devient de plus en plus incomplète. »

Le fait fondamental de la gangrène consistant, d'après cette théorie, dans la diminution ou l'absence de l'oxygène nécessaire à l'intégrité de la vie d'un tissu, les conditions pathogéniques de la gangrène, envisagées d'un point de vue philosophique, pourront se ramener aux cas suivants :

1° Absence de sang dépendant de toutes les causes qui peuvent porter atteinte aux fonctions normales des artères (l'oblitération n'en est qu'un cas particulier). M. Raynaud compare cet état à la syncope, dans laquelle l'action du cœur est momentanément suspendue; et il propose de l'appeler *syncope locale*.

2° Présence d'un sang veineux, c'est-à-dire d'un sang insuffisamment oxygéné (*asphyxie locale*).

3° M. Raynaud admet, enfin, comme une chose possible, mais qui n'est pas démontrée, que, par suite d'une intoxication insaisissable dans sa nature, la cellule vivante, bien qu'ayant à sa disposition les éléments destinés à sa nutrition, soit frappée d'impuissance à en profiter.

Cette troisième hypothèse serait relativement à la production de la gangrène équivalente au fond jusqu'à un certain point aux deux autres.

En résumé, la syncope et l'asphyxie locales, d'après M. Raynaud, doivent être considérées comme le premier linéament d'un état beaucoup plus grave, caractérisé par un refroidissement porté à l'extrême, par l'escharification et la chute de plusieurs parties de phalanges des pieds et des mains.

M. Raynaud distingue à cette maladie trois périodes :

1° Une période d'invasion, toujours insidieuse, pendant laquelle ce sont les symptômes d'asphyxie locale qui dominent;

2° Une période d'état, pendant laquelle l'attention est surtout appelée par les crises douloureuses revenant par accès;

3° Une période d'élimination.

Quant à l'ordre d'apparition de la gangrène aux différentes

BIBLIOGRAPHIE.

De l'emploi du Phosphate de chaux en médecine et en chirurgie, par M. Léonide GUICHARD (1).

L'emploi des sels calcaires en médecine remonte à l'antiquité la plus reculée. Il est incontestable que ces substances ont donné souvent aux praticiens qui s'en servaient de très-bons résultats. Des idées théoriques que les progrès des sciences, et surtout de la chimie, ont démontrées fausses, firent plus tard abandonner ces moyens, dont l'efficacité, admise il est vrai par préjugé d'école, était établie par des faits nombreux, mais que l'état des connaissances physiques d'alors ne permettait pas d'apprécier avec rigueur.

Le phosphate de chaux, qui se rencontre en si grande quantité dans l'organisme de l'homme et des animaux, est évidemment nécessaire à la conservation de la vie. Sa présence dans l'économie en quantité suffisante, est en effet indispensable pour que la santé se maintienne dans de bonnes conditions. Il est impossible de ne pas entrevoir déjà, d'après ces simples considérations, que son importance comme remède est aussi grande que celle des préparations martiales.

(1) Un vol. in-8°, Henri Anière, libraire-éditeur, 4, rue Dupuytren.

C'est ce que M. Léonide Guichard a cherché à démontrer dans l'excellent travail qu'il vient de publier. Son mémoire est divisé en quatre chapitres. Le premier est consacré à l'historique de la question.

« On administrait autrefois, dit-il, les sels calcaires sous forme de corne de cerf, d'yeux d'écrevisses, de coquillages réduits en poudre. Fabrice de Hilden, le premier, en 1613, préconisa l'emploi de la pierre ostéocolle, dans le but de hâter la consolidation des fractures.

» De Haen, en 1770, conseillait les écailles d'huîtres dans le traitement du rachitis. »

En 1793, un médecin d'Avignon nommé Bonhomme présenta à la Société nationale de médecine un Mémoire sur la nature et le traitement du rachitis par l'emploi du phosphate de chaux uni au phosphate de soude.

En 1842, M. Chossat fit de très-belles recherches sur le rôle des sels calcaires en général dans l'entretien du système osseux.

En 1844, M. le professeur Piorry employa pour la première fois le phosphate de chaux dans le traitement du rachitisme et du mal vertébral de Pott. L'idée lui en fut suggérée par la constatation d'un fait aussi curieux qu'il est concluant.

« M. Piorry, dit l'auteur, avait en cage depuis longtemps une serine. Un jour il s'aperçut qu'elle pondait des œufs sans coquille. Ce fait, plusieurs fois observé, fixa son attention; il chercha à l'expliquer. Il lui vint à l'idée de l'attribuer à une insuffisance de sels calcaires dans l'alimentation de cet oiseau; il crut dès lors qu'il remédierait à cette insuffisance en lui administrant une certaine quantité d'os de sèche, substance qui renferme du carbonate et du phosphate de chaux, et qu'on donne d'ordinaire aux oiseaux. Quelle fut sa surprise, en voyant sa serine pondre dès le lendemain des œufs à coquille! Il ne se borna point à constater un fait isolé, qu'on pourrait attribuer au hasard ou à une coïncidence quelconque; mais il poursuivit son expérience. A l'époque de la prochaine ponte, ayant suspendu l'usage de l'os de sèche, il remarqua de nouveau que son oiseau pondait des œufs sans coquille; il réadministra l'os de sèche, la serine lui donna des œufs à enveloppe calcaire. »

Depuis, M. le docteur Schmidt a cherché à déterminer par des expériences l'action des phosphates dans le mode de formation des substances azotées végétales et des cellules des plantes. Les expériences comparatives qu'il a faites sur le renouvellement du test chez les crustacés et chez les mollusques, démontrent la relation intime qui existe entre le développement des cellules et la présence du phosphate de chaux.

Appuyé sur ces données intéressantes, le docteur Beneke fut conduit plus tard à se demander si le phosphate de chaux ne doit pas jouer chez les animaux supérieurs le même rôle qu'il joue chez les animaux inférieurs et chez les végétaux.

En 1852, M. Mouriès a présenté à l'Académie des sciences un mémoire traitant des rapports du phosphate de chaux avec les fonctions de nutrition chez les animaux et la mortalité des enfants.

En 1855, M. le professeur Gosselin a employé avec beaucoup de succès le phosphate de chaux dans le but de hâter la consolidation des fractures.

Enfin, en 1856, M. Alphonse Milne-Edwards entreprit à ce sujet

extrémités, ce sont tantôt les mains, tantôt les pieds qui deviennent malades en premier lieu. Parfois l'asphyxie locale se montre à la fois aux quatre membres, puis elle abandonne les supérieurs, par exemple, pour suivre sa marche et aller jusqu'à la gangrène, aux membres inférieurs.

La terminaison, même dans la forme grave de la maladie, s'est montrée le plus souvent favorable. Les eschares se détachent lentement; la cicatrisation se fait à mesure sous les parties molles.

Nous n'insisterons pas longuement ici sur le diagnostic de cette variété de gangrène, qui ne peut présenter de difficultés du moment où son caractère dominant, la disposition symétrique des parties affectées, a été signalé à l'attention des praticiens. Elle diffère, en effet, de la gangrène sénile, avec laquelle elle pourrait être plus particulièrement confondue, non-seulement par cette circonstance, mais encore par ses limites toujours plus circonscrites et par l'absence de toute altération appréciable sur le trajet des artères voisines et la persistance de leurs battements normaux.

Le pronostic, d'après ce qui a été dit de la marche et de l'issue habituelle de cette lésion, n'est pas aussi grave qu'on aurait pu se le figurer *à priori*.

Le traitement, d'après M. Raynaud, ne consiste guère qu'à chercher à modérer les douleurs, la nature faisant d'elle-même le reste, c'est-à-dire l'élimination des parties sphacélées et la réparation.

Nous avons vu cependant qu'une indication nouvelle avait surgi de ces recherches mêmes, et que les résultats curieux des analyses chimiques auxquelles M. Raynaud a soumis les tissus gangrenés, avait conduit M. Laugier à essayer l'action des bains d'oxygène. Bien que les résultats que nous avons fait connaître soient encore incomplets et insuffisants pour résoudre cette intéressante question de thérapeutique, ils justifient du moins la poursuite de ces expériences. Nous reviendrons sur ce sujet d'autant qu'il se rattache, d'une part, à l'étude d'une question d'étiologie pleine d'intérêt, celle de l'influence de l'altitude et des qualités d'un air plus ou moins raréfié sur la production de ce genre d'accidents; et d'autre part, à l'ensemble des ingénieuses expériences de MM. Demarquay et Leconte sur l'action des divers gaz sur les plaies.

Hydatides du cerveau, du cœur et de la rate.

Il existe dans les annales de la science quelques exemples assez rares d'hydatides dans le cerveau, et des exemples plus rares encore d'hydatides développées dans les parois du cœur; mais l'existence simultanée de ces vers vésiculaires dans ces deux viscères n'avait pas encore été signalée. C'est donc un fait unique jusqu'à présent que celui qui a été observé par MM. Charcot et Davaine à l'hôpital Lariboisière, et dans lequel il existait tout à la fois des hydatides dans le cerveau, dans le cœur et dans la rate. Voici la relation succincte de cette curieuse observation, qui a fait le sujet d'une communication à l'une des dernières séances de la Société de biologie.

Un homme âgé de trente-sept ans entre à Lariboisière dans un tel état d'affaiblissement intellectuel, qu'il ne peut donner que des renseignements très-vagues relativement au développement de sa maladie. On apprend cependant que depuis un mois environ l'intelligence s'était amoindrie, que la mémoire était devenue beaucoup moins nette, qu'il existait un affaiblissement dans le bras droit, une céphalalgie habituelle et particulièrement un rhume de cerveau très-tenace. Tous ces phénomènes s'étaient aggravés progressivement, et depuis trois jours le malade s'était vu dans l'impossibilité de travailler; il s'était décidé alors à se rendre au Bureau central, d'où il a été dirigé à pied sur Lariboisière.

A son entrée, on constate les phénomènes suivants : hébétude très-prononcée, mémoire très-affaiblie, inappétence telle qu'il faut en quelque sorte forcer le malade à prendre des aliments; vomissements de temps à autre; pouls généralement lent, souvent ne donnant que 40 pulsations par minute; hémiplégie du côté droit; paralysie du mouvement complète au membre supérieur, très-incomplète au membre inférieur; le malade, en effet, peut marcher, mais sa démarche est titubante, et il a besoin d'être soutenu pour ne pas tomber après avoir fait quelques pas. La sensibilité est intacte tant dans les membres supérieurs que dans les inférieurs. Lorsque le malade se décide à parler, on n'observe point d'embarras de la langue. L'hémiplégie s'est développée progressivement; elle n'a pas été accompagnée de pertes subites de connaissance ni d'attaques ou de mouvements épileptiformes. Il n'y a jamais eu de fièvre.

Durant les dix premiers jours que le malade passe à l'hôpital, tous les symptômes vont en s'aggravant; l'hébétude et la démence se prononcent de plus en plus; l'hémiplégie était devenue aussi complète au membre inférieur qu'au supérieur.

Le onzième jour il succombe inopinément, sans phénomène d'agonie.

A l'autopsie, on trouve dans l'hémisphère droit du cerveau une grande cavité, assez régulièrement sphérique, occupant le lobe moyen et principalement le lobe postérieur, et paraissant creusée exclusivement dans la substance cérébrale même. D'un côté, elle est séparée de l'extérieur par une couche de substance cérébrale de 2 millimètres à peine d'épaisseur; d'un autre côté, elle repousse par en bas les parties qui constituent le plancher supérieur du ventricule latéral droit; il n'existe d'ailleurs aucune communication entre cette cavité et celle du ventricule. La couche optique droite et le corps strié lui correspondant sont légèrement comprimés et refoulés vers la ligne médiane. Cette grande cavité paraît revêtue intérieurement par une fine membrane celluleuse; elle renferme trois hydatides parfaitement sphériques, dont la plus grosse dépasse le volume d'un œuf de poule, et la plus petite atteint celui d'un œuf de pigeon. La substance cérébrale, au pourtour de la cavité, n'est point ramollie; elle paraîtrait plutôt avoir augmenté de consistance et être comme tassée; elle n'offre aucune injection anormale.

Les méninges sont dans un état d'intégrité parfaite.

Le cœur paraît un peu augmenté de volume, principalement dans les parties voisines de la pointe; on y voit une tumeur hémisphérique d'un faible relief, située dans la paroi postérieure du ventricule gauche.

A l'intérieur du cœur, dans la cavité ventriculaire gauche, cette tumeur fait une saillie beaucoup plus considérable; elle occupe la base de l'une des colonnes charnues de la valvule mitrale. La tumeur consiste dans un kyste hydatique envahissant toute l'épaisseur de la paroi du ventricule gauche. La cavité de ce kyste, de 4 centimètres de hauteur et 3 de profondeur, est formée de cinq loges séparées par des cloisons incomplètes. Sa surface interne est lisse et d'un blanc nacré; elle renferme plus de 100 hydatides, pour la plupart affaissées et vides. La membrane du kyste, très-compacte, dure, et d'une épaisseur très-inégale, est formée d'un tissu fibreux très-serré. A la surface extérieure du cœur, le kyste est apparent à travers une lame de tissu musculaire atrophié et décoloré. A la surface interne du ventricule, il offre deux bosselures très-saillantes, dont la paroi très-amincie ne paraît guère être constituée que par l'endocarde.

A l'intérieur du même ventricule existe un second kyste hydatique tout à fait indépendant du précédent et beaucoup plus petit, contenant douze hydatides vides, ayant depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un gros pois. Ce kyste est situé sous l'endocarde, et l'épaisseur de sa paroi ne va pas au delà de celle d'une feuille de papier.

Les poumons sont parfaitement sains.

Enfin, la rate, très-volumineuse, contient huit ou dix kystes hydatiques plus ou moins grands, et dont plusieurs sont comme appendus à cet organe.

— L'une des circonstances les plus dignes de remarque dans cette observation, et qui fait particulièrement l'objet des réflexions de MM. Charcot et Davaine, c'est l'époque tardive à laquelle sont arrivés les premiers accidents cérébraux; quand on songe au volume considérable de la poche hydatique du cerveau. Les premiers symptômes ne remontaient guère, en effet, qu'à une quarantaine de jours, et dix jours encore avant la terminaison fatale, le malade avait pu faire un long trajet à pied.

Doit-on croire, se demandent MM. Charcot et Davaine, que les hydatides étaient de date récente et qu'elles avaient pris tout à coup un développement considérable, ou bien, au contraire, qu'elles remontaient à une époque éloignée, et que ce n'était qu'au moment où, après s'être lentement et graduellement accrues, elles avaient fini par acquérir le volume considérable qu'elles ont offert à l'autopsie, que leur présence s'est révélée par des désordres fonctionnels? Ces deux savants observateurs penchent pour cette dernière hypothèse, en se fondant sur ce que, selon toute probabilité, les hydatides du cerveau étaient contemporaines de celles du cœur, et que celles-ci, en considérant leur nombre, leur état d'affaissement, et surtout la constitution du kyste, paraissaient dater de plusieurs années.

Ce serait donc un nouvel exemple de ces tumeurs à marche très-lente, qui laissent les fonctions cérébrales intactes, tant qu'elles n'ont pas occasionné d'inflammation ou d'irritation dans leur voisinage. Quant aux symptômes, ainsi que MM. Charcot et Davaine en font la remarque, ils n'ont point différé de ceux qu'on observe ordinairement dans des cas semblables.

Enfin, en ce qui a trait aux hydatides du cœur, dans ce cas comme dans la plupart des faits analogues connus, on n'a rien observé pendant la vie qui eût attiré l'attention sur quelque affection du cœur, et la maladie n'a été révélée qu'à l'autopsie.

De l'administration du laudanum à haute dose.

Les doses élevées en thérapeutique sont le produit de l'expérimentation moderne, et, s'il faut l'avouer, c'est aux médecins anglais et allemands plutôt qu'à nos compatriotes que nous en sommes redevables.

Dans l'Inde surtout, la pratique a démontré l'innocuité de doses autrefois invraisemblables. Peut-être y a-t-il dans cette tolérance ou le fait de la non-absorption, comme cela a lieu, par exemple, pour l'huile de foie de morue ou l'huile de ricin, ou celui d'une élimination plus active. C'est à cette dernière hypothèse que M. le docteur Amédée Chassaigne, aide-major, a été rallié par l'absence de narcotisme à la suite de doses très-élevées de laudanum administrées à Fort-Napoléon (Algérie), dans la pratique de l'hôpital militaire et du Bureau arabe. Voici les renseignements intéressants qu'il nous transmet à cet égard :

Sur 22 cas observés, 19 ont présenté, quelques heures après l'ingestion, une diaphorèse abondante. Or, M. Trousseau avait déjà remarqué la succession aux opiacés de sueurs ou de diurèse (on sait combien ces deux sécrétions sont complémentaires); enfin, M. O'Shanghenessy écrivait, il y a quelques années, « que la narcotine est un puissant sudorifique. » Peut-être y aurait-il quelque intérêt, en physiologie pathologique, à établir par de nouvelles observations si le climat, chaud ou froid, est plus directement en rapport avec l'une des hypersécrétions thérapeutiques précitées. Pour nous, dit notre confrère, l'absence de narcotisme coïncidant, à doses très-élevées de laudanum de Sydenham, avec des sueurs profuses, nous semble indiquer l'élimination cutanée, conséquemment l'inutilité à peu près absolue des opiacés à doses extranormales dans les pays chauds.

Le laudanum de Sydenham a été poussé jusqu'à 120 gouttes, après avoir débuté par 60 et 70 gouttes. L'observation suivante donnera une idée du mode d'administration adopté :

B... (Théodore), zouave au 1er régiment, d'un tempérament lymphatico-sanguin, n'a eu ni dyssenterie ni fièvre intermittente depuis son séjour en Afrique. Le 13 avril, sans cause appréciable, il est pris de coliques vives et de diarrhée; selles non sanguinolentes; pas de ténesme. Le 15, le sang apparaît dans les selles, qui deviennent glaireuses; ténesme anal; coliques vives; douleur sourde au niveau de l'hypochondre droit; apyrexie absolue (1).

(1) M. Chassaigne appelle l'attention sur ce fait de l'apyrexie de la plupart des dyssenteries d'Afrique. C'est, dit-il, une maladie sans réaction, toute locale; le pouls ne s'accélère qu'aux périodes ultimes, sous l'influence de l'hecticité.

---

sur les animaux une série d'expériences remarquables, dont le résultat fut présenté à l'Académie des sciences.

Dans son second chapitre, M. Guichard s'occupe du rôle chimique et physiologique du phosphate de chaux dans l'économie. Ce chapitre était de tous le plus difficile à traiter. En effet, combien l'emploi du phosphate de chaux serait plus fréquent si on le croyait susceptible d'être dissous dans l'estomac et par conséquent absorbé! Mais à ceux qui emploient le phosphate de chaux on ne cesse de répéter que ce sel est insoluble, et que par conséquent il n'est point absorbé.

M. Guichard se pose d'abord cette question : Le phosphate de chaux est-il oui ou non susceptible d'être dissous au sein de l'économie? devient-il ainsi absorbable et assimilable? Il conclut par l'affirmative, en s'appuyant sur les expériences intéressantes de Bonhomme, que nous voudrions pouvoir citer textuellement. Celles qu'il a faites sur les poulets prouvent, il est vrai, d'une manière irréfutable que le phosphate de chaux a une action évidente, très-marquée même, sur le développement du système osseux. Enfin les belles expériences de M. Chossat ne le prouvent-elles pas sans conteste, puisque ce savant physiologiste a remarqué que les os des oiseaux perdent ou acquièrent plus ou moins de consistance, deviennent plus ou moins fragiles ou solides, minces ou volumineux, suivant qu'on les prive de sels calcaires ou qu'on leur en donne.

« Le phosphate de chaux, dit M. Piorry, ne subirait-il pas certaines combinaisons avec les liquides nutritifs? L'acide chlorhydrique que contient l'estomac ne jouerait-il pas son rôle de dissolvant vis-à-vis du phosphate de chaux? »

On a trop insisté, dit M. Guichard, sur la prétendue insolubilité du phosphate de chaux; nous sommes persuadé que ce sel trouve des dissolvants dans les divers liquides de l'économie soit acides, soit alcalins, et l'auteur cite à son appui les expériences chimiques de MM. Dumas et Lassagne, Haidlen, Enderlen, Thomson et Mandl. Enfin, il cite une des belles expériences de M. Alphonse Milne-Edwards sur les animaux auxquels cet expérimentateur avait fracturé des membres dans le but de constater l'efficacité du sel calcaire pour hâter la consolidation du cal.

Le troisième chapitre traite du mode d'administration du phosphate de chaux.

Après avoir passé en revue les différentes formes pharmaceutiques sous lesquelles le phosphate de chaux est préparé de nos jours, M. Guichard semble préférer le sirop de M. Possoz, dans lequel le phosphate de chaux est compris à l'état de sous-phosphate; en outre, le sirop renferme du phosphate de magnésie, de l'oxyde de fer, du fluorure de calcium, des sels sodiques, en un mot tous les éléments naturels et essentiels qui entrent dans la composition des os. L'auteur pense que le phosphate de chaux précipité, ou mieux les os râpés, est de beaucoup préférable au phosphate de chaux calciné. Il rejette, avec beaucoup de raison selon nous, toutes les préparations phosphatées acides.

Dans le quatrième et dernier chapitre, intitulé *Des états organopathiques qui réclament l'emploi du phosphate de chaux*, l'auteur préconise son emploi dans le rachitisme et l'ostéomalacie, le mal de Pott, les tumeurs blanches, les fractures, en s'appuyant sur les analyses chimiques de MM. Pelouze et Fremy, Rees, Bostock, Davy et Becquerel, qui démontrent d'une façon péremptoire que dans le rachitisme et l'ostéomalacie il y a diminution considérable du phosphate de chaux dans les os, et sur celles de MM. Valentin et de Bibra, qui démontrent aussi que les os cariés contiennent beaucoup moins de phosphate de chaux qu'à l'état normal. Enfin, les remarquables observations de Bonhomme, de MM. Piorry, Gosselin, Fano, Antoine Cros, et celles qu'il a recueillies lui-même, viennent fortement corroborer ses assertions.

Nous croyons donc que M. Léonide Guichard a fait un très-bon travail, qu'on lira avec intérêt et avec fruit. MANSIÈRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des maladies des nouveau-nés et de la seconde enfance, par M. le docteur BOUCHUT. Quatrième édition. Un volume in-8°. Prix : 11 fr. Chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme, par le docteur SUCQUET, lauréat de l'Académie des sciences, etc. Mémoire approuvé par l'Académie de médecine de Paris. Un volume in-8° avec atlas in-folio de six planches, dessinées d'après nature par Lackerbauer. Prix : 8 fr. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Ces symptômes vont en augmentant jusqu'au 23, époque où le malade entre à l'hôpital.

Le 24, diète; deux potions avec chacune 30 gouttes de laudanum de Sydenham. Prurit général de la peau, prononcé surtout au niveau du thorax; sueurs abondantes une heure après l'ingestion. Le malade assure avoir moins dormi que d'habitude.

Le 25, potion avec laudanum, 30 gouttes; un quart de lavement avec laudanum, 40 gouttes. Pas de prurit, mais sueurs plus abondantes et se prononçant plus vite. Quoique accusant un peu de pesanteur de tête, le malade ne dort que cinq heures.

Le 26, deux potions laudanisées, l'une à 30, l'autre à 40 gouttes. Le sommeil n'augmente pas. La diaphorèse s'établit une demi-heure après l'ingestion.

Le malade entre en convalescence et reprend peu à peu son alimentation; mais le 9 mai il rechute par écart de régime.

Le 10, deux potions laudanisées, l'une à 30, l'autre à 40 gouttes; extrait thébaïque, 0,10 en deux pilules. Le malade est observé d'une façon toute spéciale. La diaphorèse, établie au bout d'une demi-heure, se perpétue toute la journée, affectant surtout le tronc et les membres supérieurs. La tête et les paupières sont lourdes, mais il n'y a que six heures d'un sommeil sans rêvasseries. Deux selles.

Le 11, deux potions avec laudanum, chacune de 30 gouttes. Un peu plus de sommeil que précédemment (huit heures). Les sueurs sont moins abondantes. Une selle.

Le 12 et les jours suivants, l'opium est administré à doses décroissantes. Le régime est repris peu à peu. Le malade sort entièrement guéri le 26 mai.

A l'aide de cette observation et de celles qui la corroborent, nous ne croyons pas, ajoute M. Chassaigne, pouvoir conclure contre l'opinion de M. Trousseau, « que les opiacés à haute dose constipent d'abord pour surexciter ensuite la diarrhée, » ni contre celle de Dupuytren, « que le laudanum en lavement narcotise autant qu'une dose double donnée par la bouche. » Toutefois, nous pouvons déclarer que la vérification de ces faits ne s'est pas présentée dans notre pratique.

Peut-être l'élimination diaphorétique, favorisée par les climats chauds, est-elle la seule cause de cette divergence de résultats? C'est ce que d'autres observations faites à ce point de vue pourront déterminer un jour sans doute avec plus de précision.

Nous avons signalé il y a quelque temps la présence d'un certain nombre de malades atteints d'ataxie locomotrice dans plusieurs services des hôpitaux. Plusieurs de ces malades ayant succombé depuis, on a dû saisir l'occasion d'en faire l'autopsie, pour compléter, autant qu'il était possible de le faire, l'histoire de cette affection, qui est depuis quelques années l'objet d'une attention particulière de la part des cliniciens. Déjà une discussion s'était engagée dans la Société médicale des hôpitaux, sur la nature et le caractère des lésions nerveuses constatées à l'autopsie à l'occasion du travail présenté l'année dernière par M. Bourdon. Deux nouvelles observations avec autopsie ont été communiquées depuis à cette même Société, l'une par M. Oulmont, et la seconde par M. Marotte. Il y a un mois, MM. Charcot et Vulpian publiaient dans la *Gazette hebdomadaire* un fait du même genre, à l'occasion duquel ils ont longuement et savamment discuté toutes les questions de physiologie pathologique qui se rattachent à ce sujet. Enfin, tout récemment, deux autopsies nouvelles ont été faites, l'une par MM. Ch. Robin et Sappey sur un sujet mort dans le service de M. Vigla; la seconde par MM. Charcot et Vulpian sur une femme de la Salpêtrière.

Nous reprendrons incessamment tous ces faits, dont l'examen comparatif ne peut manquer de jeter du jour sur ce point de pathologie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 juin 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. DEBOUT, à propos du procès-verbal, transmet de la part de M. Delore de nouveaux renseignements sur le malade opéré de pied bot dont il a été question dans la dernière séance.

« M. Bouvier, dit M. Delore, met en doute la congénitalité de l'affection, parce que je ne l'affirme pas. Or, à ce sujet, je suis en mesure d'être actuellement très-positif, si toutefois il est permis de s'en rapporter aux assertions toutes spontanées d'un homme intelligent, qui n'a aucun intérêt à cacher la vérité.

» Mon opéré affirme donc être venu au monde avec un double pied bot; de plus, il ajoute qu'une de ses nièces est également affectée de cette difformité depuis sa naissance. Aucune autre personne de sa famille, qui habite les Vosges, n'a présenté, à sa connaissance, un semblable vice de conformation.

» Je demande encore la permission d'insister sur un point, c'est que mon malade n'a aucun muscle paralysé; il en a de très-peu développés, les gastro-cnémiens surtout; mais tous fonctionnent, imparfaitement, il est vrai, sous l'influence de la volonté et de l'excitation galvanique. »

M. CHASSAIGNAC désire rappeler l'attention de la Société sur le malade opéré de résection, qu'il a présenté dans la précédente séance. Il fait remarquer que le gros orteil a conservé beaucoup de force, malgré l'ablation du métatarsien, parce que les tendons ont été ménagés. L'opération a consisté à faire une incision courbe à la face interne du pied; puis, après avoir relevé le lambeau, à passer une scie à chaîne autour de l'os pour le sectionner, et à faire la désarticulation en dernier lieu. La plaie recouverte d'une cuirasse de sparadrap n'a été pansée que tous les huit jours, et la cicatrisation a été complète au bout de trois semaines.

COMMUNICATION.

Blépharoplastie. Nouveau procédé. — M. ALPH. GUÉRIN. Je désire entretenir la Société d'une opération de blépharoplastie par un procédé qui me semble préférable à ceux auxquels on a eu recours jusqu'ici; je n'ai pas besoin de rappeler tout ce qui a été fait dans le but de reconstituer des paupières déformées ou détruites par des cicatrices de brûlure. Depuis quelques années, les chirurgiens français ont adopté le procédé d'autoplastie, qui consiste à emprunter à la joue ou à la tempe un lambeau que l'on applique entre les deux lèvres d'une incision pratiquée parallèlement au bord libre de la paupière.

Nous savons tous les avantages et les inconvénients de cette opération. Elle expose à l'érysipèle, à l'infection purulente, et la gangrène du lambeau en est fréquemment la conséquence.

Ayant depuis plusieurs mois dans mon service un jeune homme à qui je devais pratiquer une blépharoplastie, et n'osant avoir recours à la méthode indienne à une époque où l'érysipèle est une complication de la plupart des opérations, j'ai imaginé le procédé suivant, qui appartient à la méthode d'autoplastie dite par glissement :

Je pratique d'abord deux incisions qui se réunissent en Λ (V renversé) un peu au-dessous du milieu du bord libre de la paupière; puis je fais une incision qui, partant de l'extrémité de la branche externe du Λ, se continue en dehors parallèlement au bord libre de la paupière dans une étendue proportionnée au déplacement que l'on devra faire subir au lambeau qui résulte de ces incisions.

Une autre incision semblable est faite en dedans; de telle sorte qu'après avoir disséqué deux lambeaux circonscrits en dedans et en dehors du Λ, on peut reporter la paupière aussi haut qu'on le désire. Pour maintenir ce résultat, j'unis par la suture entortillée les bords correspondants des lambeaux, de manière que leur point le plus inférieur soit au-dessus du sommet du triangle ou V renversé, qui reste à la place qu'il occupait avant l'opération.

L'adhérence des bords des lambeaux pourrait peut-être suffire à maintenir les parties au point où elles ont été reportées; mais pour plus de certitude, j'ai cru devoir consolider le résultat de l'opération en unissant par la suture les bords avivés des deux paupières.

Je vais maintenant vous montrer le malade que j'ai opéré il y a seize jours.

Les plaies triangulaires, résultant du transport des deux lambeaux, sont à peu près guéries; les bords de ces lambeaux sont si bien unis, que l'on distingue à peine la cicatrice linéaire qui résulte de leur soudure. La nouvelle paupière est lisse et polie; la peau qui la forme ne diffère en rien de celle d'une paupière naturelle.

Le résultat obtenu est aussi satisfaisant que possible, et l'opération est d'une exécution si facile qu'elle ne peut être comparée qu'à celle des opérations les plus élémentaires.

Rapport sur plusieurs observations chirurgicales adressées à la Société par M. le docteur CHAMPENOIS, médecin-major de première classe. (Commission, MM. Richet, Huguier et Verneuil, rapporteur.)

Messieurs, les hasards de la pratique, la position qu'occupent les praticiens, aussi bien que leurs tendances personnelles, influent beaucoup sur la nature des œuvres que vous adressent les chirurgiens désireux de s'associer à nos travaux.

M. le docteur Champenois, médecin-major de première classe, a réuni plusieurs observations de lésions traumatiques ou de lésions organiques ayant nécessité des opérations. Il en a composé un petit fascicule qui n'est pas dénué d'intérêt, et dont je vais vous rendre compte.

Il y a six observations que je dois vous faire connaître, au moins sommairement.

La première est intitulée : *Nécrose du tibia droit, extraction de sa diaphyse par l'emploi des couronnes concentriques de trépan; régénération de l'os en substance et en forme par le périoste.*

Il s'agit d'un jeune Kabyle âgé de quatorze ans, présentant les manifestations multiples de la diathèse scrofuleuse et affecté depuis quinze mois d'une nécrose du tibia droit. Le membre, gonflé, raccourci, présente çà et là des trajets fistuleux qui conduisent au séquestre.

Une application de sulfate de cuivre, faite par un médecin arabe, a largement détruit les parties molles vers les parties moyennes de la jambe; d'où résulte une dénudation étendue de l'os nécrosé, dont la mobilité est facile à percevoir.

Grâce à cette voie toute tracée, M. Champenois peut attaquer le séquestre par sa partie moyenne sans toucher aux parties molles restées saines, ni à l'os nouveau. Deux larges couronnes de trépan et deux couronnes de tréphome, appliquées sur la peau nécrosée, la divisèrent en deux fragments, qui furent extraits sans difficulté de la gaine osseuse nouvelle formée par le périoste. Inégal à ses deux extrémités, le séquestre comprenait à sa partie moyenne toute l'épaisseur du tibia, et ne mesurait pas moins de 19 centimètres de longueur.

La cure fut traversée par divers accidents : un abcès se forma dans la gaine des muscles de la patte d'oie; la suppuration prit à deux reprises la coloration bleue; une rougeole épidémique se déclara. Cependant au bout de cinquante jours environ, la grande cavité, qui contenait la partie mortifiée, était presque entièrement effacée. Le tibia avait repris sa forme et son volume à peu près normaux.

L'opération avait été pratiquée le 24 mars, et le 30 mai l'enfant marchait avec des béquilles, et s'appuyait assez fortement déjà sur le membre malade.

L'observation s'arrête là; c'est à mon avis un peu trop tôt, et la publication de ce fait est peut-être prématurée.

Cependant, je bornerais là mon analyse si l'auteur ne semblait vouloir donner à ce fait une portée plus générale. Indépendamment du titre que j'ai reproduit plus haut, j'en trouve un autre que je ne puis laisser passer sans quelque critique; le voici : *Observation à l'appui du rôle ostéogénésique du périoste, et des avantages du trépan dans les opérations sous-périostées* (*procédé du baron Larrey par emboîtement des couronnes*).

Et d'abord, je n'ai qu'à donner approbation entière à la segmentation des séquestres comme moyen de faciliter leur extraction; c'est une manœuvre antique dont l'utilité n'a plus besoin de démonstration; je suis également disposé à préférer le trépan quand il est applicable aux autres instruments (scie, gouge et marteau, etc.) capables de fragmenter la pièce osseuse; le procédé mis en usage est donc bon. Mais je ferai remarquer que ce qui a été fait ici n'a aucun rapport avec les opérations sous-périostées, et qu'en concédant à ce fait tout l'intérêt qu'il mérite, je n'y puis voir autre chose qu'un cas de nécrose et d'extraction de séquestres qui ne diffère en rien des cas innombrables consignés déjà dans la science.

Quant au rôle régénérateur du périoste, qu'il me soit permis de dire qu'il est au nombre de ces vérités qu'on est depuis longtemps dispensé d'étayer par des preuves nouvelles. Ce n'est pas sans étonnement que je vois la recrudescence d'ardeur avec laquelle depuis quelque temps on s'évertue à publier de nouveaux cas de nécrose qui n'ajoutent rien aux connaissances que nous ont léguées nos ancêtres chirurgicaux, et en particulier ceux qui florissaient au milieu et à la fin du siècle dernier. Nos neveux auront quelque peine à comprendre les motifs de cette réminiscence; aussi croyons-nous utile de les avertir qu'il y a de la mode en chirurgie comme ailleurs, et qu'à toutes les époques peut s'appliquer le proverbe : *Multa renascuntur quæ jam cecidere.*

Les trois observations suivantes ont trait à la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Je passe rapidement sur la première. La guérison fut obtenue en mettant le bras dans une attitude moyenne, entre l'abduction et la flexion; en d'autres termes, dans la position où le bras sain est placé par la contraction des fibres antérieures du deltoïde. Cette attitude est rarement mise en usage; je l'ai signalée parce qu'elle constitue le détail le plus spécial de l'observation.

Les deux autres faits m'arrêteront davantage, parce qu'ils ont rapport à une question qui a souvent été débattue parmi nous. Je fais allusion à la luxation de l'épaule compliquant la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus; dans l'un de ces cas, la lésion fut méconnue, et surtout masquée par la malencontreuse application d'un appareil inamovible placé le jour même de l'accident et laissé jusqu'au cinquantième jour.

A cette époque, le diagnostic fut posé par M. Champenois; mais la consolidation était faite dans des rapports à jamais vicieux, et qui sans doute ne laissent aucun espoir d'améliorer les fonctions très-compromises du membre.

Ce fait est bon à noter, car il démontre pour la millième fois les inconvénients et les dangers de l'appareil inamovible appliqué sur-le-champ, et supprimant cette surveillance si indispensable dans les premières phases du traitement des fractures.

Dans l'autre observation, en revanche, le diagnostic bien posé, les indications bien saines, conduisirent à une thérapeutique rationnelle, dont le prix fut une guérison complète, qui fait honneur aux lumières de M. Champenois.

Je serai très-bref sur la cinquième observation. Elle est intitulée : *Tumeur blanche squirrheuse, consécutive à une entorse tibio-tarsienne négligée; amputation de la jambe au lieu d'élection; guérison.* Retranchons de ce titre l'épithète de squirrheuse tout à fait impropre et qui donnerait une idée fausse de la nature du mal. Ajoutons qu'avant d'en venir au sacrifice du membre, on avait employé vainement les moyens les plus énergiques, et nous vous aurons donné une notion suffisante de ce fait, qui n'offre rien de remarquable.

La sixième observation emprunte son intérêt, sinon à l'étendue du traumatisme, au moins à son siége simultané sur les deux membres inférieurs.

Un Arabe eut les deux pieds fracassés à la bataille d'Inkermann; quarante jours plus tard on l'amputa des deux côtés au-dessus des malléoles. Il fallut attendre vingt et un mois la cicatrisation des moignons, encore s'ulcérèrent-ils; en 1859, ils étaient coniques. La guérison des plaies cicatricielles exigea encore trois mois, et rien ne prouve qu'il ne faudra pas recourir quelque jour à une amputation secondaire.

Ce fait est peu favorable à la chirurgie trop économique.

Votre rapporteur a l'honneur de vous soumettre les conclusions suivantes :

1° Adresser une lettre de remercîments à l'auteur;

2° Renvoyer à nos *Bulletins* les observations de fracture de l'humérus compliquées de luxation;

3° Déposer honorablement aux *Archives* le reste du manuscrit.

Trois observations de fractures du col de l'humérus; une de fracture simple, deux de fracture compliquée de luxation.

Suites fâcheuses de la non-réduction : avantages du chloroforme pour faciliter cette opération par les moyens de douceur, et de la méthode de Duverney pour la consolidation régulière.

OBS. I. — *Fracture directe du col de l'humérus gauche; gonflement considérable; consolidation dans la position horizontale du bras.*

B... (Sylvain), âgé de dix-huit ans, serrurier à Bougie, avait abattu un frêne dont le tronc était resté soutenu par deux branches. Profitant d'une dépression du terrain, il mangeait, assis sous cette espèce de trépied avec trois de ses camarades, quand tout à coup le tronc tourna et s'affaissa sur deux des membres de la réunion. L'un en fut quitte pour deux fortes contusions à la hanche et au bras.

Chez B..., il y avait une vive douleur à l'épaule gauche, presque doublée de volume et ecchymosée en avant; les mouvements spontanés étaient impossibles; l'engourdissement s'étendait jusqu'aux doigts, la douleur jusqu'au coude; les moindres mouvements communiqués arrachaient des cris, et les muscles entraient en contraction convulsive.

La crépitation ne put être constatée. L'important était de prévenir l'inflammation imminente, pour compléter ensuite le diagnostic de la fracture présumée.

Son mécanisme s'expliquait par la position du blessé au moment de l'accident. Il avait cherché à se coucher dans le creux où il était assis; mais l'épaule gauche avait été arrêtée par le rebord durci du sol, et l'arbre avait atteint l'épaule droite au niveau de l'angle postérieur de l'acromion. — 20 sangsues dans l'aisselle. Lin. camph. op.

L'abondant écoulement du sang diminua beaucoup la douleur.

Du 18 avril, jour de l'entrée à l'hôpital, au 22, le gonflement tomba et permit de constater, en avant et en dehors de l'acromion, une saillie osseuse pointant dans l'épaisseur du muscle deltoïde. Le membre était raccourci de trois centimètres; la saillie sous-deltoïdienne, à cinq centimètres en avant et en dehors de l'angle antérieur de l'acromion, n'était autre chose que l'extrémité d'un fragment osseux oblique en dedans et en arrière, formant un angle aigu ouvert en dedans avec le reste de l'humérus parallèle au tronc.

Le 28, il fut possible d'élever le bras à l'horizontalité où l'on voulait le maintenir.

La déformation devint alors bien caractéristique. La tête du blessé étant en parfaite rectitude, le point le plus culminant de l'épaule malade se trouvait, par rapport au lobule de l'oreille, plus rapproché de quatre à cinq centimètres que celui du côté opposé ; le raccourcissement de trois centimètres persistait.

L'élévation du bras dans une position perpendiculaire au tronc étant chose décidée, l'anse d'un lacs fixé par ses extrémités au pied du lit empêcha l'épaule de remonter, pendant qu'un second, horizontalement placé, retenait autant que faire se peut l'omoplate en place, et qu'un troisième assurait la fixité du coude. Cette partie du membre, séparée du matelas par un épais coussin, se trouvait ramenée dans l'axe du fragment supérieur. L'avant-bras et la main, garnis d'un bandage spiral, pouvaient changer de position.

Jusqu'au vingt-cinquième jour, ces conditions furent patiemment supportées; et comme chaque fois qu'il y avait lieu de rectifier l'action des lacs, de légers mouvements étaient imprimés à l'articulation, elle jouissait déjà, à cette époque, d'une grande mobilité en tous sens. B... exécutait facilement tous les temps de l'action de limer; il ne lui fallait plus qu'un peu de force pour reprendre son travail.

Réflexions. — Malgré l'absence de crépitation, il n'est pas resté de doute sur l'existence d'une fracture. Produite directement par la pression de l'épaule sur le revers du trou où le blessé était assis, elle avait intéressé le col chirurgical dans une direction oblique en haut et en dedans, de manière à constituer un fragment en biseau dont la base correspondait au trochiter. Ce fragment, livré à l'action prédominante des muscles rotateurs en dedans, présentait sa coulisse bicipitale en rapport avec le sommet de l'apophyse coracoïde, et sa grosse tubérosité entre cette apophyse et l'acromion; la tête humérale, au lieu de déborder par le haut la cavité glénoïde, la débordait par le bas, et la pointe de son biseau, loin d'être dirigée en bas, faisait saillie en haut, en avant et en dehors ; de sorte que pour ramener le reste de l'os complètement dans son axe, il eût fallu le relever un peu au-dessus du plan de la clavicule, et lui faire représenter avec la direction générale de cet os un angle presque droit ouvert en avant. Pareille position eût été trop pénible à tenir sans appareil de Bonnet (de Lyon).

Le terme moyen employé laissait subsister une légère angularité au contact des deux fragments ; mais au point de vue fonctionnel le dommage a été nul, car la pointe qui irritait le deltoïde n'a pas tardé à s'émousser.

Obs. II. — *Fracture du col de l'humérus compliquée de luxation; non-réduction de la tête de cet os; mouvements très-bornés.*

M. M..., sous-lieutenant d'infanterie, prenant sa seconde leçon d'équitation, cherchait à se remettre l'étrier gauche au pied, lorsque sa monture appuya brusquement à droite et lui fit tout d'un coup perdre assiette. La chute eut lieu sans violence sur le sol sablonneux remué du manége. Le cavalier, petit, sec et nerveux, sans trace d'aucun vice constitutionnel, n'avait subi aucun traitement mercuriel, et pendant de rudes exercices au gymnase divisionnaire, un mois auparavant, aucune douleur ne s'était manifestée du côté de l'épaule gauche. C'est là qu'au moment de la chute il ressentit une douleur vive, avec craquement marqué, engourdissement rapide de tout le membre et impuissance des mouvements spontanés. L'épaulette avait été ployée sur elle-même de bas en haut; le bras se laissait aller à des mouvements étendus en tout sens, et, abandonné à lui-même, pendait le long du corps, sans écartement et sans rotation.

Le gonflement était considérable. Le lendemain, parut sous la clavicule une ecchymose qui devait durer jusqu'au trente-cinquième jour. C'était la main gauche qui la première avait porté contre le sol. Séance tenante, un bandage amidonné cartonné avait été appliqué sur tout le membre, et ne fut levé que le cinquantième jour.

A cette époque, quand je pus examiner l'épaule, le squelette de la région s'accusait fortement sous la peau semée de taches pétéchiales; les angles de l'acromion semblaient vouloir la perforer ; de l'antérieur à l'épicondyle, on constatait trois centimètres de raccourcissement ; immédiatement au-dessous de cette apophyse, une brusque dépression laissait arriver le pouce jusqu'à la cavité glénoïde ; un peu en avant et au-dessous de son angle antérieur, une pointe osseuse pénétrait dans l'épaisseur du deltoïde, et se rattachait en dedans par un plan également osseux, triangulaire et transversal à une tumeur hémisphérique solide qui s'arrondissait sous le bec coracoïdien, de manière à rendre plus caractéristique encore la déformation de l'épaule par l'accroissement vertical de la paroi antérieure de l'aisselle et l'effacement du creux sous-claviculaire. Du côté du creux axillaire, les doigts étaient arrêtés par un angle à bords osseux dont le sinus contenait une matière de remplissage. L'axe de l'humérus avait sa direction normale, mais son prolongement supérieur aboutissait plus en dedans qu'à l'ordinaire. Malgré le peu de liberté de l'articulation, en immobilisant l'omoplate, on voyait les mouvements communiqués au bras se transmettre à la pointe et à la tumeur sous-coracoïdienne. Les articulations du coude, du poignet et des doigts étaient tellement roidies, que quatre mois ne suffirent point à leur rendre les mouvements normaux. D'après les signes sus-indiqués, il n'était plus possible de méconnaître la double existence d'une luxation sous-coracoïdienne et d'une fracture du col de l'humérus. Le déplacement de la tête avait dû précéder la rupture de l'os, qui s'était faite en dehors de la capsule, laissant à l'extrémité articulaire un biseau de la diaphyse ; ce biseau, devenu horizontal par l'action des muscles, et offrant en bas son plan de fracture, avait contracté, à angle droit, des adhérences avec l'extrémité correspondante du corps de l'os. La présence de cet angle devait rester un obstacle aux mouvements d'abduction et d'élévation du bras, et, pour un faible écart, il fallait que l'omoplate basculât, à cause de l'arrêt opposé par cette saillie rencontrant la face inférieure de l'acromion.

A ce second fait, l'observation suivante servira de critique.

Obs. III. — *Fracture du col de l'humérus compliquée de luxation sous-coracoïdienne de la tête de cet os; réduction de la luxation; consolidation de la fracture; conservation de tous les mouvements.*

Un peintre de soixante-huit ans étant ivre, tombe à la renverse dans un escalier, et l'épaule va heurter contre l'angle d'une marche. L'usage du membre est impossible, l'épaule sensiblement déformée. En avant et un peu plus bas que l'acromion, une saillie anguleuse correspond à une ecchymose profonde et transversale; là, suivant le blessé, aurait porté tout l'effort. Plus en arrière et au-dessous de l'acromion, l'indicateur pénètre dans une dépression notable et constate facilement que la tête a quitté la cavité. La saillie de l'acromion est caractéristique. Dans l'aisselle, le tendon du grand dorsal forme une corde dure du bord postérieur à l'antérieur. En arrière et en dedans, le grand rond produit une saillie plus épaisse. Au-dessus de ces saillies, vers le sommet du creux de l'aisselle, une tumeur irrégulièrement arrondie se meut isolément presque en tous sens, mais sans participation aux mouvements de l'os, qui ne donnent lieu à aucune crépitation. La saillie anguleuse, au contraire, fait corps avec la diaphyse de l'acromion à l'épicondyle ; la mensuration donne 3 centimètres de raccourcissement.

Le coude est porté en arrière et rapproché du tronc. L'abduction, l'élévation sont impossibles, et la flexion de l'avant-bras difficile. Le chloroforme permet de compléter le diagnostic en supprimant la contracture. La tête est bien luxée dans le sommet du creux axillaire, séparée de la diaphyse et mobile sous l'apophyse coracoïde. L'extrémité du fragment inférieur soulève le deltoïde. Un autre petit fragment est implanté dans ce muscle. La crépitation peut être obtenue.

Après deux jours de repos et de détente, on renouvelle l'anesthésie jusqu'à résolution musculaire. Un aide maintient le bras perpendiculairement à l'axe du tronc, pendant que j'embrasse circulairement le moignon avec les deux mains, les pouces croisés sur l'acromion, les autres doigts plongeant au sommet de l'aisselle pour ramener en dehors la tête articulaire, qui bientôt cède à mes efforts, malgré le peu de prise.

La régularité du moignon s'est rétablie. Un coussin est fixé dans l'aisselle, l'avant-bras fléchi à angle aigu et la main retenue sur l'épaule saine.

Le contact entre les fragments paraît aussi convenable que possible, et la bande contentive laisse le moignon tout à fait libre.

Le vingt et unième jour, l'épanchement de sang avait disparu ; le quarante-septième, à la levée de tout l'appareil, les mouvements étaient presque nuls dans l'articulation ; c'était le scapulum qui glissait sur le thorax. Au bout de soixante et onze jours, la mobilité était déjà notable dans l'articulation. A la fin du septième mois, je revis le malade avec presque toute l'amplitude des mouvements primitifs.

Réflexions générales. — La première observation démontre clairement les avantages de la méthode de traitement de Duverney pour parer aux inconvénients de l'horizontalité et de la rotation du fragment supérieur à la suite des fractures du col chirurgical de l'humérus.

Ledran ne fait que les amoindrir en diminuant l'écart entre le bras et le tronc. Abstraction faite de la luxation, l'observation II est un exemple des obstacles opposés à l'abduction et à l'élévation du membre par la rencontre de l'angle des fragments avec la voûte de l'acromion.

Quand on croyait ne pouvoir trouver prise sur le fragment supérieur qu'après consolidation et par l'intermédiaire de l'inférieur, la position du bras perpendiculaire au tronc n'avait évidemment pas d'égale au point de vue de la réduction tardive et du rétablissement des mouvements.

Mais le chloroforme, en produisant la résolution des muscles contracturés, a permis d'essayer les manœuvres de douceur, et le succès a couronné les tentatives.

Cette méthode si simple a l'avantage de pouvoir être employée immédiatement après l'accident ou après la chute du gonflement, et de rendre à la fois la consolidation plus régulière et le retour des fonctions plus facile.

Se priver de cette double ressource, c'est encourir à plaisir les risques d'une consolidation ou douteuse ou vicieuse, avec dépôt de matière de remplissage, gonflement de l'extrémité osseuse, douleurs persistantes et gêne plus ou moins grande dans les mouvements, si l'ankylose n'est pas complète. On croit parfois avoir échappé à ces inconvénients parce qu'il existe une certaine mobilité; mais le blessé est seul à ne pas voir que le travail se passe presque exclusivement entre l'omoplate et le tronc.

Les tentatives de réduction doivent donc être la première règle du traitement des fractures du col compliquées de luxation. A la résistance des muscles, il faut opposer le chloroforme administré jusqu'à résolution.

Les manœuvres de force ne trouvant leur application qu'après la formation du cal, il importe de placer les plants de la fracture dans les meilleures conditions de rapport, en élevant, comme Ledran, le fragment inférieur dans l'axe du supérieur, sur lequel les moyens de contention sont sans effet.

L'un des secrétaires, E. Foucher.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 28 mai, M. Milne-Edwards, membre de l'Institut, professeur de zoologie (crustacés, arachnides et insectes) au Muséum d'histoire naturelle, a été nommé professeur de zoologie (mammifères et oiseaux) dans le même établissement, en remplacement de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, décédé.

— Le nouvel hôpital militaire établi pour la garnison de Paris et des forts, sur l'emplacement et dans les anciens bâtiments, aujourd'hui transformés, de l'hospice des Incurables, va être ouvert, à dater du 1er juillet prochain, sous le nom d'hôpital Saint-Martin.

Étude médicale sur Contrexéville (Vosges) ; gravelle, goutte, catarrhe de vessie, maladies des voies urinaires; par le docteur Legrand du Saulle, médecin consultant à Contrexéville. Mémoire in-8°. Prix : 1 fr. 50 c. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Traité pratique des maladies de l'estomac, par M. T. Bayard. Un vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1862, chez Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 73. — MARDI 24 JUIN 1862. (35e ANNÉE.) N° 73. — MARDI 24 JUIN 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 JUIN 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement qu'on se préoccupe avec raison du danger des mariages consanguins. Les lois religieuses de presque tous les peuples les ont proscrits, et la science moderne, parlant au nom de la physiologie et de l'hygiène, est venue appuyer cette proscription de son *veto*. Nous citerons particulièrement, parmi les auteurs qui ont le plus insisté de notre temps sur les dangers des mariages consanguins, au point de vue sanitaire, l'auteur de l'excellent *Traité d'hygiène des familles*, dont il a été rendu compte, il y a peu d'années, dans ce journal, M. le docteur Francis Devay (de Lyon). C'est à l'appui de cette thèse que M. Boudin a communiqué d ns la dernière séance de l'Académie un travail statistique très-curieux sur les effets des alliances consanguines.

Une seule chose nous étonne et nous effraye à la fois dans le court exposé des propositions qui résument le mémoire de M. Boudin. Nous connaissons l'inépuisable ardeur de notre savant confrère pour ce genre de recherches, aussi n'est-ce pas l'étendue du labeur qu'ont dû nécessiter ces calculs qui nous surprend; mais nous nous demandons où M. Boudin a pu recueillir des documents aussi considérables, et à quelles sources assez pures il les a puisés, pour avoir pu formuler ses conclusions sans hésitation en termes aussi catégoriques et aussi précis.

Nous disons que cela nous effraye; car plus on a de motifs d'accorder confiance aux chiffres, plus il y a lieu d'être effrayé des conséquences logiques où pourrait conduire en pareil cas une erreur si facile à commettre. C'est ce qui doit rendre toujours quelque peu défiant à l'endroit des statistiques en général, et ce qui nous fait regretter, en particulier, que M. Boudin n'ait pas indiqué dans l'extrait de son mémoire, destiné à recevoir une publicité immédiate, les sources auxquelles il a puisé ses documents.

L'Académie, après cette lecture, a entendu M. Heurteloup, qui a exposé dans une note l'ensemble de ses travaux relatifs à la lithotripsie.

La chaire d'entomologie étant vacante au Muséum, par suite de la nomination récente de M. Milne-Edwards à la chaire qu'occupait M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, la section d'anatomie et de zoologie avait à présenter au choix de l'Académie une liste de deux candidats. Les deux candidats désignés sont : 1° M. Blanchard, membre de l'Académie; 2° M. Lucas, aide naturaliste au Muséum.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance. — Dr B ochin

HOTEL-DIEU. — M. EMPIS.

De la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres.

(Leçon recueillie par M. LASSERRE, externe du service.)

Messieurs, vous avez vu tout à l'heure au n° 9 de la salle Sainte-Jeanne un individu qui me paraît atteint de la maladie singulière que M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a fait connaître, il y a deux ans, so s le nom de *paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres.* Cette maladie n'est pas très-commune; c'est la première fois qu'il s'en offre un exemple à mon observation, et comme ce malade pourrait bien ne pas rester longtemps dans nos salles, je veux dès aujourd'hui, en en faisant le sujet de notre conférence, vous mettre à même de le bien étudier.

Notre malade est typographe; il est âgé de soixante-deux ans; il est d'une constitution assez vigoureuse et d'une très-bonne santé habituelle. Il mène une vie régulière; il n'a jamais eu ni rhumatismes, ni maux de gorge, ni enrouement, ni engourdissement, ni affaiblissement dans les membres.

Il y a tout au plus trois mois qu'il s'est aperçu pour la première fois qu'il se portait moins bien qu'à l'ordinaire, et qu'il éprouvait de la gêne dans la prononciation et dans l'articulation des mots; depuis cette époque, la difficulté de la parole s'est progressivement accrue, mais sans que le malade ait remarqué quels étaient les mots et les consonnes qu'il articulait le plus difficilement, et sans qu'il éprouvât d'ailleurs aucun trouble dans sa santé générale.

A la difficulté de la prononciation est venu promptement s'ajouter un autre symptôme du côté de la mastication; lorsque le malade mange, les aliments s'enfoncent incessamment entre les joues et les arcades dentaires, et il est obligé de les ramener en dedans des mâchoires avec le doigt, la langue ne pouvant plus remplir cet office.

Enfin, depuis près d'un mois, à ces premiers symptômes sont venus encore s'en ajouter deux autres : c'est le nasonnement et le besoin fréquent de cracher la salive qui s'accumule dans la bouche, et dont la déglutition instinctive n'a plus lieu qu'incomplétement.

Depuis l'époque où la maladie a débuté, les symptômes se sont progressivement aggravés, sans qu'il y ait eu dans leur marche aucun temps d'arrêt, aucune amélioration.

Cet homme voyant son mal empirer et ne pouvant plus parler du tout, s'est décidé à entrer à l'Hôtel-Dieu le 4 juin dernier.

Il y a quelque chose de spécial et d'étrange dans la figure, qui frappe au premier abord et sert déjà de caractère à sa maladie, c'est une paralysie de l'orbiculaire des lèvres, qui fait que celles-ci, presque immobiles dans leur partie moyenne, pendant qu'il cherche à parler, sont tiraillées en dehors par leur commissure, tandis que les pommettes des joues se contractent, s'élèvent et rendent plus profond le sillon naso-labial; il résulte de cette contraction inégale et pathologique des muscles de la face quelque chose dans la physionomie de riant et à la fois de pleureur, que je décris fort mal assurément, mais qui ne peut être méconnu.

Ce malade éprouve actuellement une impossibilité absolue de parler, non pas que le son laryngé lui fasse défaut, mais parce qu'il ne peut ni formuler les sons ni articuler les mots, à cause de la paralysie dont les lèvres et la langue sont atteintes. En effet, si l'on invite le malade à essayer d'arrondir les lèvres en cercle, comme pour prononcer la lettre O, ou de les froncer comme pour siffler ou souffler, on voit qu'il ne peut y parvenir et que la partie moyenne des lèvres ne peut s'arquer, tandis que leurs commissures sont entraînées en dehors. Par suite de l'affaiblissement de l'orbiculaire des lèvres, vous avez vu que le malade ne peut prononcer les consonnes labiales et qu'il ne peut faire entendre le B et le P, et cela même en prenant le soin de lui fermer les narines.

Parmi les muscles de la face, nous avons constaté que l'orbiculaire des lèvres était le seul qui fût paralysé, et que le malade jouissait de la contractilité volontaire de tous les autres; c'est ainsi qu'il peut à volonté rider son front, froncer les sourcils, fermer fortement les paupières, contracter les buccinateurs, etc., etc.

Nous avons également constaté un fait d'une haute valeur pour le diagnostic, à savoir que tous les muscles de la face, animés par la septième paire, y compris l'orbiculaire des lèvres, jouissent de l'intégrité absolue de la contractilité électro-musculaire.

L'examen de la langue nous a fait reconnaître des troubles très remarquables dans les mouvements de cet organe. Dès le début de la maladie, notre homme, vous vous le rappelez, a remarqué une gêne dans la prononciation et bientôt une difficulté dans la mastication. L'état physiologique de la langue nous rend facilement compte de ces symptômes; en effet la langue, sans être notablement déformée, est cependant un peu épaissie dans son diamètre vertical; elle est comme un peu ramassée sur elle-même. Ses mouvements sont très-notablement affaiblis; ils ne s'exécutent qu'avec une extrême lenteur et sont très-limités. Le malade ne peut tirer la langue hors de la bouche que très-incomplétement; à peine parvient-il à lui faire dépasser le niveau des incisives. Le mouvement d'avant en arrière est également très-incomplet et très-difficile; les mouvements latéraux sont aussi très-limités et s'accomplissent très-lentement; il est tout à fait impossible au malade de recourber la langue au-dessus des dents, de manière à en plonger la pointe dans l'intervalle qui sépare les joues et les lèvres des arcades dentaires, ce qui explique la gêne de la mastication et la nécessité où il est de suppléer aux mouvements de la langue avec les doigts, pour ramener les aliments entre les dents.

Il est impossible au malade d'élever la pointe de la langue de manière à l'appliquer sur le plafond de la bouche, derrière les incisives supérieures, comme pour prononcer le T et le D.

Lorsqu'il cherche à accomplir ce mouvement, la langue reste appliquée sur le plancher de la bouche, derrière les incisives, et il élève toute la mâchoire inférieure, qu'il rapproche de la supérieure; il lui est aussi tout à fait impossible d'incurver la langue d'avant en arrière, en en relevant la pointe, de manière à lui faire produire une courbe à concavité supérieure. Ces divers troubles de la motilité de la langue et des lèvres expliquent parfaitement deux des symptômes principaux de la maladie, la difficulté de la prononciation et celle de la mastication.

Un symptôme sur lequel il importe encore d'appeler votre attention est le timbre nasonné de la voix, si toutefois l'on peut encore donner le nom de voix aux *ong ong* que pousse le malade chaque fois qu'il essaye de parler.

Ce nasonnement, dont le malade s'est aperçu dès le début de la maladie, tient évidemment à une altération des mouvements du voile du palais. Si l'on examine la gorge du malade, après l'avoir placé de manière que les deux côtés soient bien exactement symétriques, on constate que la luette est droite, ou à bien peu de chose près, mais que la contraction du voile du palais ne s'accomplit pas tout à fait également des deux côtés. En effet, du côté gauche, pendant l'inspiration et pendant la titillation de la luette et de la muqueuse palatine, la courbe étendue de la luette au pilier gauche du palais s'élève davantage que celle du côté opposé, ce qui parait prouver qu'il y a affaiblissement dans la contraction des muscles pharyngo-staphylins et palato-staphylins du côté droit; je dis affaiblissement et non paralysie complète, puisque les mouvements du voile du palais sont encore tels que la déglutition des liquides se fait sans difficulté, et qu'il n'est jamais arrivé au malade de les voir revenir par le nez.

Indépendamment du nasonnement, la voix est un peu affaiblie; sa force, nous dit le malade, n'est plus ce qu'elle était il y a trois mois; il est donc probable que les muscles du larynx participent aussi à l'affaiblissement dont la langue et les lèvres sont atteintes.

La déglutition des aliments solides et liquides se fait encore convenablement sous l'influence de la volonté; cependant le malade éprouve un symptôme qui a une grande valeur et dont il s'est aperçu depuis près d'un mois, je veux parler de l'accumulation de la salive dans la bouche, et d'un besoin très-fréquent de cracher, ce qu'il n'éprouvait jamais auparavant. Lorsque le malade pense à avaler sa salive, il le peut très-bien, mais pour cela il faut qu'il le veuille; sans doute que cette déglutition instinctive par laquelle la bouche se débarrasse incessamment de la salive qui y est versée, ne se fait plus chez lui qu'à de trop rares intervalles.

M. Duchenne attache beaucoup d'importance à ce symptôme, parce que jusqu'à présent il l'a toujours vu précéder les troubles de la déglutition, qui appartiennent à une période plus avancée de la maladie.

Chez notre malade, il y a donc en définitive une paralysie des lèvres, de la langue et du voile du palais, et un fait qu'il ne faut pas perdre de vue un seul instant, c'est que dans tous les muscles paralysés l'irritabilité électrique est intacte, ainsi que nous l'avons déjà constaté plusieurs fois.

Du reste, l'état général est excellent; il n'y a ni amaigrissement ni affaiblissement général, et si le bras droit est un peu moins fort que le gauche, cette différence n'est pas nouvelle, et tient, nous dit le malade, à une ancienne blessure de l'épaule droite.

L'intelligence du malade est très-saine; il comprend très-bien toutes nos questions et y répond par écrit avec netteté; la sensibilité générale, explorée partout avec le plus grand soin, ne nous a présenté aucune altération ni du côté de la peau ni du côté des membranes muqueuses; la sensibilité tactile de la langue a dû fixer tout particulièrement notre attention, et elle ne nous a pas paru émoussée.

La sensibilité sp ciale n'est pas non plus affectée; le malade distingue les saveurs aussi bien que par le passé, et les autres sens sont également intacts.

L'appétit est bon, les fonctions digestives sont régulières; la nutrition générale n'est pas altérée; le malade n'a jamais eu de fièvre; la respiration et la circulation n'offrent rien d'anormal.

— D'après l'ensemble des symptômes que nous venons de constater chez ce malade, est-il possible d'établir le diagnostic de la maladie dont il est atteint?

Evidemment, si nous ne connaissions pas les belles découvertes pathologiques de M. Duchenne, et s'il n'avait pas pris soin de décrire complétement, il y a deux ans, la singulière

maladie que nous observons ici pour la première fois, nous serions très-embarrassé pour donner à cette maladie le nom de quelque chose de connu en nosologie. Ce même embarras a dû nécessairement être éprouvé par tous ceux qui ont rencontré cette maladie avant qu'elle fût décrite et spécialisée par notre laborieux confrère. A ce propos, M. Duchenne a eu la complaisance de me communiquer une consultation très-remarquable que M. le professeur Trousseau écrivait en 1841. Il s'agissait d'un cas de cette étrange paralysie des lèvres, de la langue et du voile du palais, telle que nous la présente le malade de la salle Sainte-Jeanne. L'habile professeur, après avoir décrit dans sa consultation tous les symptômes de la maladie avec cette netteté et cette précision qu'il apporte à tout ce qu'il dit, fait très-nettement ressortir tout ce que cette maladie ne peut être, mais il confesse son embarras pour dire ce qu'elle est!

M. Duchenne reconnaît trois périodes à cette maladie. Dans la première période, dépassée déjà par notre malade, il y a seulement gêne de la prononciation et de la mastication; dans la deuxième période, celle dans laquelle entre notre malade, il y a non-seulement persistance des premiers symptômes, mais encore impossibilité complète de la prononciation, nasonnement, déglutition difficile, retour des aliments par le nez et apparition des étouffements; enfin, dans la troisième période, l'état général s'altère par suite de l'alimentation insuffisante; la déglutition devient excessivement difficile, la salive s'accumule dans la bouche des malades, qui bavent incessamment comme les personnes atteintes de certaines paralysies générales progressives; les malades éprouvent des étouffements dont la fréquence et l'intensité s'accroissent de jour en jour, et ils finissent par succomber, soit subitement à une syncope ou à une asphyxie causée par l'introduction dans les voies aériennes d'un bol alimentaire, soit lentement dans le marasme et la consomption.

Le diagnostic de la maladie, lorsque celle-ci se présente sans complication, comme chez le malade de la salle Sainte-Jeanne, ne me paraît pas offrir de difficulté. En effet, si la maladie, pendant sa première période, présente quelques symptômes qui lui sont communs avec d'autres affections, elle se caractérise aussi par des signes qui lui sont propres. Ainsi, dans certains cas, on a pu regarder les premiers symptômes de la paralysie musculaire progressive dont nous nous occupons, comme étant l'expression d'une pharyngite granuleuse. Dans les deux affections, il est vrai, on rencontre des troubles de la phonation et de la prononciation; mais ces troubles n'ont ni la même raison ni la même modalité dans les deux affections. Si chez les personnes atteintes de pharyngite granuleuse, on observe, indépendamment des lésions anatomiques de la membrane muqueuse pharyngée, de l'enrouement, de la faiblesse dans le timbre de la voix, et parfois une certaine difficulté dans la prononciation, il n'est pas difficile de reconnaître que chez ces personnes la voix s'affaiblit par suite de la fatigue causée par l'exercice prolongé de la parole, et que pendant cet exercice les mucosités du gosier s'épaississent, que la salive se raréfie, que la bouche se sèche, et en définitive que la prononciation s'embarrasse et s'arrête faute de salive dans la bouche, et non pas faute de mouvement dans la langue; tandis que dans la paralysie musculaire progressive de la langue, l'altération du timbre de la voix dépend du nasonnement produit par l'affaiblissement des muscles palatins, et les troubles de la prononciation dépendent de la difficulté qu'ont la langue et les lèvres à se mouvoir.

L'on ne pourrait pas confondre non plus la paralysie de la langue, du voile du palais et des lèvres dont notre malade est atteint, avec une paralysie diphthéritique; car, indépendamment de l'absence, chez ce malade, de la cause spécifique et de tout état aigu préalable, alors même que l'on supposerait une paralysie diphthéritique exclusivement limitée au voile du palais, et qui n'aurait pas revêtu la forme générale et progressivement ascendante dont je vous ai parlé dans une de nos dernières conférences, on reconnaîtrait encore, par l'appréciation des signes propres à l'une et à l'autre affection, qu'il ne peut s'agir ici d'une paralysie diphthéritique. En effet, si dans les deux affections il y a affaiblissement dans les mouvements du voile du palais, et conséquemment nasonnement et retour des liquides par le nez pendant la déglutition; et si certaines consonnes sont moins bien détachées qu'à l'état normal, il y a de plus, dans la paralysie spéciale que nous étudions, une paralysie des lèvres et une paralysie de la langue telles qu'on ne les a pas encore rencontrées dans la diphthérite, et qui sont précisément les signes particuliers de la maladie décrite par M. le docteur Duchenne. Nous poursuivrons cet examen dans la prochaine leçon.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ DU MANS. — M. Ad. Lizé.

Deux observations de périnéoraphie.

Obs. I. — La nommée B... (Marie), âgée de vingt-huit ans, primipare, domestique, accouche à la Maternité le 1er juillet 1859 d'une fille venue en position occipito-postérieure, après seize heures d'un travail très-pénible. Le sommet, d'abord placé en position occipito-iliaque gauche transversale, subit une rotation qui mène l'occiput dans la concavité du sacrum, au lieu de le conduire sous la symphyse pubienne, comme cela se produit dans la majorité des cas. La période d'expulsion, très-longue, se termine cependant sous l'influence de la contraction utérine; mais comme en pareille circonstance une grande somme d'efforts est dirigée contre le plancher périnéal, celui-ci fut rompu avec le sphincter de l'anus, malgré les précautions prises pour le soutenir.

Il faut noter ici que le périnée était fort court chez la fille B..., ce qui favorisa sa rupture.

Le 2 juillet, la malade étant couchée sur le dos, les cuisses fléchies et écartées l'une de l'autre, je procède à la réunion des parties divisées. L'affrontement se fait au moyen de deux points de suture pratiqués avec l'aiguille courbe, un bout de sonde en gomme élastique est passé dans les anses de fil laissées libres du côté gauche du périnée; les chefs de chacun de ces fils sont ensuite noués sur un autre bout de sonde du côté opposé. Enfin, l'opération est terminée par un point de suture entrecoupée mis au niveau de la commissure vaginale. — Application d'une couche de collodion sur toute l'étendue de la plaie suturée.

Après cette manœuvre, la fille B... est remise au lit sur le dos, les cuisses rapprochées et liées avec un mouchoir. Journellement, elle prend cinq centigrammes d'extrait thébaïque, dans le but d'amener la constipation; et matin et soir elle est sondée pour éviter le passage des urines sur la plaie périnéale. C'est pour éviter le même inconvénient que les matières purulentes sont chassées du vagin, à l'aide d'injections tièdes soigneusement renouvelées. — Quatre tasses de bouillon gras tous les jours.

Le 8, malgré l'usage des opiacés, il survient une selle molle qui ne brise pas le travail de cicatrisation.

Le 10, les points de suture enlevés permettent de s'assurer que le périnée est restauré; seulement la plaie reste *béante* au niveau du rectum, et une petite fistule recto-vaginale ne tarde pas à s'établir en ce point.

De jour en jour, ce trajet fistuleux se rétrécit au moyen des injections de vin aromatique et des cautérisations avec le nitrate d'argent, mais il ne peut être définitivement fermé que par le fer rouge.

Vers les premiers jours du mois d'août, la guérison était complète, et elle fut constatée par MM. Fisson et Voisin, mes confrères de l'Hôtel-Dieu.

Réflexions. — Comme on peut le voir, tout se passe naturellement dans cette opération, la réunion des parties divisées s'effectue grâce aux soins consécutifs. En effet, l'entretien de la constipation, les injections vaginales, le cathétérisme, hâtent la cicatrisation, en préservant la plaie du contact des matières excrémentitielles, du pus et de l'urine; de plus, la couche de collodion, tout en remplissant le même office, permet encore de rapprocher intimement les lèvres de la solution de continuité qui font saillie au-dessus de la suture enchevillée. Cette application du collodion remplace avec avantage les points de suture entrecoupée que Roux faisait pour réunir superficiellement la plaie périnéale. Chez mon opérée, comme la chose arrive souvent, il est resté une fistule recto-vaginale laissant passer les gaz et les matières excrémentitielles; elle a fini par s'oblitérer complétement au bout d'un certain nombre de cautérisations.

Obs. II. — Le 12 juillet 1860, la femme A..., rue Crochardière, vingt-six ans, primipare, d'une constitution assez délicate, est prise des premières douleurs du travail. Cette femme a une projection très-marquée de la vulve en avant et un périnée assez long, particularité qui rend l'expulsion de la tête du fœtus impossible par les seuls efforts de la nature. Une application de forceps faite cependant avec ménagement détermine une déchirure complète du périnée et d'une partie de la cloison recto-vaginale.

Le 13 au matin, la malade étant couchée sur le dos, comme pour la lithotomie, on peut constater aisément que le périnée n'existe plus et que la paroi recto-vaginale est déchirée dans une étendue notable. Je place alors trois points de suture à l'aide d'aiguilles courbes. Un point est passé à la partie moyenne du périnée; après avoir traversé la lèvre gauche de la plaie de dehors en dedans, à 1 centimètre de son bord libre, l'aiguille traverse de bas en haut la cloison recto-vaginale, et de haut en bas cette même cloison vers son rebord droit, de façon à mettre une anse de fil dans le vagin; puis, elle termine ce point de suture en traversant la lèvre droite de dedans en dehors.

Un rétracteur introduit par un aide dans le vagin attire celui-ci en haut, pendant que mon index est engagé dans le rectum pour servir de conducteur à l'aiguille qui doit agir sur la déchirure de la cloison recto-vaginale.

Un second point de suture est mis plus bas, un peu au-dessus de l'anus; il traverse simultanément et de dehors en dedans les lèvres de la plaie périnéale, et l'extrémité inférieure de la plaie recto-vaginale, de manière à porter une anse dans le rectum. Un troisième fil double réunit le périnée seul près de la commissure vaginale.

Un bout de sonde en gomme élastique est engagé dans toutes les anses de fil laissées libres du côté gauche du périnée; les chefs de chacun de ces fils sont noués aussi sur un autre bout de sonde, du côté opposé, après avoir exactement affronté les bords de la solution de continuité. Afin de rapprocher intimement ces bords qui restent un peu béants superficiellement, et dans le but de les soustraire à l'action du flux puriforme, une couche de collodion est étendue sur toute la partie de la plaie qui est en regard du vagin.

L'opération terminée, la malade est replacée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses maintenues rapprochées par un mouchoir.

Chaque jour on administre à la patiente 5 centigrammes d'extrait d'opium pour amener la constipation, et trois ou quatre tasses de bouillon de bœuf pour soutenir ses forces.

Une irritabilité toute spéciale du canal de l'urèthre m'empêche d'introduire une sonde dans la vessie; aussi, pour éviter l'inflammation que produit sur la plaie le passage de l'urine et des matières purulentes, des injections répétées avec l'eau tiède sont faites matin et soir dans le vagin.

Le 21, le point de suture voisin de la commissure vaginale est enlevé; cette partie de la plaie demeure adhérente.

Le 23, une selle laborieuse a lieu par l'emploi de 30 grammes d'huile de ricin; la plaie a parfaitement résisté aux efforts de défécation.

Le 25, les points de suture sont enlevés; mais les cuisses restent rapprochées, et les doses d'opium sont religieusement continuées jusqu'au 29, époque à laquelle un examen attentif permet de reconnaître que le périnée et la cloison recto-vaginale sont convenablement restaurés.

Réflexions. — Voici une opération qui, grâce aux soins consécutifs, a parfaitement réussi. J'ai choisi le procédé mis en œuvre par A. Bérard en pareil cas; mais j'aurais pu tout aussi bien adopter ceux de Dieffenbach et de M. Maisonneuve, qui enseignent de faire successivement la suture du rectum, la suture du vagin, puis de réunir la solution de continuité du périnée.

Mon expérience est insuffisante pour marquer positivement la supériorité de l'un ou de l'autre de ces procédés. Quoi qu'il en soit, on peut avancer que la périnéoraphie faite immédiatement après l'accident n'est pas une opération difficile par elle-même, et que son succès dépend plutôt des soins consécutifs que de la perfection dans le manuel opératoire. Ces soins consistent, je le répète, dans l'action de préserver la plaie périnéale du contact de l'urine et des matières sanieuses qui coulent du vagin; ils sont relatifs à l'entretien journalier de la constipation, dans le but d'éviter le passage des fèces qui viendraient briser le travail cicatriciel. Toutes ces précautions ont été suivies dans le cas actuel avec une exactitude scrupuleuse.

Les deux faits qui précèdent démontrent une fois de plus qu'il est avantageux de suivre la pratique de Dieffenbach et de MM. Nelaton, Depaul et Danyau, qui conseillent d'exécuter la suture du plancher périnéal immédiatement après sa rupture. Cette manière de faire me semble devoir être préférée à celle qui prescrit de n'agir que longtemps après l'accident. En voici les motifs: elle est simple, puisqu'elle ne se compose que de deux temps:

1° Le passage des fils;

2° L'affrontement.

Tandis que l'autre méthode comprend:

1° L'avivement;

2° Le passage des fils;

3° L'affrontement;

4° Les incisions latérales;

5° Le dédoublement de la cloison recto-vaginale, qui a fourni de si beaux résultats à Langenbeck (de Berlin), et tout récemment à MM. Beraud et Demarquay.

On ne peut se dissimuler que les procédés employés longtemps après l'accident réclament une plus grande habileté opératoire; mais cette exigence même ne dépose pas en leur faveur, puisqu'elle les rend moins accessibles à tous les chirurgiens, tandis que l'opération immédiate peut conduire au succès tous ceux qui l'emploient.

Cette question mérite l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie réparatrice.

SUR QUELQUES CAUSES D'INSALUBRITÉ

inhérentes à l'installation des chemins de fer.

Par M. le Dr T. Gallard.

M. le docteur Gallard nous prie de reproduire le passage suivant de son mémoire, dans lequel on trouvera la preuve que, contrairement à l'opinion émise par M. le docteur Marmisse, dans le n° du 17 juin dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, il n'a pas passé sous silence certaines causes d'insalubrité inhérentes à l'installation des chemins de fer.

Voici ce passage:

« On l'observe (la fièvre intermittente) sur toutes les lignes en construction ou nouvellement établies, mais son apparition n'est sur beaucoup de ces lignes que momentanée, et elle ne sévit avec une certaine persistance que dans les pays marécageux et là où elle était endémique avant la construction du chemin de fer. Je n'ai pas à m'occuper ici des cas de fièvre intermittente développés à l'occasion des mouvements de terrain nécessités pour l'installation du chemin de fer. Si ces cas sont nombreux dans les contrées même non palustres, où ils ont été remarqués par M. Oulmont et par M. Devilliers tout aussi bien que par nous, ils sont bien plus nombreux encore dans les pays de marécages. Ainsi, en Sologne, les ouvriers employés aux travaux de terrassement ont été littéralement décimés, et cela s'explique parfaitement par le surcroît d'émanations miasmatiques provenant des terres fraîchement remuées.

» Ce qui m'intéresse, pour l'étude à laquelle je me livre actuellement, c'est de savoir quelles maladies affectent les agents d'un chemin de fer bien établi et livré à la circulation, c'est-à-dire quand la voie est parfaitement assise, quand les terres employées aux remblais ont été tassées, desséchées et recouvertes d'un sol nouveau, qui ne leur permet plus de joindre un surcroît d'émanations miasmatiques palustres à celles qui se dégagent des marécages voisins. Dans ces conditions, puisque la fièvre intermittente est endémique dans le pays, elle n'épargnera pas les agents du chemin de fer, et l'expérience nous démontre qu'elle atteint surtout les étrangers, ceux qui ne sont pas acclimatés. Ses ravages ont été tels sur certaines lignes qu'il a fallu s'inquiéter sérieusement des moyens propres à y remédier. Plusieurs mesures ont été successivement adoptées pour cela, et elles nous ont donné d'excellents résultats.

» Les mesures auxquelles j'attribue cette amélioration si remarquable sont de deux sortes. Les unes ont eu pour but de détruire ou de diminuer les émanations miasmatiques en faisant autant que possible disparaître les marécages situés au voisinage de la voie. Ces premières mesures d'hygiène publique ont profité aux populations riveraines tout aussi bien qu'aux agents de la Compagnie. Les autres, d'hygiène privée, ne pouvaient profiter qu'aux agents eux-mêmes. Elles ont tendu surtout à leur donner une plus grande force de résistance, qui leur a permis de lutter avec plus d'énergie contre l'influence morbide à laquelle ils sont exposés.

» D'immenses travaux d'assainissement ont été entrepris par les Compagnies, et souvent à grands frais, sur les bords de leurs lignes. Ainsi, pendant la dernière inondation de la Loire, presque toutes les chambres d'emprunt, depuis Blois jusqu'à Nantes, ont été remplies d'eau qui, ne pouvant ensuite s'écouler, les a transformées en véritables marécages. La compagnie n'a pas hésité à entreprendre de dessécher ceux de ces marécages dont les eaux pouvaient recevoir un

écoulement quelconque; elle a fait curer les autres en taillant leurs bords à pic, en enlevant les plantes aquatiques qui les encombraient, et les a ainsi transformés en viviers propres à la pêche, et d'où ne s'échappent plus aucun miasme fébrifère.

» Ces travaux d'assainissement ont procuré les plus heureux résultats partout où ils ont pu être exécutés; aussi les ingénieurs, qui maintenant connaissent mieux que personne les inconvénients dus à la stagnation des eaux dans les chambres d'emprunt, font-ils tous leurs efforts pour l'éviter. Sur les lignes nouvellement construites, au lieu de creuser le sol de chaque côté de la voie, nous leur voyons aller chercher aux flancs des collines les matériaux nécessaires à l'établissement de leurs remblais. Et s'ils ne trouvent pas de colline assez proche, s'il leur faut inévitablement recourir au système des chambres d'emprunt creusées dans le sol, ils ont grand soin de ne pas établir près des lieux habités, ni près des endroits où devront être placées plus tard des maisons de gardes ou des stations, ces immenses trous que les eaux pluviales ne peuvent manquer de transformer bien vite en marécages des plus infects.

» Faire disparaître les marécages serait certainement le meilleur moyen de se débarrasser de la fièvre intermittente; mais un moyen si radical n'est pas d'un emploi toujours facile, et quoi qu'elles puissent entreprendre pour cela, les compagnies ne parviendront jamais à mettre complétement leurs agents à l'abri des atteintes du miasme paludéen. »

Comme on le voit, ajoute M. Gallard, « l'enthousiasme du bien ne m'a pas fait méconnaître le mal »; non-seulement j'ai signalé les inconvénients, mais je me suis de plus efforcé de rechercher les moyens propres à les faire disparaître; et la compagnie à laquelle j'ai l'honneur d'être attaché a toujours mis un louable empressement à adopter, toutes les fois que cela a été pratiquement possible, les améliorations demandées à cet effet.

Quant aux mécaniciens et aux chauffeurs, si je me suis dispensé d'entrer dans de longs développements en ce qui les concerne, c'est que le sujet me paraissait avoir été complétement épuisé par tous ceux qui s'en sont occupés avant moi, notamment par M. Bisson, qui, entre autres excellentes choses, a dit: « Sur 85 mécaniciens et chauffeurs qui se trouvent au dépôt de Paris, sur le chemin de fer d'Orléans, il y en a 28 qui remplissent ces fonctions depuis plus de dix ans, et 7 seulement depuis moins de trois ans. » (*Union médicale*, 19 août 1858.)

Si M. le docteur Marmisse avait eu connaissance de ce document, il n'aurait pas certainement eu l'idée de nous demander : « Est-il faux que cette double profession ne puisse se continuer sans inconvénient pour la santé au delà d'une certaine période, au delà, par exemple, de dix ans? » Cependant, puisqu'il pose encore une fois cette question, à laquelle il a été si souvent répondu, je crois devoir y répondre encore une fois.

Pour l'édification des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, j'ai tenu à avoir de nouveaux relevés, et de ces relevés il résulte que, sur le réseau de la compagnie du chemin de fer d'Orléans, dont la première section a été ouverte en 1840 seulement, nous comptons aujourd'hui, 20 juin 1862, 107 mécaniciens et chauffeurs qui ont plus de dix années de service actif sur les machines.

Seulement 10 ans.	12
De 10 à 15 ans	57
De 15 à 20 ans	32
Plus de 20 ans	6
Total.	107

Il va sans dire que plusieurs d'entre eux ont été antérieurement employés par d'autres Compagnies. Le plus ancien exerce sa profession depuis vingt-huit ans; il était en 1834 élève mécanicien sur le chemin de Rhône-et-Loire, et il ne songe pas encore au repos.

Maintenant que l'on parle ou qu'on ne parle plus des inconvénients que peut avoir pour la santé la profession de mécanicien ou de chauffeur, je n'aurai plus rien à dire, car à tout ce que la théorie a cru devoir avancer sur cette question, les chiffres et les faits ont péremptoirement répondu avec leur brutale mais convaincante éloquence.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE PAR L'ANNEAU;

Par M. le docteur Gouriet, de Niort (Deux-Sèvres).

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 janvier 1860, je publiais une observation de hernie crurale étranglée par l'anneau; depuis cette époque, je me suis trouvé à même d'en voir un second exemple.

Obs.—Le 8 février 1861, Mme X..., épicière, âgée de trente-quatre ans, chlorotique, mère de deux enfants, se sent partir quelque chose à l'aine droite en soulevant à bout de bras une boîte placée dans une étagère.

Appelé peu de temps après l'accident, je constate la formation d'une hernie crurale. Il y a déjà de légères coliques et des envies de vomir. La réduction échoue. Je prescris 250 grammes de café torréfié à faire infuser dans un litre d'eau, et à faire prendre en vingt fois, de demi-heure en demi-heure. L'intestin rentre pendant la nuit.

Le lendemain, Mme X... se fait appliquer un bandage et se livre à ses occupations habituelles. Deux mois se passent sans rien de particulier.

Le 9 avril, au moment d'un violent effort pour soulever un fardeau, la hernie sort malgré la pelote. Appelé de nouveau, je trouve la tumeur grosse comme un marron d'Inde, rénitente, douloureuse au toucher. Le cours des matières fécales est interrompu. La réduction est vainement essayée. Le café, qui avait réussi la première fois, ne donne aucun résultat. Un grand bain avec des tentatives de taxis, une potion à l'huile de ricin, des lavements laxatifs ne font pas davantage.

La nuit est fort mauvaise; hoquets, vomissements bilieux.

Le 10, les symptômes s'aggravent; le ventre prend du volume; le pouls est très-petit et très-fréquent; les vomissements se multiplient. — Application de 10 sangsues sur la tumeur; onctions avec une pommade belladonée. Nuit affreuse.

Le 11 au matin, après d'inutiles efforts, M. le docteur Bazire et moi jugeons l'opération indispensable. Voici comment nous la pratiquâmes : incision de la peau parallèlement au pli de l'aine dans l'étendue d'environ 7 centimètres; puis successivement incision sur la sonde cannelée du *fascia superficialis* et d'une aponévrose qui ne pouvait être que la lame criblée ou *fascia cribriformis*. Apparition de la couche cellulo-graisseuse qui revêt le sac herniaire. Incision de cette couche, puis du sac lui-même. Sortie d'une très-grande quantité de sérosité légèrement sanguinolente. L'intestin est vermeil et dans un état satisfaisant. Vains efforts de réduction; mais après une légère incision de l'arcade crurale directement en haut à l'aide d'un bistouri boutonné, l'intestin rentre sans difficulté.

La plaie est réunie à l'aide de trois serre-fines; un petit pertuis seulement est ménagé à l'angle inférieur et interne.

Le soir, le pouls est à 110; plus de coliques ni de nausées.... La nuit se passe assez calme, mais sans une minute de sommeil.

Le 12, la fièvre continue; la malade n'a pas eu de selle; lavement émollient qui donne issue à beaucoup de matières. Diète; pas de sommeil.

Le 13, le pouls est bien moins fréquent, mais le ventre est volumineux et l'hypogastre mat à la percussion; la vessie est énormément distendue. La malade me dit qu'elle n'a pas uriné depuis le matin de l'opération. La sonde fait sortir une quantité considérable d'urine. Le reste de la journée se passe très-bien; la malade prend un bouillon et dort une grande partie de la nuit.

Le 14, les serre-fines sont enlevées; la réunion est parfaite. Pendant trois ou quatre jours le petit pertuis livre passage à quelques gouttes de pus.

Pendant huit jours il faut sonder la malade matin et soir, sans qu'il soit possible de deviner à quoi tient cette inertie de la vessie. Au bout de ce temps l'émission des urines revient à l'état normal.

A part cet inconvénient, la convalescence suit librement son cours, et le 4 mai, c'est-à-dire vingt-trois jours après l'opération, Mme X... sert ses clients à son comptoir.

Le *fascia cribriformis* n'était pour rien dans l'étranglement, et la meilleure preuve, c'est que cette aponévrose, parfaitement intacte et non traversée par la hernie, a été incisée avant qu'on arrivât sur le sac. Dira-t-on que le collet du sac était l'agent constricteur? Mais quelle peut être la constriction du collet dans une hernie qui date de deux mois seulement et qui a été presque toujours réduite depuis son apparition? Dans le cas précédent la hernie était bien réellement etranglée par l'anneau.

Pour ceux qui n'admettent en fait de hernie crurale que l'étranglement par le collet du sac ou par les orifices de la lame criblée, il s'ensuit qu'une hernie crurale interstitielle de date récente ne saurait s'étrangler comme satisfaisant à la double condition de n'avoir point encore de collet bien développé et de n'avoir point encore traversé le fascia cribriformis. En même temps qu'elle répugne à la raison, une doctrine aussi exclusive est, comme on le voit, combattue par l'observation des faits.

Les anneaux fibreux de l'abdomen ont été dès leur découverte regardés comme le siége véritable de l'étranglement des hernies : l'anatomie normale devait tout naturellement conduire à cette idée. Plus tard un examen attentif des faits pathologiques vint démontrer d'une façon péremptoire que dans l'immense majorité des cas l'étranglement est dû au collet du sac ou à une ouverture fibreuse accidentelle. Cette grande découverte, dont l'honneur revient à Dupuytren, vint jeter un jour tout nouveau sur une question aussi difficile. Mais de cette idée à celle de dépouiller les anneaux naturels de tout rôle constricteur il n'y avait qu'un pas, et ce pas fut franchi avec cette facilité si commune en médecine d'exagérer la portée de vérités récentes. Aujourd'hui on est revenu de cette opinion radicale, et on possède un bon nombre d'observations qui permettent de croire d'une manière bien positive à l'étranglement par les anneaux.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DU CERVEAU.

Des mouvements circulaires;

Par le docteur Mesnet, médecin des hôpitaux.

On sait que les lésions des centres nerveux déterminent parfois, chez l'homme et chez les animaux, des mouvements :

1° De *propulsion*, dans lesquels le corps est poussé en avant;

2° De *rétrocession* ou de *recul*, dans lesquels les malades, entraînés par une force irrésistible, marchent à reculons;

3° *Circulaires*, dont le rayon peut varier de 0 à une longueur indéterminée; c'est-à-dire des mouvements qui s'exécutent soit autour de l'axe du corps, soit sur une courbe variable.

Les deux premiers ordres de mouvements ont été parfaitement étudiés par M. le docteur Roth, dans un travail présenté en 1849 à l'Académie de médecine (*Histoire de la musculation irrésistible, ou de la chorée anormale*, par le docteur Roth. Paris, 1850).

Les mouvements circulaires, quoique touchés par cet auteur, demandaient une étude plus approfondie; c'est ce qu'a fait M. le docteur Mesnet dans un très-intéressant mémoire présenté le 26 février dernier à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Le mouvement circulaire est, suivant ce savant médecin, caractérisé par un entraînement irrésistible produisant une déviation de la marche. Il est lié à l'existence de tumeurs chroniques du cerveau, et peut par conséquent servir à éclairer le diagnostic souvent obscur de ces affections.

Le mouvement circulaire se produit ordinairement du côté de la lésion, dont le siége semble appartenir de préférence aux parties supérieures du cerveau, lobes antérieurs, ventricules latéraux, lobes postérieurs. Il présente enfin la plus grande analogie avec les mouvements circulaires du tournis, à la différence près de la nature toute spéciale de cette maladie, invariablement caractérisée par des cœnures, dont l'existence n'a jamais été démontrée chez l'homme.

Ces conclusions indiquent l'esprit du travail de M. Mesnet. On en trouvera les développements dans le numéro de mai 1862 des *Archives générales de médecine*.

TRANSMISSION DE LA RAGE DES CHIENNES A LEURS PETITS.

Nous avons parlé dernièrement de deux chiennes mortes de la rage à l'École d'Alfort, laissant chacune une nichée de petits soignés par elles jusqu'au dernier moment, avec une tendresse que ne diminuaient en rien les plus violentes crises de la maladie à laquelle elles ont succombé. A leur tour les deux nichées ont péri à peu de jours de distance. Malgré les soins qu'on leur a donnés et le lait qu'on leur a fourni en abondance, les petits chiens ont bientôt refusé toute nourriture, et ont expiré successivement à la suite d'accidents convulsifs peu prononcés.

M. Emile H. Dard nous fait, à cette occasion, la communication suivante, qu'on ne lira pas sans intérêt :

J'ai lu dans le numéro du 14 juin de la *Gazette des Hôpitaux* un article extrait du *Moniteur de l'agriculture*, dans lequel il s'agit d'une intéressante expérience tentée en ce moment à Alfort.

Il est question d'étudier si la progéniture de deux chiennes mortes de la rage héritera de ce triste legs, ayant sucé le lait de leurs mères jusqu'à leur mort, ou si le virus, quoique inoculé peut-être par la gestation et l'allaitement, aura perdu de son action maligne.

Je crois utile de vous communiquer le fait suivant, qui présente une grande analogie avec le premier. Il est extrait des *Mémoires de la Société royale de médecine de Paris*, en 1780.

Voici comment le raconte l'expérimentateur lui-même, M. Beudon, chirurgien au Grand-Andely :

« Le 5 juin 1777, j'allai voir un malade à quelques lieues de notre ville : tous les gens de la maison étaient dans l'alarme; j'appris qu'un chien de la basse-cour, qui était fort et vigoureux, avait été mordu quelque temps auparavant par un chien enragé; qu'on avait cru ce chien préservé de la rage, parce qu'on avait eu le soin de le faire *flâtrer*, et de lui faire manger une omelette préparée avec des écailles d'huîtres; mais le jour même de mon arrivée, ce chien entra tout à coup dans un accès de rage, se jeta sur une truie qui devait mettre bas trois semaines après, la maltraita beaucoup, lui fit une plaie considérable à la cuisse, puis attaqua un petit chien qui était dans la même maison, le blessa au cou, et lui déchira la moitié d'une oreille. Ce chien se sauva ensuite, sans qu'on pût le rejoindre. Le maître de la maison ordonna de tuer le petit chien et la truie; mais je le priai de les faire enfermer pour faire sur eux quelques épreuves, ce qui me fut accordé, à condition que personne ne m'aiderait dans mon traitement.

» Je fis enfermer la truie dans une étable, et je perçai un trou au plancher pour pouvoir l'examiner tous les jours. Je lui fis donner à manger au moyen d'une auge de pierre qui répondait dans la cour et dans l'étable. Pendant cinq jours l'animal mangea à peu près comme à son ordinaire, mais le sixième il était debout, la tête baissée sur la nourriture : il fut dans cette attitude, sans rien prendre, pendant trois jours; le dixième, il eut un accès de fureur terrible : ses yeux étaient étincelants; il avait de l'écume à la gueule, errait çà et là dans l'étable, et se jetait de temps en temps sur un morceau de bois. L'accès dura pendant sept heures; ensuite l'animal devint calme et se coucha. Ce fut l'instant que je saisis pour employer mon remède. Je fis descendre dans l'étable, au moyen du trou que j'avais pratiqué, une chaudière dans laquelle j'avais fait chauffer quatre pots de fort vinaigre; je fis ensuite boucher tous les trous de l'étable pour empêcher toute communication de l'air extérieur. Je fis rester un domestique à la porte pour écouter si l'animal ne ferait aucun mouvement. Au bout d'une heure, il vint m'annoncer qu'il croyait l'entendre boire; j'y allai, et je vis effectivement qu'il était debout et qu'il buvait avec une avidité étonnante le vinaigre qui était dans la chaudière. Je fis mettre dans son auge du son humecté de vinaigre; le lendemain on ne trouva plus rien dans l'auge; on continua de lui humecter son manger avec le vinaigre, et on lui donna une boisson faite avec parties égales d'eau et de vinaigre et un peu de farine d'orge, ce qui fut pratiqué jusqu'à ce qu'il eût mis bas ses petits. Alors je lui fis donner pendant les premiers jours de la farine d'orge humectée avec parties égales d'eau et de vinaigre, le tout édulcoré d'un peu de miel. Je fis garder la mère et les petits ainsi enfermés pendant un mois, et voyant qu'il n'était point survenu d'accès à la mère et que les petits paraissaient se bien porter, je les fis sortir dans un clos où ils étaient seuls. Je cessai aussi tout traitement; on leur donna la même nourriture qu'aux autres porcs : la mère a élevé ses petits, qui ont été vendus dans le temps, et qui jusqu'alors n'avaient jamais eu d'accès.

» Le petit chien qui avait été mordu et qui avait, comme je l'ai dit, une plaie au cou et une à l'oreille, fut attaché dans un cabinet. Je pansai les plaies avec du vinaigre dans lequel j'avais fait fondre du sel; je continuai les pansements de la même manière jusqu'à parfaite guérison; tous les jours il fut exposé à la vapeur du vinaigre mis dans une chaudière et enfermée avec lui dans le cabinet; sa nourriture était de la soupe faite avec du beurre, du pain, et parties égales d'eau et de vinaigre. Je lui faisais avaler du vinaigre pour boisson. Le traitement fut ainsi continué pendant un mois, et ce chien n'eut aucune attaque.

» Le chien qui avait causé tout ce désastre, et après lequel on avait couru lors de son accès sans avoir pu le rejoindre, revint à sa loge deux jours après : je priai le domestique de la maison qui avait coutume de lui porter à manger, de l'attacher à la chaîne; j'eus

peino à l'y faire consentir ; cependant, en l'intéressant et en lui promettant de l'accompagner, il se rendit à mes instances. Lorsqu'il fut attaché, je fis clore sa loge pour empêcher d'autres animaux de l'approcher, je lui fis donner de la soupe et de l'eau ; il en mangea peu pendant quatre jours, et fut ensuite quarante-huit heures sans manger ; alors il était tantôt couché, tantôt debout ; il avait la gueule entr'ouverte, ses yeux étaient étincelants, sa respiration était fort gênée. Le septième jour, on le trouva le matin occupé à mordre sa chaîne et les pierres de sa loge ; il était baigné de sueur ; sa gueule était pleine d'une écume sanguinolente ; il fut dans cet état pendant trente-six heures, et au bout de ce temps il se coucha fort tranquille et étendu dans toute sa longueur. Je profitai de ce calme pour faire mettre dans sa loge, au moyen d'un long bâton, une chaudière pleine de vinaigre presque bouillant ; la loge fut entourée d'une toile qui empêchait l'entrée de l'air extérieur ; cet appareil resta ainsi pendant une heure. Alors j'ôtai la toile, et j'aperçus le chien assis et se léchant les pattes de devant, qui étaient ou douloureuses ou écorchées par les efforts qu'il avait faits pour gratter. Je lui fis donner de la soupe très-claire faite avec du beurre, du pain et du vinaigre chaud ; il mangea peu d'abord et se remit à lécher ses pattes, puis il retourna manger le restant de sa soupe. Pendant un mois ce traitement fut suivi avec exactitude ; les bains de vapeurs furent aussi administrés chaque jour, et il ne survint aucun nouvel accès. Le chien est encore vivant aujourd'hui ; la truie a eu une portée depuis sa guérison, et le petit chien n'a point eu d'attaque. »

— De ces expériences doit-on conclure que la rage est héréditaire comme toutes autres maladies transmissibles, telles que l'épilepsie, la phthisie, le catarrhe, la goutte, les scrofules, etc. ? Peut-être encore que, comme pour ces dernières, elle saute quelquefois une génération, exempte le fils pour atteindre le petit-fils.

Quoi de plus bizarre que cette maladie, qui tantôt se déclare presque instantanément, tantôt couve et ensuite se montre seulement au bout de plusieurs mois ; qui, lorsqu'on croit le malade guéri, le terrasse de nouveau, plus intense que jamais ! Et, malgré le dicton populaire, *morte la bête, mort le venin*, n'avons-nous pas plusieurs exemples de personnes atteintes de cette maladie, rien que par le simple toucher d'objets imprégnés de la bave d'animaux hydrophobes ?

Le traitement employé par M. Beudon ne pourrait-il pas être soumis à de nouvelles expériences ?

POUDRE ANTISPASMODIQUE. — ZONA.

Nous remarquons en ce moment l'apparition d'un grand nombre de zonas avec névralgie interne. Pour éliminer cette complication, M. Hardy conseille l'emploi de la poudre suivante qu'il appelle antispasmodique et qu'il substitue à la poudre inerte, appliquée dès le début de la maladie sur les parties affectées.

Poudre d'amidon.	3 parties.
Oxyde de zinc.	1 partie.

(*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 juin 1862. — Présidence de M. Duhamel.

Du danger des alliances consanguines. — M. BOUDIN lit sous ce titre un mémoire dont voici le résumé et les conclusions :

De l'ensemble des faits qui précèdent, nous déduirons les propositions générales suivantes :

1° Les mariages consanguins représentent en France environ 2 p. 100 de l'ensemble des mariages, tandis que la proportion des sourds-muets de naissance, issus de mariages consanguins, est à l'ensemble des sourds-muets de naissance :

a. A Lyon, *au moins* de 25 pour 100 ;
b. A Paris, de 28 pour 100 ;
c. A Bordeaux, de 30 pour 100.

2° La proportion des sourds-muets de naissance croît avec le degré de la consanguinité des parents. Si l'on représente par 1 le danger de procréer un enfant sourd-muet dans un mariage ordinaire, ce danger est représenté par :

18 dans les mariages entre cousins germains ;
37 dans les mariages entre oncles et nièces ;
70 dans les mariages entre neveux et tantes.

3° A Berlin, on compte :

3,1 sourds-muets sur 10,000 catholiques ;
6 sourds-muets sur 10,000 chrétiens en grande majorité protestants ;
27 sourds-muets sur 10,000 juifs.

En d'autres termes, la proportion des sourds-muets croît avec la somme des facilités accordées aux unions consanguines par la loi religieuse.

4° On comptait en 1848, dans le territoire de Jowa (Etats-Unis) :

2,3 sourds-muets sur 10,000 blancs ;
212 sourds-muets sur 10,000 esclaves.

C'est-à-dire que dans la population de couleur, dans laquelle l'esclavage facilite les unions consanguines et même incestueuses, la proportion des sourds-muets était 91 fois plus élevée que dans la population blanche, protégée par la loi civile, morale et religieuse.

5° La surdi-mutité ne se produit pas toujours *directement* par les parents consanguins ; on la voit se manifester parfois *indirectement* dans des mariages croisés, dont l'un des conjoints était issu de mariages consanguins.

6° Les parents consanguins les *mieux portants* peuvent procréer des enfants sourds-muets ; par contre, des parents sourds-muets, mais non consanguins, ne produisent des enfants sourds-muets que *très-exceptionnellement*. La fréquence de la surdi-mutité chez les enfants issus de parents consanguins est donc *radicalement indépendante de toute hérédité morbide*.

7° Le nombre des sourds-muets augmente souvent d'une manière très-sensible dans les localités dans lesquelles il existe des obstacles naturels aux mariages croisés. Ainsi, la proportion des sourds-muets, qui est, pour l'ensemble de la France, de 6 sur 10,000 habitants, s'élève :

En Corse, à 14 sur 10,000 habitants ;
Dans les Hautes-Alpes, à 23 ;
En Islande, à 11 ;
Dans le canton de Berne, à 28.

8° On peut estimer à environ 250,000 le nombre total des sourds-muets en Europe.

9° Les alliances consanguines sont accusées encore de favoriser chez les parents l'infécondité, l'avortement ; chez les produits, l'albinisme, l'aliénation mentale, l'idiotisme, la rétinite pigmenteuse et autres infirmités ; mais ces diverses propositions nous paraissent réclamer une démonstration numérique qui leur manque plus ou moins jusqu'ici.

Lithotripsie. — M. HEURTELOUP lit une note ayant pour titre : *Sur l'ensemble de mes travaux relatifs aux deux lithotripsies, et sur quelques perfectionnements de la petite lithotripsie de main.*

La première partie de cette note, qui a rapport à des travaux successivement soumis au jugement de l'Académie, ne peut être qu'indiquée ici. Quant aux perfectionnements nouveaux qu'annonce le titre, l'auteur en parle dans les termes suivants, qui pour être bien compris exigent qu'on se reporte à ses communications antérieures.

1° Comme dans le commencement de mes travaux sur l'instrument recto-curviligne coudé, je me sers toujours, dans la lithotripsie de main, de cet instrument et de son compresseur volant, ce qui me fait éviter tous les inconvénients et la perte de temps qui fatiguent le malade lorsque le compresseur et l'instrument sont joints ensemble.

2° J'évite, dans l'acte de prendre, toute recherche ; la dépression du bas-fond amène naturellement la pierre ou les fragments, car la pierre attaquée par la petite lithotripsie, dont le pouvoir est naturellement très-borné, doit toujours être d'un petit volume.

3° Le temps du broiement et l'action de saisir la pierre ne sont séparés par aucun mouvement imprimé à l'instrument ; le broiement se passe à peu près dans le lieu où la saisie du corps à broyer s'est opérée.

4° Le compresseur volant se pose sur l'instrument sans imprimer une seule secousse à cet instrument ; de là absence de mouvements et de manœuvres.

5° Le dégorgement, que ne peut jamais opérer la pression, est remplacé par l'aplatissement forcé du détritus amassé. Alors l'instrument est toujours plein d'action pour saisir et pour prendre, bien que cependant il ne se ferme pas complétement.

6° La force nécessaire pour opérer le broiement et la pulvérisation lorsque la résistance est petite, est confiée au chirurgien qui opère.

7° La force qui doit surmonter une plus grande résistance est confiée à un aide, de manière à exonérer le chirurgien de tout emploi d'une force qui nuit à son adresse, et qui d'ailleurs est souvent insuffisante ; mais cette force, sous la protection d'un frein régulateur, demeure constamment à la disposition de l'opérateur.

8° Le dégorgement définitif qui doit précéder le retrait de l'instrument se fait au moyen du compresseur volant. Ce compresseur ouvre l'instrument par un mouvement de levier, et le dégorge par une percussion légère et répétée après une ouverture de l'instrument facile et répétée. Par suite de ces manœuvres fondamentales, dégorgement complet et impossibilité de déchirer l'urèthre en retirant l'instrument.

L'appareil de M. Heurteloup est mis sous les yeux de l'Académie. La note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. J. Cloquet, Jobert (de Lamballe) et Civiale.

— M. MARMISSE adresse des *Recherches sur la mortalité des enfants au-dessous de deux ans dans la ville de Bordeaux*, et demande que ce travail soit adjoint à celui qu'il a présenté l'année précédente sur la statistique mortuaire pour la même ville, et compris dans le nombre des pièces admises au concours pour le prix de statistique de 1862. (Renvoi à la commission.)

— M. DIDAY, délégué de la commission pour l'exécution du monument élevé par souscription à la mémoire de feu A. Bonnet, annonce que l'inauguration de ce monument aura lieu à Lyon le 2 juillet prochain. La commission verrait avec bonheur l'Académie des sciences, qui comptait M. Bonnet au nombre de ses correspondants, représentée à cette solennité par un de ses membres.

— M. MILNE-EDWARDS présente, au nom de la section d'anatomie et de zoologie, la liste suivante de candidats pour la chaire d'entomologie vacante au Muséum d'histoire naturelle :

En première ligne. . M. Blanchard, membre de l'Académie.
En seconde ligne. . M. Lucas, aide naturaliste au Muséum.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. les médecins principaux de 2e classe dont les noms suivent viennent de recevoir les destinations ci-dessous indiquées :

M. Didiot est passé à Marseille ; M. Dussourt, aux hôpitaux de la division d'Alger ; M. Gerrier, à l'hôpital du Gros-Caillou.

— M. le docteur Albert Ehrmann, médecin-major de 1re classe, parti pour le Mexique avec les premières troupes françaises au commencement de février, a été, dit-on, nommé médecin en chef du corps expéditionnaire, en remplacement de M. Ludger Lallemand, décédé.

— Le tribunal correctionnel de Lille vient de prononcer une condamnation à un mois de prison et 200 fr. d'amende contre la nommée Angélique Duthoit, de Neuville-en-Ferain (Nord), pour exercice illégal de l'art des accouchements.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la salivation mercurielle provoquée comme moyen thérapeutique, par le docteur Ph. Passot. In-8° de 16 pages. Prix, *franco* par la poste, 50 c. Paris, chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Étude clinique et médico-légale sur l'empoisonnement par la strychnine, par le docteur Duriau, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. Brochure. Prix : 75 c. *franco*. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Œuvres complètes d'Hippocrate, traduction nouvelle, avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions ; accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques, suivie d'une table des matières ; par E. Littré, membre de l'Institut de France, de l'Académie impériale de médecine, etc. Tome IX et Tome X et dernier. Prix : 10 francs. — Prix de l'ouvrage complet, 10 volumes in-8°, 100 francs. Chez J. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 74. — JEUDI 26 JUIN 1862. (35e ANNÉE.) N° 74. — JEUDI 26 JUIN 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JUIN 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Nélaton a mis hier sous les yeux de l'Académie un kyste ovarique d'un volume considérable, qu'il a enlevé il y a huit jours chez une jeune femme de vingt-six ans qui avait déjà subi plusieurs traitements sans résultat. On n'a pas oublié la communication récente dans laquelle M. Nélaton exposait à l'Académie une tentative de ce genre restée malheureusement infructueuse. « Que les chirurgiens, disait-il, ne se laissent pas décourager par cet insuccès et qu'ils ne désespèrent pas de l'avenir de cette opération, qui compte ailleurs tant de succès ! » Après avoir exprimé à la tribune cette parole d'encouragement et d'espérance en un meilleur avenir, il n'a pas voulu laisser échapper la première occasion de joindre l'exemple au précepte ; et le succès qu'il a obtenu lui a permis de dire hier, paraphrasant la conclusion de sa communication précédente : « Je crois donc pouvoir dès aujourd'hui affirmer que l'ovariotomie entrera prochainement dans notre pratique, et alors, sur ce point comme sur tous les autres, les chirurgiens français n'auront rien à envier à leurs confrères d'outre-Manche. »

Nous ne donnons aujourd'hui sur ce fait important que les renseignements très-sommaires indiqués par M. Nélaton à la tribune. Nous en publierons prochainement la relation détaillée.

M. Colin a donné lecture ensuite d'un mémoire sur l'absorption par les vaisseaux lymphatiques. Ce mémoire a pour objet de démontrer, contrairement aux idées généralement professées aujourd'hui dans les écoles, que les lymphatiques absorbent au même titre et de la même manière que les veines ; qu'ils peuvent, bien que dans les circonstances ordinaires ils n'aient d'autre fonction que de recueillir le plasma, admettre comme les chylifères les substances solubles qui leur sont offertes, et les admettre même rapidement et en grande quantité. C'est à l'aide de petits tubes insérés dans le canal thoracique et dans les vaisseaux blancs, et versant au dehors le chyle et la lymphe, que M. Colin a pu constater l'absorption directe par ces vaisseaux d'un grand nombre de substances solubles ; et c'est à l'omission de ce mode d'expérimentation qu'il attribue l'insuccès des expériences faites dans le même but par la plupart de ses devanciers.

La commission désignée pour examiner ce travail, et qui compte dans son sein quelques-uns des derniers élus de la section de physiologie, ne peut rester silencieuse en présence de ces propositions. Elle ne peut manquer d'en faire le sujet d'un très-intéressant rapport.

L'Académie a entendu avant ces deux communications un rapport de M. Gobley, sur des eaux minérales, et la séance a été terminée par une présentation de M. le docteur Chassagny, de Lyon, relative au nouveau système de forceps de son invention, désigné sous le nom de forceps à traction continue. — Dr Brochin.

HOPITAUX MARITIMES DE BREST ET DE TOULON.

De la translucidité complète de certaines hydrocèles de la tunique vaginale.

PROCÉDÉ DESTINÉ A FAIRE ÉVITER LA LÉSION DU TESTICULE ET DE L'ÉPIDIDYME DANS L'OPÉRATION DE LA PONCTION.

Par M. le docteur Marcelin DUVAL, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Toulon, directeur du service de santé de la marine.

Nous poserons tout d'abord, dans les termes suivants, la question à résoudre : Quand on examine à l'aide d'une vive lumière et avec les précautions voulues une hydrocèle *idiopathique* de la tunique vaginale ayant un volume un peu considérable, existe-t-il toujours à l'endroit occupé par le testicule et l'épididyme une opacité assez étendue, assez nettement accusée pour indiquer positivement la situation de ces organes ?

J'ai dit, il y a plusieurs années déjà, qu'on pouvait assez fréquemment répondre par la négative, pourvu que l'hydrocèle ne présente pas une des conditions voulues pour rentrer dans la première de nos catégories. (Voir plus loin : *Classification des hydrocèles*.

Au commencement de 1858, j'ai publié en même temps que le résumé de quelques travaux une note sur le même sujet, insérée dans l'*Annuaire de Thérapeutique*.

Craignant d'être dupe de quelque illusion d'optique, j'ai pris pendant plusieurs années assez de précautions pour m'en croire à l'abri. Dans ce but, j'ai fait contrôler mes expériences par les professeurs des écoles de Brest et de Toulon, et par un très-grand nombre de chirurgiens de la marine. Or, je dois rendre justice à ceux qui ont bien voulu se charger de ce contrôle : ils ont examiné les tumeurs soumises à leur exploration avec un soin scrupuleux, et en faisant tomber les rayons lumineux sous les incidences les plus variées, comme je l'avais conseillé moi-même ; ils n'ont admis, enfin, qu'après une conviction profonde la réalité d'un fait qui par sa nouveauté excitait vivement leur attention. L'hésitation est bien permise avant d'abandonner des opinions exclusives il est vrai, mais puisées aux plus respectables sources d'instruction.

On se demandera pourquoi s'entourer de ce luxe de témoignages lorsqu'il s'agit d'un fait aussi simple en apparence? D'après ce que nous venons de dire à l'instant, il est facile de prévoir notre réponse ; et s'il fallait légitimer notre manière d'agir, il suffirait d'ouvrir, à l'article *Hydrocèle*, les livres classiques (dictionnaires et autres). Leurs auteurs, qui jouissent d'une réputation bien méritée, et à laquelle mes observations ne porteront aucune atteinte, s'accordent pour admettre que le lieu occupé par le testicule est constamment signalé par une opacité d'une certaine étendue. On me saura gré peut-être de m'abstenir ici de toute citation, dont le moindre inconvénient serait d'être inutile.

A quoi tient cette différence dans le résultat des observations? Il n'est pas probable qu'elle dépende d'une manière spéciale d'examiner la tumeur ; car notre mode d'exploration est à peu près le même que celui indiqué par les auteurs.

Quoi qu'il en soit, je me permettrai de donner quelques conseils ; ils ne s'adressent, bien entendu, qu'aux jeunes chirurgiens. Nous recommandons, à titre de précautions essentielles :

1° De placer et de maintenir la tumeur dans une position horizontale ;

2° De tendre le scrotum pour effacer tous ses plis ;

3° De faire arriver les rayons lumineux dans une direction bien perpendiculaire au point qu'on explore.

Voici sommairement comment nous procédons à cet examen, qui aura lieu dans un endroit tout à fait obscur.

Nous supposerons que l'hydrocèle n'existe que d'un côté. Le malade est debout, le dos solidement appuyé contre un mur, une cloison, etc. On le prie de porter en avant le bassin, et par conséquent les parties génitales. Le chirurgien, qui est placé à gauche et qui peut être assis, fait maintenir aussi relevé que possible le testicule du côté sain. Il en est de même de la verge, qu'un aide ou le malade maintient, pour ainsi dire, appliquée contre la paroi antérieure de l'abdomen.

On saisit alors entre le pouce et l'index de la main droite, immédiatement au-dessus de la tumeur et d'arrière en avant, l'espèce de pédicule formé par le cordon spermatique. En un mot, ces doigts, tournés en haut et en avant, sont placés dans l'intervalle qui existe presque toujours entre l'hydrocèle et l'anneau inguinal ; le pouce répond à la partie gauche et antérieure de la tumeur, l'index à la partie opposée. Ces doigts font glisser de bas en haut le scrotum et l'attirent fortement vers l'anneau inguinal dans le but d'effacer tous ses plis. Les autres doigts de la main droite, fléchis et comme recourbés en crochets, contribuent efficacement à ce résultat en attirant et maintenant en arrière la peau des bourses.

Il s'agit actuellement de porter la tumeur en avant et en haut, afin de la placer bien horizontalement. Il importe beaucoup, en effet, de ne pas la laisser dans une position déclive.

Si, par exception, il n'existe pas entre la tumeur et l'anneau inguinal un espace suffisant pour le pouce et l'index, la tumeur sera toujours amenée à la position horizontale, et tous les doigts de la main droite, fléchis et recourbés en crochets à sa partie inférieure et postérieure, attireront le scrotum dans ce sens.

Un aide, placé à droite, tient aussi près que possible de la partie correspondante du scrotum une bougie allumée : on lui indique en temps opportun les mouvements nécessaires pour éclairer successivement tous les points de la tumeur. Comme *contre-épreuve*, le chirurgien imprime à celle-ci divers mouvements, après avoir recommandé de ne pas mobiliser la lumière pendant cette contre-épreuve. Sa main gauche, dont les doigts sont rapprochés, et dont le bord cubital repose sur la partie supérieure de la tumeur, sert ainsi d'écran.

Si l'on éclaire complétement la tumeur, si la lumière tombe seulement sur sa partie antérieure et supérieure, la partie postérieure et inférieure, *restée dans l'ombre*, sera évidemment *opaque ;* et l'on a conclu plus d'une fois à la présence du testicule en cet endroit ; ce qui était possible mais nullement démontré. Il importe donc de faire traverser par les rayons lumineux la partie postérieure et inférieure de l'hydrocèle ; plus souvent qu'on ne le croit *a priori*, *l'opacité* disparaîtra pour céder la place à une parfaite *translucidité*.

J'ai dit en commençant que cette translucidité complète se rencontrait surtout dans les hydrocèles *idiopathiques ;* mais il n'est pas très-rare de la constater dans des hydrocèles *symptomatiques* de diverses maladies du testicule ou de l'épididyme, de leur inflammation surtout. *Pourvu que ces organes soient environnés d'une certaine couche de liquide* (et quelquefois il est permis d'affirmer qu'elle est bien mince), cette couche peut suffire pour empêcher de déceler la position du testicule et de l'épididyme. Je citerai bientôt plusieurs observations qui ne laissent aucun doute sous ce rapport, et que j'ai prises au hasard parmi trente autres au moins.

L'un des sujets, qui a été examiné par les professeurs de l'École de Toulon, est encore dans notre salle de clinique chirurgicale : c'est le nommé Lefarge.

D'après ce que nous avons écrit déjà en 1858, nous commençons par palper la tumeur, et nous cherchons à nous assurer, à l'aide du toucher, de la position du testicule et de l'épididyme. Le toucher fournit quelquefois à cet égard des renseignements qu'on pourrait demander en vain à l'intervention de la lumière. Bien plus, nous croyons avoir démontré dans nos cours, que celle-ci induit assez fréquemment en erreur, par suite d'une translucidité trop étendue, qui conduit à ponctionner sur un point où l'on rencontre le testicule, et qui donne de fausses notions sur la quantité du liquide contenu dans la tumeur. On est alors autorisé à penser que cette quantité est plus considérable qu'elle ne l'est réellement ; et, pour le dire en passant, bien des hydrocèles, considérées *a priori* comme idiopathiques, sont symptomatiques, ou tout au moins concomitantes d'une orchite, d'une épididymite chronique, etc.

Il ressort des considérations précédentes que le chirurgien se croyant à l'abri de la lésion du testicule, opère avec trop de confiance et peut blesser cet organe. Cet accident est arrivé, comme on le sait, aux plus grands chirurgiens, qui n'ont pas craint d'avouer leur faute (Boyer, Dupuytren, M. Velpeau, etc.). D'autres ont été plus heureux peut-être, ou n'ont pas eu la même franchise.

Le procédé opératoire ordinairement suivi, et qui consiste à donner un coup brusque et sec pour pénétrer d'emblée dans la tunique vaginale, explique encore la possibilité de l'accident dont il est question.

Je m'empresse d'ajouter qu'en général on s'exprime un peu trop légèrement à l'endroit de l'innocuité de la lésion du testicule. Il y a d'abord une douleur presque toujours très-vive, puis assez fréquemment une inflammation qu'il n'est pas facile de maîtriser.

Je connais quatre exemples de cet accident : une fois la piqûre n'eut pas de résultat fâcheux ; dans deux autres cas, l'inflammation de l'organe blessé fut très-intense ; enfin, dans le quatrième cas, il y eut suppuration abondante, et par suite atrophie de l'organe.

Voici maintenant le procédé que j'emploie dans le but d'éviter la lésion du testicule et de l'épididyme, s'il y a translucidité totale, et si le toucher n'a point révélé la situation de ces organes.

Le chirurgien fait un petit pli transversal *au scrotum,* vers la partie inférieure et antéro-externe de la tumeur ; il saisit entre le pouce et l'index gauches l'une des extrémités de ce pli ; l'autre est confiée à un aide ; le pli est incisé avec un scalpel ou un bistouri, perpendiculairement et dans l'étendue seulement nécessaire à l'introduction du trocart. On abandonne le pli à lui-même, et le trocart, tenu d'après les règles ordinaires, est poussé doucement jusqu'à son entrée dans la tunique vaginale. On dirige l'instrument un peu de dedans en dehors, et plutôt

de bas en haut que directement d'avant en arriére. Quand on a traversé la tunique, on s'arrête un moment pour tirer à soi le poinçon, de manière à cacher sa pointe dans la canule; puis on enfonce celle-ci de bas en haut, presque parallèlement à l'axe du corps, en l'inclinant légèrement du côté externe de la tumeur. On retire complétement le poinçon, et la sérosité s'écoule. Si l'on tente la cure radicale, on injecte alors le liquide auquel on donne la préférence (teinture d'iode, vin, alcool, etc.).

Le moment est venu de m'expliquer à l'égard du procédé que je conseille, et qui ne constitue *nullement l'objet de mon mémoire* : il suffit de lire le titre de celui-ci.

Je me garderai bien de le qualifier de procédé nouveau, parce que, en effet, depuis longtemps plusieurs chirurgiens, B. Bell entre autres, ont été dirigés par des idées analogues aux miennes.

Cependant, après avoir écarté toute prétention à la priorité, et quoique connaissant d'avance le sort réservé à ce petit procédé, je dirai qu'il me paraît utile au point de vue pratique. Je ne le considére pas comme infaillible; mais jusqu'á présent il m'a réussi, en ce sens que je n'ai jamais blessé le testicule; or depuis plusieurs années, j'ai pratiqué ou fait pratiquer dans ma clinique plus de 140 ponctions d'hydrocéles.

Classification des hydrocéles. — En nous plaçant au point de vue qui nous intéresse actuellement, nous rangerons les hydrocéles dans trois catégories. On pourrait même, s'il y avait utilité, subdiviser la première catégorie dont les hydrocèles offrant l'opacité classique à l'endroit où siége le testicule, font partie intégrante. Je vais indiquer à l'instant quelques-unes des circonstances où l'on observe cette opacité.

Première catégorie, très-nombreuse. — Elle comprend les hydrocéles symptomatiques ou autres, dans lesquelles la vue, aidée de la lumière artificielle, permet de reconnaître le lieu occupé par le testicule, qui est ou n'est pas accessible au toucher. Ou le testicule est alors volumineux, ou il n'y a point de liquide interposé entre l'organe et l'œil de l'observateur, ou la quantité de liquide est insuffisante pour produire la translucidité compléte; ou le testicule est fixé pour ainsi dire sur un des points de la tumeur. On peut le trouver en bas ou en arrière, en dedans ou en dehors, ou à la partie postéro-inférieure ou postéro-supérieure de la tumeur, voire même en avant. Boyer, Dupuytren, MM. Velpeau et Nélaton relatent des exemples de cette dernière disposition, que j'ai rencontrée deux fois.

Deuxième catégorie. — Il y a translucidité parfaite, et il est impossible de constater, soit à l'aide de la vue, soit par le toucher, la situation du testicule et de l'épididyme.

Troisième catégorie. — Il y a encore translucidité complète; mais le toucher révèle la situation de ces organes.

Je ne m'occuperai pas plus longuement de la première catégorie, qui n'offre rien de bien nouveau.

(Ici M. Duval cite vingt-trois faits appartenant aux deuxième et troisième catégories, relatifs à des malades opérés avec succès.)

Je ne compte pas les hydrocéles de la première catégorie; j'en ai observé 65 appartenant à la deuxième catégorie, et 34 à la troisième.

On est en droit maintenant de m'adresser les questions suivantes : Quel est le total des hydrocéles que vous avez examinées? Combien y en avait-il de complétement translucides?

Je m'abstiendrai de répondre, voici pourquoi. Si l'on venait à répéter mes expériences, il faudrait un concours de circonstances bien extraordinaires pour trouver des chiffres analogues aux miens. Dès lors, par suite d'une tendance assez naturelle, j'allais dire d'un vice de logique dont personne n'est exempt, on m'accuserait d'être tombé dans l'erreur, et ce serait à tort. Déclarer que sur un total d'hydrocéles, il y en avait tant de complétement translucides, c'est exprimer un fait positif pour tous ceux qui ont suivi notre clinique. Mais cette déclaration n'engagerait point l'avenir, et je ne serais nullement responsable de la grande différence de chiffres que l'on rencontrerait ultérieurement. Pourquoi n'adviendrait-il pas aux autres ce qui m'est advenu? Il m'est arrivé, par exemple, de recevoir dans une année un très-grand nombre d'hydrocéles tout à fait translucides, tandis que l'année suivante la plupart des tumeurs de cette espèce s'offraient à nous avec l'opacité *classique*, à l'endroit où siégeait le testicule.

Qui ne connait d'ailleurs la difficulté d'asseoir les statistiques sur des bases solides? Néanmoins elles sont évidemment utiles, pourvu qu'on ne leur demande rien au delà de ce qu'elles peuvent fournir. Je me suis déjà expliqué à leur égard dans un mémoire lu à l'Académie des sciences le 7 janvier 1861, et qui a été en partie reproduit dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéros des 17 et 24 janvier 1861 : *Considérations sur les amputations : de la conservation des membres, spécialement des membres inférieurs, à la suite des fractures comminutives déterminées par des coups de feu*).

Je reviendrai peut-être ailleurs sur la question des statistiques à l'occasion du degré de fréquence des fractures dans nos arsenaux maritimes.

Voici ma profession de foi au sujet des hydrocéles.

J'accepte comme parfaitement exactes les observations de mes prédécesseurs, qui ont facilement reconnu à l'aide de la lumière la position du testicule, et j'admets d'avance l'exactitude des observations ultérieures dont les résultats sembleront ne point concorder avec les miens. Mais si l'on veut se rappeler que j'ai dit, à propos de la première catégorie, qu'elle était très-*nombreuse*, on s'épargnera la peine de me contredire en m'attribuant des opinions exclusives que je n'ai jamais professées.

En définitive, des faits contraires n'infirmeront jamais, quel que soit leur nombre, ce que nous avons vu et montré depuis vingt ans à plus de 400 chirurgiens ou étudiants.

Or il suffit d'un coup d'œil pour vérifier le fait.

Résumé. — 1° Il n'existe pas toujours dans les hydrocéles, à l'endroit occupé par le testicule et l'épididyme, une opacité assez nettement accusée pour indiquer la situation de ces organes.

2° On trouve assez fréquemment une translucidité parfaite, pourvu que l'hydrocèle ne présente pas une des conditions voulues pour la faire entrer dans la première des catégories que nous avons établies ci-dessus.

3° S'il y a translucidité compléte, et si le toucher ne permet pas de reconnaître la position du testicule, je conseille de suivre mon procédé, afin d'éviter la lésion de l'organe.

4° Même conseil lorsque la quantité du liquide est peu considérable, ou le testicule peu apparent à la lumière artificielle, ou peu appréciable au toucher, ou lorsque le scrotum ou les enveloppes de la tumeur offrent une certaine épaisseur.

5° Ce procédé est très-facile, et nous l'avons fait exécuter plusieurs fois à Brest par de jeunes chirurgiens.

6° La translucidité compléte dans les circonstances que nous avons spécifiées est incontestable, du moins pour nous et pour les chirurgiens que nous avons rendus témoins de nos observations; pour nous aussi, le point essentiel était la démonstration d'un fait *nouveau*. Il resterait maintenant à l'*expliquer*.

Cette explication n'est pas aussi facile qu'elle le paraît de prime abord; je crois cependant pouvoir déduire de nombreuses expériences que je répéterai, les conclusions suivantes :

La nature albumineuse du liquide (1), la manière dont il est disposé à l'entour du testicule et de l'épididyme, la forme de la tumeur, la texture de ses enveloppes et la réfraction de la lumière, exercent une notable influence sur la production du phénomène; mais nous aurons à rechercher si certaines conditions de la part de l'organe sécréteur du sperme, si la polarisation ou d'autres lois physiques, ne doivent pas être invoquées pour concourir à son explication.

ÉTUDE SUR L'ALBUMINOGÉNÈSE,

Par M. le Dr L. Hamon (de Fresnay).

(Conclusions d'un mémoire communiqué à l'Académie de médecine.)

I. Toute cause physique, toute condition organique de nature à pervertir la modalité du système nerveux cérébro-spinal, est susceptible d'engendrer la névrose albuminurrhéique. (Piqûre du plancher du quatrième ventricule; commotion du cerveau et de la moelle épinière; réfrigération; alcoolisme; fièvres d'accès; état de gestation; affections chroniques diverses; etc., etc.) L'étiologie de l'albuminurie se trouve là presque tout entière.

II. Le phénomène albuminurrhée est une des façons suivant lesquelles le système nerveux cérébro-spinal peut traduire sa souffrance. Il est régi, dans ses diverses expressions, par ce même système nerveux central. Les faits suivants, que pour la plupart nous avons signalés le premier, en font suffisamment foi.

III. La preuve qu'il ne tient en aucune façon à une affection primaire du rein, c'est qu'il se produit assez fréquemment en dehors de toute lésion organique de cet organe, et réciproquement. Un nouvel argument entre tant d'autres, se tire encore de ce que l'excrétion albumineuse urinaire peut cesser par intervalle de se produire, pour reparaître de nouveau au bout d'un laps de temps variable.

IV. Tous les sujets ne sont pas aptes à servir à l'étude de l'albuminogénèse. A une certaine période de la maladie, certains agents albuminogéniques n'exercent plus qu'une influence à peine appréciable, parfois même nulle, sur l'excrétion albumineuse urinaire.

V. C'est au moment où la maladie vient de passer à l'état chronique, que les conditions semblent le plus favorables pour faire l'étude de cette manifestation morbide.

VI. La somme des pertes d'albumine semble avoir ses limites à peu près marquées, pour un laps de temps donné. Il suit de là que le chiffre de ces mêmes pertes d'albumine n'est point subordonné à la quantité des urines excrétées dans les vingt-quatre heures. Il y a plus, il résulte de nos recherches que c'est à la diurèse la plus copieuse que semble correspondre la déperdition d'albumine la moins considérable.

VII. La hauteur du dépôt albumineux, fourni par un échantillon d'urine, n'a qu'une valeur absolue, et n'est propre á elle seule á donner aucune notion relativement à l'abondance de l'excrétion albumineuse nychthémérale. Comme les proportions d'albumine qui s'y trouvent sont en rapport avec le degré de concentration des urines, on ne saurait comparer entre eux que des produits réalisant à ce point de vue des conditions parfaitement identiques.

VIII. C'est parce que jusqu'ici on n'a point su tenir compte de cette importante question de densité, que l'on a eu à noter des résultats en apparence contradictoires dans les analyses albuminométriques.

Ces expériences, en effet, ne sont véritablement probantes qu'à la condition d'avoir été effectuées avec des urines d'un même poids spécifique.

IX. Les proportions d'albumine excrétées dans les vingt-quatre heures ne sont susceptibles de fournir aucune notion de quelque valeur au point de vue du pronostic de l'affection. L'albuminurrhée est un phénomène tout individuel.

X. Pour apprécier sûrement l'influence albuminogénique d'un agent quelconque, la premiére condition, c'est de faire en sorte qu'il agisse isolément.

XI. L'agent physiologique qui exerce sur l'albuminogénèse l'action la plus marquée, c'est l'accomplissement des fonctions de relation, l'exercice musculaire. Nous avons vu, sous son unique influence, la hauteur du dépôt albumineux s'élever très-rapidement de 0m,039 dans notre albuminomètre.

XII. Si l'on avait eu connaissance de ce fait important, on n'aurait pas avancé cette proposition inexacte, à savoir, que c'est l'urine du sang qui est la moins chargée d'albumine. Celle qui contient le moins de ce principe immédiat, c'est celle qui correspond au repos le plus absolu, le plus prolongé de l'action musculaire.

XIII. La médication purgative exerce une trés-grande influence immédiate sur les proportions d'albumine urinaire excrétées. Cette action, du reste, est passagère, et tient en partie à ce que les purgatifs ont pour premier effet de réduire les proportions de l'urine, d'en augmenter la densité, et surtout de concentrer notablement les principes solides qui s'y trouvent en dissolution.

XIV. Les mêmes remarques semblent applicables, dans la majorité des cas, á la médication vomitive. Elle a généralement pour premier effet d'augmenter plus ou moins notablement la hauteur du dépôt albumineux. Assez souvent, pourtant, la perte d'albumine subit une diminution dans les vingt-quatre heures. D'autres fois, au contraire, cette médication donne lieu á un abaissement notable de la déperdition d'albumine. Son influence sur l'albuminogénèse est donc variable; mais elle est constante. Comme méthode de traitement, nous lui avons dû quelques succès. C'est un moyen à expérimenter.

XV. Les accidents dyspnéiques ont pour effet d'augmenter notablement la somme de l'excrétion albumineuse. Ce fait important donnerait la raison pathogénique de l'albuminurie causée par l'asphyxie par strangulation, par obstruction du conduit aérien (croup), etc.

XVI. William Prout, et après lui M. Gubler, ont signalé les effets albuminogéniques de la digestion. Nous avons, à notre tour, repris ces expériences, que nous avons variées á l'infini. D'accord avec ces habiles expérimentateurs sur le chef capital, nous nous trouvons sur plus d'un point accessoire en complète divergence avec eux.

XVII. La question de l'alimentation est fort complexe. Il faut non-seulement tenir compte de la nature de l'aliment ingéré et du régne dont il est tiré, mais encore de l'espèce même à laquelle il appartient, des proportions suivant lesquelles il est consommé, de l'apprêt culinaire qu'il a subi, des conditions digestives du moment, des aptitudes individuelles, etc.

XVIII. On a avancé que les œufs exerçaient une influence marquée sur l'albuminogénèse, et qu'á ce titre ils devaient être exclus de l'alimentation des albuminuriques. Il y a dans cette proposition et du vrai et du faux. Tout dépend de la préparation culinaire subie par l'aliment. Cuits mous, les œufs sont très-légers, et n'exercent qu'une très-faible influence albuminogénique; cuits durs, ils réalisent les conditions diamétralement opposées. Ils n'agissent point en tant que substances albuminoïdes, *mais uniquement parce que leur mode de préparation les rend plus ou moins réfractaires à la dissolution gastrique*.

XIX. On a dit que le régime végétal réduit à leur minimum les pertes d'albumine. Ici encore, il faut distinguer. Chacun des deux régnes fournit les substances alimentaires le plus diversement douées au point de vue qui nous occupe. Pour ne parler que du régime végétal, on y trouve des aliments qui n'exercent sur l'albuminogénèse que l'influence la plus légère. De ce nombre sont les épinards, les asperges, les farces à l'oseille, les choux bien cuits, les légumes herbacés en général. D'autres, au contraire, déterminent une excrétion albumineuse trés-abondante; or, ce sont ceux qui sont le plus réfractaires á la digestion. Dans cette catégorie viennent se ranger les betteraves, les salades ligneuses, les pois secs, les pommes de terre, etc.

XX. Nos expériences propres nous mettent donc en opposition flagrante avec cette proposition de M. Mariano-Semmola, à savoir que « l'albumine devient presque double sous l'influence d'une alimentation exclusivement azotée, et *se réduit à un minimum très-remarquable dans l'alimentation féculente*. »

XXI. Le lait, le vin, soit rouge, soit blanc, le cidre, ingérés avec une raisonnable proportion de pain, exercent une influence peu marquée sur l'albuminogénèse.

XXII. Nous avons essayé, un très-grand nombre de fois, dix-sept substances alimentaires les plus vulgaires. Nous avons pris les moyennes de ces expériences pour dresser un tableau où ces aliments sont classés d'après leur puissance albuminipare. Les extrêmes de cette échelle de graduation albuminométrique sont représentés par les œufs mous et le pain très-grossier.

XXIII. Finalement, *la puissance albuminogénique d'un aliment quelconque est proportionnelle à son degré de digestibilité*, c'est-à-dire *à la somme d'innervation qu'il demande pour être digéré et assimilé*.

XXIV. Au point de vue thérapeutique, nous nous sommes livré à un certain nombre de recherches albuminométriques. Mais la plupart d'entre elles n'ont point été concluantes, faute d'avoir été effectuées convenablement et répétées un suffisant nombre de fois. Nous nous contenterons de rappeler très-sommairement quelques-unes d'entre elles.

XXV. Les bains entiers prolongés n'agissent présentement que par le repos absolu des organes de la vie de relation.

XXVI. Les larges vésicatoires n'ont donné lieu á aucune augmen-

---

(1) J'ai fait analyser plusieurs fois et comparativement la sérosité de l'hydrocèle, le sérum du sang, le liquide céphalo-rachidien. L'analyse de ce dernier liquide m'a permis récemment de reconnaître la véritable source d'un écoulement par l'oreille à la suite d'une fracture du rocher. Je publierai prochainement cette observation, et plusieurs autres encore qui ont trait aux fractures du crâne. Voici quelques-unes des conclusions de ce travail :

1° L'*ecchymose de la paupière supérieure* a une certaine valeur au point de vue du diagnostic des fractures de la voûte orbitaire, mais à la condition d'éliminer les causes d'erreurs provenant surtout des plaies ou contusions plus ou moins voisines de l'endroit fracturé. Depuis 1842, j'ai eu occasion d'observer plusieurs faits qui viennent à l'appui de mon assertion. J'ai même conservé deux pièces pathologiques qui ne laissent aucun doute à cet égard : on peut suivre le sang à la trace, depuis le lieu de la fracture jusque dans la cavité de l'orbite et jusqu'à la *paupière supérieure*. Dans l'une de ces pièces, la fracture de la voûte orbitaire *gauche* s'étend par irradiation jusqu'au rocher du côté *droit*, qui est fracturé perpendiculairement à son axe. J'ai réussi deux fois à reproduire artificiellement des fractures analogues.

2° Si les fractures *indirectes* ou par *contre-coup* sont très-rares, il n'en est pas de même des contusions du cerveau, qui peuvent aller jusqu'à l'*attrition*, et siéger dans un point diamétralement opposé au point fracturé.

3° Dans certaines fractures *avec enfoncement*, les fragments s'engrènent d'une manière si intime, qu'il est très-difficile ou impossible de les relever à l'aide des moyens ordinairement employés.

tation de l'excrétion albumineuse. Nous n'avons eu, d'ailleurs, à noter aucun symptôme spécial du côté de la vessie.

XXVII. Le café noir a donné lieu à une légère augmentation de l'albumine urinaire.

Quelque incomplètes que soient ces notions, elles sont pourtant, si nous ne nous abusons nous-même, de nature à jeter quelque jour sur une des questions les plus ardues, les plus obscures, de la pathogénie. C'est là un terrain encore presque vierge de culture, et qui ne demande qu'un peu de soin pour porter d'heureux fruits. Dans l'intérêt de la science, nous faisons donc un appel qui, nous osons l'espérer, sera entendu des expérimentateurs.

HERNIE PECTINÉALE.

Par M. le docteur J. ADAMS.

L'auteur reçut dans son service une femme qui présentait tous les symptômes de l'étranglement herniaire. Comme à un premier examen on ne put trouver de tumeur herniaire nulle part, on supposa qu'il s'agissait d'une hernie fémorale, réduite par le taxis, avec persistance de l'étranglement, et l'on finit par tenter une opération du côté où la douleur était plus intense. On y sentait distinctement deux ganglions lymphatiques superficiels, tuméfiés, et, en outre, immédiatement avant d'opérer, M. Adams put reconnaître que la région crurale présentait une plénitude qui n'existait pas de l'autre côté, dans un point situé plus en dedans que la hernie crurale ordinaire, sous le bord du long adducteur; cette différence était surtout prononcée lorsqu'on portait la cuisse dans l'abduction.

Une incision verticale, faite à ce niveau, divisa d'abord la peau et le *fascia superficialis*; en disséquant lentement et couche par couche, on arriva sur une aponévrose dense, élastique, légèrement soulevée par une espèce de tumeur encore difficile à reconnaître.

En divisant un peu de tissu cellulaire, on coupa la saphène interne près de sa terminaison. Là veine liée, on sentait facilement avec le doigt le repli falciforme qui limite, vers le côté interne, l'orifice destiné à livrer passage à la saphène. On tomba ensuite sur une aponévrose serrée, nacrée, qui était, selon toute apparence, la portion pubienne du *fascia lata*; on la coupa sur la sonde cannelée.

Avant d'arriver sur la tumeur, il fallut encore diviser un certain nombre de fibres musculaires qui, d'après leur direction, ne pouvaient appartenir qu'au muscle pectiné. On se trouva alors en présence d'un sac herniaire facile à reconnaître. L'incision, faite avec les précautions requises, laissa échapper une petite quantité d'un pus fétide, et à nu une masse épiploïque fortement congestionnée, noirâtre, et une petite anse d'intestin grêle gangrenée et perforée dans plusieurs points. L'étranglement, qui siégeait à la hauteur de l'anneau crural, fut coupé sur le doigt, en haut et en dedans : il s'échappa aussitôt une grande quantité de matières fécales. L'épiploon ayant été retranché, la plaie fut pansée simplement. La malade succomba quatre jours après l'opération.

En faisant l'autopsie, on disséqua la région avec beaucoup de soin. On s'aperçut aisément que la hernie avait traversé l'anneau crural, non pas en s'engageant dans la gaîne des vaisseaux, mais en glissant derrière et un peu en dedans de la veine fémorale, dans la direction du muscle pectiné, entre ce muscle et la veine. Elle s'était creusé dans le pectiné une dépression profonde, apparemment par la pression qu'elle exerçait sur lui; toutefois quelques faisceaux de ce muscle, notamment ceux qui naissent près de l'épine du pubis, au même niveau que le long adducteur, la débordaient en avant. C'étaient ces fibres qui avaient été coupées pendant l'opération. La partie du pectiné sur laquelle la hernie avait reposé était atrophiée et un peu gangréneuse; la colonne charnue qui s'était trouvée au-devant de la hernie était recouverte par la portion pectinéale du *fascia lata*, tandis que cette aponévrose avait presque entièrement disparu sur le reste du pectiné; l'anse contenue dans le sac avait environ un pouce et demi de long, et appartenait à la partie moyenne de l'intestin grêle, etc. (*Archiv. gén. de méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juin 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Gers, du Pas-de-Calais et de Seine-et-Oise. (Commission des épidémies.)

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Gervais (Haute-Savoie), par M. le docteur Payen, et de Royat (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Allard.

3° Un mémoire manuscrit intitulé *Recherches sur la mortalité des enfants au-dessous de deux ans dans la ville de Bordeaux*, par M. le docteur Marmisse. (Commissaire, M. Blache.)

4° Un mémoire de M. le docteur Auphan sur la chlorose et son traitement par les eaux minérales. (Commissaire, M. Beau.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bonnafont, qui informe l'Académie qu'ayant été appelé à donner des soins aux Touaregs pendant leur séjour à Paris, il a été assez heureux pour faire apprécier au chef principal les bienfaits de la vaccine et le déterminer à en introduire l'usage dans le Soudan;

2° Une note de M. le docteur Bourgade (de Clermont) sur plusieurs cas de pellagre sporadique observés en Auvergne;

3° Une lettre de M. Girard (de Cailleux), qui fait hommage à l'Académie, au nom de M. le préfet de la Seine, d'un plan de l'asile d'aliénés d'Auxerre;

4° Une lettre de M. Bénos, fabricant de bougies emplastiques, qui soumet ses instruments à l'appréciation de l'Académie.

5° M. J. Charrière présente la note suivante :

Ayant vu employer dans les hôpitaux de Londres des instruments à lame simple et bilatérale pour agrandir le col de l'utérus, ces derniers m'ont paru d'une grande complication et d'un prix élevé; j'ai cru devoir en simplifier le modèle de manière à en rendre l'usage plus général.

Cet instrument, fabriqué sur les principes que j'ai appliqués à d'autres instruments de la pratique chirurgicale, a été présenté par moi à M. Nélaton à l'Exposition universelle de Londres. Il se compose de deux lames dont les tranchants sont protégés mutuellement par le dos de chacune d'elles, ce qui supprime une gaîne et les réduit à un très-petit volume. Pour développer graduellement les lames, on tient le manche dans la paume de la main; une pression du pouce sur la rondelle de la canule C fait écarter les lames à tous les degrés marqués sur la tige, et que l'on arrête avec le curseur D. La figure E représente un dilatateur mousse du col de l'utérus, fonctionnant de la même manière.

A B C D E

6° M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une proposition de M. Poggiale, appuyée de MM. Guibourt, Guérard, Gobley, Chevallier et Boudet, demandant la nomination d'une commission chargée d'examiner les moyens qu'il conviendrait d'employer pour empêcher l'annonce et la vente des remèdes secrets. Les signataires de la proposition sont nommés membres de cette commission.

Sur la demande de M. Chevallier, M. H. Bouley est adjoint à la commission.

— M. VELPEAU présente à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Després, un travail imprimé *sur l'érysipèle*.

— M. LECANU dépose sur le bureau, au nom de M. le professeur Munos de Luna (de Madrid), un portefeuille-trousse contenant les instruments et les réactifs propres à faire reconnaître les altérations des principaux fluides animaux.

M. DEPAUL présente, au nom de M. Lalagade (d'Albi), un Mémoire sur le traitement de l'érysipèle traumatique à l'aide de l'onguent mercuriel à l'extérieur et de la digitale à l'intérieur.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. GOBLEY, au nom de la Commission des eaux minérales, lit un rapport sur les eaux d'Urban-Vacqueyras (Vaucluse).

Les sources sont de deux espèces, sulfureuses et ferrugineuses; elles sont froides et donnent un débit moyen de huit à douze mille litres par vingt-quatre heures.

La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée, à la condition cependant que les travaux indiqués dans le rapport de l'ingénieur des mines seront exécutés.

COMMUNICATION.

Ovariotomie. — M. NÉLATON présente à l'Académie une tumeur de l'ovaire provenant d'une opération pratiquée il y a quelques jours. Cette pièce, beaucoup plus grosse qu'une tête d'adulte, est loin de reproduire fidèlement le volume qu'avait le kyste avant l'extirpation. En effet, l'évacuation de tous les kystes ponctionnés ou déchirés, l'élasticité des parois, la rétraction de celles-ci par leur immersion prolongée dans l'alcool, ont réduit de moitié le volume de la tumeur. On pourra s'en faire une idée, sachant qu'elle contenait plus de huit litres de liquide.

Cette masse est constituée par une agglomération de kystes de diverses grosseurs, dont plusieurs sont gros comme le poing; d'autres ont le double de ce volume, tandis qu'une partie de la masse totale se compose d'une multitude de kystes beaucoup plus petits. Tous ces kystes étaient du reste remplis par un liquide visqueux.

On trouve à la surface de la tumeur un fragment d'épiploon qui est resté adhérent, et, dans un autre point, ce qui reste du pédicule se présentant sous la forme d'un cordon aplati d'un centimètre de longueur.

« La malade qui a subi l'opération, dit M. Nélaton, est aujourd'hui parfaitement guérie. L'annonce d'une guérison obtenue aussi rapidement, ne peut manquer de paraître prématurée aux personnes qui m'écoutent, lorsqu'elles sauront qu'il y a huit jours à peine que l'opération a été pratiquée; et cependant je ne crois pas trop m'avancer en proclamant aujourd'hui un succès complet. Tous les malades que j'ai vues au huitième jour dans un état aussi satisfaisant que celui dans lequel se trouve notre opérée, toutes, dis-je, ont guéri. Je dois cependant faire une restriction. Une des femmes que j'ai observées chez notre très-honorable confrère M. Spencerwels, a été prise de tétanos au vingtième jour et a succombé dans l'espace de quarante-huit heures. »

Sur l'invitation qui lui est adressée par l'Académie, M. Nélaton donne de vive voix quelques détails très-sommaires sur ce fait, se réservant, dans une prochaine séance, de compléter l'observation et d'aborder la question de doctrine.

La malade, âgée de vingt-six ans, présenta les premiers symptômes de son mal au mois de juin 1861. La tumeur s'accrut rapidement, et dans les premiers jours de 1862 l'abdomen était développé comme au huitième mois de la grossesse. Alors apparurent les douleurs abdominales, qui furent très-vives. Les vomissements, la dyspnée prirent des proportions telles que notre excellent confrère M. Duret se trouva dans l'obligation de faire la ponction. Cette opération, pratiquée le 17 mai (sept litres de liquide visqueux), procura un soulagement de courte durée. Les accidents reparurent plus menaçants. Cédant alors aux instances de la malade, nous nous décidâmes à recourir à l'ovariotomie. Pour lui donner toutes les garanties désirables, nous fîmes transporter la jeune femme hors Paris, vieille route de Neuilly, 34, dans la maison de santé du docteur Duval, qui voulut bien nous offrir un pavillon isolé au milieu de son jardin.

Le 17 juin, je procédai à l'opération, assisté de MM. Duval père et fils, de M. le docteur Duret et de M. le docteur Saurel, mon aide habituel, dont j'apprécie chaque jour le concours dévoué.

Une incision étendue de l'ombilic, à peu de distance de la symphyse pubienne, permet de découvrir le kyste, qui est saisi avec des pinces plates et ponctionné dans sa partie la plus saillante. La mollesse et la minceur des parois sont telles qu'une grande partie du liquide s'échappe à l'extérieur de la canule du trocart. Plusieurs ponctions successives ayant réduit le volume de la tumeur, on s'aperçoit qu'elle est retenue par des adhérences nombreuses disséminées à sa surface, les unes à l'épiploon, les autres à l'intestin grêle. Ces adhérences, assez résistantes, cèdent à des tractions en sens inverse sur le kyste et les organes adhérents. La tumeur, devenue libre, sort de l'abdomen, retenue seulement par un pédicule gros comme le doigt. Ce dernier est immédiatement saisi et fortement comprimé par le *clamp*, instrument qui n'est autre chose qu'un simple compas d'épaisseur, connu dans les arts mécaniques sous le nom de maître de danse. Cet instrument, qui a très-bien fonctionné, quoiqu'il ne soit pas irréprochable, m'a été très-obligeamment donné par notre excellent confrère M. Baker-Brown.

Le pédicule une fois sectionné au-dessus du clamp, l'opération paraissait terminée. Mais dans la destruction des adhérences épiploïques, trois petites artérioles avaient été rompues. Trois fils de soie furent appliqués sur ces vaisseaux, et l'hémorrhagie fut définitivement arrêtée. Je n'ignorais pas qu'une assez grande quantité de liquide était tombée dans l'excavation pelvienne. Or, l'expérience a appris que rien n'est plus compromettant pour le succès de l'opération, que le séjour dans la cavité péritonéale d'un liquide qui subira la décomposition putride; aussi je n'hésitai pas à plonger huit ou dix fois ma main munie d'une grosse éponge derrière l'utérus, dans le fond de l'excavation recto-vaginale, et j'étanchai avec le plus grand soin jusqu'à la dernière goutte de liquide.

Ceci fait, j'appliquai sept fils métalliques, en ayant soin de comprendre le péritoine dans la suture, et je fermai complétement la plaie. La malade fut enveloppée dans des couvertures chaudes et portée dans son lit, encore sous l'influence du sommeil anesthésique dans lequel elle avait été plongée pendant l'opération. Inutile d'ajouter qu'à son réveil elle n'avait aucune notion de ce qui s'était passé.

Le premier jour, refroidissement pendant la première heure; vomissements des boissons ingérées; coliques sous forme de crises; pouls à 96. La malade a uriné. Pas de ballonnement du ventre. Lavement laudanisé.

Le deuxième jour, les mêmes symptômes persistent. Le pouls tombe à 88. Lavement laudanisé; glace.

Le troisième jour, apparition d'un hoquet qui cède à l'application d'un vésicatoire sur l'épigastre. A partir de ce moment, amélioration très-notable. Pouls à 76.

Le quatrième jour, le *clamp* est détaché. Bouillon froid.

Le cinquième jour, pouls à 66. On enlève cinq fils. La malade n'a pas eu de garde-robes. On prescrit pour le lendemain l'huile de ricin.

Le sixième jour, évacuation considérable. On enlève le sixième fil. Potages.

Le septième jour, apparition des règles; on enlève le septième fil. — Potages, œufs.

Le huitième jour, pouls à 62. — Potages, côtelette.

L'état de la malade est aussi satisfaisant que possible. La plaie abdominale est réunie dans toute son étendue.

Tel est le résumé très-écourté de cette observation. Vous avez pu voir qu'il ne s'agissait pas ici d'un cas simple, d'une opération facile. La tumeur était volumineuse, la malade affaiblie par de longues souffrances; des adhérences nombreuses rendaient l'extirpation laborieuse, et cependant la guérison a été obtenue très-rapidement sous le climat de Paris, qu'on représentait naguère comme redoutable pour nos opérés.

Je crois donc pouvoir, dès aujourd'hui, affirmer que l'ovariotomie entrera prochainement dans notre pratique, et alors, sur ce point comme sur tous les autres, les chirurgiens français n'auront rien à envier à leurs confrères d'outre-Manche.

LECTURE.

Absorption par les vaisseaux lymphatiques. — M. COLIN donne lecture d'un mémoire intitulé : *De l'absorption effectuée par les vaisseaux lymphatiques, et du système des affinités électives.*

M. Colin s'est proposé dans ce travail de démontrer que les lymphatiques absorbent comme les veines, au même titre et de la même manière, et que les idées actuellement professées dans les écoles sur ce sujet ont besoin pour la plupart d'être rectifiées.

Les expériences rapportées dans ce mémoire ont été faites sur des chevaux et sur des chiens; M. Colin a étudié successivement l'absorption dans les chylifères, dans les vaisseaux lymphatiques à l'aide de substances faciles à reconnaître, le prussiate de potasse, l'iodure de potassium, l'émétique, le sulfo-cyanure de potassium, les arsénites et les arséniates alcalins, et l'acide arsénieux.

D'après l'auteur, il résulte de ces expériences, que les lymphatiques, chargés dans les circonstances ordinaires de recueillir seulement le plasma, peuvent cependant, comme les chylifères, admettre les substances solubles qui leur sont offertes, les admettre rapidement et en grande quantité.

A l'objection qui pourrait lui être faite par les partisans exclusifs de l'absorption par les veines, savoir : que ce que l'on trouve dans les lymphatiques et les chylifères leur est peut-être donné par le sang, l'auteur répond en montrant que les matières absorbées pénètrent directement dans les vaisseaux blancs.

Si M. Magendie, dit l'auteur en terminant, n'a pas vu le chyle coloré par la rhubarbe et s'il n'y a pas retrouvé l'odeur de l'alcool, c'est vraisemblablement parce que ces substances se trouvaient dans le chyle en très-petite quantité. Si, au bout d'un quart d'heure, il n'a pas constaté la présence du prussiate de potasse dans le chyle du canal thoracique, c'est que l'absorption du sel a été retardée, et elle l'est souvent davantage. Si la noix vomique a tué des chiens dont le canal thoracique était lié ou les vaisseaux chylifères coupés, c'est que la quantité de poison prise par les veines seules a été suffisante pour déterminer la mort. Si M. Ségalas dans ses expériences n'a pas vu la noix vomique passer par les chylifères d'une anse intestinale

isolée, c'est que le poison y passait trop lentement et en trop petite quantité pour y déterminer une action toxique. Enfin, si M. Chatin n'a pas retrouvé dans le canal thoracique l'antimoine et l'acide arsénieux, c'est que la quantité de liquide prise après la mort dans ce canal a été insuffisante pour la constatation de ces substances.

En somme, il n'a manqué à ces savants expérimentateurs pour découvrir la vérité qu'une seule chose, de petits tubes insérés dans le canal thoracique et dans les vaisseaux blancs. A l'aide de ces tubes versant au dehors le chyle et la lymphe, ils auraient constaté que les chylifères et les lymphatiques absorbent très-rapidement les sels, les poisons et les matières colorantes solubles; ils auraient pu en même temps déterminer les caractères de cette absorption, la suivre dans toutes les phases de son activité et de son ralentissement. (Commissaires : MM. Cl. Bernard, H. Bouley et Béclard.)

PRÉSENTATION.

Du forceps à traction soutenue et à pression progressive. — M. LE Dr CHASSAGNY rappelle qu'au commencement de l'année dernière il eut l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie un nouveau forceps, et en même temps un appareil destiné à remplacer les tractions à la main.

Cet appareil se compose d'un arc de cercle qui prend son point d'appui sur les genoux de la malade, et présente à sa partie moyenne une manivelle qui, par l'intermédiaire d'une vis sans fin, met en mouvement un arbre sur lequel s'enroule une corde qui est attachée au forceps aussi haut et aussi près que possible de la tête. En agissant sur cette manivelle, on opère des tractions aussi lentes et aussi modérées que peut le désirer l'accoucheur le plus prudent.

Cet instrument, qui à l'époque ne comptait encore que de rares succès, a fait ses preuves aujourd'hui, dans les cas les plus difficiles, et en présence des praticiens les plus recommandables et des hommes qui à Lyon occupent en obstétrique les positions les plus élevées. Cependant il a soulevé et il soulève encore de nombreuses objections; la plus grave, celle qui se présente le plus naturellement à l'esprit, c'est que l'on substitue ainsi à l'intelligence de l'accoucheur une machine aveugle, brutale, inintelligente, incapable d'exercer des tractions rationnelles, pouvant bien par la violence triompher de quelques difficultés, mais en brisant tous les obstacles.

Le docteur Chassagny s'élève contre cette objection; il prétend, au contraire, que son instrument agit en tirant exactement suivant les axes du bassin, qui ne peuvent pas toujours être reconnus par l'accoucheur. Il prétend que dans tout accouchement terminé à l'aide de son appareil il a été dépensé moins de force qu'il n'en eût fallu employer par la méthode ordinaire; il croira avoir mis hors de doute cette proposition, s'il est parvenu à démontrer :

1° Qu'il est à peu près impossible à l'aide des tractions manuelles de diriger la tête du fœtus suivant les axes du bassin, et que son appareil remplit parfaitement cette indication;

2° Que les tractions hors de l'axe des détroits ont pour résultat de créer dans des points limités du bassin des pressions considérables, qu'il a pu mesurer, peser et traduire en chiffres;

3° Que le précepte de tirer en arrière dans le premier temps de l'opération est irrationnel, et qu'en le suivant on atteint un but diamétralement opposé à celui qu'on se propose;

4° Enfin, comme corollaire des propositions précédentes, qu'une tête qui a résisté aux efforts d'un homme vigoureux, pourra sans peine être extraite à l'aide de son appareil, sans violence et en ne dépassant pas une force de 40 ou 50 kilogr. au plus.

L'appareil à l'aide duquel le docteur Chassagny fait ces démonstrations, se compose d'une espèce de boîte rectangulaire dans laquelle est fixé un bassin artificiel en tôle, dont on peut à volonté exagérer les rétrécissements du diamètre antéro-postérieur. Ce bassin est fixé de manière à pivoter sur deux axes, représentés par deux tiges métalliques plantées à peu près au milieu de chaque fosse iliaque externe, et traversant les parois latérales de la boîte, en dehors d'une desquelles une autre tige métallique, fixée solidement sur l'extrémité du pivot, décrit des arcs de cercle d'autant plus étendus que l'on déviera davantage le bassin.

Une série de ressorts agissant sur cette tige tendront à rendre progressive la résistance que l'on éprouvera pour produire ces déviations; en même temps deux aiguilles à frottement placées à son extrémité indiqueront jusqu'où elle a été portée, et la pression que la symphyse du pubis a dû supporter, soit à sa partie inférieure, soit à sa partie supérieure, suivant que la déviation a été produite en haut ou en bas. Cette pression a été pesée à l'avance et cotée sur chacun des cadrans correspondant à chaque aiguille.

Un fœtus étant placé dans ce bassin, la tête saisie par le forceps, dès les premières tractions on voit qu'elles ne s'exercent pas suivant l'axe du bassin, que les aiguilles sont considérablement déviées, et que par l'action de porter en arrière les manches de l'instrument, on porte la tête en avant en exerçant une pression considérable sur la partie supérieure de la symphyse, pression qui atteint facilement 25 kilogr., limite extrême que l'instrument peut mesurer.

Il est donc évident que dans les tractions à la main, le forceps devient pour l'accoucheur un véritable levier, et que la pression de dedans en dehors que la tête doit exercer sur le bassin ne se répartit pas sur toute la surface, mais qu'elle s'exerce sur des points limités et dans des proportions effrayantes.

Et cependant ces pressions indépendantes de la traction n'ont pas pour résultat de coopérer à la progression de la tête, au contraire elles lui nuisent; elles devront rendre les efforts de traction infiniment plus considérables, augmentant encore dans la même proportion la compression qu'auront à subir la matrice, la vessie, les os eux-mêmes, et multipliant les chances de produire des ruptures des symphyses, des fistules vésico-vaginales, des eschares gangréneuses, etc.

Pour démontrer sa dernière proposition, le docteur Chassagny tire avec énergie sur la tête, qui résiste à tous ses efforts; plaçant alors son appareil, il l'amène avec une force moyenne de 40 kilogrammes, sans que les aiguilles aient subi aucune déviation, prouvant ainsi que ces tractions ont été exercées rigoureusement suivant les axes du bassin, et que c'est à cette heureuse direction qu'il doit de n'employer qu'une force relativement si minime.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 21 juin 1862, M. Bouis, agrégé de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est chargé de la direction et de la surveillance des travaux pratiques de première et de troisième année.

M. Personne est chargé de la surveillance des épreuves pratiques exigées pour le troisième examen des aspirants aux diplômes de pharmacien de première et de deuxième classe.

— Deux Sociétés locales agrégées à l'Association générale des médecins viennent de se former : l'une pour l'arrondissement de Brives (Corrèze), l'autre pour celui de Narbonne (Aude).

Les médecins du département de l'Eure sont convoqués aujourd'hui même à Evreux, pour former une Société locale.

Dans son assemblée générale du 19 juin dernier, la Société médicale de la Haute-Marne, siégeant à Chaumont, a voté son agrégation à l'Association générale.

— Dans la liste des médecins et pharmaciens auxquels l'empereur Napoléon Ier a laissé un souvenir sous la dénomination de *donataires de Fontainebleau*, on a omis de mentionner le nom du baron Yvan, chirurgien ordinaire de l'Empereur, qui a été compris pour une somme de 40,000 fr.

M. le baron Yvan, son fils et sa sœur, sont compris chacun pour 20,000 fr. sur la liste du *Moniteur*.

— M. J. J. Knolz, professeur de médecine à l'Université de Vienne, vient de mourir dans cette ville à l'âge de soixante-douze ans.

— M. Vallée, depuis vingt ans instituteur des enfants idiots à l'hospice de Bicêtre, vient d'obtenir sa mise à la retraite.

Comme éducateur, M. Vallée a rendu des services qui lui ont valu les encouragements de nos médecins aliénistes les plus distingués.

— La Société centrale de médecine du département du Nord établit un double concours : concours triennal, concours annuel.

Concours triennal. — Les praticiens des départements du Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne et Ardennes, sont seuls admis à ce concours. Est considéré comme apte à concourir tout praticien exerçant dans l'un de ces départements la médecine, la pharmacie ou l'art vétérinaire. Les praticiens nés dans cette circonscription académique peuvent aussi concourir, quelle que soit leur résidence actuelle.

Le but de ce concours est de récompenser le *travail imprimé* le plus propre à vulgariser ou à étendre la science sur l'une des branches de l'art de guérir, publié dans la période des trois dernières années 1860, 1861, 1862.

Les ouvrages (deux exemplaires) seront envoyés *franco* au secrétaire général de la Société. Ils seront reçus jusqu'au 1er février 1863.

1er prix, médaille d'or. — 2e prix, médaille d'argent.

Dans le cas où la Société aurait la satisfaction de couronner plusieurs ouvrages, le prix sera multiplié et non partagé.

Concours annuel. — Tous les praticiens français et étrangers sont invités à prendre part au concours annuel. Les mémoires, lisiblement écrits en français et en latin, seront seuls admis à concourir. Les mémoires seront envoyés suivant la forme académique. La clôture du concours annuel est fixée au 1er juin 1863 (terme de rigueur).

Voici la liste des questions à traiter :

Chirurgie. — 1° Des altérations organiques du rocher.

2° De l'iridectomie considérée comme moyen thérapeutique de certaines affections oculaires.

Médecine. — Rechercher les moyens les plus propres à prévenir la phthisie pulmonaire, ou bien à en retarder ou en arrêter les progrès.

Hygiène. — De l'influence que la filature de lin (au mouillé) exerce sur la santé des ouvriers.

Thérapeutique. — De l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales.

Art vétérinaire. — De la valeur de l'inoculation dans la pleuro-pneumonie épizootique bovine.

Pharmacie. — Faire connaître un procédé simple et d'une application facile au moyen duquel on puisse déterminer extemporanément et d'une manière suffisamment rigoureuse, la quantité d'huile volatile de moutarde à laquelle une poudre quelconque de cette graine soit susceptible de donner naissance.

Prix. — Chacune de ces questions peut obtenir : 1er prix, médaille d'or; 2e prix, médaille d'argent. Mention honorable.

— M. le maire de Venisy (Yonne) nous prie d'insérer la note suivante :

« La commune de Venisy demande un médecin auquel elle garantira pendant cinq ans un traitement annuel de 800 fr., non compris le produit de la clientèle. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme, par le docteur Lucien Pénard, chirurgien principal de la marine, etc. Avec 87 figures intercalées dans le texte. Un volume in-18 de 520 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Essai critique et théorique de philosophie médicale, par S. P. Un volume in-8°. Prix : 7 fr. *franco*. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Examen des opinions émises récemment par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris, par Alexandre Viennois. Paris, 1862, in-8° de 62 pages. Prix, *franco* par la poste, 1 fr. 50 c. Chez F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 75. — SAMEDI 28 JUIN 1862. (35e ANNÉE.) N° 75. — SAMEDI 28 JUIN 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la thrombose et de l'embolie cérébrales dans leurs rapports avec le ramollissement du cerveau.

L'étude des obstructions vasculaires par des caillots formés sur place ou par des caillots migrateurs, ou, pour parler le langage récemment admis dans la science, par des *thromboses* ou par des *embolies*, a conduit déjà à des résultats intéressants ; elle a jeté un jour nouveau sur des phénomènes pathologiques restés jusque-là profondément obscurs, et elle a révélé la cause de plusieurs cas de mort subite qu'on n'avait su longtemps à quoi attribuer. La plupart des faits que nous avons fait connaître jusqu'à présent se rapportent aux oblitérations des vaisseaux thoraciques ou des artères des membres. L'oblitération des vaisseaux artériels et capillaires des organes encéphaliques n'avait été qu'à peine indiquée dans les auteurs. Nous devons à M. le docteur Lancereaux, déjà connu dans la science par de remarquables travaux, une étude nouvelle et du plus grand intérêt des effets de la thrombose et de l'embolie cérébrales dans leurs rapports avec le ramollissement cérébral.

60 observations, les unes recueillies par M. Lancereaux lui-même dans les divers services des hôpitaux auxquels il a été attaché comme interne, les autres empruntées aux journaux et recueils modernes de médecine, font la base de ce travail. Sur ces 60 observations, M. Lancereaux a constaté que le siége du foyer ramolli correspondait toujours à une artère obturée. Ainsi, en mettant en regard les lésions des artères et le siége du foyer ramolli dans ces 60 faits, on trouve :

ARTÈRES OBTURÉES.	SIÉGE DU RAMOLLISSEMENT.
Carotide cérébrale gauche et ses branches. Sylviennes gauches, 33 fois.	Hémisphère gauche, 32 fois.
Carotide cérébrale droite et ses branches. Sylviennes droites, 15 fois.	Hémisphère droit, 15 fois.
2 artères sylviennes, 1 fois.	2 corps striés.
2 carotides, 1 fois.	2 lobes antérieurs et corps strié droit.
Carotide interne droite, 1 fois.	Hémisphère droit.
Tronc basilaire et 2 vertébrales, 1 fois.	Portion postérieure, hémisphère gauche.
Tronc basilaire et ses branches, 6 fois.	Pont de Varole et moelle, 4 fois. Cervelet, 1 fois. Couche optique, 1 fois.
Tronc basilaire et 2 carotides, 1 fois.	Hyperémie du cerveau.
Vertébrale gauche, 1 fois.	Portion postérieure, hémisphère gauche.

De là cette première conséquence, qu'il existe nécessairement une relation entre le ramollissement du cerveau et l'occlusion des artères de l'encéphale. Mais quelle est la raison de ce rapport et des deux faits dont il établit la connexité? quel est celui qui précède l'autre? C'est ce que M. Lancereaux a cherché à savoir par l'analyse de ces observations.

Le ramollissement, fait-il remarquer, ne peut être la cause de l'oblitération artérielle dans les faits où celle-ci a pour siége soit l'une des carotides, soit l'une des artères cérébrales moyenne ou antérieure, soit encore une vertébrale ou même le tronc basilaire, c'est-à-dire des vaisseaux situés en dehors du foyer du ramollissement, et n'ayant souvent pas le moindre contact avec lui. Ce n'est donc que dans les cas où les artères du foyer lui-même se trouvent oblitérées qu'on peut conserver quelque doute ; mais alors, comme l'indiquent la plupart des observations, ou bien la paroi artérielle malade, le plus souvent athéromateuse, est la cause même de l'oblitération du vaisseau ; ou bien le caillot, par son petit volume, son peu d'étendue, son défaut d'adhérence, sa dureté et surtout sa composition différente de la fibrine, ne peut être rattaché à une coagulation formée sur place, à une altération qui du parenchyme se serait communiquée à l'artère. Dans tous les cas donc, le ramollissement paraît être consécutif.

Remarquant, d'autre part, que dans presque tous les cas l'oblitération occupe l'une des branches artérielles qui partent du cercle de Willis, M. Lancereaux a cru pouvoir formuler cette autre conclusion : c'est ordinairement dans les cas où l'occlusion artérielle a pour siége l'une des artères situées au delà du cercle de Willis, qu'elle s'accompagne de ramollissement cérébral.

Les caractères du ramollissement cérébral par oblitération artérielle rappellent d'ailleurs la plupart des variétés de ramollissement décrites dans les auteurs, y compris certaines formes de l'encéphalite.

Maintenant que l'on connaît la cause immédiate du ramollissement cérébral, pour connaître les causes éloignées il faut remonter aux causes de la thrombose et de l'embolie, avec lesquelles elles se confondent. Ces causes sont l'âge sénile, prédisposant à la dégénérescence athéromateuse du tissu des artères, l'abus des boissons alcooliques, les affections du cœur et des gros vaisseaux, particulièrement l'endocardite, remontant elles-mêmes à l'affection rhumatismale, et généralement toutes les conditions organiques susceptibles soit de modifier directement l'état du sang et d'en favoriser la coagulation dans les vaisseaux, soit d'en modifier le cours, de l'accélérer ou de le ralentir, de manière à produire, en définitive, le même résultat.

L'oblitération des artères cérébrales est assez fréquente, puisque M. Lancereaux a pu en réunir dans ce travail soixante exemples, la plupart de date récente, et que sur ce nombre il en a observé lui-même, pendant son internat, quinze cas, dans lesquels le ramollissement de la substance cérébrale, une fois exceptée, a été la conséquence de l'occlusion artérielle. Quant à la fréquence de cette forme de ramollissement, elle paraît très-grande aussi. En effet, sur vingt-deux cas d'encéphalopathie que M. Lancereaux a vus, seize fois le ramollissement était lié à une oblitération artérielle.

Nous ne poursuivrons pas ici avec l'auteur l'étude des symptômes et de la marche de ces ramollissements, ce qui nous conduirait beaucoup trop loin. Tous les points importants de l'histoire de cette affection traités dans ce travail sont parfaitement résumés d'ailleurs dans les propositions suivantes, qui suffiraient au besoin pour donner une idée de l'importance de ces recherches :

La thrombose et l'embolie cérébrales sont les deux modes d'occlusion spontanée des vaisseaux de l'encéphale. Il y a thrombose toutes les fois que l'obstruction existe en même temps qu'une altération de la paroi du vaisseau ; embolie, dans tous les cas où des corps calcaires, des fragments de valvule, des végétations verruqueuses, et parfois des caillots fibrineux arrondis et non adhérents, ont été rencontrés dans un vaisseau dont les parois étaient d'ailleurs saines. L'embolie peut encore être soupçonnée, lorsqu'en l'absence d'un bouchon aussi nettement caractérisé, l'oblitération artérielle coïncide avec les infarctus des viscères ou la gangrène d'un membre.

La thrombose et l'embolie des artères de l'encéphale donnent lieu à des accidents qui sont le résultat de l'occlusion des branches artérielles et du ramollissement consécutif de la substance nerveuse.

Les différences de consistance et de coloration que présente la substance nerveuse, dans les cas de ce genre, correspondent aux phases diverses d'une même altération, aux trois périodes successives de l'évolution du ramollissement, et ne constituent pas, par conséquent, des espèces anatomiques distinctes.

Le ramollissement cérébral consécutif à la thrombose ou à l'embolie, est ordinairement caractérisé par des phénomènes paralytiques, le plus souvent par une hémiplégie subite, avec ou sans perte de connaissance. Ses symptômes ont la plus grande ressemblance avec ceux qui révèlent l'hémorrhagie cérébrale ; mais ils diffèrent par leur marche, l'absence de contracture et de convulsions, des accidents liés aux diverses formes de ramollissement de l'encéphale qui reconnaissent d'autres causes que l'oblitération artérielle.

La thrombose inflammatoire, ou phlébite des sinus, et la thrombose proprement dite des sinus de la dure-mère, diffèrent l'une de l'autre tant par les lésions qui les constituent que par les phénomènes qui les révèlent. Celle-là se rencontre fréquemment liée à l'infection purulente ; celle-ci n'en est jamais ac-

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons sur les affections cutanées artificielles, sur la lèpre, les affections diathésiques, les difformités, etc., professées par M. le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, recueillies et publiées par M. le docteur GUÉRARD, ancien interne de cet hôpital (1).

Décrire les affections cutanées en les rapprochant les unes des autres, selon leurs affinités naturelles, c'est-à-dire selon les liens de causalité, d'origine, de traitement, qu'elles présentent et non d'après l'identité de leur élément primitif, telle est la pensée qui a dominé l'enseignement de M. Bazin depuis son origine.

Aussi avons-nous vu paraître successivement ses leçons sur les affections cutanées scrofuleuses, parasitaires, syphilitiques, arthritiques et herpétiques, et le savant dermatologiste vient-il de compléter son œuvre en publiant ses leçons sur les affections de cause externe, les affections diathésiques, la lèpre, les difformités, etc. Je vais essayer d'en donner une analyse rapide.

La première partie, consacrée aux affections de cause externe, est sans contredit la plus intéressante ; c'est qu'en effet M. Bazin ayant seul admis une classe d'affections de cause externe, les pages dans lesquelles sont décrites ces affections ont tout d'abord pour elles l'attrait des choses nouvelles ; d'un autre côté, cette classe n'a pas été établie dans le seul but de faciliter la description et l'étude des affections cutanées ; mais elle prend son origine dans la nature, et soit qu'on l'envisage au point de vue scientifique, soit qu'on la considère au point de vue thérapeutique, elle présente une incontestable utilité.

L'admission d'une classe d'affections de cause externe n'a-t-elle pas pour conséquence de conduire les médecins à rechercher si la cause première d'une affection cutanée réside seulement dans le monde extérieur? Ne mène-t-elle pas à cette conclusion : les affections de cause externe ne nécessitent pas un traitement interne, un traitement général? Tout médecin qui aura reconnu qu'une affection est due à une cause externe, n'aura-t-il pas fait un grand pas dans la voie de la thérapeutique, et ne devons-nous pas dès lors payer un tribut d'éloges au dermatologiste qui, le premier, admit une classe d'affections cutanées de cause externe et une classe d'affections de cause interne, qui, le premier, enfin établit irrévocablement les bases d'une saine thérapeutique?

Je sais, il est vrai, qu'on a écrit que si M. Bazin avait irrévocablement fixé les bases du traitement des affections cutanées, il était désormais inutile de s'occuper de la thérapeutique des éruptions tégumentaires!

Mais M. Bazin a-t-il donc prétendu, en posant les bases du traitement des affections cutanées, en érigeant en précepte « que toutes les affections cutanées en voie d'évolution, reconnaissant des causes extérieures ou des causes internes, leur traitement devait être local ou général? » A-t-il donc prétendu que la génération contemporaine ou les générations futures ne trouveraient pas des agents externes ou internes plus féconds en résultats que ceux que nous possédons?

Quoi qu'il en soit, M. Bazin partage les affections de cause externe en deux grandes sections. La première comprend les affections mécaniques, c'est-à-dire les affections dues à un instrument piquant, tranchant, à une morsure, à l'action de la chaleur ou du froid ; la seconde, les affections provoquées directement ou indirectement.

Les affections provoquées directement ou artificielles, reconnaissent pour cause l'action des *circumfusa* et des *applicata*, les professions, le contact de substances irritantes, des produits de sécrétion, l'existence de parasites, l'inoculation de matières putrides. Aussi les affections décrites dans cette partie de l'ouvrage sont-elles assez nombreuses, et le lecteur y trouvera-t-il l'éphélide solaire, la roséole estivale, la miliaire sudorale, les éruptions arsenicales, mercurielles, iodées, etc.

Sans doute M. Bazin n'est pas le premier médecin qui ait décrit ces affections. Les dermatologistes ses contemporains, ceux qui l'ont précédé, se sont tous contentés, à l'exception de M. Rayer, d'avancer que le contact d'agents irritants pouvait produire des affections papuleuses, vésiculeuses, et cela sans donner une description de ces éruptions, sans les grouper, pour rappeler leur communauté d'origine.

M. Rayer, le créateur du mot *artificiel*, le premier qui a donné à ces affections une place, fort restreinte d'ailleurs, dans son *Traité des maladies de la peau*, les a même disséminées à la fin de chacun de ses groupes willaniques, laissant ainsi dans l'ombre la question de nature. Ainsi, dans aucun autre ouvrage on ne trouvera un groupe d'affections artificielles et une description aussi nette de ces éruptions.

Toutes ces réflexions peuvent s'appliquer aux affections provoquées indirectement ou pathogénétiques.

« Sous le nom d'affections pathogénétiques, j'entends, dit M. Bazin, toute affection provoquée par l'introduction d'une substance dans l'économie par voie d'absorption : telles sont l'urticaire pathogénétique, la pellagre, la roséole copahique, l'érythème belladoné, etc. »

Toutes ces affections forment un groupe aussi naturel que les affections artificielles. Toutes, en effet, ont une même origine : l'ingestion d'une substance ; une même terminaison : disparition lorsqu'on cesse de faire usage de l'agent producteur, à moins que le malade ne soit sous l'influence d'une maladie constitutionnelle. Toutes, enfin, ne se développent qu'autant qu'elles rencontrent un terrain favorable.

Ce chapitre est aussi nouveau qu'intéressant, et mérite spécialement l'attention du lecteur.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à des affections de

(1) Un vol. in-8°. Prix, 6 fr. Paris, 1862, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 2.

compagnée; c'est à la dernière que s'associe plus particulièrement le ramollissement cérébral, qui, en pareil cas, paraît encore sous la dépendance unique de l'occlusion vasculaire.

Le ramollissement cérébral consécutif à l'oblitération vasculaire et l'hémorrhagie cérébrale, dont la cause originelle est ordinairement, sinon toujours, une lésion des vaisseaux ou du cœur, et particulièrement la dégénérescence graisseuse des capillaires de l'encéphale, constituent une classe importante des affections cérébrales, dont le caractère dominant consiste en ce que l'altération de l'encéphale y est subordonnée aux affections de l'appareil circulatoire.

Convulsions épileptiformes. — Contagion nerveuse.

Il s'est passé récemment dans le service de M. Bouchut à l'hôpital Sainte-Eugénie un fait curieux, et qui se rattache à l'un des éléments de pathogénie les plus dignes d'intérêt, l'imitation ou la contagion nerveuse.

C'était dans le courant du mois dernier; on apporte dans le service une petite fille en proie à des accidents nerveux convulsifs; elle est prise trois ou quatre fois par jour de céphalalgie, de vertige, de strabisme, suivis de syncope convulsive. Elle tombe n'importe où elle se trouve, en se frappant avec violence sur le sol et en se faisant de très-fortes contusions. Le visage est rouge, la bouche tordue, écumeuse; il y a du strabisme, et quelquefois l'enfant se mord profondément la langue. Elle se débat avec violence et se roule comme une possédée. Sans connaissance, insensible au bruit et à la douleur, ses membres roidis se dressent et s'abaissent avec violence; puis au bout de dix minutes, les accidents se calment pour reparaître avec la même force, ou cessent définitivement. Alors l'enfant revient un peu à elle, reste abasourdie, étonnée et comme endormie pendant une heure. Les yeux, troublés, ne voient que du feu, et à la fin de chaque attaque elle croit voir quelque temps devant elle un grand crucifix rouge. Il ne lui reste qu'un peu d'insensibilité aux avant-bras et aux mains. A l'exception de ces accidents, elle mange bien et paraît en très-bonne santé. Ces attaques convulsives épileptiformes ont duré près de deux mois, et ont été guéries par des lavements de chloroforme administrés trois fois par jour.

Jusque-là rien de très-insolite sans doute, une affection convulsive épileptiforme, comme on en voit assez souvent sous l'influence de diverses causes qui ont impressionné et ébranlé plus ou moins fortement le système nerveux. Mais ce qui donne à ce fait son intérêt particulier, c'est la circonstance qui a présidé au développement de ces phénomènes morbides.

Voici en quels termes la rapporte M. Bouchut dans un opuscule qu'il vient de publier sur ce sujet, et qui fait suite au mémoire sur la *contagion nerveuse* qu'il a lu l'année dernière à l'Académie, et dont nous avons rapporté un extrait dans la *Gazette*.

« Le 9 juin de l'année dernière, les enfants de la paroisse de Montmartre étaient rassemblés pour la retraite de la première communion. Il y avait dans l'église 150 garçons et à peu près 150 filles, ce qui pouvait faire 500 personnes avec les assistants. Dès le premier jour, le sanctuaire n'étant pas encombré et nul exercice de piété n'ayant encore surexcité l'imagination des enfants, trois filles furent prises de perte de connaissance et de mouvements convulsifs généraux qui durèrent quelques instants. Il en fut de même aux offices du lendemain 10, le matin et le soir; le jour d'après, 11, les mêmes accidents se reproduisirent sur trois ou quatre autres jeunes filles; le mercredi 12, des convulsions apparurent encore sur quelques jeunes filles, et les ecclésiastiques, craignant alors de trop exalter l'imagination de ces enfants, prièrent le prédicateur, jusque-là toujours réservé, de ne se laisser aller à aucun entraînement de paroles capables d'exciter la terreur. Malgré ces précautions, le 13, jour de la première communion, au milieu d'une assistance nombreuse évaluée à 3,000 personnes et par une chaleur excessive, bien que toutes les fenêtres fussent ouvertes, douze ou treize jeunes filles furent prises de convulsions avec perte de connaissance, et on fut obligé de les emporter de l'église. Prises çà et là dans l'assemblée, sans se voir les unes les autres, elles poussaient un cri, tombaient en syncope et se tordaient sur le sol. Chez quelques enfants, l'attaque dura peu; mais il en est d'autres chez lesquelles la perte de connaissance dura une heure et demie, avec les apparences les plus graves. Aux offices du soir, une vingtaine d'enfants furent prises comme le matin, avec les mêmes symptômes durant de quelques minutes à une heure. On remarqua aussi que plusieurs de ces enfants étaient prises pour la deuxième ou troisième fois.

» Le vendredi matin 14, jour de la confirmation, à l'approche du cardinal-archevêque, quatorze ou quinze filles furent encore prises de tremblement convulsif, et, poussant un cri lorsqu'il levait la main sur leur front, elles tombaient à ses pieds sans connaissance et en convulsion.

» Ainsi dans cette retraite, qui dura cinq jours, voilà plus de quarante enfants qui furent prises de syncopes convulsives avec cris, perte momentanée de l'intelligence et du sentiment, avec mouvements convulsifs prolongés, et cela subitement, sans excitation à la frayeur, uniquement pour avoir été les témoins de phénomènes semblables sur d'autres enfants.

» Chose remarquable, il n'y eut d'accidents que chez les filles. Pas un seul garçon ne fut atteint par la contagion. Parmi elles, les unes ne furent prises qu'une fois, et les autres eurent plusieurs attaques aux différents offices. Quelques-unes furent très-malades. Il y en eut deux chez qui les attaques continuèrent les jours suivants; l'une, menacée par le curé d'être chassée de la pension où elle était, vient de guérir; l'autre a eu sans cesse depuis ce moment des attaques convulsives, deux, trois et souvent jusqu'à dix par jour, ou bien de petits vertiges n'aboutissant pas à une grande attaque. »

C'est celle dont nous venons de rapporter l'histoire. Il convient d'ajouter, d'après les renseignements recueillis par M. Bouchut, que cette enfant n'a aucun antécédent de famille; elle n'avait jamais eu de convulsions avant d'aller au catéchisme, et c'est dans l'église, en voyant tomber près d'elle une de ses compagnes, qu'elle a contracté sa maladie convulsive.

De la tonsure conjonctivale.

Nous avons dit, dans l'avant-dernière *Revue*, à l'occasion d'un malade du service chirurgical de la clinique auquel M. Richard a pratiqué l'opération de la tonsure conjonctivale, que nous exposerions le procédé opératoire que M. Furnari a décrit sous ce nom. La description de ce procédé exige trop de détails pour qu'il eût été possible de ne le faire qu'incidemment, et il est assez important d'ailleurs pour mériter quelques développements.

Quatre instruments sont nécessaires pour pratiquer cette opération :

1° Une pince oculaire à griffes multiples;

2° Des ciseaux mousses et courbes sur le plat, dont l'un des anneaux est percé d'un trou taraudé pour recevoir une pince à branches flexibles se fermant par un coulant et destinée à porter une petite éponge;

3° Un crochet mousse à pointe très-aplatie et à concavité tranchante;

4° Un scarificateur dont la pointe est tranchante des deux côtés, et la convexité tranchante à partir de la première courbure.

Les paupières étant maintenues écartées, le chirurgien saisit avec la pince à griffes multiples la conjonctive vers la partie supérieure et externe du globe s'il s'agit de l'œil gauche, la partie supérieure et interne s'il s'agit de l'œil droit. Dès que le globe est bien fixé, on opère circulairement de bas en haut et de droite à gauche, la dissection de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-conjonctival, depuis la marge cornéenne jusqu'à 3 millimètres en deçà de la rigole circulaire formée par la conjonctive palpébrale qui se réfléchit pour couvrir le globe.

En disséquant la surface conjonctivale supérieure du globe, on doit avoir soin de ménager un petit lambeau adhérent au centre du bord supérieur de la cornée, précaution importante, car le globe ayant toujours de la tendance à se porter en haut et à se cacher sous la paupière supérieure, les autres temps de l'opération seraient difficiles à pratiquer sans ce lambeau, qui sert de prise pour porter l'œil dans les différentes directions. On dissèque le segment inférieur de la conjonctive bulbaire en suivant la même marche que pour le segment supérieur, toujours en dirigeant les ciseaux de droite à gauche, de l'angle externe à l'angle interne s'il s'agit de l'œil gauche, et *vice versa* si l'on opère sur l'œil droit.

L'excision qu'on vient de faire laisse une vaste plaie circulaire; il ne faut pas s'occuper du bord externe ou palpébral de cette plaie; c'est le bord interne périphérique à la cornée qui doit fixer toute l'attention du chirurgien, car c'est là qu'est le siége principal de la maladie et la cause fréquente des récidives. — C'est ici que commence le second temps. — A l'aide des mêmes ciseaux qui ont servi à disséquer la conjonctive, on tond le tissu cellulaire sous-conjonctival, ordinairement très-vascularisé dans les affections chroniques de la cornée. Chemin faisant, on enlève hardiment le bord péricornéen de la conjonctive. En un mot, toute la sclérotique doit être mise à nu. Pendant l'opération, on nettoie la plaie aussi souvent que possible avec l'éponge fixée à l'un des anneaux des ciseaux.

Comme il arrive toujours, quel que soit le soin qu'on ait apporté dans l'exécution de ce second temps de l'opération, qu'il reste sur la sclérotique des filaments celluleux vascularisés, et à la circonférence de la cornée un réseau vasculaire profond qui échappe aux ciseaux, il est indispensable d'achever l'opération à l'aide du crochet décrit plus haut, qui, appliqué à plat sur la sclérotique dénudée, saisit les derniers filaments cellulaires les plus adhérents.

Enfin, avec le secours du scarificateur coudé, on pratique de légères scarifications sur l'anneau conjonctival, c'est-à-dire sur les portions cellulo-vasculaires qui n'ont pas été atteintes par les ciseaux. On continue autant que possible ces scarifications sur les vascularisations les plus prononcées du pourtour de la cornée elle-même, en dirigeant l'instrument de la circonférence au centre; cela doit être fait avec de grandes précautions; il faut soulever avec la pointe de l'instrument les vaisseaux les plus volumineux, éviter d'aller jusqu'au centre de la membrane, incliner légèrement le scarificateur, appliquer sa petite lame tranchante presque à plat sur la cornée, et en abrasant les vaisseaux qui y adhèrent.

S'il s'agit d'un pannus charnu, toutes ces précautions sont inutiles; il suffit de promener le scarificateur en tout sens et sur la totalité des surfaces malades. On passe une dernière fois les ciseaux sur le cercle péricornéen pour exciser les extrémités béantes des vaisseaux séparés par le scarificateur, et l'on finit par exciser le petit lambeau conjonctival adhérent au centre du segment supérieur de la cornée, et qui, comme il est dit plus haut, a servi de prise pour porter le globe dans les différentes directions, et surtout de haut en bas.

---

cause interne que M. Bazin n'avait pas encore décrites, c'est-à-dire aux affections qui surviennent dans le cours des maladies pestilentielles, des fièvres, des phlegmasies, de la lèpre et des maladies diathésiques.

La lèpre est une maladie que nous ne rencontrons pas chez les habitants de nos contrées qui n'ont pas émigré, mais qui s'observe quelquefois chez les personnes qui ont habité pendant un temps plus ou moins long certains pays chauds. Elle débute alors, ainsi que le fait remarquer M. Bazin, tantôt pendant le séjour du malade dans ces contrées, tantôt après le retour dans le pays natal. Nos relations avec les autres peuples du globe s'étendant chaque jour, et les lépreux que l'on observe en France devenant moins rares, il est important de bien connaître les caractères de la lèpre afin de ne pas s'exposer à de fâcheuses méprises. A ce titre, ce chapitre possède déjà un intérêt très-grand; mais, en outre, il contient des points de vue nouveaux. C'est ainsi que M. Bazin considère la lèpre comme une maladie constitutionnelle. Il divise cette maladie en quatre périodes, comme il l'a déjà fait pour la syphilis, la scrofule; il admet des affections propres à la lèpre et des affections communes à la lèpre et aux autres maladies constitutionnelles, et signale ce fait que la plupart des lépreux qu'il a observés sont nés d'un père goutteux et d'une mère cancéreuse, etc.

Outre cette étude de la lèpre, la deuxième partie contient encore un chapitre des plus intéressants sur les affections diathésiques. M. Bazin admet la diathèse; mais, pour lui, cette expression n'a pas le même sens que pour la plupart des médecins. Tandis, en effet, que Chomel et Baumès considèrent comme synonymes les expressions diathèse et prédisposition latente, M. Bazin regarde la diathèse comme une maladie caractérisée par l'existence d'un seul produit morbide, et admet trois groupes de diathèses : diathèses inflammatoires, homéomorphes et hétéromorphes. Il décrit le farcin et la morve comme des diathèses inflammatoires; la sclérodermie, la chéloïde, les tumeurs fibro-plastiques, le tubercule, le mycosis fongoïdes, le fongus acnéique, les tumeurs érectiles, l'épithélioma, etc., sont les affections diathésiques hétéromorphes auxquelles il consacre quelques pages. Quant aux diathèses homéomorphes, elles n'ont à la peau que fort peu de manifestations, et sont toutes du domaine de la médecine ordinaire; aussi ne fait-il que les mentionner. Disons enfin que la description des affections diathésiques est précédée de considérations générales sur les diathèses, qu'on ne méditera pas sans fruit et sans utilité.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée aux difformités provoquées ou spontanées, c'est-à-dire aux effets du tatouage, à la nigritie, au vitiligo, à l'albinisme, aux nævi, aux verrues, au molluscum, à l'ichthyose, etc.

Je n'insiste pas plus longtemps sur toutes ces affections; mais à l'aide de cette courte analyse, on pourra juger la valeur de ce livre destiné à prendre place parmi les œuvres utiles et durables de la littérature médicale.

Dr Emile Baudot,
ancien interne, lauréat des hôpitaux, etc.

Lettres sur les animaux, par Georges Leroy, 4e édition, précédée d'une introduction par M. le docteur Robinet (1).

Pendant longtemps les philosophes, entraînés par des idées spéculatives, se laissèrent aller en métaphysique à tous les errements de leur imagination. L'arrivée de Descartes produisit un bouleversement à peu près complet, et alors furent jetés les premiers fondements de la science de l'observation. Toutefois son école resta entachée de quelques restes de l'esprit ancien, et on se rappelle que c'est d'une opinion de ce philosophe qu'est née la question de l'âme des bêtes. On sait le bruit que fit cette opinion, les discussions qu'elle engendra et les nombreux chapitres qu'elle fit écrire.

Ce furent Buffon et Réaumur qui appliquèrent les premiers le cartésianisme à l'étude positive des instincts et de l'intelligence chez les animaux. Mais il était réservé à un simple lieutenant des chasses au parc de Versailles, à Georges Leroy, d'en faire une étude sérieuse et approfondie dans des lettres qui parurent pour la première fois il y a cent ans, sous le titre bien modeste de *Lettres sur les animaux*, par le *Physicien de Nuremberg*. C'est aux soins de M. le docteur Robinet que nous devons la quatrième édition de cet intéressant ouvrage.

Complètement étranger aux discussions oiseuses des vieilles écoles philosophiques, appelé chaque jour par ses fonctions et par ses goûts à vivre au milieu des animaux ou à leur faire la guerre, Georges Leroy put donner carrière à son esprit observateur et saisir la nature sur le fait. « Il n'est, dit Montaigne, désir plus naturel que le désir de cognoissance. Nous essayons tous les moyens qui nous y peuvent mener; quand la raison nous fault, nous y employons l'expérience... La vérité est chose si grande, que nous ne debvons desdaigner aucune entremise qui nous y conduise. » (Liv. III, ch. XIII.)

C'est ce que fit Georges Leroy, le condisciple, le collaborateur de Diderot, et sans contredit l'un des principaux représentants de la grande école philosophique qui caractérise le dix-huitième siècle, celle de Diderot et de Hume.

Georges Leroy n'était donc pas seulement un chasseur, c'était encore un savant, un ami des arts, un philosophe, et — ce qui ne gâte rien — un homme du monde. Reçu dans quelques-unes des grandes maisons de l'époque, il fit de l'objet de ses études de prédilection ce que Demoustier avait fait de la mythologie, il vulgarisa dans les *Lettres sur les animaux* tout ce que lui avait appris l'observation, appliquant ainsi à la science la seule et vraie bonne méthode, la méthode positive.

Il reconnaît bien l'importance des descriptions anatomiques, des

(1) Un volume grand in-18. Prix : 3 fr. 50 c. Paris, chez Poulet-Malassis, 97, rue Richelieu.

Voilà pour le troisième temps.

Le quatrième et dernier temps consiste, après avoir facilité l'écoulement du sang par de légères lotions d'eau tiède et épongé convenablement la plaie, à promener sur la cornée un petit pinceau préalablement imprégné d'une solution de nitrate d'argent (M. Furnari frotte légèrement sur un crayon de nitrate d'argent le pinceau préalablement mouillé avec un peu de salive), en traçant de petites traînées superficielles de la circonférence au centre. On promène ensuite le pinceau caustique circulairement sur l'anneau de jonction de la cornée avec la sclérotique.

Ces légères cautérisations constituent une des parties les plus délicates de l'opération, et doivent être pratiquées avec de grandes précautions. Si le pinceau est trop fortement chargé de solution caustique, on risque de laisser sur la cornée une opacité indélébile; si, au contraire, la cautérisation n'est pas suffisante, l'exfoliation de l'épithélium n'a pas lieu, et une nouvelle vascularisation peut se former sur la cornée. En général, on doit, suivant M. Furnari, atteindre plus particulièrement les parties ulcéreuses de la cornée, passer à peine sur les parties vascularisées et respecter les parties transparentes.

Tout le pansement consécutif consiste à appliquer pendant deux ou trois jours des compresses imbibées d'eau froide.

On n'aura peut-être pas lu déjà sans un certain sentiment de crainte les détails de cette manœuvre opératoire; mais qu'on se rassure. Voici en quels termes M. Furnari, qui ne s'est nullement dissimulé à lui-même ce que cette opération a d'effrayant au premier abord, en apprécie les résultats :

« Cette opération est longue, difficile à pratiquer, très-douloureuse, effrayante même; et sans l'occasion d'une première tentative que nous fîmes sur les nomades d'Afrique, nous n'aurions jamais osé l'essayer en Europe; mais la tonsure conjonctivale étonne autant par sa hardiesse que par son innocuité; car l'œil ne s'enflamme pas; il survient tout au plus une forte irritation qui n'est jamais de longue durée. Nous dirons même plus; la phlogose chronique dont l'organe était affecté disparait par le fait de l'opération, qui, en enlevant les tissus vascularisés ou sarcomateux, provoque une abondante saignée locale et produit une forte détente dans les parties profondes de l'organe.

« Le fait le plus remarquable et le plus constant de la tonsure conjonctivale, ajoute M. Furnari, c'est que les fortes douleurs dont le malade était affecté depuis longtemps cessent vingt-quatre heures après l'opération. Le travail d'élimination et de résolution commence ordinairement au bout d'une semaine; ce qui reste des vaisseaux anormaux péricornéens s'atrophie, les infiltrations lymphatiques et hématiques interlamellaires se résorbent graduellement; la couche superficielle de la cornée malade s'exfolie sous forme d'eschare et laisse apparaître la couche sous-jacente dans sa transparence normale. Les granulations palpébrales elles-mêmes, sous l'influence de l'opération, subissent de grandes modifications qu'on n'avait pu obtenir ni par les cautérisations, ni par les scarifications directes. »

Ces heureux résultats, constatés plusieurs fois par M. Furnari, ont été également vérifiés par plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris, notamment par MM. Broca et Richard. Nous ferons connaître prochainement le résultat obtenu chez le malade opéré tout récemment par M. Richard, et nous reviendrons à cette occasion sur quelques points que nous n'avons pu qu'indiquer rapidement dans cet article.

Nous avons assisté mardi dernier, à l'amphithéâtre de la clinique d'accouchement, à une épreuve que M. Pajot a faite devant ses élèves, à l'effet d'apprécier la valeur d'un instrument bien simple, comme on va le voir, qu'il a imaginé pour pratiquer la section du cou du fœtus dans les cas où cette opération est indiquée, c'est-à-dire dans les présentations irréductibles du tronc, l'enfant ayant cessé de vivre. On sait que le procédé prescrit par les auteurs en pareil cas (c'est celui qu'a employé plusieurs fois M. P. Dubois) consiste, après s'être assuré du lieu qu'occupe le cou de l'enfant, à introduire la main tout entière dans l'utérus et à s'efforcer, à l'aide du doigt indicateur disposé en forme de crochet, d'attirer en bas la région cervicale pour la rendre accessible, tandis que de l'autre main on introduit le long de la face palmaire de la première de longs et forts ciseaux à l'aide desquels on divise successivement par petites incisions répétées toute l'épaisseur du cou. Mais cette manœuvre est beaucoup moins facile à exécuter qu'à décrire; et dans bien des cas, soit qu'il y ait un peu de rétrécissement du bassin, que la tête soit très-élevée ou que l'utérus soit fortement rétracté sur le fœtus, elle est même impraticable. C'est pour en avoir apprécié par lui-même les difficultés dans deux circonstances toutes récentes, à huit jours de distance, chez une femme de la ville auprès de laquelle il a été appelé en consultation, et chez une femme de la Clinique, que M. Pajot s'est promis, à la première occasion, de recourir à un autre moyen. Ce moyen, voici en quoi il consiste : un crochet mousse et un fil, voilà tout le matériel. Le crochet mousse se termine par une petite boule mobile retenue en place par le fil qui y adhère, lequel glisse dans une rainure pratiquée à la face convexe du crochet jusque vers l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'instrument. Là le fil est engagé dans un petit trou pratiqué dans toute l'épaisseur de la tige, traverse l'instrument et vient s'engager dans une rainure pratiquée à la face concave, jusqu'à un point d'arrêt autour duquel le reste de ce fil est enroulé.

L'instrument ainsi armé est introduit dans l'utérus entre la paroi postérieure et le corps du fœtus, et quand on s'est assuré par des tâtonnements que le crochet embrasse le cou du fœtus, il suffit d'un petit mouvement imprimé à l'instrument, le fil étant dégagé de son point d'attache, pour faire tomber la petite boule mobile terminale de l'instrument, laquelle entraine avec elle le bout de fil qui y est fixé.

On tient ainsi les deux bouts du fil, dont l'anse se trouve de cette manière engagée autour du cou; on retire l'instrument, et à l'aide des deux bouts du fil restés seuls entre les mains de l'opérateur, celui-ci pratique quelques mouvements de scie, qui suffisent pour trancher la tête. L'expérience a été faite deux fois en notre présence sur le mannequin, et chaque fois il a suffi de trente secondes pour diviser complétement le cou d'un fœtus à terme et de dimensions moyennes. Reste à mettre le moyen pratique sur la femme vivante. C'est ce que M. Pajot se propose de faire à la première occasion.

— Par une singulière et heureuse coïncidence, pendant que nous rapportions le fait important d'ovariotomie communiqué à l'Académie de médecine par M. Nélaton, nous recevions, par la voie de la *Gazette médicale de Strasbourg*, la nouvelle qu'un événement tout semblable venait de se passer dans cette ville. M. Kœberlé, agrégé à la Faculté, a pratiqué avec succès l'extirpation de l'ovaire dans un cas de kyste de cet organe. L'opération a été faite le 2 juin, en présence de M. Schützenberger, professeur à la Faculté de médecine, et de MM. Hergott, Aubenas et Hecht, agrégés. Le kyste, comprenant l'ovaire, avait 27 à 29 centimètres de diamètre. La malade, âgée de vingt-six ans (juste le même âge que celle de M. Nélaton), a échappé aux dangers de l'hémorrhagie et de la péritonite, et le 20 juin, dix-huit jours après l'opération, elle pouvait être considérée comme guérie.

Depuis le cas de Laumonier, en 1781, l'opération avait toujours échoué en France, fait remarquer la *Gazette médicale de Strasbourg ;* le succès de M. Kœberlé serait donc le premier que compterait parmi nous la chirurgie contemporaine.

Ce journal nous donnera très-vraisemblablement dans son prochain numéro des détails plus circonstanciés, que nous nous empresserons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 juin 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. CHASSAIGNAC. La communication que j'ai l'honneur de soumettre à la Société a pour objet de faire éviter à ceux d'entre nous qui s'occuperaient de statistique chirurgicale, une erreur dans laquelle il est impossible de ne pas tomber quand on n'est pas prévenu. Jusqu'à ce jour la statistique opératoire des hôpitaux de Paris n'a eu pour base que les pancartes des malades et les relevés mensuels de chaque service.

J'ai acquis la certitude que ces bases ne sont pas exactes. Elles sont fausses par des motifs que je vais indiquer et qui malheureusement sont restés inconnus jusqu'à présent.

C'est par la confrontation des registres officiels de l'administration, avec un registre tenu jour par jour pendant huit années, que j'ai été mis sur la voie de l'erreur que je signale et dont voici la source.

Chaque fois qu'une opération importante est pratiquée, cette opération doit être inscrite sur la pancarte du malade, et c'est cette pancarte qui, envoyée au bureau de l'hôpital par les soins de la religieuse de chaque salle, devient la base du relevé mensuel. Or, qu'arrive-t-il ? Souvent la religieuse, préoccupée de tous autres devoirs, omet de faire inscrire l'opération sur la pancarte, d'envoyer celle-ci au bureau, et chacun de ces manquements entraine la disparition complète des traces de ce qui s'est passé. Quand, à la fin du mois, on présente à la signature du chef de service la liste presque toujours incomplète des opérations, il signe l'état mensuel qui ne renferme rien d'absolument faux en ce sens qu'on y aurait mentionné des opérations imaginaires, ou indiqué, au sujet des opérations faites, une issue différente de celle qui a réellement eu lieu, mais qui est tout à fait inexact en ce sens qu'une partie des opérations pratiquées y est omise.

Et qu'on ne croie pas que ces omissions ne portent que sur des opérations de peu d'importance. J'ai constaté des lacunes ayant pour objet des amputations de cuisses, des résections considérables, des ablations de tumeurs volumineuses, du col de l'aisselle, du sein, etc.

M. JARJAVAY. Je partage complétement l'opinion de M. Chassaignac. Pour ce qui concerne l'hôpital Saint-Antoine, les relevés mensuels n'ont pas été présentés au chef de service ni en 1860 ni en 1861. Au mois de mars seulement, on m'a présenté à signer les relevés des quatre derniers mois; or, dans l'un de ces mois, les accidents avaient été si nombreux et si graves, que j'avais fait huit amputations en cinq jours, et les relevés des quatre derniers mois qui m'étaient présentés en relataient un nombre moindre. Cela tenait en effet à ce que les relevés mensuels étaient faits par la sœur et les bureaux, et que le chef de service n'était pas interrogé sur ce point.

M. BROCA. Personne ne conteste l'inexactitude et l'insuffisance des documents avant la création de la statistique telle que l'a organisée M. Husson. C'est même pour obvier à ces inconvénients que cette statistique a été créée. Dès lors que cette statistique fonctionne, les relevés mensuels faits par le bureau n'ont plus d'importance, et si on les continue, c'est dans un but purement administratif, afin que l'on puisse savoir vite ce qui s'est passé pour répondre aux demandes de renseignements adressées par l'autorité supérieure.

Toutefois, pendant la période où l'on ne peut consulter que les registres des bureaux, je pense qu'on peut encore s'en servir avec fruit, car s'il y manque beaucoup de faits, c'est le hasard qui a présidé à ces omissions, et les relevés sont encore utiles, sinon complets.

M. MOREL-LAVALLÉE. On vient de parler des *Bulletins de statistique*, je veux y signaler deux lacunes : il n'y est question ni des causes ni de l'issue du traitement des malades qui ne sont pas opérés; c'est là, selon moi, une omission grave.

M. CHASSAIGNAC. Il n'est pas douteux que l'ordre de faits que je

---

caractères extérieurs qui distinguent les espèces, etc., mais cela ne suffit pas au naturaliste. Écoutons sa profession de foi. « Le naturaliste, après avoir bien observé la structure des parties soit externes, soit intérieures, des animaux, et deviné leur usage, doit quitter le scalpel, abandonner son cabinet, s'enfermer dans les bois pour suivre les allures de ces êtres sentants, juger du développement et des effets de leur faculté de sentir, et voir comment, par l'action répétée de la sensation et de l'exercice de la mémoire, leur *instinct* s'élève jusqu'à l'*intelligence*. » (Lettre Ire, p. 10.)

Il tire encore de l'objet de ses études un grand enseignement de physiologie comparée, car, dit-il, « de même que, en observant la structure intérieure du corps des animaux, nous apercevons des rapports d'organes qui servent souvent à nous éclairer sur la structure et l'usage des parties de notre propre corps; ainsi en observant les actions produites par la sensibilité qu'ils ont ainsi que nous, on peut acquérir des lumières sur le détail des opérations de notre âme relativement aux mêmes sensations ».

Georges Leroy, comme on le voit, est déjà bien loin de Buffon.

Mais s'il cherche des comparaisons entre l'homme et la bête, il ne prendra pas l'homme qui occupe le haut de l'échelle sociale, mais il prendra un de ces hommes simples, étrangers aux exigences de la société, et presque exclusivement absorbés par le soin de leur subsistance. Apparemment Buffon et Réaumur eussent été peu flattés d'être assimilés à des Samoïèdes, à des Esquimaux ou à des Kamtchadales...

C'est donc dans ce cas, et dans ce cas surtout, que l'observation est plus facile et plus juste. Là on peut bien plus sûrement reconnaître si les actes émanent de la mémoire, de la réflexion, ou bien s'ils sont le résultat de l'automatisme. Buffon, niant l'intelligence chez les animaux, a eu pour adversaires Condillac et Georges Leroy. On a accusé Leroy d'avoir confondu l'instinct avec l'intelligence : il suffit pour se convaincre du contraire de lire la deuxième lettre à Mme d'Angivilier, et l'on verra que tout dans l'intelligence est loin d'être acquis, électif, conditionnel, modifiable, comme on l'a prétendu. En effet, les organes intellectuels, dont l'existence ne peut être contestée, ont des fonctions déterminées, propres, et dont l'exercice est soumis à des lois aussi positives que celles des phénomènes de la vie végétative ou animale.

Examinons un peu comment procédait Leroy dans ses observations.

D'abord il recherchait des espèces connues, des animaux que l'on peut aborder, tels que le chien, le loup, le renard chez les carnassiers; — tels que le cerf, le chevreuil, le lièvre, le lapin chez les herbivores; — il les étudiait dans leurs différents âges, aux différentes époques de l'année, dans des circonstances variables, selon qu'ils avaient à pourvoir à leurs besoins par la nourriture ou à leur salut par la fuite. Il en est des animaux comme de l'homme, c'est par la sensibilité qu'ils sont d'abord affectés. *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu.* Les bêtes sentent comme nous; ce qui le prouve, ce sont d'abord leurs cris, variables selon leurs impressions. Mais l'animal ne sent pas seulement, il garde encore le souvenir de ses impressions. Le chien de chasse, le chien de berger, sont perfectibles; le vieux loup, le vieux renard traqués, lutteront de force ou d'adresse beaucoup mieux que ne le font les jeunes. On ne peut donc leur refuser la *mémoire*. Dans ces circonstances, ils savent prendre telle ou telle détermination, choisir tel ou tel chemin, éviter tel ou tel autre; donc ils *raisonnent*.

Ainsi ce n'est que par leur propre expérience ou par l'instruction que nous leur donnons que les animaux se perfectionnent. S'ils sont perfectibles, ils ne sont donc pas des automates, comme le disait Buffon. D'ailleurs la perfectibilité est relative; elle est en rapport avec les besoins sociaux. Chez l'homme, elle se transmet d'âge en âge par des moyens qui n'appartiennent qu'à lui, par l'écriture, par exemple. Chez les animaux, le progrès est personnel et non transmissible. L'hirondelle, le castor, le renard, font leurs habitations aujourd'hui comme il y a deux mille ans. Pendant bien des siècles, les sauvages de l'Amérique ont bâti leurs huttes de la même façon : c'est qu'ils ne connaissaient pas la société, la civilisation, — mère de l'ordre et du progrès, — qui crée tant de besoins factices :

« Nécessité d'industrie est la mère. »

Après avoir démontré l'influence de l'amour sur la perfectibilité des animaux, après s'être disculpé de l'accusation de matérialisme dirigée contre lui, Georges Leroy aborde dans deux lettres une étude plus importante, celle des besoins et des dispositions naturelles de l'homme, et les modifications apportées à ces dispositions naturelles par l'état de société.

Toutes ces questions du plus haut intérêt font la matière de quinze lettres dans lesquelles G. Leroy s'est élevé comme philosophe et observateur à une hauteur que n'avaient pas encore atteinte ses prédécesseurs. Son ouvrage est, d'après M. Flourens, l'étude la plus approfondie qu'on eût faite encore des facultés intellectuelles des animaux.

Que pourrons-nous dire après le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences?

Cet intéressant ouvrage est précédé d'une introduction dans laquelle M. le docteur Robinet indique comment le travail de Georges Leroy se rattache — avec ceux de Cabanis, de Gall et de Broussais — à la théorie positive de la nature humaine, théorie construite par Auguste Comte. Mais nous n'avons point à apprécier ce résumé de la doctrine positiviste, ce qui nous entraînerait trop loin de notre point de départ. Pour cela, nous renvoyons le lecteur à la quatrième édition des *Lettres sur les animaux*, et surtout au principal ouvrage du fondateur du positivisme, au *Système de politique positive*, par Aug. Comte.

Dr A. CORLIEU.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. ADDE-MARGRAS, de Nancy, médecin à Paris. Chez Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

viens de signaler trouvera sa rectification, depuis que M. Husson, reconnaissant le vice des relevés mensuels sur pancartes, a exigé pour chaque malade, opéré ou non, un bulletin spécial de statistique. Ce bulletin, à la rédaction duquel est engagée la responsabilité de l'interne du service, ce qui n'avait pas lieu avant l'arrêté de M. Husson, donnera aux statistiques à venir un élément de contrôle et de réalité qui a fait défaut jusqu'ici. En résumé, l'inexactitude des indications sur pancartes et sur relevés mensuels a radicalement faussé les appréciations d'une statistique qui n'avait pas suffisamment fouillé l'origine de ses chiffres.

Il n'est donc nullement prouvé que sur un nombre égal d'opérations graves faites dans les hôpitaux de Paris, on perde plus de malades que n'en perdent les chirurgiens anglais dans les hôpitaux de Londres; d'autant plus que chez nous ce sont les cas de mort qui ont le moins de chance d'être omis, puisque le bulletin de la mairie oblige toujours à en tenir compte.

M. le professeur Jarjavay vous a formellement déclaré l'absence de mention d'un certain nombre d'amputations faites dans son service, et les registres de l'administration ne conservent aucune trace d'une opération importante dont l'histoire vous a été communiquée *in extenso* par M. Marjolin, et qui est insérée textuellement dans les *Bulletins de la Société de chirurgie.*

M. MARJOLIN. La statistique rigoureuse ne doit commencer qu'en 1864, et si le relevé mensuel doit continuer, il est à désirer qu'il soit fait d'une manière plus régulière, car, suivant les hôpitaux, on le présente tous les mois ou tous les trois ou quatre ans. Nous avons bien chez nous l'acte de l'état civil pour nous renseigner; mais même avec cela, la statistique ne saurait être exacte. On a parlé de l'exigence des bulletins de décès comme devant charger le chiffre de la mortalité; mais dans les hôpitaux d'enfants, il en est plus d'un quart qui sortent et qui doivent succomber, c'est une compensation.

M. BOINET. M. Broca nous a dit que l'on pouvait encore faire des relevés utiles avec les anciens registres.

En 1838, j'ai voulu faire une statistique pour l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis et Necker, et il m'a été impossible d'arriver à aucun résultat. Les billets d'entrée ne portent aucune indication précise, et le plus grand nombre des malades de chirurgie est indiqué comme atteint de contusion, tandis qu'en médecine c'est l'indication fièvre qui domine. On prescrivait bien de rectifier ces erreurs, mais cela ne se faisait jamais, et les registres des bureaux conservent les mêmes indications erronées.

M. GIRALDÈS. Il est très-vrai, comme l'a dit M. Marjolin, que dans les hôpitaux d'enfants un grand nombre, gravement malades, sont enlevés par les parents et meurent chez eux. M. Boinet ne remarque pas que si sur les billets d'admission délivrés au Bureau central on se contente de l'indication plaies et fièvres, c'est au chef de service à régulariser le diagnostic; pour moi, je n'ai jamais manqué de le faire.

Il n'en est pas moins vrai que lorsqu'on fait un relevé, il faut y prendre bien garde, car on est obligé d'établir la proportion des morts et des guéris, sans avoir le nombre complet des malades.

Je veux soumettre en outre à la Société quelques remarques au sujet du parallèle établi entre la statistique de nos hôpitaux et celle des hôpitaux de Londres.

Il a été beaucoup question à l'Académie de médecine des statistiques anglaises, et surtout de celles des hôpitaux de Londres. Dans cette discussion, cependant, on a oublié la chose la plus élémentaire, de produire ces documents. Cela eût été difficile : il n'existe pas en effet une statistique complète et officielle des hôpitaux de cette capitale. Sans doute quelques hôpitaux de premier ordre, Saint-Georges, Guy's Hospital, possèdent tous les éléments nécessaires pour ce travail; mais jusqu'à présent, à part quelques esquisses isolées de M. Holmes pour l'hôpital Saint-Georges, de M. Bryant pour Guy's Hospital, de Porter et Ericksen pour University College Hospital, l'on peut dire que les statistiques officielles se bornent à trois documents : l'un pour Guy's Hospital, par le docteur Steele, *Numerical analysis of the patients treated in Guy's Hospital, from 1854 to 1861*, inséré dans le journal *Of statist Society of London.*

Le deuxième par le docteur William Stone : *Statistical Report of the patients treated in Saint-Thomas hospital from 1857 to 1860.*

Le troisième par le docteur Georges Edwards : *Statistical tables of the patients under treatment in the wards of Saint-Bartholomey's hospital during 1860.*

Ce sont les seuls documents officiels dignes de quelque intérêt; on ne peut pas considérer comme documents sérieux les quelques renseignements statistiques insérés dans *Saint-Mary hospital Reports* ou *London hospital Report*, etc.

Si donc la statistique de nos hôpitaux laisse beaucoup à désirer, celle des hôpitaux de Londres n'est pas à l'abri de tout reproche; si je voulais en donner la preuve, il me suffirait de citer M. Forster White, trésorier de l'hôpital Saint-Bartholomee, et le dernier travail de miss Florence Nightingale dans les *Transactions of the national Association for the promotion of social science* 1861.

M. BROCA. M. Boinet a introduit dans la question un élément tout à fait étranger en parlant des registres d'entrée, où l'on simplifie le travail le plus possible; ce n'est pas de cela qu'il s'agit, mais des relevés mensuels, qui eux aussi ne sont pas sans reproche. Suivant M. Chassaignac, une statistique serait inexacte dès lors qu'elle est incomplète; mais en partant de là, la statistique ne serait possible qu'en remuant des milliers de chiffres, et encore n'atteindrait-on pas une rigueur mathématique. La statistique des naissances elle-même n'est pas complète. En se servant des anciens registres, on perd des unités; mais sans parti pris et tout à fait au hasard, le résultat peut encore être suffisamment bon, et l'on peut arriver ainsi à la vérité à un millième près. L'expérience a démontré que la statistique est exacte en vertu de ce qu'on a appelé la *loi des grands nombres*, quand même on laisse tomber des unités, pourvu que ces unités portent sur chacun des facteurs, et non exclusivement sur un seul. Si l'objection qui consiste à dire que les cas d'une certaine nature, les unités de morts par exemple, sont seuls négligés, était vraie, le relevé est alors entaché d'inexactitude; mais il faut dire que les relevés mensuels dans les hôpitaux sont présentés à la fin du mois, alors que le malade est encore dans les salles, et qu'ils n'ont aucun rapport avec les billets mortuaires.

Si d'ailleurs cette objection était fondée, il y aurait une mortalité tout à fait extraordinaire; pour moi, si je rappelle mes impressions, il ne me paraît pas que les statistiques soient trop sombres, et je fais appel aux souvenirs de mes collègues. Avant la statistique de M. Malgaigne, on regardait les amputations de cuisse comme assez peu graves; à cette trompeuse sécurité a succédé une défiance que légitiment les résultats. La chirurgie est devenue plus conservatrice sous l'influence d'une statistique qui donne des notions relatives et non absolues.

M. TRELAT. Il est certain, comme l'a dit M. Boinet, que l'on éprouve de l'embarras à faire des statistiques avec les registres des bureaux. Mais, ainsi que je l'ai fait, il faut, en remontant à ce qui s'est passé durant le séjour du malade, savoir interpréter la valeur des mots plaies, contusions, etc. Ce qui me prouve que cette manière de procéder n'est pas mauvaise, c'est que, comme vous l'a dit M. Broca, le chiffre de la mortalité est bien en rapport avec ce que chacun de nous observe; c'est qu'en outre, venant dix ans après M. Malgaigne, j'arrive sensiblement aux mêmes résultats. Je connais cependant les défauts de la statistique, et j'ai demandé, par exemple, que les relevés mensuels ne comprissent que les malades sortis dans le mois. Il faut le dire aussi, les chirurgiens me paraissent assez mal fondés à se plaindre de l'inexactitude des relevés. S'ils voulaient veiller à ce qu'ils fussent bien faits, et ne pas abandonner uniquement la besogne aux employés du bureau, les erreurs n'auraient plus lieu.

M. MARJOLIN. Les bulletins mensuels forment un élément de contrôle nuisible; car il est erroné; il faudrait donc les faire supprimer, et ne prendre pour base que les observations complètes que l'on peut consulter avec fruit.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BAUCHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade sur laquelle j'ai pratiqué, en 1858, à l'hôpital Saint-Louis, la **résection du coude.** J'ai apporté ici, à cette époque, les trois portions d'os que j'ai enlevées, et l'observation est consignée dans nos *Bulletins.* J'ai, l'année suivante, présenté la malade complétement guérie. Aujourd'hui, on peut se convaincre que la guérison s'est parfaitement maintenue.

La malade se sert de son avant-bras et de sa main comme si le coude n'avait pas été enlevé. Tous les mouvements sont facilement exécutés. La sensibilité est complète en tous les points. La force de l'avant-bras et de la main est aussi grande que de l'autre côté.

La flexion est très-complète. Quant à l'extension, on peut se convaincre qu'elle se produit sous l'intervention de la volonté, comme du côté opposé. En effet, l'avant-bras étant fléchi sur le bras, si on applique la main sur l'avant-bras de façon à s'opposer à l'extension et qu'on demande à la malade de faire ce mouvement, on sent très-bien que l'avant-bras pousse la main qui le retient, et que l'extension se fait ensuite aisément si on laisse le mouvement se produire en retirant la main que l'on avait appuyée sur l'avant-bras.

Cette femme est dévideuse dans une maison de passementerie, et elle exerce son état depuis plus de trois ans. Son bras supporte toute fatigue sans inconvénient.

La santé est excellente. C'est, comme on peut le voir, un résultat complet.

Le secrétaire annuel, F. FOUCHER.

Le fait rapporté dans notre numéro du 17 juin dernier est loin d'être isolé.

Voici, d'après une note qui nous est adressée par M. le docteur E. Berchon, chef des travaux anatomiques de l'École de médecine navale de Rochefort, l'énumération des objets trouvés dans l'estomac d'une autruche haute de 4 pieds, et qui mourut à bord du brick *le Jason*, le 25 avril 1847, en revenant des côtes occidentales d'Afrique.

On découvrit à l'autopsie une masse volumineuse de linge, d'étoupe, de sable et de lambeaux de vêtements, dont le poids fut évalué à 3 kilogrammes 500 grammes.

Ces matières enveloppaient pour ainsi dire une quantité considérable de corps étrangers de nature très-diverse, qui furent recueillis et conservés dans le Musée de l'Ecole de médecine navale de Rochefort, où ils sont encore. On y compte :

1° Trois coins de fer pesant 39, 119 et 122 grammes, soit en total 280 grammes.

2° Neuf pièces de monnaie de billon anglaises; trois de deux pence (du poids et des dimensions des anciens décimes français), et six d'un penny. Ces dernières sont plus ou moins érodées, et c'est à peine si l'on peut reconnaître sur l'une d'elles l'effigie du roi d'Angleterre Georges III. Cette effigie est assez nette, au contraire, sur deux des premières, où l'on peut lire sans peine les millésimes de 1797 et de 1809. Toutes ces pièces de monnaie pèsent ensemble 105 grammes.

3° Une charnière en cuivre légèrement oxydée, du poids de 36 grammes.

4° Deux clefs de fer, encore unies par un fort galon de fil.

5° Vingt clous, ou débris de clous de fer.

6° Dix-sept clous de cuivre de dimensions variées.

7° Vingt-quatre petits objets aussi de cuivre, tels que boutons d'habits, parties de sonnette, parcelles de feuilles métalliques, etc. Un des boutons appartenait à l'uniforme des artilleurs anglais, un autre au corps royal africain de la même nation. Ce dernier porte au centre une couronne royale.

8° Vingt-six morceaux de fer très-oxydés.

9° Une balle de plomb.

10° Douze petits cailloux arrondis et brillants.

11° Vingt-six menus débris, parmi lesquels on doit signaler dix perles assez grosses, provenant des verroteries très en faveur chez les nègres.

Tous ces objets donnent un poids total de 728 grammes, qui, additionnés au chiffre indiqué pour le linge et les débris de vêtements, forment un ensemble de 4 kilogrammes 228 grammes.

Comme on l'a remarqué pour quelques-uns des corps étrangers retirés de l'estomac de l'autruche de Lyon, une couche d'oxyde de cuivre colorait tous ceux que nous venons d'énumérer. L'érosion très-marquée des pièces de monnaie ou des autres objets de cuivre, ainsi que leur nombre proportionnel considérable, suffiraient à expliquer ce fait. Toutes choses égales d'ailleurs, le fer paraît cependant avoir subi plus rapidement que ce dernier métal l'action des sucs gastriques.

Notice théorique et pratique sur les appareils orthopédiques de la méthode hygiénique et curative de F. V. Raspail, par Camille RASPAIL fils, médecin. Brochure in-8°, avec gravures intercalées dans le texte. Prix, 1 fr. 25. Paris, chez l'éditeur des ouvrages de MM. Raspail, rue du Temple, 14.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 76. — MARDI 1er JUILLET 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 JUIN 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'un des principaux éléments, nous devrions dire le principal élément que l'on prend en considération dans l'étude et la comparaison des climats, est la température de l'air. Déterminer la température moyenne d'un lieu n'est déjà pas aussi simple ni aussi facile que cela peut paraître au premier abord, cette température changeant aux différentes hauteurs du même lieu et suivant une foule d'autres circonstances indépendantes de la source même de la chaleur.

M. Becquerel a entrepris sur ce point intéressant une nombreuse série de recherches, dont il a communiqué les résultats à l'Académie dans plusieurs mémoires dont nous n'avons fait qu'indiquer l'objet lors de leur lecture. Dans un cinquième mémoire, communiqué dans la dernière séance, le savant académicien a présenté à ses collègues le résumé de ses observations.

Pour apprécier la portée des résultats de ces observations, il faut rappeler d'abord ce qui est établi dans la science; savoir: que la température, dans les couches inférieures de l'atmosphère, dépend non-seulement du rayonnement terrestre et du rayonnement céleste, mais encore du rayonnement direct du soleil; que les sols, suivant leur nature, élèvent ou abaissent la température jusqu'à une certaine hauteur, quand ils sont échauffés par le rayonnement solaire ou refroidis par le rayonnement nocturne; que les diverses terres, une fois échauffées par l'action solaire, ne se refroidissant pas dans le même temps, ne réagissent pas également par voie de rayonnement sur l'air ambiant, de sorte qu'à un instant donné, la température de l'air n'est pas égale à même hauteur pour chacune d'elles. D'où il résulte qu'à latitude égale, dans les mêmes conditions d'abri, dans des lieux peu éloignés et dont le sol n'est pas le même, la température moyenne est différente.

Dans son nouveau mémoire M. Becquerel donne toutes les températures moyennes à diverses heures de la journée et à différentes hauteurs au-dessus du sol. De ces observations il ressort que la température s'accroît avec la hauteur jusqu'à 21 mètres; qu'il est difficile d'admettre que la température de l'air observée au nord, comme on le fait ordinairement, représente exactement la température de l'air résultant du mélange de couches d'air qui n'ont pas la même température; que le rayonnement terrestre, selon que le sol a été échauffé par l'action solaire ou refroidi par le rayonnement céleste, exerce une grande influence sur la température de l'air, jusqu'à une hauteur qui dépend de la nature du sol et de celle des corps qui le recouvrent, influence trop négligée jusqu'ici dans les observations de ce genre.

Pendant que M. Becquerel se livrait à ces expériences à Paris, M. Martins en exécutait d'à peu près semblables à Montpellier. Les expériences de M. Martins avaient pour objet l'étude du refroidissement nocturne de la tranche superficielle du sol comparé à celui de la couche d'air en contact immédiat avec la terre. Il résulte de cette étude comparative, que pendant la nuit la tranche superficielle du sol se refroidit moins que la couche d'air en contact avec elle; et que l'émission de chaleur de cette tranche superficielle réchauffe les corps placés au-dessus d'elle à une faible hauteur.

—L'Académie avait à présenter dans cette séance deux candidats pour la chaire d'entomologie vacante au Muséum d'histoire naturelle. Les deux candidats, portés sur la liste sont, en première ligne, M. Blanchard; en deuxième ligne, M. Lucas.

La nomination de M. Blanchard a reçu depuis la sanction officielle. — Dr Brochin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Cusco.

Leçons sur la syphilis.

(Recueillies par M. BRAULT, interne du service).

DES DIFFÉRENTS MODES DE PÉNÉTRATION DU VIRUS SYPHILITIQUE.

Nous continuons aujourd'hui à décrire les lésions qui servent à l'introduction du virus syphilitique. A mesure que nous avançons dans cette étude, nous devons nous attacher à ne pas perdre de vue le principe qui a été notre point de départ.

Les conditions de la transmission du virus syphilitique d'un organisme malade à un organisme sain, ces conditions, avons-nous dit, sont les suivantes: il faut que le liquide virulent soit mis en contact avec une partie du corps capable de l'absorber. *Contact*, *absorption*, telles sont les deux conditions indispensables pour que l'infection ait lieu. Le contact est nécessaire pour rendre possible l'absorption; celle-ci est le commencement même de l'infection.

Examinons ces deux temps successifs de l'introduction du virus.

Le transport de la matière virulente peut avoir lieu soit directement de l'individu malade sur l'individu sain: c'est le contact immédiat; soit par l'intermédiaire d'un objet souillé de cette matière virulente: c'est le contact médiat. Ces deux modes de contagion peuvent s'effectuer de mille façons différentes. Je citerai seulement les plus fréquentes.

Il y a contact immédiat et nécessaire dans l'imprégnation de l'ovule, soit qu'elle résulte d'une infection syphilitique de la mère antérieure à la conception, soit qu'elle ait pour cause la fécondation par le sperme d'un père atteint de syphilis. C'est de la même manière qu'une mère devenue syphilitique pendant sa grossesse infecte son enfant.

Le contact immédiat a encore lieu dans la lactation, qui établit entre les lèvres de l'enfant et le mamelon de sa nourrice des rapports de chaque instant.

Chez l'adulte, les contacts directs n'ont guère lieu que par le baiser de bouche à bouche ou dans les rapports sexuels. Ces derniers ont ceci de particulier, qu'ils établissent entre les individus des contacts plus multipliés, plus prolongés, qui rendent la contagion plus facile.

Il faut faire une classe à part pour les cas analogues à celui du chirurgien qui explore l'utérus avec le doigt.

Tels sont les modes les plus fréquents de contact immédiat.

Le contact médiat, ou transport de la matière virulente par l'intermédiaire d'un objet quelconque, a lieu dans les circonstances suivantes:

Tantôt c'est au moyen d'ustensiles de ménage, d'un verre, d'un gobelet, d'une cuiller. C'est par ce mode de contagion que la syphilis se propage parfois à plusieurs membres d'une même famille.

Tantôt c'est au moyen d'instruments professionnels. Par exemple, le tube du souffleur de verre, que trois ouvriers se mettent successivement dans la bouche (Rollet); ou encore l'instrument que les ouvriers mécaniciens appellent chalumeau, et qu'ils portent à la bouche les uns après les autres, comme vous en avez actuellement un exemple dans le service.

Dans les inoculations expérimentales, c'est par la lancette du chirurgien. Cette inoculation pourrait d'ailleurs n'être pas volontaire, si, dans une opération quelconque, on se servait d'un instrument souillé de matière virulente.

La contagion par contact médiat peut encore avoir lieu au moyen des linges, draps, pièces de pansement, etc., qui ont servi à des personnes contaminées.

En résumé, l'infection est le plus souvent due à un contact immédiat, et, parmi les modes de contagion directe, les rapports sexuels sont ceux qui sont le plus souvent suivis de contamination.

Le contact seul ne suffit pas: il n'est que la condition préparatoire. La condition effective, c'est l'absorption. Il faut, avons-nous dit, que la partie sur laquelle la matière virulente a été déposée soit capable de l'absorber. Pour cela il est nécessaire que cette partie soit le siége d'une plaie, ou tout au moins d'une érosion; car l'épiderme suffit à empêcher l'absorption du virus.

Nous avons déjà indiqué les principales lésions qui se développent souvent sur les parties du corps les plus susceptibles de venir au contact, et par suite d'être contaminées. Nous avons cité les gerçures des lèvres, du mamelon, les ulcérations des doigts, etc. Nous avons passé en revue la plupart des lésions des organes génitaux capables de donner entrée à la syphilis.

Or, considérez d'une part que les rapports sexuels sont, de tous ceux qui produisent des contacts directs, les plus fréquents entre adultes; d'autre part, que ce contact est prolongé, accompagné de frottements plus ou moins rudes, souvent d'érosions, de déchirures même, chez l'un ou l'autre sexe; que de plus les organes génitaux sont sujets à des maladies spontanées, herpès, balanite, vulvite, etc., qui s'accompagnent constamment d'érosion épidermique. Il vous sera facile de comprendre que, s'il existe un principe virulent, susceptible de se transmettre par contagion directe, c'est surtout dans les rapports sexuels que cette contagion s'opérera. Telle est la cause qui a, presque de tout temps, fait réunir l'histoire de la syphilis à celle des maladies vénériennes.

Ajoutons maintenant qu'il existe entre les lésions des organes génitaux dont je vous ai parlé, un ulcère spécial à ces mêmes régions, ulcère éminemment contagieux, n'ayant qu'une action locale, superficielle, mais vivace; un ulcère dont la moindre durée est de quatre à six semaines, qui souvent même se prolonge indéfiniment. Alors, vous comprendrez qu'une telle affection, qui entretient pendant si longtemps aux organes génitaux même une surface dénudée, toujours disposée pour l'arbsorption, vous comprendrez, dis-je, que cette affection doit fréquemment servir à la pénétration du virus syphilitique, et, par conséquent, que souvent nous devrons trouver réunis en un même point les effets de cet ulcère local et ceux du virus syphilitique. Cet ulcère est le chancre, le seul vrai chancre, celui qu'on a appelé chancre simple, chancre mou.

Quant au mot de chancre induré, qui, appliqué au premier accident de la syphilis, simple ou non, perpétue une erreur, nous restreindrons sa signification; nous la réserverons à la combinaison du chancre avec l'induration spécifique. Notre *chancre induré* sera ce que M. Rollet a appelé *chancre mixte*. Dans ce cas seul, en effet, il y a à la fois *chancre* et *induration* spécifique.

Le chancre mou, ou simplement, comme nous l'appellerons désormais, le *chancre*, peut exister seul, indépendamment de toute affection syphilitique. C'est sous cette forme simple qu'il nous faut d'abord l'étudier.

Il est transmis par contact: une lésion simple, érosion, déchirure, herpès, peut, comme pour le virus syphilitique, servir à l'inoculer, peut lui permettre de franchir la barrière épidermique. Dans ce cas l'inoculation est instantanée, et l'action du principe contagieux commence aussitôt. Ailleurs le pus sera déposé à la surface d'une muqueuse, sans déchirure antérieure. Au bout d'un temps très-court, en vertu de ses propriétés irritantes, cette matière produira du prurit, puis une érosion; dès lors l'inoculation aura lieu, et l'effet ulcératif suivra presque aussitôt. Il n'y a pas là d'incubation, puisque l'action du principe contagieux suit immédiatement l'inoculation. Le produit de cette action est un ulcère. Il importe de l'étudier avec soin, parce que longtemps on l'a considéré comme un des modes de la syphilis primitive, et qu'il sert souvent à la transmission de la vérole.

On l'a fréquemment produit par l'inoculation artificielle. Après l'insertion du pus contagieux sous l'épiderme, il se montre au bout de quelques instants une petite rougeur, puis, vingt-quatre heures après, une vésicule remplie d'un liquide trouble, purulent. Cette vésicule s'agrandit, passe à l'état de pustule, puis se rompt, et l'on voit apparaître une ulcération, un véritable ulcère.

L'aspect de cet ulcère est caractéristique. Sa forme est arrondie, ou à peu près; ses bords sont taillés à pic, suivant l'expression devenue classique. Si cet ulcère, ce chancre existe déjà depuis quelque temps, les dimensions de la perte de substance ont augmenté. Elle offre alors la largeur d'une lentille, d'une pièce de 20, de 50 centimes et parfois bien plus, suivant l'éloignement du début, et surtout suivant les sujets, chez lesquels la réaction de l'organisme présente de nombreuses différences.

En même temps que l'ulcère a gagné en étendue, ses bords se sont décollés, son fond s'est excavé, il est devenu grisâtre, inégal, comme vermoulu.

A quoi tient cet aspect? Il se forme sur la surface ulcérée une membrane plus ou moins épaisse, grisâtre ou jaunâtre, d'apparence pultacée, parfois résistante, se détachant tout d'une pièce, ailleurs molle, s'enlevant par lambeaux. Cette membrane est une eschare. Au microscope, on y trouve:

1° Les fibres élastiques du derme ou du chorion;

2° Les autres éléments de la membrane tégumentaire plus ou moins altérés, et réduits en grande partie en une masse amorphe, granuleuse;

3° De nombreux globules purulents.

Retenez ceci, que le chancre simple est une ulcération d'*emblée* qui se produit et s'étend par escharification, par mortification des tissus normaux. Vous verrez plus tard que l'induration spécifique, première manifestation de la syphilis, peut s'ulcérer à sa surface; mais que cette ulcération, qui d'ailleurs n'est pas nécessaire, est *consécutive*, et qu'elle se produit par un tout autre mode.

La progression de l'ulcère chancreux se fait du centre à la périphérie. Sur la limite qui le sépare des parties saines se voit un petit liséré rougeâtre. C'est là ligne de démarcation entre les parties vivantes et l'eschare.

En suivant jour par jour la marche du chancre, souvent on observe dans son accroissement comme des saccades. L'ulcération pendant plusieurs jours reste stationnaire, puis tout à coup, en vingt-quatre, quarante-huit heures, ses dimensions se sont brusquement accrues. Vient ensuite un nouveau temps d'arrêt, suivi bientôt d'une nouvelle recrudescence. Parfois on voit l'ulcère s'étendre, faire une échappée dans une direction; puis bientôt le travail ulcératif ronge les angles rentrants des bords, et tend à lui rendre plus ou moins sa forme arrondie, momentanément perdue.

A ces irrégularités dans la marche, l'explication me semble facile. L'eschare une fois produite empêche le contact du pus contagieux avec les parties qu'elle recouvre; elle oppose ainsi une barrière à son action. Puis elle se ramollit, est enlevée par l'écoulement du pus ou par les lavages; alors le contact a lieu de nouveau entre le pus et les parties saines, et l'ulcération prend un nouvel essor.

La base de cet ulcère est molle, et c'est là un point capital. Si on la presse en tous sens entre les doigts, on sent peu ou point de résistance. Le plus souvent il n'y a aucune différence sous ce rapport entre la plaie et les parties saines du voisinage. Parfois cependant, dans des cas exceptionnels, il existe un certain degré de résistance dans une plus ou moins grande étendue; il y a là quelque chose d'analogue à l'induration spécifique, premier effet de la syphilis. Cette dureté de la base est due à la réaction de l'organisme contre le travail ulcératif: c'est une induration inflammatoire. Le plus souvent l'ulcère s'étend sans provoquer de réaction autour de lui: rien alors, ou léger empâtement de la base; mais parfois aussi la réaction est vive, et elle donne naissance à un empâtement résistant, plus ou moins volumineux, qu'il est quelquefois difficile de distinguer de l'induration spécifique. D'une façon générale, celle-ci est plus volumineuse, mieux limitée, plus dure, plus élastique, plus rénitente, se rapprochant davantage de la consistance du caoutchouc.

Un caractère important de ce chancre, c'est son inoculabilité au sujet lui-même. L'inoculation a souvent lieu spontanément. Par exemple, un sujet prend un chancre par une déchirure du frein: l'ulcère est d'abord unique, puis, sous l'influence d'une cause d'irritation quelconque, de la sécrétion même du chancre ou des sécrétions préputiales, il se produit dans le voisinage une excoriation. Cette excoriation s'inocule, et alors on voit apparaître une nouvelle ulcération, qui prend tous les caractères du chancre mou. De là la multiplicité habituelle de cet ulcère contagieux.

Vous avez vu dans les salles un malade entrer il y a quelque temps pour un chancre mou unique de la face interne du prépuce. Il lui survint au niveau du limbe une couronne de vésicules d'herpès. Nous vîmes alors sous nos yeux ces vésicules s'inoculer successivement de proche en proche. Bientôt tous ces ulcères s'unirent par leurs bords, et il en résulta un vaste chancre circulaire.

L'inoculabilité sur le malade même peut d'ailleurs se vérifier par l'inoculation; et vous savez quel nombre considérable de fois elle a été pratiquée dans cet hôpital! Cette inoculation, lorsque le pus est pris à la période contagieuse de l'ulcère, est toujours suivie de succès. Longtemps on a cru la tête à l'abri du chancre mou. On ne l'expliquait pas; on se retranchait derrière les faits. L'inoculation artificielle a reproduit ce chancre sur tous les points de la tête. Elle a démontré par conséquent qu'il n'y avait pas là d'incompatibilité, mais seulement défaut ordinaire de circonstances propices à l'inoculation spontanée.

Jusqu'à quelle époque l'inoculabilité persiste-t-elle? Cela est variable. Il y a là deux forces opposées en présence, l'action ulcérative du pus chancreux et l'action réparatrice due à la réaction de l'organisme.

L'action ulcérative l'emporte d'abord; c'est la période d'accroissement du chancre. Puis il vient un moment où l'équilibre est établi: le chancre reste quelque temps stationnaire à son maximum de développement; c'est la période d'état. Enfin l'action réparatrice l'emporte, et l'ulcère marche vers la cicatrisation; c'est la période de réparation. Pendant les deux premières périodes le pus est facilement inoculable. A partir de la période de réparation l'inoculabilité diminue plus ou moins rapidement, et disparaît sans qu'on puisse dire précisément à quelle époque.

Quand la réparation se fait et s'achève, la cicatrice qui suit présente souvent un aspect spécial. Dans l'étendue de la perte de substance se forme un derme nouveau, plus mince. Son niveau reste au-dessous de celui des parties voisines; il en est séparé par un bord légèrement saillant, taillé à pic. Je vous ai fait voir de ces cicatrices qui dataient de plusieurs mois et même de plusieurs années. A leur aspect on peut affirmer qu'il y a eu perte de substance du derme. Elles sont comparables à celles qui résultent de l'application d'un caustique.

Leur coloration diffère en général de celle des téguments sains. Sur la peau la cicatrice tranche par sa blancheur. Cela tient à l'absence du pigment dans les cellules de son épiderme mince et de nouvelle formation. Cette coloration blanche, ou plutôt cette décoloration est d'autant plus manifeste, que le plus souvent il se produit tout autour de cette cicatrice une accumulation de pigment en forme de zone brunâtre, irrégulière. Ce n'est point une particularité spéciale aux cicatrices du chancre. Cette zone pigmentaire peut se produire toutes les fois qu'une perte de substance est suivie de cicatrisation lente. Je vous l'ai montrée fréquemment autour des cicatrices de brûlure.

Quand la cicatrice siége sur la muqueuse du gland ou du prépuce, ces caractères sont moins tranchés. Là le derme est moins épais, le pigment est peu abondant. Il en résulte que la différence de niveau et de coloration est moindre entre la cicatrice et les parties voisines.

Un accident assez fréquent du chancre, c'est le phagédénisme. Il appartient en propre au chancre mou. Toutes les fois, en effet, que la lésion initiale de l'infection syphilitique se complique de phagédénisme, c'est qu'elle est mixte, c'est qu'il y a eu application dans le même point et du pus chancreux et du virus syphilitique.

Le phagédénisme consiste dans l'extension indéfinie du chancre à la surface du corps, soit dans tous les sens à la fois, soit le plus souvent dans un sens, alors qu'il se cicatrise dans le sens opposé. Je vous ai divisé l'évolution du chancre en trois périodes: le phagédénisme est la chronicité du chancre à sa première période, c'est-à-dire à la période où l'action ulcérative l'emporte sur l'action réparatrice.

On a dit que le pus du chancre phagédénique différait de celui du chancre mou. C'est une erreur; et la preuve, c'est que par inoculation sur le sujet même ou sur un sujet sain il reproduit un ulcère contagieux local, un chancre. Cet ulcère pourra devenir phagédénique à son tour, mais exceptionnellement; cela ne sera pas plus nécessaire que si l'inoculation avait été faite avec du pus de chancre simple.

Le phagédénisme tient au défaut de réaction de l'organisme. En effet, il ne se produit guère que chez les individus dont la constitution est affaiblie par une cause quelconque, chloro-anémie, alcoolisme, certaines diathèses, cancéreuse, tuberculeuse, scrofuleuse, etc. Aussi est-ce en modifiant la constitution par un traitement général qu'on met un terme au phagédénisme.

Il me reste à vous dire un mot du bubon, qui accompagne presque toujours le chancre mou. Un ou plusieurs ganglions s'enflamment en même temps que le tissu cellulaire où ils sont plongés. Il en résulte une seule masse empâtée, douloureuse, mal limitée, à surface tendue, rouge. Cette adénite a une durée plus longue que l'adénite simple, car sa cause, le chancre, dure longtemps. Elle suppure dans la moitié des cas environ. Le plus souvent, le pus n'a point de propriété contagieuse; la plaie qui lui a donné issue se comporte comme s'il s'agissait d'une adénite simple suppurée. Mais dans un certain nombre de cas ce pus est contagieux, comme celui du chancre; les lèvres de la plaie s'ulcèrent; il se forme un véritable ulcère chancreux, inoculable tant à un sujet sain qu'au sujet lui-même, donnant naissance par inoculation à un nouveau chancre mou, et susceptible d'être compliqué de phagédénisme.

Quelle est la nature du chancre? Je vous en ai parlé déjà; aussi vous le rappellerai-je seulement en quelques mots:

1° Il est évidemment contagieux;

2° Il a une action locale immédiate;

3° Il n'est point infectant, car il est indéfiniment inoculable sur le même sujet;

4° Il n'est point dérivé du virus syphilitique, car le virus syphilitique seul ne peut le produire, et réciproquement cet ulcère ne produit jamais la syphilis;

5° Enfin le pus contagieux du chancre n'est point un virus, parce qu'il jouit d'une action locale immédiate dont tous les virus sont dépourvus, et que réciproquement les virus sont doués d'une action générale consécutive que ne possède pas ce pus contagieux.

Après avoir examiné les différents modes de pénétration du virus syphilitique, nous allons étudier ses effets sur l'économie. Dans la prochaine leçon, je vous parlerai de l'incubation de la syphilis.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

Du choléra antimonial et de son influence favorable sur la dothinentérie. — Un cas d'acrodynie.

Les médecins qui suivent à l'hôpital de la Charité les visites de M. Beau, sont témoins chaque jour du rôle important que la potion ipéca-stibiée joue dans la thérapeutique, d'ailleurs très-sobre au point de vue pharmaceutique, de ce clinicien distingué.

La pathologie des hôpitaux se formant en majeure partie sous l'influence des misères physiques et morales qui frappent la classe ouvrière, il y a chez elle comme fond, ou comme complication d'un grand nombre de maladies, une dyspepsie ancienne ou récente, qui revêt souvent la forme de l'embarras gastrique, et appelle impérieusement l'administration d'un vomitif. L'effet thérapeutique obtenu ainsi est en rapport avec la quantité des matières bilieuses rejetées par le vomissement. Si les évacuations ont été copieuses, l'amélioration est sensible, et très-fréquemment même la maladie est enrayée. Avant d'interroger le malade, vous lisez sur son visage que vous avez touché juste; sa physionomie ouverte vous annonce un mieux qu'une demande d'aliments ne tarde pas à confirmer. Si, au contraire, les vomissements ont été rares, si l'émétique, selon l'expression de M. Beau, *a coulé*, le résultat est beaucoup moins satisfaisant. Il faut en pareil cas que l'émétique justifie sa dénomination, si le malade n'a pas *émis* de bile en quantité convenable, le but est manqué.

D'un autre côté, il arrive parfois que les évacuations jugées salutaires ont eu lieu en très-grande abondance, sans que le malade se trouve mieux. Il est même plus mal que la veille, et vous le voyez de suite à l'émaciation de ses traits, à l'excavation des orbites, etc. On vous apprend alors qu'il a rempli deux ou trois cuvettes de bile, et qu'il est allé un grand nombre de fois sur le bassin. C'est là un choléra tout particulier et très-intéressant, le *choléra stibié* ou *antimonial*, un demi-choléra comparé au grand, mais qui prendrait rapidement les proportions de ce dernier, si vous persistiez dans la médication émétique. Aussi, quand vous voyez ce résultat, *arrêtez les frais*, et tout se passera sans accidents.

Ce choléra, en effet, loin d'être très-grave, guérit spontanément, ainsi que l'a prouvé, après beaucoup d'autres, le cas d'un malade entré récemment dans les salles, et qui a servi de texte aux considérations que nous reproduisons ici.

C'était un homme souffrant de douleurs vagues dans les articulations, avec anorexie et fièvre; était-ce un rhumatisme, une fièvre éruptive ou typhoïde qui allait faire explosion? Il était difficile de le savoir, mais les douleurs articulaires et la fièvre prédominant, M. Beau prescrivit le sulfate de quinine, à titre d'antiphlogistique. Le lendemain, l'amélioration étant nulle, et l'embarras gastrique se dessinant davantage, M. Beau fit administrer à cet homme la potion ipéca-stibiée, qu'il formule ainsi:

Tartre stibié.	1	décigram.
Poudre de racine d'ipécacuanha . .	1	gramme.
Eau	120	—

A prendre en deux fois à dix minutes d'intervalle. Cette potion donna lieu à tous les accidents du choléra stibié. C'était le 3 mai; le 4, amélioration sensible obtenue sans traitement spécial.

Le 5, le malade demandait à manger, et l'on vit clairement la maladie qu'il couvait à son entrée à l'hôpital: c'était une varioloïde.

Voilà donc une forme de choléra très-curieuse, et qui doit d'autant mieux fixer l'attention des praticiens, que ce choléra qui ne tue pas vient parfois juguler un état morbide dont les suites peuvent être mortelles. Ainsi plusieurs fois, notamment à l'hôpital Cochin, M. Beau a vu le choléra stibié enrayer brusquement une dothinentérie au début. Y a-t-il antagonisme entre ces deux affections? La chose ne saurait se démontrer; mais ce qui est vrai, et comporte un enseignement précieux, c'est que chez les sujets notoirement atteints de fièvre typhoïde, il est arrivé que cette fièvre a disparu *complétement* dans la tempête cholérique provoquée par la médication ipéca-stibiée.

— Parmi les malades intéressantes de ce service, nous citerons une femme âgée de trente ans qui présente un exemple d'*acrodynie*.

Au premier aspect, cette femme n'a rien qui révèle une mauvaise santé; elle a même de l'embonpoint; mais pour juger par ce signe extérieur du bon état de l'organisme, il faut toujours comparer la situation actuelle avec la situation antérieure, et en procédant ainsi, on reconnaît souvent que l'embonpoint dissimule un amaigrissement réel. C'est ce qui a eu lieu pour la malade qui nous occupe.

Il y a deux ans elle se portait bien; *elle était plus grasse qu'elle ne l'est aujourd'hui*. A l'âge de vingt et un ans, elle a eu de violents chagrins. Les chagrins, comme c'est la règle, ont porté leur influence immédiate sur l'estomac. Elle a été en proie à des accidents dyspeptiques de toute nature: gastralgies, flatulences, pyrosis, bâillements, inégalité d'appétit, pesanteurs épigastriques, etc. Puis, comme phénomènes secondaires, il est survenu chez elle des névralgies intercostales; elle avait les côtes lardées par des coups de canif, et souffrait particulièrement entre les épaules, sur le point dorsal des nerfs intercostaux. A tout cela se sont jointes la dyspnée gastrique et la dysphagie gutturale, c'est-à-dire l'hystérie, moins l'attaque convulsive. Enfin elle a maigri, elle a perdu ses couleurs, elle est devenue anémique.

Cette histoire est celle de bien des malades, et c'est dans ces conditions que, selon des circonstances variables, les unes inhérentes à l'individu, les autres agissant en dehors de ce dernier et contre lui, on voit les diathèses faire explosion. Si cette malade eût été disposée aux tubercules, ceux-ci se fussent manifestés certainement. Il n'en a rien été, et à ce point de vue, c'est une chose rassurante pour elle d'avoir traversé heureusement d'aussi rudes épreuves. Mais une affection d'un autre ordre lui était réservée. En vertu de son état dyspeptique et anémique, et à l'aide évidemment d'une aptitude personnelle, elle a été prise d'une affection rhumatismale et tétanique des interosseux.

La main d'abord a été le siége de contractures qui ont cessé; puis, il y a trois mois, la malade a ressenti des douleurs dans les jambes et aux pieds. Elle ne pouvait poser ceux-ci sur le sol; la région plantaire surtout était le siége d'une sensibilité extrême, et en examinant de près la peau de cette région qui était d'un rose pâle, on y voyait perler des myriades de gouttelettes de sueur.

Tout d'abord on aurait pu penser qu'il s'agissait là d'une névralgie cutanée de la plante du pied; mais c'était autre chose qu'une névralgie, c'était l'état pathologique décrit sous le nom d'*acrodynie*.

On sait qu'en 1828 cette maladie, qui sans doute avait passé inaperçue à l'état sporadique, revêtit tout d'un coup la forme épidémique. Elle se manifesta dans les pensionnats, dans les hospices, dans les casernes; en ville, il y en eut quelques cas isolés. Elle avait pour siége les mains, les pieds, les épaules; elle durait quatre à cinq mois, quelquefois davantage; il en résulta même des paralysies persistantes. Dans certains cas elle s'accompagnait d'œdème, dans d'autres d'érythème. Chez bon nombre de malades, elle était liée à un embarras gastrique, et il suffisait de combattre ce dernier état morbide pour faire disparaître l'acrodynie.

Il y a sept ans, M. Beau vit à l'hôpital Cochin un piqueur de bœufs qui fut pris d'une acrodynie violente des pieds. Il criait toute la nuit, sans qu'on pût parvenir à le calmer; chez lui l'appétit était complétement perdu; il tomba dans le délire et mourut; on ne trouva rien à l'autopsie.

Heureusement ce mode de terminaison est exceptionnel; l'acrodynie n'est pas ordinairement grave quand elle est exempte de complication. Chez la malade traitée en ce moment dans les salles de M. Beau, l'intensité de l'affection est moyenne, et peut-être ne se prolonge-t-elle que parce qu'elle est gouvernée par l'état général peu satisfaisant de la malade. Ce qu'il y a de certain, c'est que les topiques sédatifs qui réussissent parfois en pareil cas à calmer la douleur, ont échoué chez elle, et qu'elle se trouve au contraire très-bien des bains sulfureux. On continuera donc l'usage de cette médication; mais il est bon de savoir, à cet égard, qu'il faut tâtonner, employer ici la faradisation, là le baume Tranquille ou le chloroforme, ailleurs les bains sulfureux, etc., jusqu'à ce qu'on ait trouvé le remède qui convient particulièrement au malade.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

DES LÉSIONS DU PÉNIS DÉTERMINÉES PAR LE COÏT, et des rapprochements sexuels dans leur rapport étiologique avec les maladies (1).

Les physiologistes se sont beaucoup occupés des différents actes qui concourent à la génération; mais les pathologistes ont peu étudié les lésions qui peuvent survenir pendant l'accomplissement de cette fonction, et si en parlant de l'étiologie d'un certain nombre de maladies ils ont signalé les excès vénériens, ils ont peu insisté sur leur influence. Dans le courant de l'année dernière, MM. Demarquay et Parmentier ont publié un travail où ils ont décrit les diverses lésions qui, en dehors du chancre et de la blennorrhagie, peuvent survenir chez l'homme à l'occasion de l'accomplissement de la génération, et quelque temps après, M. Demarquay a engagé M. Sélignac à prendre pour sujet de sa thèse inaugurale l'influence des rapprochements sexuels sur la production des maladies; on voit, d'après cela, que ces travaux sont en quelque sorte le complément l'un de l'autre.

C'est à l'aide du petit nombre de faits trouvés dans les recueils scientifiques, de ceux qu'ils avaient eu occasion d'observer eux-mêmes, et des observations que MM. Barth et Guersant ont eu l'extrême obligeance de leur communiquer, que MM. Demarquay et Parmentier ont tracé le tableau des accidents qui peuvent survenir chez l'homme au moment des rapports sexuels. Ces accidents sont: un paraphimosis, une inflammation des follicules du prépuce; des ruptures du frein, de l'urèthre ou des corps caverneux; la déchirure du méat urinaire, celle de la muqueuse du gland dans le point où elle se réfléchit sur le prépuce; enfin, les excès vénériens peuvent amener dans le bulbe de l'urèthre un épanchement de sang, une sorte d'apoplexie, lésion que M. Demarquay a observée dans son service à la Maison municipale de santé.

M. Guersant a été appelé à donner des soins à un jeune homme qui, étant affecté d'un phimosis congénital, eut la première nuit de son mariage un paraphimosis; ce fait démontre la nécessité d'opérer même un phimosis incomplet.

Les auteurs ont signalé la balano-posthite et l'œdème du prépuce survenant après l'abus des plaisirs vénériens; mais ceux-ci peuvent aussi amener une inflammation des follicules de la face interne du prépuce, comme chez un malade auquel M. Barth a donné des soins.

Lorsqu'il est trop court, le frein de l'urèthre peut se rompre et donner quelquefois lieu à une hémorrhagie assez abondante, ainsi que M. Demarquay en a cité un exemple; l'on sait aussi que souvent la muqueuse du gland se déchire dans le point où elle se réfléchit sur le prépuce, et combien il est difficile de distinguer du chancre mou l'ulcération qui succède à cette déchirure. Il est une autre déchirure qui peut aussi survenir, mais qui est assurément plus rare que les précédentes, c'est celle du méat urinaire; MM. Demarquay et Parmentier en rapportent un exemple.

Parmi les accidents qui peuvent avoir lieu chez l'homme pendant la copulation, il n'en est pas qui soient plus intéressants à la fois pour le pathologiste et le physiologiste que les ruptures de l'urèthre et celles des corps caverneux. Ces lésions donnent lieu à des symptômes qui nécessitent souvent l'intervention active du chirurgien, soit au moment où l'accident vient d'avoir lieu, soit pour remédier à ses conséquences plus ou moins éloignées, le rétrécissement de l'urèthre, par exemple. Enfin, la rupture des corps caverneux amène des modifications importantes dans le phénomène de l'érection; d'autres fois, toute la partie de la verge située au delà de la rupture reste dans l'état de flaccidité, pendant que la partie postérieure entre en érection.

Le travail de MM. Demarquay et Parmentier se termine par une observation d'épanchement de sang dans le bulbe de l'urèthre, survenu chez un homme qui, étant déjà indisposé depuis quelques jours (malaise, anorexie, soif vive, etc.), répéta cinq fois le coït dans l'espace de deux heures. Ce malade succomba dans le service de M. Demarquay, après avoir présenté les symptômes de l'adynamie la plus profonde, avec une gangrène de la peau de la verge et de l'abdomen.

Après avoir rappelé les troubles digestifs qui se manifestent chez ceux qui abusent des plaisirs vénériens, M. Sélignac rapporte deux exemples de mort subite survenue pendant le coït chez deux filles publiques atteintes de maladie du cœur; puis il étudie l'influence des rapprochements sexuels sur les maladies nerveuses, l'hystérie, l'épilepsie et les maladies de la moelle. On rencontre dans cette partie de sa thèse des observations curieuses, qui démontrent que les excès vénériens peuvent engendrer chez l'homme et chez la femme des affections du système nerveux. On sait, du reste, que M. Delasiauve, dans son *Traité de l'épilepsie*, a beaucoup insisté sur l'exacerbation que les plaisirs sexuels déterminent chez les épileptiques.

Mais de tous les appareils, celui qui ressent le plus directement les effets fâcheux de l'abus de plaisirs vénériens, c'est l'appareil génital; aussi l'étude des affections qui peuvent en être la conséquence occupe une grande place dans le travail de M. Sélignac. Les troubles qui peuvent survenir du côté des organes génitaux de l'homme, sont les névroses de l'urèthre, signalées par Vidal (de Cassis), celles du testicule, dont M. Demarquay a observé plusieurs exemples; le priapisme et les pertes séminales; viennent ensuite toutes les lésions du pénis, qui ont été étudiées dans le mémoire de MM. Demarquay et Parmentier, et sur lesquelles nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs.

Pour terminer l'analyse de la thèse de M. Sélignac, il nous reste à parler des troubles qui surviennent du côté des organes génitaux de la femme à la suite de l'abus des plaisirs vénériens. Nul doute que les affections utérines ne tiennent souvent à cette cause. Mais, comme l'a dit M. Puech, que de particularités ne dérobe pas l'amour-propre d'une femme! Demandez-lui, par exemple, si elle commet des excès de coït, si elle a été vue pendant ses règles, et vous serez bien heureux si vous n'avez qu'une réponse négative, quoique vous ayez fait cette question à coup sûr et à des personnes qui ont depuis longtemps laissé de côté toute pudeur. Les filles publiques ont parfois cette singulière réserve, qui survit à la perte de toutes les autres.

Les excès vénériens, peu de jours après l'époque menstruelle, provoquent son retour, entretiennent les règles abondantes et préparent les hémorrhagies utérines. Chez les jeunes mariées, les premières approches du mari peuvent déterminer une vaginite; d'autres fois, c'est une névralgie qui rend les rapports sexuels extrêmement douloureux et presque impossibles, comme cela a été observé par M. Demarquay chez des personnes auxquelles il a donné des soins. Il n'est pas jusqu'au col de la vessie qui ne puisse être influencé par l'abus des rapprochements sexuels. M. Demarquay nous a dit avoir été appelé auprès d'une jeune femme qui eut une rétention d'urine pendant trente-six heures, à la suite de rapprochements sexuels immodérés. Le cathétérisme fut nécessaire dans ce cas.

Enfin, le trombus des grandes lèvres, les affections de la glande vulvo-vaginale et l'hématocèle rétro-utérine, reconnaissent très-souvent pour cause les excès vénériens; quant à l'influence de ceux-ci sur la leucorrhée, le catarrhe utérin et la métrite, les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'utérus l'ont mise depuis longtemps hors de doute. Parent-Duchâtelet, d'après son ouvrage sur la prostitution, a prouvé que l'avortement était fréquent chez les prostituées. La cause est toute mécanique, et elle s'exerce souvent aussi chez les nouvelles mariées. Enfin, MM. Huguier et Demarquay ont vu des métro-péritonites survenir sous l'influence des premiers rapports sexuels, et M. Sélignac rapporte dans sa thèse qu'une fille publique mourut dans le service d'Aran d'une récidive de péritonite à la suite de rapprochements sexuels intempestifs.

(1) Chez Asselin, libraire, place de l'Ecole de Médecine.

ABSENCE TOTALE DE LA GLANDE MAMMAIRE GAUCHE par arrêt de développement.

Le 1er mai dernier, M. le docteur Paull fut appelé pour assister Mme R..., âgée de vingt-deux ans, dans son premier accouchement. Quand tout fut terminé, la mère de la jeune femme informa le médecin que la malade n'avait qu'un sein.

L'examen ne permit, en effet, de constater aucune trace de la glande; les côtes étaient un peu moins couvertes qu'à l'ordinaire, ce qu'on peut attribuer au développement imparfait des muscles pectoraux. Un simple petit bouton représentait le mamelon. Pendant la grossesse, ce mamelon rudimentaire avait augmenté de volume et était devenu fort douloureux.

La mère n'avait appris le fait de l'absence du sein que trois semaines après la naissance de l'enfant, la nourrice n'ayant osé le dire tout d'abord. Un chirurgien, consulté, fit espérer que la glande se développerait à l'âge de la puberté. La jeune femme, sauf une poitrine un peu étroite, était bien conformée.

La mère attribue la difformité de sa fille à l'effroi qu'elle éprouva pendant sa grossesse, une femme lui ayant laissé voir la cicatrice de l'ablation du sein gauche qu'elle avait subie pour un cancer.

(*The Lancet.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 juin 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

M. BECQUEREL communique à l'Académie un extrait de son cinquième mémoire *sur la température des couches inférieures de l'air*. (Voir le *premier-Paris*.)

— M. LAVOCAT adresse à l'Académie la deuxième partie de son mémoire, intitulé *Revue générale des os de la tête des vertébrés*. (Commission précédemment nommée.)

— M. GALLARD adresse une note formant supplément au mémoire qu'il a lu dans la séance du 26 mai dernier, touchant l'influence des chemins de fer sur l'hygiène publique. (Voir la note du même auteur publiée dans le numéro du 24 juin, qui renferme en substance l'énoncé des mêmes faits.

— M. TIGRI adresse de Sienne une note écrite en italien et ayant pour titre: *Recherches anatomiques et cliniques sur un cas d'oblitération spontanée et complète du sac herniaire, et guérison radicale de la hernie par suite d'un décubitus prolongé.*

Cette note est renvoyée à l'examen de MM. Cloquet et Jobert (de Lamballe).

— M. FLOURENS fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Liharzik, du prospectus d'un ouvrage intitulé *La loi de la croissance et la structure de l'homme.*

Diverses figures au trait, images photographiques et figures de ronde-bosse, représentant l'homme et la femme à différents âges, depuis le moment de la naissance jusqu'à l'état adulte, pièces préparées pour la publication de ce grand travail, sont mises sous les yeux de l'Académie et renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. de Quatrefages et Bernard.

— M. PASTEUR, en adressant un exemplaire de son *Mémoire sur les corpuscules organisés qui existent dans l'atmosphère*; *examen de la doctrine des générations spontanées*, prie l'Académie de vouloir bien comprendre cet opuscule dans le nombre des pièces de concours pour le prix Alhumbert, question des générations dites spontanées. (Réservé pour la future commission.)

— M. HAUNET adresse le plan lithographié d'un nouvel *appareil réfrigérant* destiné à produire un abaissement de la température dans l'intérieur des théâtres, hospices et autres édifices publics ou privés.

— M. SAVALLE, à l'occasion d'une communication récente de M. Beau sur *l'angine de poitrine des fumeurs*, remarque que dans un travail sur l'angine présenté à l'Académie de médecine en février 1861 comme pièce de concours pour le prix Civrieux et honoré d'une récompense dans la séance du 17 décembre, il a appelé l'attention sur l'usage abusif du tabac et sur son influence dans la production de diverses maladies parmi lesquelles figure l'angine.

Cette lettre est renvoyée, à titre de renseignement, à la commission nommée pour le mémoire de M. Beau, commission qui se compose de MM. Serres, Andral et Bernard.

— M. DESPRES adresse en double exemplaire un *Traité de l'érysipèle* qu'il vient de faire paraître, et prie l'Académie de comprendre cet opuscule dans le nombre des pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

L'ouvrage sera réservé pour le concours de 1863, celui de 1862 étant clos depuis le 1er avril.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er mai 1862. — Présidence de M. DUPERTUIS, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Notice historique sur le docteur Foucart. — M. MAGNE rappelle les services rendus par le secrétaire général son prédécesseur. La notice historique de M. Magne est chaleureusement applaudie, et la Société en vote l'impression à l'unanimité.

M. Magne s'exprime en ces termes:

Messieurs et chers collègues,

Le 9 mars 1862 a été pour la Société de médecine pratique un jour de deuil. Nous avons perdu notre secrétaire général Foucart, « mort victime du travail, mort sans avoir connu le repos (1). »

Des voix heureusement inspirées ont dit avec talent la vie si courte et pourtant si remplie de notre regretté collègue. On a rappelé, mieux que je ne saurais le faire, l'infatigable praticien luttant contre les épidémies avec un zèle et une énergie sans bornes. Journaliste, il a tracé lui-même son panégyrique dans cent articles que vous avez tous lus. C'est du secrétaire général de notre Société que je vais essayer un moment de vous entretenir.

Foucart (Marie-Alfred), officier de la Légion d'honneur et chevalier de la Rose du Brésil, était né le 21 avril 1817; son père, vénérable légionnaire, avait fait, comme chirurgien militaire, les prodigieuses campagnes du premier Empire sous les ordres d'un chef héroïque, Larrey.

Est-ce raison? Est-ce faiblesse? On aime à retrouver dans les enfants certains traits de leurs ascendants. Peut-être Foucart, toujours sur la brèche et triomphant d'une infirmité prématurée, a-t-il dû son insigne énergie aux traditions d'un père qui avait assisté à des luttes gigantesques!

A dix-sept ans, Foucart prend sa première inscription, et le 1er août 1842, il obtenait le diplôme de docteur en médecine. Le 3 novembre de la même année, sous la présidence de M. le professeur Fouquier, il entrait dans la Société de médecine pratique, dont il a été pendant dix-neuf ans l'un des membres les plus actifs.

Tour à tour secrétaire et vice-président, vous vous rappelez avec quelle ardeur il travaillait à la prospérité de cette savante Compagnie, et vous l'aviez récompensé d'une manière digne de lui, en le choisissant à l'unanimité pour remplacer le vénérable secrétaire général Serrurier. Cette récompense exigeait un surcroît de travail, mais Foucart n'a jamais compté avec le travail.

A cette époque, pourquoi le taire? la Société, fière à plus d'un titre de ses anciens, ne remarquait pas cependant sans quelque inquiétude des vides assez nombreux, qu'il semblait difficile de combler. On en était arrivé à pousser le cri sinistre: *Caveant consules!...*

(1) Discours de M. le docteur Brochin.

Foucart est élu secrétaire général, et soudain cette Société reprend une vie nouvelle. Par ses soins, par sa vigilance, vos travaux, publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*, sont chaque année réunis et coordonnés dans un recueil spécial ; sur des fauteuils trop longtemps vacants, viennent siéger des praticiens éminents et des médecins jeunes encore, mais dont les noms sont déjà chers à la science ; bientôt vos séances présentent un intérêt inaccoutumé ; les savants français et étrangers sollicitent l'honneur de s'associer à vos travaux ; c'est l'ère de la renaissance pour la Société de médecine pratique.

Foucart nous a communiqué l'activité, qui était sa vie ; le souvenir de son passage parmi nous exerce encore une telle puissance, que lorsqu'il s'est agi de lui choisir un successeur, une voix s'est élevée criant : « Un secrétaire général ! c'est un chef que vous vous donnez ! »

L'orateur avait certainement exagéré l'expression de sa pensée ; ce n'est pas au secrétaire général qu'appartient le commandement ; qu'il ait la conscience des services à rendre, qu'il sache unir à un sens droit l'amour du travail, l'ardent désir d'être utile, de l'activité, du zèle, et la Société, qu'il ne commande pas, mais qu'il sert, ne peut manquer de prospérer.

Sans cesse occupé de vous, alors que grâce à son heureuse pensée, vous fêtiez le cinquantième anniversaire de cette Compagnie, Foucart disait, dans un charmant discours que conserveront vos *Archives* : « Il y a cinquante ans aujourd'hui, en 1808, quelques modestes praticiens de Paris, entre lesquels les rapports journaliers de la pratique, une même conformité de vues scientifiques, avaient créé de bonnes relations de confraternité, pour quelques-uns même de franche et sincère amitié, s'assemblaient par ses conseils et sous la direction de Chaussier. » Heureux le secrétaire général qui de simples relations de confraternité pourrait faire naître, de la part de tous, cette franche et sincère amitié !

Vous savez comment celui que nous regrettons est tombé avant le temps, victime du travail. Fin bien digne de sa vie ! Quand on songe aux pertes récentes qu'a faites le corps médical, Cazeaux ! Becquerel ! ne semble-t-il pas qu'elle soit plus à envier qu'à plaindre, cette mort de notre collègue trouvée sur le chemin de l'étude, de l'étude qui fait tout oublier... excepté ceux qui nous ont été chers !

J'ai essayé de vous dire quel a été votre secrétaire général. Que n'ai-je pu, comme je le désirais, le rappeler, ne fût-ce qu'un moment, vivant encore, à vos côtés !

Compte rendu du BULLETIN de la Société médicale des hôpitaux. — M. TERRIER. M. Béhier a fait, au nom de la Commission chargée de l'examen d'une personne atteinte de chromhidrose et envoyée de Brest par M. Leroy de Méricourt, comme présentant un type de chromhidrose ou chromocrinie, un rapport d'autant plus important que déjà plusieurs médecins honorables avaient été victimes de supercheries dont chacun comprend le point de départ, et qui auraient pu devenir une source de mystifications que la science éclairée devait dévoiler.

La Commission, après s'être assurée que la coloration noire des paupières ne reparaissait pas spontanément au bout du temps désigné par la malade et de la manière dont cette malade le prétendait, a examiné la nature de la soi-disant sécrétion :

1° Dans son mode de production. Elle a constaté qu'une fois enlevé avec soin, le noir reparaissait sous l'influence de forts clignements d'yeux.

Chez la malade en question, les cils, généralement agglutinés, portaient à leur base des points noirs, dont quelques-uns se retrouvaient sur les cils, et devenaient surtout abondants vers le grand angle de l'œil, tandis que les plis de la peau de l'angle externe en étaient généralement exempts.

2° Dans sa composition elle-même. Elle a constaté qu'elle n'était pas, comme on l'avait dit, assimilable à la substance choroïdienne, et qu'elle se comportait avec tous les réactifs à la manière du charbon ou du noir de fumée ; que sa couleur bleuâtre devait tenir à une addition de préparation connue dans la parfumerie sous le nom de bleu d'azur (préparation ayant pour base l'indigo) ; que cette coloration et ce mélange n'existaient pas chez la malade soumise à leur expérience, chez laquelle la matière noire était assimilable au carbone pur ou noir de fumée. La commission, voulant compléter par l'expérience les renseignements ci-dessus, a essayé l'effet des divers cosmétiques débités dans le commerce sous les noms de *Fard indien*, *Pyrommée* et *Koheuil*, qui ont pour principe le noir de fumée au carbone pur. Déjà M. Gubler avait, dans des expériences précédentes, conclu à la présence du noir de fumée dans la matière noire recueillie par lui sur une des malades de M. le docteur Leroy de Méricourt. Or les cosmétiques noirs, le koheuil surtout, appliqués sur les cils de manière à les teindre complétement, suffisent, par des clignements d'yeux répétés, pour déterminer la chromhidrose dans l'espace de quelques minutes, et produire à l'angle interne de l'œil cette agglomération de corpuscules noirs remarqués chez la malade de M. Leroy de Méricourt.

Restait à la commission le soin d'expliquer les apparences contradictoires de ses recherches avec celles de M. Ch. Robin, qui avait trouvé dans la matière analysée par lui une substance qu'il croyait *sui generis*, et se rapprochait de la matière noire de la choroïde plutôt que de toute autre substance animale, et mélangée à des cellules brisées et à des globules adipeux. Ces substances se sont en effet retrouvées dans les expériences personnelles faites par les commissaires, et ont servi à démontrer que la source de ce mélange de cellules brisées et de globules adipeux était due aux particules enlevées à la paupière dans le grattage opéré pour recueillir la matière noire des paupières dans les cas de chromhidrose.

La question en était là, lorsque, vers la fin d'août dernier, M. Gubler communiqua à la Société une lettre de M. Spring, professeur de médecine à Liége, qui avait découvert d'une façon fort ingénieuse les supercheries d'une jeune fille se disant atteinte de chromhidrose. La malade se présentant avec toutes les conditions de celles examinées par nos confrères de Brest, M. Spring eut la pensée d'appliquer sur les paupières une couche de collodion après les avoir préalablement débarrassées de la matière noire dont elles étaient couvertes ; puis il renvoya la malade au lendemain.

La malade revint en effet avec les paupières noires comme la veille, et il put s'assurer que le collodion était resté interposé entre la peau et la matière noire, et que par conséquent celle-ci venait du dehors et n'était pas le fait d'une sécrétion. Il put consoler les parents sur la maladie de leur fille, et en effet, à partir de ce jour la maladie n'a pas reparu. Le professeur de Liége engage ses confrères de France à soumettre les nouveaux cas de chromhidrose qui se présenteront à une expérience semblable.

Voilà donc la chromhidrose bien compromise et bien près d'être rayée du cadre nosologique des maladies nouvellement découvertes.

Conjonctivo-tarsite végétante. — Conjonctivite papillaire. — M. COURSSERANT. Des saillies plus ou moins acuminées, ou plus ou moins arrondies, de volume variable, s'élèvent-elles au-dessus de la surface de la conjonctive hyperémiée, l'affection est dite *conjonctivite granulaire*, *ophthalmie granulaire*, etc., dénominations qui ne préjugent rien sur le siége et la nature de la granulation, laquelle peut consister dans une simple hypertrophie d'un ou de plusieurs des éléments anatomiques constitutifs de la paupière, tout comme elle peut se compliquer de la production d'éléments hétérogènes de nouvelle formation, envahissant le stroma du tarse lui-même.

Qu'il me soit permis de rappeler que l'an dernier j'ai désigné cette forme morbide par le nom de *conjonctivo-tarsite végétante*.

Quant à l'hypertrophie simple, elle peut porter, dans certaines circonstances, uniquement sur les papilles vasculaires, ainsi que le prouve un fait observé sur une dame présentant une des formes classiques de l'ophthalmie granulaire ; or, les paupières ayant été soumises à l'abrasion, et le produit de l'abrasion ayant été examiné par M. le professeur Robin, ce savant observateur a trouvé à l'examen microscopique que l'élément granulaire était formé et exclusivement formé par une hypertrophie (la plus prononcée qu'il ait vue en semblable matière) des papilles vasculaires de la conjonctive. Ne pourrait-on pas appeler cette conjonctivite *conjonctivite papillaire*, afin de donner plus de précision au langage médical, appelant *conjonctivite glandulaire* l'ophthalmie granulaire caractérisée principalement par l'hypertrophie des glandes et glandules, tandis qu'on réserverait la dénomination de conjonctivite glandulo-papillaire à l'affection dont le développement anormal des glandes et des papilles établirait le symptôme morbide le plus apparent ?

Le secrétaire annuel, MILON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu jeudi dernier, 26 juin, à la Maison-Ecole d'accouchement, rue de Port-Royal, sous la présidence de M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, en présence de tous les médecins et chirurgiens de l'établissement et des principaux fonctionnaires de l'administration.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à M[lle] Zoé Largillière, élève à ses frais.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées, sont : M[lle] Philomène-Marie Becquenot, élève aux frais du département de l'Allier ; M[lle] Emilie Prouveur, élève aux frais du département de la Seine ; M[lle] Elise-Mathilde-Amélie Mallet, élève aux frais du département de la Seine.

— L'Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse a tenu le 15 juin sa séance annuelle.

Parmi les récompenses accordées, nous avons remarqué :

Une médaille d'or de 120 francs à M. Giraud-Teulon, docteur médecin à Paris, auteur d'un travail *sur la vision binoculaire*.

Une médaille de vermeil à M. Millon, docteur-médecin à Revel (Haute-Garonne), pour un mémoire ayant pour titre : *Considérations sur les ouvriers en cuivre*.

— M. le professeur Buffalini (de Florence) vient d'être nommé grand officier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare ; M. Sperino (de Turin) a été nommé commandeur, et M. Rizzoli (de Bologne), officier du même ordre.

— L'Université de Bruxelles vient d'adresser à la chambre des représentants une pétition pour demander le rétablissement du jury central, et la répartition égale des bourses entre les étudiants des quatre universités belges. Dans tous les cas, elle préférerait le *statu quo* plutôt que de voir la législature s'égarer dans des projets de loi dont on ne peut apprécier la portée. (*Presse méd. belge*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Sur l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis. Thèse inaugurale, par le docteur JUNIEN-LAVILLAUROY. Paris, 1862, chez L. Leclerc, rue de l'École de Médecine.

Des kystes de l'ovaire ou de l'hydrovarie et de l'ovariotomie, d'après la méthode anglaise du docteur Baker-Brown, par M. le docteur LABALBARY. Brochure in-8° de 81 pages. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole de Médecine.

Études et observations obstétricales, par le docteur Ph. PASSOT. In-8° de 100 pages. Prix, *franco* par la poste, 2 fr. Chez F. Savy, rue Bonaparte, 20.

Notice théorique et pratique sur les appareils orthopédiques de la méthode hygiénique et curative de F. V. Raspail, par Camille RASPAIL fils, médecin. Brochure in-8°, avec gravures intercalées dans le texte. Prix, 1 fr. 25. Paris, chez l'éditeur des ouvrages de MM. Raspail, rue du Temple, 14.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JUILLET 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. le docteur Reybard (de Lyon), dont on connaît les nombreux travaux et les ingénieuses inventions chirurgicales, et notamment celles qui lui ont valu le prix d'Argenteuil, a donné lecture à l'Académie d'un mémoire sur le traitement des plaies de l'abdomen avec lésions intestinales. Entre un grand nombre de points de l'histoire de ces lésions qu'il a traités avec toute l'attention qu'ils méritent, M. Reybard a particulièrement insisté sur l'étude du mode de cicatrisation des intestins à la suite de la suture, et sur les avantages qu'a paru lui offrir dans ce cas le mode de suture le plus simple et le plus connu de tous, la suture à surjet, dont il indique de nombreuses et utiles applications. On trouvera dans le compte rendu une analyse indicative des points principaux traités dans ce volumineux et important travail.

L'Académie a entendu ensuite la lecture inachevée de deux rapports sur des questions de pathologie également dignes d'intérêt, l'angine de poitrine, et le typhus dans ses rapports avec la fièvre typhoïde. Nous dirons dans huit jours ce que renferment ces deux rapports.

L'Académie a en ce moment plusieurs vides à remplir, par suite des pertes récentes qu'elle a faites. Le conseil d'administration, par l'organe du président, proposait de déclarer une vacance dans la section de physique et chimie médicales; mais l'Académie, sur l'observation de quelques membres, en a disposé tout autrement. La vacance a été déclarée dans la section d'accouchements, qui a perdu récemment, comme on le sait, deux de ses membres les plus distingués, M. Moreau et M. Cazeaux. La section d'accouchements aura, en conséquence, à se réunir prochainement pour présenter une liste de candidature.

La section de physique et de chimie s'est déclarée satisfaite; la section d'accouchements le sera quand elle se sera recrutée d'un nouveau membre; les autres ne paraissent avoir rien à désirer. A quand la déclaration de vacance dans la section d'histoire et de philosophie médicales, dont M. Malgaigne appelait la création de ses vœux dans une des dernières séances? — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. EMPIS.

De la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres (1).

(Leçon recueillie par M. LASSERRE, externe du service.)

Je ne m'arrêterai pas au diagnostic différentiel de la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, et d'une paralysie symptomatique d'une hémorrhagie cérébrale ou d'un ramollissement cérébral aigu. Qu'il me suffise de vous rappeler que dans les paralysies locales de cause encéphalique, ce sont toujours les organes pairs situés du côté opposé à celui où siége la lésion cérébrale qui sont frappés, et que dans les hémiplégies, qu'elles soient d'ailleurs complètes ou incomplètes, les organes impairs, comme la langue, la bouche, le voile du palais, le pharynx, etc., qui reçoivent leurs nerfs en même temps par les deux côtés, sont presque toujours moins paralysés que les organes latéraux. Or, précisément chez notre malade, il n'y a absolument aucun symptôme hémiplégique, tandis que le voile du palais, la langue et l'orbiculaire des lèvres sont paralysés.

La paralysie générale progressive, maladie aussi terrible que celle que nous étudions ici, et malheureusement beaucoup plus fréquente, offre parfois, pour premier symptôme de l'affaiblissement de la contractilité musculaire, des troubles dans la prononciation et l'articulation des mots. Mais alors même que la maladie ne se caractériserait pas dès sa première période par quelques modifications des facultés morales et intellectuelles, par de l'affaiblissement dans la mémoire; par quelques troubles du côté de la sensibilité, par une diminution dans la force musculaire, que dénoteraient chez le malade une démarche lente, mal assurée et vacillante, une lenteur particulière dans les mouvements, et parfois même un peu de tremblement, on trouverait encore des signes différentiels de diagnostic dans la modalité même des symptômes fournis par la parole dans l'une et l'autre affection.

En effet, dans la paralysie générale progressive, les troubles consistent dans un certain embarras de la parole, dans une certaine lenteur de la prononciation des mots; les malades hésitent, balbutient en parlant, et présentent, selon l'expression vraie de M. Duchenne, une sorte d'ivresse de la parole; mais chez eux, les mouvements volontaires de la langue ne sont point empêchés; ils peuvent tirer la langue hors de la bouche et la mouvoir en tous sens, ce que précisément ne saurait faire notre malade.

Ajoutons qu'il n'existe pas dans la science un seul exemple d'individus atteints de paralysie générale progressive, qui ne puissent plus prononcer un seul mot sans qu'en même temps chez eux d'autres symptômes de la maladie se soient déjà manifestés. Or, chez notre malade, l'intelligence et la mémoire sont parfaitement saines; la sensibilité générale et la contractilité musculaire dans les membres sont entièrement intactes; l'appétit est excellent, les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement, et la nutrition générale n'a pas encore souffert.

Serait-il possible de confondre la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres dont notre malade est atteint, avec la maladie que notre regretté collègue Aran a décrite en 1850 sous le nom d'atrophie musculaire progressive, et que, trois ans plus tard, M. le professeur Cruveilhier a de nouveau fait connaître sous le nom de paralysie musculaire atrophique?

Dans cette singulière affection, caractérisée par la destruction atrophique progressive des fibres musculaires, on rencontre aussi parfois une altération dans les mouvements de la langue et dans la déglutition; mais il est très-rare que ces symptômes apparaissent dès le début de la maladie; ce n'est ordinairement qu'à une période déjà très-avancée de la dégénérescence musculaire que la langue est atteinte; ainsi, sur 150 ou 160 cas d'atrophie progressive observés par M. Duchenne, il n'est pas arrivé une seule fois que la langue, le voile du palais ou les lèvres fussent primitivement lésés, et, dans tous les cas où l'altération atrophique a frappé ces organes, cela n'a jamais eu lieu que lorsque déjà depuis longtemps la maladie sévissait sur les muscles des membres et du tronc.

Ce qu'il importe du reste de ne pas méconnaître, c'est que chaque fois que la maladie se généralise jusqu'aux muscles de la langue, du voile du palais et des lèvres, de manière qu'il en résulte de la gêne dans la déglutition et dans la prononciation, ces symptômes n'ont pas leur raison dans la paralysie des fibres musculaires, mais bien dans une disparition atrophique de ces fibres, et c'est là le caractère fondamental de la paralysie atrophique progressive, que dans cette affection les fibres musculaires conservent leur contractilité tant qu'elles ne sont pas détruites, tandis qu'au contraire, dans la paralysie progressive dont notre malade est atteint, la contractilité des muscles de la langue est lésée, bien qu'il n'y ait pas atrophie de ses fibres, et bien qu'elle conserve son volume et son épaisseur.

M. Duchenne nous a montré sous le microscope, il y a un instant, les fibres musculaires de la langue et les tubes nerveux du grand hypoglosse d'un individu mort dans le service de M. Trousseau d'une paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, et vous avez pu constater comme moi l'intégrité de ces organes.

L'autopsie du malade a été faite avec tout le soin possible par le chef de clinique, et l'on n'a pu découvrir aucune lésion, ni du côté du système nerveux, ni du côté des fibres musculaires, qui puisse rendre compte des symptômes de paralysie et de la mort du malade.

En ne perdant point de vue pour le diagnostic différentiel de la paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, et l'atrophie musculaire progressive, que l'une est une paralysie sans atrophie, et que l'autre est une atrophie sans paralysie, on parviendra toujours à les distinguer.

Certains cas, cependant, peuvent devenir embarrassants et donner lieu à des difficultés de diagnostic; c'est lorsque la première de ces deux maladies, tout en conservant ses caractères particuliers, vient compliquer la seconde. Déjà, si je ne me trompe, M. Duchenne a observé la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, coïncidemment avec une atrophie musculaire partielle, et M. le docteur Dumesnil a publié en 1859, dans la *Gazette hebdomadaire*, la relation d'un fait qui semble bien être de la même nature.

Abordons actuellement le point le plus délicat du diagnostic différentiel de la maladie, celui qui touche aux questions les plus litigieuses de la physiologie; notre homme ne serait-il pas atteint d'une paralysie double de la septième paire?

Un médecin très-distingué que vous connaissez tous de nom, M. Davaine, après avoir observé un individu atteint d'une affection analogue à celle dont je vous parle, et qui lui parut être une paralysie double de la septième paire, publia en 1852, dans la *Gazette médicale*, un travail très-intéressant sur ce sujet. Empruntant à Romberg, à Christison, à Ch. Bell, à Magendie, les principales observations jusqu'alors connues de paralysie double de la septième paire, il les a rassemblées dans son mémoire, en rapprochant les symptômes offerts par son malade de ceux que ses prédécesseurs, dans l'étude de cette maladie, y avaient déjà notés. Suivons ce bon exemple; mais avant de déterminer si notre malade présente les symptômes que M. Davaine a assignés à la paralysie double de la septième paire, dans le tableau original qu'il a si artistement tracé de cette maladie, résumons, le plus brièvement possible, les signes de la paralysie double et *vraie* de la septième paire, tels qu'ils ressortent des observations publiées par Romberg, Ch. Bell, Magendie, etc.

Pour vous donner une idée exacte des symptômes de cette maladie, je ne saurais mieux faire que de vous communiquer un passage de l'observation de Magendie, où tous les signes se trouvent réunis.

Il s'agit de la paralysie double complète et vraie de la septième paire, chez une fille de vingt-deux ans:

« Il n'y a pas la moindre déviation des traits. Ceux-ci sont réguliers, impassibles, à tel point que les sensations intérieures ne se traduisent au dehors que par des changements dans la coloration du visage. Les yeux, largement ouverts, paraissent plus grands que de coutume. La malade essaye-t-elle de les fermer, elle ne le peut, et il reste entre les paupières un écartement assez considérable, qui laisse apercevoir la teinte blanchâtre de la conjonctive. Les larmes coulent involontairement sur les joues; le front ne peut plus se plisser. Les sourcils, obéissant à leur poids, pendent au-dessus des orbites, ce qui donne à la physionomie une effrayante expression. Affaissement des narines; souvent, dans les fortes impressions, elles se rapprochent de la cloison nasale au point de former soupape et d'intercepter complétement le passage de l'air.

» Les lèvres ont perdu toute faculté contractile; aussi le parler est-il devenu très-embarrassé, surtout pour la prononciation des mots où se trouvent des lettres labiales. A chaque mouvement respiratoire, les lèvres, comme deux voiles mobiles, sortent et rentrent, selon la direction du courant de l'air. La mastication est pareillement très-pénible, car les aliments se portent de chaque côté entre les gencives et les joues, et la malade est obligée de se servir du doigt pour les ramener sous les dents. Les joues sont flasques, pendantes, ce qui rend la figure plus longue et la fait paraître vieillie.

» D'après ces phénomènes, il est manifeste que de chaque côté les muscles soumis à l'influence de la septième paire ont perdu toute action qui leur soit propre pour ne plus remplir qu'un rôle exclusivement passif. On dirait presque une tête inanimée sur un corps vivant. Cependant la santé générale de la malade n'a point cessé un instant d'être parfaite. L'appétit est conservé, le sommeil calme; la tête est libre. La paralysie de la face est donc plutôt ici une incommodité qu'une maladie véritable. »

Si l'on rapproche de la description que vous venez d'entendre les divers symptômes que Romberg, Christison, Ch. Bell, ont relatés dans d'autres observations doubles et vraies de la septième paire, il en résulte:

1° Que dans cette maladie il y a paralysie de tous les muscles de la face animés par les filets de la septième paire;

2° Que, parmi les conséquences de cette paralysie, il y a une très-grande difficulté dans la prononciation des mots pour l'articulation desquels le mouvement des lèvres est indispensable, et une difficulté de la mastication des aliments qui s'enfoncent entre les joues et les arcades dentaires;

3° Que l'effet de cette paralysie sur la langue est une sensation d'engourdissement qui se produit sur les parties latérales de cet organe sans en altérer notablement les mouvements, ce qui permet aux malades de se servir de leur langue pour rame-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 24 juin.

ner les aliments en dedans des arcades dentaires pendant la mastication.

4° Que dans tous les cas de paralysie vraie de la septième paire, que la paralysie soit simple ou qu'elle soit double, l'irritabilité des muscles par l'électricité est abolie plus ou moins complétement; assertion qui vient de recevoir une nouvelle confirmation par les belles expériences de notre habile collègue M. Vulpian;

5° Enfin, que dans cette paralysie, le nasonnement, la gêne de la déglutition, le retour des boissons par le nez, la paralysie de la langue, sont des signes qui ont presque toujours fait défaut, et dont la valeur, quand ils existent, est très-discutable.

Voyons donc maintenant si les symptômes du malade de la salle Sainte-Jeanne sont en rapport avec les signes de cette double paralysie? Je ne vous parlerai pas de nouveau de sa physionomie pleureuse, mais je vous rappellerai que le seul muscle de la face dont il soit paralysé est le muscle orbiculaire des lèvres, et qu'il jouit de la contractilité de tous les autres, ce qui lui permet de rider le front, de froncer les sourcils, de fermer fortement les yeux, de remuer les ailes du nez; en un mot, de contracter tous ses muscles de la face, à l'exception seule de l'orbiculaire des lèvres.

En second lieu, l'excitabilité électrique est parfaitement conservée, chez ce malade, dans le muscle orbiculaire des lèvres, comme d'ailleurs dans tous les autres muscles de la face, dans ceux de la langue et du voile du palais. Il n'a jamais éprouvé non plus cette sensation d'engourdissement des bords de la langue, notée dans les observations de paralysie de la septième paire; mais par contre, il a une paralysie presque complète des muscles de la langue.

Du rapprochement que je viens de faire devant vous, il doit vous paraître évident, comme à moi, que le malade que nous étudions n'est pas atteint d'une paralysie double et vraie de la septième paire.

Cependant, si nous comparons sa maladie avec celle du malade qui a été l'occasion de l'intéressant travail de M. Davaine, nous trouvons entre elles plus d'un point de contact; mais le malade de M. Davaine était-il bien atteint d'une paralysie double et vraie de la septième paire? Malgré l'appui que notre distingué confrère a donné à cette opinion, par les ingénieuses expériences qu'il a pratiquées sur les animaux dans le but d'élucider cette question, nous n'en sommes point convaincu; et nous serait-il démontré d'une façon positive que la paralysie double et complète de la septième paire pût déterminer à elle seule la paralysie de la langue, du voile du palais et du pharynx, que nous devrions encore ne pas admettre cette affection chez notre malade, par la double raison que parmi les muscles de la face animés par le nerf facial, il n'y a que le muscle orbiculaire des lèvres qui est paralysé, et que la contractilité électro-musculaire est complétement conservée dans tous les muscles, y compris l'orbiculaire paralysé!

Il me paraît donc bien certain que le malade de la salle Sainte-Jeanne est atteint de l'affection spéciale décrite par M. Duchenne sous le nom de paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres. Ce diagnostic, vous le comprenez, rend le pronostic de la maladie bien plus terrible que s'il se fût agi d'une paralysie double de la septième paire, affection souvent curable, non progressive, restant nécessairement localisée aux muscles animés par le nerf facial; et, en conséquence, ne produisant jamais les étouffements et la syncope qui caractérisent la troisième période de la maladie qui nous occupe.

Sur les quinze ou vingt cas de cette dernière affection observés par M. Duchenne, tous sans exception se sont terminés par la mort, soit que celle-ci fût le résultat subit d'une syncope ou d'une asphyxie brusque, déterminée par l'introduction du bol alimentaire dans les voies aériennes, soit qu'elle survînt lentement, à la troisième période de la maladie, dans le marasme et l'épuisement.

Malgré l'insuccès que toutes les médications ont éprouvé jusqu'ici contre cette cruelle maladie, nous n'en ferons pas moins tous nos efforts pour la vaincre.

POLYPE NASO-PHARYNGIEN

D'UN VOLUME CONSIDÉRABLE

extirpé par les voies naturelles et sans mutilations préalables.

Tumeur naso-pharyngienne observée chez le même sujet six ans plus tard, et simulant un polype fibreux. — Erreur de diagnostic; récidive apparente de la première affection. — Kyste développé dans le maxillaire supérieur. — Guérison.

Par M. le docteur DEMEAUX (de Puy-l'Évêque).

La question des polypes naso-pharyngiens a pris depuis quelques années les proportions des plus grandes questions chirurgicales; du reste, le siége qu'occupent ces tumeurs, les difformités qu'elles produisent, l'importance des fonctions qu'elles compromettent, les dangers qu'elles font courir aux malades qui en sont atteints, justifient pleinement et l'attention particulière dont elles ont été l'objet, et les opérations hardies qu'on a tentées pour les guérir.

L'observation que je publie aujourd'hui ne sera pas la moins intéressante de celles que possède la science sur cet important sujet; elle sera peut-être une des plus utiles, soit par les enseignements que pourront y puiser les jeunes chirurgiens, soit par les conséquences que pourront en déduire les praticiens les plus éminents. Cette observation se compose de deux faits bien distincts observés chez le même individu, à six ans d'intervalle: le premier consiste en un polype fibreux naso-pharyngien extirpé en plusieurs séances successives, et sans mutilation de la face; le second consiste en une tumeur qui devait faire croire à une récidive de la première maladie, et qui n'était en réalité qu'un kyste à parois osseuses rempli d'une matière gélatiniforme, et dont la guérison a été obtenue par la simple évacuation du produit morbide.

Le 5 septembre 1855, je fus mandé par un de mes confrères pour visiter le nommé D..., âgé de vingt et un ans, qu'on me dit être affecté d'un polype volumineux des fosses nasales.

D... est doué d'une bonne constitution. Cependant, depuis l'âge de dix-sept ans il a eu la fosse nasale droite obstruée de tumeurs; il y a deux ans environ, il a subi une première opération, par laquelle on a enlevé un polype fibreux du volume d'un gros marron.

Arrivé auprès du malade, je voulus d'abord explorer la tumeur qui m'était soumise. L'introduction dans la fosse nasale droite de divers instruments qui jusque-là n'étaient employés que dans le but d'apprécier la nature et le siége précis du mal, donna lieu à une hémorrhagie abondante qui me força à suspendre toute manœuvre.

Le 16, je me rendis de nouveau auprès de D..., et cette fois avec trois autres confrères, parmi lesquels se trouvait M. le docteur Lafaurie, ancien interne des hôpitaux. Nous examinâmes ensemble le malade, et nous constatâmes que la fosse nasale droite était remplie et distendue par une tumeur dure résistant à la pression et présentant tous les caractères d'un polype fibreux; la tumeur arrivait jusqu'à un centimètre environ de la narine, on la touchait facilement avec la pulpe du doigt; le côté du nez correspondant était soulevé, la pommette proéminait, et l'œil droit lui-même tendait à faire saillie hors de l'orbite, dont la paroi inférieure était probablement repoussée.

La cloison du nez était déjetée à gauche, et la fosse nasale, de ce côté, était obstruée aussi, mais seulement par suite de l'empiétement du polype.

Du côté de la bouche, la lame osseuse du plancher de la voûte palatine était perforée; on voyait proéminer dans la cavité buccale, et on sentait par le toucher la tumeur nasale, qui n'était séparée du doigt que par la membrane muqueuse.

Le voile du palais était déprimé en bas, et en portant le doigt en arrière, on trouvait toute la partie supérieure du pharynx occupée par la tumeur.

Pendant les explorations diverses qui furent faites pour établir notre diagnostic, l'hémorrhagie qui s'était produite à ma première visite se renouvela avec la même intensité, et nous força à renoncer pour le moment à toute tentative d'opération.

Me trouvant éloigné du lieu qu'habitait ce malade d'une distance de cinquante kilomètres environ, je compris qu'il n'était pas prudent de tenter une opération difficile et dangereuse, lorsque j'étais dans l'impossibilité d'en surveiller les conséquences; mes confrères eux-mêmes en étaient empêchés, soit par les distances qui les séparaient aussi, soit par des occupations pressantes qui auraient pu les empêcher de visiter l'opéré aussi souvent que son état l'eût exigé; nous avions décidé ensemble d'engager D... à se rendre à Paris, lorsque la proposition me fut faite de me charger de l'opération, à la condition que le malade, avec un membre de sa famille, viendrait résider pendant quelques semaines dans la localité que j'habite.

Le 8 octobre, D... se rendit chez moi pour se soumettre à l'opération: j'avais fait confectionner dans l'intervalle divers instruments dont je pressentais l'utilité, et particulièrement deux petits couteaux dont la lame, étroite, mince et forte, avait des dimensions et une courbure en rapport avec la profondeur et la conformation des parties; l'extrémité était mousse, les tranchants n'occupaient guère qu'une étendue de six centimètres, et étaient disposés sur les deux instruments en sens inverse, de manière à pouvoir agir de bas en haut, de haut en bas, de gauche à droite, et de droite à gauche avec la même facilité.

Le 9, je commençai l'opération; le malade étant convenablement placé, j'introduisis dans la fosse nasale droite, entre la tumeur et le plancher du nez, un des couteaux mentionnés.

L'instrument étant introduit, je retournai le tranchant en dehors et en haut, et appuyant fortement dans ce sens, je coupai dans l'épaisseur de la masse morbide; ayant ensuite retiré l'instrument, je saisis avec une pince de Museux la portion de tumeur qui était la plus rapprochée de la narine; je compris par les premières tractions que j'agissais sur un corps plus mobile que précédemment, par conséquent mon incision avait dû diviser la tumeur. Une hémorrhagie considérable vint compliquer ce premier temps de l'opération. Néanmoins, sans retirer la pince, j'introduisis de nouveau le couteau dans la fosse nasale; j'incisai tout ce qui m'offrait de la résistance, lorsque, à un moment donné, une masse se détacha, vint oblitérer la narine, et pour l'extraire je fus obligé non-seulement d'exercer des tractions assez fortes, mais encore de distendre énormément l'ouverture nasale.

Pour arrêter l'hémorrhagie, qui était très-abondante, je m'empressai d'introduire dans la fosse nasale une forte mèche imbibée d'une solution de perchlorure de fer; la portion de tumeur enlevée présentait la forme et le volume d'un bouchon de liége; je pus m'assurer que la tumeur était de nature fibreuse, que l'hémorrhagie par conséquent ne provenait pas de ce parenchyme, mais bien de la muqueuse nasale elle-même.

Le 11, je retirai la mèche, qui déjà d'ailleurs importunait beaucoup le malade, soit par son volume, soit par sa fétidité: immédiatement après la respiration s'établit par cette voie; cependant, j'avais la conviction que je n'avais enlevé encore qu'une faible partie de la tumeur. A partir de ce jour je pus avec plus de facilité introduire dans la fosse nasale divers instruments, et dans sept séances successives j'ai enlevé, parcelle par parcelle, 80 grammes environ de tissu pareil à celui que j'ai signalé plus haut.

Je croyais le malade débarrassé, lorsque le 24 octobre il me signala de nouveau une tumeur siégeant au fond du pharynx; je pus la constater moi-même, soit par la vue, soit par le toucher; elle avait le volume d'un œuf de pigeon, et paraissait implantée sur la paroi supérieure du pharynx.

Je dois avouer que ce dernier fragment m'inspira de sérieuses inquiétudes; n'ayant à ma disposition aucun des instruments appropriés, j'étais presque découragé; je voulus tenter la ligature; je l'appliquai en effet avec une extrême facilité; mais à mon grand étonnement, après plusieurs heures de constriction, la tumeur n'avait pas changé d'aspect. Je supposai que son tissu était trop dense et trop consistant pour se laisser étrangler par un lien; alors je m'arrêtai au moyen suivant, que je mis en usage le lendemain.

D... était tellement habitué aux explorations par la bouche et le pharynx, qu'on pouvait facilement porter le doigt ou un instrument quelconque au fond de cette cavité, l'y laisser même séjourner un certain temps sans provoquer des nausées ou des efforts spasmodiques. Je mis à profit cette circonstance.

Je m'étais assuré que la tumeur à enlever était implantée sur la voûte du pharynx; la narine droite complétement débarrassée rendait libre et facile l'introduction de tout instrument; alors faisant ouvrir la bouche, je saisis la tumeur avec une pince de Museux, que je portai au fond du pharynx; en même temps j'introduisis par la fosse nasale un des couteaux déjà mentionnés, et portant le tranchant à la base de la tumeur, j'en fis l'excision pendant qu'avec la pince j'exerçais des tractions en bas et en avant. Cette manœuvre réussit parfaitement, et en très-peu de temps la tumeur, complétement détachée, suivit la pince et fut extraite par la bouche. Je fus très-satisfait de ce résultat, d'autant que je redoutais la chute de la tumeur dans le fond du pharynx, ce qui aurait pu donner lieu à des accidents très-graves.

Le lendemain de cette dernière opération, D... retourna dans sa famille, se croyant complétement guéri. J'avais pratiqué ces diverses manœuvres en présence et avec le concours d'un de mes confrères, M. Denugues, et de M. Delbreil, pharmacien.

Le 20 novembre, ce jeune homme revint chez moi, et je pus constater que la guérison était complète; la fosse nasale et le pharynx étaient entièrement libres, la respiration facile; les difformités du nez, de la pommette et de l'orbite, avaient disparu. Le doigt, porté en arrière dans le lieu qui avait été le siége, le point d'insertion du tissu fibreux, ne trouvait aucune trace, aucun indice d'un produit morbide ou anormal.

Six ans plus tard, D... est revenu auprès de moi, le 3 juillet 1861; il me raconte que depuis quelques mois les membres de sa famille se sont aperçus que sa voix était légèrement nasonnée, et lui-même avait remarqué que depuis quelque temps la respiration par la fosse nasale droite était moins libre. Étant sur le point de se marier, il avait caché, même à ses parents, l'inquiétude que lui faisait éprouver son état, et plein de confiance en moi, voyant que sa maladie s'aggravait chaque jour, il vint de nouveau réclamer mes soins.

Le 4 juillet, je constatai l'état suivant: la fosse nasale droite est obstruée par une tumeur qu'on voit à travers la narine, et qu'on sent d'ailleurs très-bien à l'aide d'un instrument mousse quelconque, porté dans cette cavité; la cloison nasale est refoulée à gauche; si on porte le doigt dans le pharynx, et qu'on le ramène ensuite en haut et en avant, on sent cette même tumeur, qui présente au toucher la consistance qu'offrait le polype enlevé en 1855. En introduisant par la fosse nasale droite un instrument mousse d'un petit volume, on le faisait pénétrer entre la tumeur et le plancher du nez.

D'après les antécédents du malade, d'après les symptômes que je viens de mentionner, je crus à l'existence d'un polype fibreux, ou plutôt à la récidive de l'ancienne maladie, et ce diagnostic ne me paraissait pas pouvoir soulever le moindre doute; le malade, qui une première fois avait été débarrassé d'une tumeur plus volumineuse, n'avait pas la moindre inquiétude sur l'issue d'une nouvelle opération. Il était d'ailleurs doué d'une grande énergie et d'une docilité à toute épreuve; pour moi, j'étais loin de partager sa sécurité, et je ne me décidai qu'avec une grande répugnance à me rendre à ses désirs; il fut néanmoins convenu que je ferais une première tentative le lendemain.

Le 5 juillet, assisté de mes deux confrères MM. Denugues et Ricard, et de M. Delbreil, pharmacien, je me mis à l'œuvre.

J'essayai d'abord d'introduire entre la tumeur et le plancher des fosses nasales un des petits couteaux qui m'avaient servi dans la première opération. J'éprouvai pour l'introduire de grandes difficultés; je voulus me frayer le passage avec une sonde cannelée, et je ne fus pas plus heureux; alors j'introduisis un stylet sur celui-ci, je glissai la sonde cannelée, et sur la cannelure de la sonde je fis pénétrer l'instrument tranchant. Celui-ci avait été introduit à plat. A un moment donné, je retourne le tranchant en haut du côté de la tumeur que j'avais le projet d'exciser, et pressant fortement contre celle-ci en exécutant un léger mouvement de va-et-vient, il se produisit subitement un bruit qui fut entendu par tous les assistants, qui fut comparé à celui que produirait la section d'une corde fortement tendue, et immédiatement toute résistance cessa.

Quel fut mon étonnement, en voyant sur-le-champ s'échapper par la narine une masse qui avait la forme et la dimension d'une grosse sangsue gorgée! Après l'expulsion de ce produit, le malade s'écria qu'il était guéri. En effet, il put immédiatement respirer par cette narine avec toute facilité. Comprenant toutefois qu'il restait encore dans la cavité nasale une certaine quantité de ce même produit, je fis moucher le malade à plusieurs reprises, et chaque effort amena une nouvelle masse; le poids total était de 45 gram. environ.

Pendant la respiration, D... sentait dans la fosse nasale un mouvement de soupape; j'introduisis dans cette cavité une pince à pansement, au moyen de laquelle je reconnus une espèce de membrane flottante dont je saisis une partie que j'amenai à l'extérieur, et je pus constater que cette membrane n'était autre que la paroi d'un kyste à parois osseuses. Le fragment que je pus examiner était, en effet, une lame osseuse extrêmement mince, recouverte sur une de ses faces par une membrane muqueuse, et dénudée sur l'autre.

A l'aide d'une sonde, je voulus explorer la région qui avait été le siége de l'opération, et je pus constater une vaste cavité qui paraissait être complétement vide dans ce moment. Cette cavité ne pouvait être que le sinus maxillaire considérablement distendu.

Le produit morbide qui s'est échappé de ce kyste me paraît très-difficile à caractériser. C'était une substance molle, gélatineuse, mais présentant les caractères d'une véritable organisation. Sur quelques points de la surface, on observait un tissu qui était évidemment le point d'adhésion avec les parois du kyste; la partie la plus molle offrait également dans sa substance quelques réseaux vasculaires; et d'ailleurs, il y avait dans l'ensemble une véritable trame organique, puisque les divers fragments pouvaient s'isoler dans l'eau, et que j'ai pu en conserver dans l'alcool pendant plusieurs semaines.

OBSERVATION D'UN CAS DE GRENOUILLETTE AIGUE

Recueillie par M. GALICIER, interne de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Le nommé X..., journalier, âgé de quarante-cinq ans et d'une constitution moyenne, se présenta à la consultation le vendredi 23 mai 1862, à quatre heures de l'après-midi.

Il venait consulter pour une tumeur qui lui était survenue subitement au plancher de la bouche, pendant qu'il prenait son repas, deux heures auparavant.

Cette tumeur, double, tendue, rénitente, à surface d'un blanc bleuâtre, offrant une fluctuation manifeste et le volume de deux grosses amandes placées l'une auprès de l'autre, occupait toute la partie du plancher de la bouche située au-devant de la langue, de chaque côté du frein.

La pression n'y déterminait aucune douleur; mais le volume de la tumeur, repoussant la langue directement en arrière, incommodait le malade et donnait à sa voix un timbre particulier.

On voyait parfaitement, à la partie antérieure de la tumeur, s'ouvrir les deux conduits de Warthon, la salive sortir par leurs orifices et même former un petit jet lorsqu'on pressait sur la tumeur. La salive ne paraissait pas sortir des conduits de Rivinus. Le malade laissait écouler sa salive au dehors : il bavait.

Interrogé sur ses antécédents, il nous apprit qu'il avait l'habitude de beaucoup fumer.

M. Jouon, chirurgien à l'Hôtel-Dieu, après avoir vu et reconnu cette tumeur, l'ouvrit avec une lancette par deux petites incisions, une de chaque côté. Il s'écoula avec du sang un liquide jaunâtre, visqueux et gluant. La tumeur s'affaissa, et la langue revint à sa place.

En présence de cette grenouillette aiguë, comme l'ont appelée MM. Laugier et Marjolin, on peut se poser deux questions :

1° Quelle a été la cause de cette affection?

2° Quelle est sa nature et quel était son siége?

Cette tumeur (car les deux tumeurs réellement existantes étaient unies sur la ligne médiane) était-elle formée par la dilatation avec rupture des conduits de Warthon? ou par la dilatation avec rupture des conduits de Rivinus seulement? ou enfin par un kyste spontané dont le contenu serait étranger au liquide salivaire?

La sortie de la salive par les conduits de Warthon me fait éliminer la première hypothèse.

La troisième ne me paraît pas plus admissible.

L'absence de salive sortant par les conduits de Rivinus, et après les incisions la consistance du liquide écoulé, me font croire que la tumeur était due à la dilatation des conduits de la glande sublinguale. La rupture de ces mêmes conduits me paraît, en outre, nécessaire pour expliquer l'apparition si subite de la grenouillette.

La question étiologique est peut-être plus hypothétique encore. Faut-il introduire ici la fumée de tabac? Aurait-elle légèrement enflammé la muqueuse qui tapisse les orifices des conduits de Rivinus, et ces conduits, se gorgeant d'une salive qui ne peut plus s'écouler par suite du gonflement, se seraient-ils rompus pendant les mouvements de déglutition?

Je ne serais pas éloigné de le croire.

Serait-ce, au contraire, un spasme de ces conduits, comme le dit M. Vidal, ou bien de petits calculs auraient-ils amené leur occlusion? Je ne l'admettrais pas aussi volontiers.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE.

Par M. le Dr DURIAU (de Dunkerque).

En 1856, alors que l'Angleterre était tout émue de l'empoisonnement du docteur Cook par son ami le docteur Palmer, la preuve physique manquant, — le professeur Taylor n'avait trouvé que des traces d'antimoine dans les viscères, — une véritable lutte s'engagea entre les autorités les plus respectables de la Grande-Bretagne. Les opinions les plus divergentes se faisaient jour, et cela en présence des *convulsions* strychniques constatées chez la victime.

Sur ces entrefaites, parut dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, une étude très-remarquable de M. Tardieu. L'éminent médecin légiste n'hésitait pas à conclure « qu'en l'absence de toute démonstration matérielle et positive de la strychnine, qui peut faire défaut, les symptômes caractéristiques observés pendant la vie, auxquels viendront s'ajouter les lésions trouvées après la mort, suffiront pour faire reconnaître le poison. » (*Loc. cit.* t. VII, p. 181.)

Il est impossible, en effet, à l'homme de l'art qui a vu une seule fois les convulsions strychniques, de méconnaître leur nature.

M. le docteur Duriau, ancien chef de clinique de Paris, rapporte une observation très-intéressante à l'appui des idées soutenues par M. Tardieu. Une erreur de dosage — l'élève d'un pharmacien avait substitué un *décigramme* à un *centigramme* de strychnine dans la confection de dix pilules — donne lieu chez une femme de trente-huit ans, dix minutes après l'ingestion de la strychnine, à des accidents convulsifs et à une perte complète de connaissance. Ces convulsions durent entre deux ou trois minutes; elles ne sont séparées l'une de l'autre que par une intermittence d'une ou deux minutes, et se terminent constamment par une roideur musculaire de tout le corps, et notamment des extrémités inférieures. La malade se débat, veut sortir du lit; une contraction tétanique vient suspendre ses efforts. Chaque accès débute par un tremblement léger, analogue au frisson de la fièvre, qui, se communiquant peu à peu des extrémités au tronc, est remplacé par les convulsions cloniques et la roideur caractéristique.

La déglutition devient impossible; température élevée; sueur abondante. Cet état persiste soixante-douze heures, puis la malade reprend peu à peu, mais très-lentement, connaissance. Mais pendant six semaines, une sensation de brûlure s'étend de l'épigastre au pharynx, et l'estomac se refuse à recevoir un aliment quelconque, liquide ou solide. On ne peut la nourrir que par *cuillerées à café* de bouillon et de lait froids.

Tel est, en résumé, l'observation que M. Duriau présente avec un développement considérable, mais bien justifié par l'intérêt qui s'attache à l'histoire journalière d'une malade heureusement arrachée à la mort. Le traitement consista dans les émissions sanguines. Il fallait à tout prix faire cesser la suffocation : l'état congestif de la face et la roideur du cou paraissaient indiquer ce mode de traitement.

Les expériences de M. Harley sur le sang des empoisonnés par la strychnine viendraient au besoin appuyer l'utilité de la saignée et des applications de sangsues faites par M. Duriau, qui a résumé son travail dans les quatre propositions suivantes :

1° Dans l'empoisonnement par la strychnine, il n'est pas rare de rencontrer des lésions anatomiques dans l'estomac.

2° Sans offrir un caractère spécifique et constamment le même, ces lésions sont de nature inflammatoire.

3° Elles sont manifestement produites par l'action du poison sur la muqueuse gastrique.

4° Elles ne doivent jamais être négligées dans une expertise judiciaire; car jointes aux symptômes observés pendant la vie, elles conduiront parfois à soupçonner un empoisonnement.

NOTE SUR UNE NOUVELLE PROPRIÉTÉ SÉMÉIOTIQUE de l'urine de diabétique;

Par M. le docteur PAILLON, de Sainte-Foy-lez-Lyon.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié récemment plusieurs leçons du professeur Landouzy (de Reims) sur le diabète sucré, dans lesquelles cet honorable maître a parfaitement résumé l'état actuel de la science sur ce point important de pathologie.

Permettez-moi d'ajouter au tableau qu'il a tracé quelques faits nouveaux qui ont trait à l'histoire de cette affection, et qu'aucun clinicien, que je sache, pas même le savant professeur de Reims, n'a mentionnés jusqu'à ce jour.

Je donne en ce moment moi-même des soins à une femme de cinquante-huit ans, atteinte de diabète sucré, et après avoir constaté dans l'urine de cette femme la présence du sucre au moyen des réactifs ordinaires, j'ai eu l'idée — poussé par des données théoriques — de recueillir une autre quantité de ce liquide dans une fiole que j'ai laissée débouchée pendant quinze jours sur la tablette de mon bureau, pour savoir comment son contenu se comporterait à l'air libre. Examinée fréquemment par moi, cette urine n'a jamais donné la moindre odeur nauséabonde et désagréable que présente habituellement, même après un temps fort court, l'urine normale placée dans des conditions identiques d'expérimentation. De limpide, claire et peu colorée qu'elle était, elle est devenue seulement presque incolore et légèrement trouble, mais en conservant son invariable caractère inodore. Au bout de ce temps, je l'ai soumise à l'analyse d'un chimiste compétent, l'honorable M. Burin du Buisson (de Lyon), et ni la potasse, ni l'eau de chaux, ni la liqueur de Bareswill, n'ont pu y déceler la présence de la moindre proportion de glycose, au point que l'habile expérimentateur concluait déjà à la négation de la glycosurie. Ce n'est qu'informé par moi de l'époque à laquelle avait été recueillie l'urine sur laquelle il avait opéré, qu'il comprit de suite le résultat négatif, et poussant dès lors l'analyse un peu plus loin et dans un autre sens, s'il ne trouva pas la matière sucrée en substance, il trouva du moins l'un des principaux produits de cette matière, l'alcool.

Que s'est-il passé dans cette urine? Un phénomène fort simple qui se passe d'ailleurs tous les jours dans les liqueurs qui contiennent du sucre. Sous l'influence de l'air et de la chaleur, l'urine avait fermenté, et son principe sucré s'était complétement transformé en acide carbonique qui s'était dégagé, et en alcool retrouvé par l'analyse. Ce phénomène explique parfaitement pourquoi l'urine est restée sans odeur pendant tout le temps de son exposition à l'air libre. Au reste, j'ajouterai que pour lever toute incertitude sur la nature glycosurique de l'urine de ma malade, j'ai fourni à M. Burin du Buisson une nouvelle quantité de ce liquide fraîchement éliminé, et que les réactifs habituels n'ont pas manqué d'y découvrir une énorme proportion de matière sucrée.

Je livre ces faits pour ce qu'ils valent, c'est-à-dire à titre de simples renseignements, et si, comme il y a lieu de le croire, l'expérience vient ultérieurement en confirmer la permanente reproduction, ce seront de nouveaux éléments ajoutés au diagnostic de la glycosurie; celui surtout relatif à la propriété de l'urine de diabétique, riche en glycose, de rester constamment inodore au contact de l'atmosphère, aurait une incontestable valeur pour le médecin rural qui n'a pas toujours à sa disposition les agents indispensables à une expérimentation chimique même sommaire.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juillet 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Joyeux (de Mirecourt) sur une épidémie de variole;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de la Moselle et de Loir-et-Cher (commission des épidémies);

3° Les rapports sur les eaux minérales de Vittel (Vosges), par M. le docteur Patézon; d'Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Pidoux; de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur Marbotin; des eaux minérales du département du Gers, par MM. les docteurs Peyrecave, Matet et Mautreyt; d'Aix (Bouches-du-Rhône), par M. le docteur Goyrand; du Vernet (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Piglowski; de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Basset; des bains de mer d'Étretat (Seine-Inférieure), par M. le docteur Miramont. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation d'ovariotomie pratiquée le 20 juin dernier et suivie de succès par M. le docteur Kœberlé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. (Commissaires, MM. Nélaton, Malgaigne et Huguier).

2° Un travail intitulé : *Quelques observations sur le suc gastrique, les peptones et leur action sur la lumière polarisée*, par M. le docteur L. Corvisart. (Commissaires, MM. Adelon, Longet, Poiseuille et Bouchardat).

3° *Des recherches historiques sur la variole, sur la vaccine et sur les revaccinations*, par MM. les docteurs Herbet et Lenoël, professeur à l'École de médecine d'Amiens. (Commission de vaccine).

4° Une note sur l'emploi du phosphore à l'intérieur et à l'extérieur contre le cancer, par M. le docteur Marchal (de Calvi).

5° Une lettre relative à l'organisation des hôpitaux de Londres, par M. le docteur Despine, d'Aix. (Commission de l'hygiène des hôpitaux).

M. BOUILLAUD offre en hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur René Marjolin, une brochure sur l'hygiène des hôpitaux.

M. LE PRÉSIDENT soumet à l'Académie la décision qu'a prise le conseil de déclarer une vacance ouverte dans la section de physique et de chimie médicales.

M. DEPAUL réclame la vacance pour la section d'accouchements qui était déjà incomplète lors de la mort de M. Cazeaux, et qui se trouve par conséquent aujourd'hui réduite à quatre membres, tandis que la section de physique et de chimie a eu deux élections presque coup sur coup.

Plusieurs membres appuient la proposition de M. Depaul.

M. GAULTIER DE CLAUBRY, bien qu'il appartienne à la section de physique et de chimie, déclare qu'il ne reconnaît nullement qu'il y ait urgence à compléter cette section, qui paraît très-suffisante telle qu'elle est en ce moment; il se joint, en conséquence, à ses collègues pour demander que la vacance soit ouverte dans la section d'accouchements.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition du conseil. Cette proposition est repoussée par la majorité.

En conséquence, et conformément à la demande qui vient d'en être faite, la vacance est déclarée dans la section d'accouchements. La section aura à se réunir prochainement, pour présenter sa liste de candidature.

LECTURE.

Traitement des plaies de l'abdomen avec lésion des intestins. — M. REYBARD (de Lyon) lit un travail intitulé *Considérations générales sur le traitement des plaies de l'abdomen avec lésion des intestins, précédées de nouvelles remarques sur le mode de cicatrisation après les sutures.* L'auteur ne vient pas, dit-il, préconiser une suture nouvelle; il renonce même à un procédé d'entérorrhaphie qu'il a imaginé autrefois, et qui pourrait s'appeler procédé par la planchette. La suture qu'il conseille est la plus simple, la plus ancienne, et on peut dire aussi la plus connue de toutes : c'est la suture à surjet, ou du Pelletier. Il a soin d'arrêter le fil au commencement de la suture, en serrant, comme dans une ligature, une très-faible partie de l'une des lèvres de la plaie. Il rapproche le plus possible les uns des autres les points de suture, et les place très-près des bords de la plaie; il les serre fortement de façon à faire disparaître les fils, et il termine en coupant le fil au ras de l'intestin, faisant ainsi ce qu'on appelle une suture perdue.

Très-peu de temps après la suture, il se fait autour de la plaie et sur les parties voisines une exsudation plastique qui fait adhérer l'intestin opéré avec les séreuses qui le touchent, et protége la plaie aussi exactement que pourrait le faire un linge de toile trempé dans le collodion, avec lequel on envelopperait l'intestin immédiatement après l'opération.

L'inflammation ulcérative, qui est la condition de la chute des fils, n'entrave en rien ce travail d'agglutination. Du huitième au quinzième jour, les fils sont entraînés dans l'intestin. Peu à peu toutes les fausses membranes sont résorbées, de telle sorte qu'à la fin du travail de cicatrisation il peut se faire qu'il soit impossible de dire quel a été le siége de la lésion. Les bords de la plaie peuvent en effet présenter un accolement direct si l'affrontement a été très-exact; dans le cas contraire, on observe du côté de la face muqueuse un sillon au fond duquel est la cicatrice : c'est là la seule trace de la blessure de l'opération.

Il résulte des expériences de M. Reybard que la réunion par les bords similaires de la plaie constitue le mode de cicatrisation définitif, quel que soit le procédé de suture employé. L'adossement des séreuses n'est en effet que temporaire. Les adhérences des séreuses adossées disparaissent, et les bords libres de la plaie, qui faisaient plus ou moins saillie dans la cavité intestinale, se relèvent et finissent toujours par se réunir directement.

La réunion par affrontement est donc, dit l'auteur, une réunion naturelle et en quelque sorte forcée. Aussi préfère-t-il la suture à surjet, qui est la plus simple et qui donne immédiatement ce résultat. La suture à surjet est applicable aux plaies incomplètes comme aux plaies complètes de l'intestin. Elle peut donc remplacer toutes les espèces d'invagination.

La simplicité de cette suture et les résultats heureux qu'elle lui a toujours donnés, soit sur l'homme, soit dans ses nombreuses expériences sur les animaux, ont inspiré à M. Reybard l'idée d'en multiplier les applications.

Il conseille dans les cas d'obstruction ou d'étranglement interne de faire la gastrotomie, non pour établir un anus contre nature, mais pour détruire la cause de l'étranglement, et au besoin pour retrancher une portion d'intestin, dont on réunirait ensuite les bouts divisés. Pour les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen sans issue de l'intestin, il propose d'aller à la recherche des solutions de continuité de cet organe en attirant les intestins au dehors. Pour cela, il augmente l'étendue de la plaie abdominale si elle est insuffisante. Il amène au dehors la première anse intestinale qui se présente, l'examine minutieusement, ainsi que la partie correspondante du mésentère, fait les sutures ou les ligatures nécessaires, et réduit cette première partie de l'intestin pendant qu'il en extrait une autre.

L'auteur entre ensuite dans quelques détails sur les précautions à prendre pour les extractions et les réductions successives, et sur les moyens de retirer les corps étrangers et les liquides contenus dans l'abdomen.

Il examine les indications particulières que présentent les plaies abdominales, suivant qu'elles sont produites par des armes à feu et par des instruments piquants ou tranchants. Par les considérations auxquelles il se livre sur le mécanisme de ces diverses blessures, M. Reybard explique tout à la fois la multiplicité des plaies intestinales par armes à feu et la difficulté relative avec laquelle les instruments tranchants blessent l'intestin. Dans quelques cas rares, où le nombre et la gravité des lésions de l'intestin dans un point limité ne permettraient pas d'appliquer une suture à chacune d'elles, M. Reybard croit qu'on pourrait retrancher une portion d'intestin et réunir les deux bouts divisés comme dans une section complète. Il a pu sur des animaux retrancher impunément plusieurs mètres d'intestin.

Dans les cas d'éventration, il peut se présenter pour la réduction des difficultés que l'on diminuera, selon M. Reybard, en réduisant par quelques points de suture l'étendue de la plaie, si elle est trop grande. Il ne faudrait pas cependant s'exagérer les dangers des efforts de réduction et des manipulations exercées sur les intestins.

L'auteur cite l'observation d'un homme atteint d'éventration générale, et chez lequel les intestins, blessés en deux endroits, n'ont pu être réduits que huit heures après l'accident, et avec des violences de pressions prolongées. Néanmoins, le malade a guéri. M. Reybard insiste ensuite sur les effets du contact de l'air sur le péritoine. Ce contact n'a pas, à son avis, les dangers qu'on lui attribue. Les intestins exposés à l'air, quand ils ne sont pas étranglés, au lieu de s'enflammer et de se gangréner, comme on pourrait s'y attendre, se recouvrent d'une enveloppe cicatricielle qui les protége et se continue avec la peau, avec laquelle elle offre, à la longue, quelques traits de ressemblance. Ce qui fait, selon M. Reybard, la gravité des péritonites traumatiques, ce n'est ni le contact de l'air ni la blessure en elle-même; c'est l'épanchement des liquides stercoraux ou des gaz intestinaux dans le péritoine. Les péritonites par simple contact de l'air diffèrent totalement par la marche, les symptômes et les produits phlegmasiques des péritonites plus intenses de cause interne ou par étranglement. Ces considérations, jointes à l'innocuité de la suture, justifient, selon l'auteur, le mode de traitement chirurgical qu'il propose pour des plaies dans lesquelles on se borne en général à un traitement médical, abandonnant ainsi le malade à des chances de mort infaillibles. Une des raisons, dit-il, qui devront encourager ma manière de faire, c'est que le plus souvent, soit sur le champ de bataille, soit à la suite de rixes ou de duels, c'est chez les hommes jeunes et vigoureux qu'on rencontre les plaies de l'abdomen. Presque toujours donc les opérés présenteront les conditions d'âge et de constitution les plus favorables au succès de toutes opérations chirurgicales.

Comparant l'opération qu'il propose à l'ovariotomie, M. Reybard montre qu'au lieu de faire, comme dans cette dernière, de nombreux traumatismes, on n'ajoute aucun traumatisme nouveau aux lésions auxquelles on veut remédier. On répare, dit-il, les désordres existants, mais on ne fait pas de lésions nouvelles, on n'augmente pas les chances de mort, on n'apporte que des chances de salut.

Le mémoire de M. Reybard est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Laugier, Cloquet et Robert.

RAPPORTS.

M. DESPORTES lit la première partie d'un rapport sur un mémoire relatif à l'angine de poitrine. L'étendue de ce rapport l'oblige à renvoyer la suite de cette lecture à la prochaine séance.

— M. BRIQUET commence ensuite la lecture d'un rapport sur le typhus et la fièvre typhoïde. La lecture de ce rapport est interrompue par l'heure avancée. La fin en est également renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

M. le professeur Trousseau, dans une conférence clinique qu'il vient de donner sur l'empirisme, a raconté l'anecdote suivante :

« Les empiriques, chose triste à dire, ont toujours beaucoup d'accès auprès des gens d'esprit. J'ai eu l'extrême honneur d'être l'ami très-intime et le médecin de l'illustre Béranger.

» En 1848, il avait une petite ophthalmie pour laquelle M. Bretonneau lui avait conseillé un collyre. Cette ophthalmie guérit ; mais comme Béranger lisait et travaillait beaucoup, comme il était un peu dartreux, l'ophthalmie revint ; alors il s'adressa à un prêtre polonais qui guérissait les maladies des yeux avec un remède secret. A cette époque-là, j'étais président, à la Faculté, du jury chargé des examens des officiers de santé. Comme le prêtre polonais avait eu maille à partir avec la police, parce qu'il avait crevé quelques yeux, il voulut se mettre en règle. Dans ce but, il alla trouver Béranger, et lui demanda si, par son influence, il pourrait se faire recevoir officier de santé, afin d'être en mesure de traiter les yeux et d'éborgner les gens tout à son aise. Béranger vint me trouver et me dit : « Mon ami, rendez-moi un grand service, tâchez de faire recevoir ce pauvre diable ; il ne s'occupe que des maladies des yeux, et quoique les examens des officiers de santé comprennent toutes les branches de l'art de guérir, ayez de l'indulgence, de la mansuétude, c'est un réfugié, et puis il m'a guéri, c'est la meilleure des raisons. » — Je lui répondis : « Envoyez-moi votre homme. » — Le prêtre polonais vint chez moi. « Vous m'êtes recommandé, lui dis-je, par un homme que je tiens singulièrement à obliger, c'est le plus cher de mes amis ; en outre, c'est Béranger, ce qui vaut encore mieux... Deux de mes collègues, à qui j'en ai parlé, et moi, sommes très-décidés à faire ce qui sera possible ; seulement nos examens sont publics, et il serait peut-être bon de cacher un peu ses oreilles, c'est bien le moins. » J'ajoutai : « Voyons, je serai bon prince, je prendrai l'examen d'anatomie, et il ne vous sera pas difficile de savoir l'anatomie aussi bien que moi : je vous interrogerai sur l'œil. »

» Notre homme parut déconcerté. Je continuai : « Vous savez ce que c'est que l'œil? — Très-bien! — Vous savez qu'il y a une paupière? — Oui. — Vous avez l'idée de ce que c'est qu'une cornée?... Il hésite. — La prunelle? — Ah! monsieur, la prunelle, je connais bien cela. — Savez-vous ce que c'est que le cristallin, l'humeur vitrée, la rétine? — Non, monsieur; à quoi ça me servirait-il, je ne m'occupe que des maladies des yeux? » Je lui dis: Ça sert à quelque chose, et je vous assure qu'il serait presque nécessaire de vous douter qu'il y a un cristallin, surtout si vous voulez, comme vous le faites quelquefois, à ce qu'il paraît, opérer des cataractes. — Je n'en opère pas. — Mais si la fantaisie vous prenait d'en extraire une?... » Je ne pus sortir de là. Ce malheureux voulait exercer l'art de l'oculistique sans avoir la plus petite notion de l'anatomie de l'œil.

» J'allai trouver Béranger et lui racontai la chose. Béranger s'écria: « Mais, ce pauvre homme! » — Je lui dis: « Mon cher Béranger, je suis votre médecin depuis huit ans ; je vais vous demander des honoraires aujourd'hui. — Et quels honoraires? — Vous allez me faire une chanson que vous me dédierez, mais c'est moi qui donne le refrain. — Oui-da... Et ce refrain?

« — Ah ! que les gens d'esprit sont bêtes! »

» Ce fut une affaire entendue désormais entre nous, et il ne me parla plus de son prêtre polonais. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 juin, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier, M. Ganthelme, chirurgien principal de la marine.

Au grade de chevalier, MM. les chirurgiens de 3e classe Thomas et Latière.

— Par décision en date du 16 juin 1862, S. Exc. le ministre de la guerre a approuvé une nouvelle instruction et de nouveaux modèles pour l'établissement de la *statistique médicale* de l'armée, dont la production est prévue par l'article 5 de la loi du 22 janvier 1851.

MM. les médecins, chefs des corps de troupe et des hôpitaux militaires, ont été invités, en conséquence, à suspendre l'établissement des documents qu'ils devaient produire le 1er juillet 1862, en exécution de l'instruction du 3 décembre 1851, jusqu'à ce que la nouvelle instruction ait paru.

C'est d'après elle que sera établi le travail du 1er semestre 1862.

— M. Labé, l'ancien et honorable libraire de la Faculté de médecine, qui a tenu pendant si longtemps et avec tant de probité l'une des premières librairies médicales de Paris, vient de mourir à l'âge de soixante-six ans.

M. Labé appartenait à la famille médicale par l'utile concours que ses nombreuses et importantes publications ont apporté à la science, mais il lui appartenait encore plus intimement par ses sympathies pour ses membres et par son active coopération à l'œuvre de bienfaisance mutuelle fondée par Orfila. Il était un des donataires de l'Association des médecins de Paris. M. Labé a emporté avec lui l'affection et les regrets de tous ceux qui l'ont connu.

— Les aliénés de l'Isère viennent de prendre possession de l'asile de Saint-Robert, près de Grenoble, construit pour 360 à 400 malades. Chaque catégorie occupe une construction isolée, avec son préau entouré sur trois côtés de murailles élevées seulement d'un mètre au-dessus du sol. Le plan suivi a pour auteur M. Evrat, le savant directeur médecin de l'établissement; c'est à la fois un honneur pour lui et un triomphe pour la science spéciale.

— M. Hipp. Blot, professeur agrégé, chargé du service de la clinique d'accouchements à l'hôpital des Cliniques, commencera le samedi 5 juillet, à neuf heures du matin, des leçons de clinique obstétricale, et les continuera à la même heure tous les mardis et samedis. Le jeudi, conférences et interrogations au lit des femmes enceintes et en couches. Tous les jours, visite à huit heures du matin.

— M. le docteur Beyran reprendra son cours sur les maladies vénériennes, samedi 5 juillet, à trois heures, à l'École pratique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Berthier, né à Assainvillers (Somme); *De l'exercice musculaire comme moyen thérapeutique.*

Charrier, né à Chaillé-les-Marais (Vendée) ; *De la contracture spasmodique du sphincter vaginal.*

Droux, né à Chapois (Jura); *Des maladies des yeux considérées dans leurs rapports avec la pathologie générale.*

Loppe, né à Wimille (Pas-de-Calais); *De la goutte.*

Danjoy, né à Saint-Pierre (Martinique); *De la phthisie pulmonaire dans ses rapports avec les maladies chroniques.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie pathologique générale, par J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. Tome IV. Un volume in-8° de 860 pages. Prix : 9 fr. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Étude clinique sur les pneumonies suettiques, par le docteur DAUDÉ (de Marvejuls). In-8°. Prix : 2 fr. Chez P. Asselin, place de l'École de Médecine.

Traité de l'érysipèle, par le docteur DESPRÈS, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. Un volume in-8°. Prix : 3 fr. 50 c. *franco.* Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Notice théorique et pratique sur les appareils orthopédiques de la méthode hygiénique et curative de F. V. Raspail, par Camille RASPAIL fils, médecin. Brochure in-8°, avec gravures intercalées dans le texte. Prix, 1 fr. 25. Paris, chez l'éditeur des ouvrages de MM. Raspail, rue du Temple, 14.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 78. — SAMEDI 5 JUILLET 1862. (35e ANNÉE.) N° 78. — SAMEDI 5 JUILLET 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

La constitution médicale du mois de mai, d'après le compte rendu mensuel de M. Lailler, communiqué dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, est caractérisée par la diminution des maladies du mois précédent, l'apparition de quelques maladies nouvelles et la dissémination des maladies aiguës. Les diphthéries, dit le Compte rendu, ont disparu à Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron; mais M. Bouvier a encore vu à l'hôpital des Enfants un certain nombre de croups, et les affections diphthériques sembleraient même avoir plutôt augmenté dans le service de M. Roger. La rougeole et la fièvre typhoïde sont stationnaires dans les hôpitaux d'enfants, où l'on a observé également des pneumonies.

La fièvre typhoïde et la pneumonie sont stationnaires dans les hôpitaux d'adultes; les pleurésies et les rhumatismes paraissent avoir augmenté partout. M. Oulmont a vu la fièvre typhoïde s'accompagner de furoncles. M. Herard a noté, dans la même maladie, l'éruption lenticulaire très-marquée, des abcès multiples et une gangrène pulmonaire. (Nous avons déjà signalé dans le dernier compte rendu de la constitution médicale cette abondance de l'éruption lenticulaire coïncidant, en général, avec une forme bénigne de la fièvre.)

M. Gubler a observé une maladie très-analogue à la morve. L'inoculation pratiquée à Alfort est restée sans résultat, ce qui laisse subsister le doute sur le véritable caractère de cette affection. Le même médecin a signalé des érysipèles débutant par les muqueuses. M. Moutard-Martin a vu aussi un érysipèle pharyngé. Cette maladie a présenté une grande persistance; sa contagiosité a semblé évidente dans un cas. On a noté des abcès multiples dans les varioles, les pneumonies, les fièvres typhoïdes.

Le rhumatisme articulaire s'est montré avec assez de fréquence. M. Chauffard et M. Oulmont en ont observé chacun cinq cas. Deux des cas observés par M. Oulmont ont été suivis de mort subite. Les éruptions sudorales ont été fréquentes dans ces rhumatismes. Un autre a été remarquable par la généralité des manifestations rhumatismales qui ont frappé en même temps les articulations, le péritoine, le péricarde, la plèvre et les méninges.

Le compte rendu constate enfin que les accidents puerpéraux existent toujours dans les services spéciaux, sans dépasser toutefois la proportion habituelle.

Nous ajouterons, pour compléter ce tableau qui nous a paru laisser une petite lacune, qu'il s'est produit depuis quelque temps un certain nombre de méningltes tuberculeuses dans les hôpitaux d'enfants, notamment à l'hôpital Sainte-Eugénie, et quelques cas moins nombreux, mais plus cependant qu'on ne le voit d'habitude, chez les adultes.

— Nous venons de recevoir de M. le docteur Thirion, l'un de nos correspondants les plus assidus pour cet ordre d'observations, le résumé des constatations qu'il a faites à Faucogney Vosges), sur la climatologie de ce pays et sur les maladies dominantes des mois d'avril, mai et juin dernier, jusqu'au solstice d'été.

« Dans le même pays, et souvent à de faibles distances, nous écrit notre confrère, lorsque l'on part de la plaine pour traverser les montagnes ou pour les gravir, assez généralement il se manifeste dans le climat des changements ou sortes de contrastes plus ou moins sensibles et quelquefois très-brusques. C'est ce dont j'ai pu m'assurer en quittant l'établissement de Gouhenans, à l'aspect triste et morne, placé au milieu de champs privés d'arbres, pour revenir à Faucogney, contrée pittoresque, entrecoupée de collines, de vallées, de montagnes provenant de la chaîne des Vosges. Ici le climat se trouve diversement modifié, l'air y est vif, mais souvent chargé d'humidité occasionnée par le grand nombre d'eaux courantes, de torrents et d'étangs. On rencontre aussi dans les plaines et sur les hauteurs des marais, des eaux stagnantes et des tourbières. La neige arrive de bonne heure, les hivers y sont longs et assez rigoureux. Dans la belle saison, les plaines, les vallons, s'échauffent rapidement, mais les transitions de la température y sont brusques; dans la même journée, et quelquefois d'une heure à une autre, le thermomètre descend de + 27° à + 12° et même à 10°.

» Les températures moyennes des mois derniers, mai et juin, jusqu'au solstice, ont été de + 11°,8, de + 16°, enfin de + 17°,2. La température de la première quinzaine de juin a été assez élevée, car il y a eu une moyenne de + 18°,8; mais, à dater du 15, elle a baissé d'une manière notable.

» En avril, le vent d'est a dominé; depuis le mois de mai jusqu'au 15 juin, ce sont les vents d'ouest et de nord-ouest qui ont eu le dessus. Bien souvent, j'ai remarqué dans la direction du vent deux courants opposés, l'un nord, dans les régions supérieures de l'air, l'autre sud-ouest, dans les régions inférieures. Il est tombé peu de pluie dans le mois d'avril, mais elle a été fréquente en mai et presque continuelle dans le mois de juin, ce qui alors a rendu la température froide et humide. Ici, l'air est constamment chargé d'ozone; à peine le papier ozonométrique est-il exposé à l'air libre qu'il se colore pour ainsi dire instantanément, et qu'il ne tarde pas à présenter des teintes très-foncées.

» Les maladies que j'ai observées jusqu'à ce jour sont toutes propres à cette localité, seulement elles ont pris plus d'extension sous l'influence de la constitution atmosphérique actuelle. Ainsi les fièvres intermittentes qui ici sont endémiques, surtout au printemps, ont été d'une extrême fréquence cette année. Je les ai rencontrées partout, sur les hauteurs, dans les plaines et généralement avec des accès tierces ou quotidiens, sans qu'aucun ait présenté des caractères vraiment pernicieux.

» Après les fièvres intermittentes, les maladies qui ont régné ont été entre autres des névralgies, des rhumatismes articulaires quelquefois compliqués d'endocardite, des angines, des péripneumonies et des pleurésies. Ces deux dernières affections, d'après les observations que j'ai faites, suivaient une marche qui décelait une dépendance de l'élément paludéen dont il était important de tenir compte dans le traitement.

» Dès l'entrée de l'hiver, la variole a régné dans ce canton et a fait quelques victimes. A mon arrivée, cette épidémie sévissait encore et atteignait même des sujets bien vaccinés, mais, dans ces cas, la maladie était modifiée d'une manière avantageuse et incontestable. »

— Nous avons reçu aussi de M. le docteur Leclerc (de Caen) une relation détaillée de la constitution médicale de Caen et des épidémies qui ont régné pendant les mois de janvier, février et mars dans cette ville. L'étendue de ce document ne nous permet pas de le reproduire en entier, mais nous en extrairons pour l'une des prochaines *Revues* quelques-uns des faits qui nous ont paru offrir un intérêt plus particulier.

Syphilis viscérale. Tumeurs gommeuses multiples.

On a cru longtemps que la syphilis constitutionnelle avait une sorte d'affinité élective pour certains tissus exclusivement, et que la plupart de nos viscères échappaient à son influence. Une observation plus attentive a montré de nos jours qu'il n'est aucun organe, aucun viscère qui jouisse d'une pareille immunité, et que les tumeurs gommeuses sont susceptibles de se développer dans tous les tissus et dans tous les organes. Plusieurs ouvrages importants publiés dans ces dernières années ont établi ce fait. Grâce à un de ces hasards singuliers qu'offre parfois la clinique, deux de nos internes les plus distingués des hôpitaux ont pu recueillir presque en même temps trois observations de syphilis constitutionnelle, qui présentent à elles trois presque toute la série des manifestations viscérales bien avérées de la période tertiaire, et qui nous montrent les productions gommeuses dans leurs localisations les plus inusitées.

M. Cornil, à peu de jours d'intervalle, a exposé à la Société anatomique l'histoire de deux sujets morts à l'hôpital Saint-Louis dans le marasme syphilitique, et qui présentaient, l'un une induration presque générale des organes glandulaires, le second une série de tumeurs gommeuses dans les muscles.

M. Pihan-Dufeillay, chargé de faire un rapport sur les ob-

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique obstétricale ou Recueil d'observations et statistiques, par M. le docteur MATTEI, tome Ier, première livraison (1).

M. Mattei commence aujourd'hui la publication d'une série d'observations qu'il portera à plusieurs centaines. Il comparera ultérieurement les résultats de sa pratique avec ceux qui nous sont donnés par les auteurs, et s'appuyant ainsi sur les faits, il formulera ses principes; il les rédigera en corps de doctrine; il nous fournira, en un mot, un nouveau traité d'obstétrique entièrement propre à son auteur.

Voilà le plan. Il ne manque, on en conviendra, ni d'ampleur ni de hardiesse. Voyons la méthode suivie pour sa réalisation.

1° M. Mattei admet le doute de Descartes sur les idées reçues, pour les examiner avec plus d'indépendance;

2° Il procède à leur contrôle par la méthode de Bacon, allant de l'analyse à la synthèse;

3° Dans la crainte de se tromper, il soumet au lecteur les éléments et le principe général, pour qu'il puisse lui-même les contrôler au besoin;

4° Il multiplie suffisamment les observations, pour échapper aux cas exceptionnels; car pour lui, *non tantum perpendendæ sed et numerandæ sunt observationes;*

5° Il admet les principes reçus et écoute les maîtres..., mais aussi longtemps seulement qu'ils sont d'accord avec les faits (p. 4).

(1) Un volume in-8°. Prix : 4 fr. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Cette manière de procéder nous paraît philosophique. Nous nous demandons seulement s'il ne conviendrait pas d'intervertir quelques-uns des principes invoqués. Il est évident, en effet, qu'on ne peut aujourd'hui faire table rase des connaissances acquises; que remettre tout en question, ce serait entreprendre un travail de géant, travail qui serait d'ailleurs à refaire pour chaque individu. Mais il n'est pas moins incontestable que tout n'est pas dit, et surtout que tout n'est pas axiome en médecine, et que, par conséquent, celui qui veut faire faire un pas à la science doit admettre la possibilité de l'erreur ou le doute de Descartes. Partant de là, s'il entrevoit quelque lacune, s'il soupçonne quelque hérésie, il suivra la méthode de Bacon; il observera attentivement les faits, il les analysera avec soin, et lorsqu'ils seront en nombre suffisant, il tâchera de découvrir les liens qui les unissent et les lois qui les régissent; enfin, il verra si les conclusions auxquelles il arrive sont conformes ou non aux doctrines régnantes.

Voilà, ce nous semble, l'ordre logique, et, en fait, c'est celui que M. Mattei lui-même a suivi. Comme vous, comme moi, comme tous les médecins, il a commencé par entendre les maîtres et par lire leurs œuvres; puis il a vu, il a pensé par lui-même, et alors, mais alors seulement, le doute lui est venu sur plusieurs points, et ce doute, il l'a exprimé hautement.

Notre but, en abordant l'examen de sa clinique obstétricale, ne saurait être de prendre une à une les cinquante observations contenues dans la première livraison. Non. Nous nous bornerons à signaler les particularités qui nous ont le plus vivement frappé, et à faire ressortir les côtés par lesquels M. Mattei s'écarte le plus sensiblement des idées théoriques et pratiques généralement admises.

Ceux qui ont lu son *Essai sur l'accouchement physiologique* (1), savent avec quel soin l'auteur prépare la femme à cette grande et importante fonction. Il la prend pour ainsi dire *ab ovo*, il la mène du berceau jusqu'au lit de misère, en lui traçant toutes les lois hygiéniques à suivre pour qu'elle procrée des enfants vigoureux et pour qu'elle les mette au monde sans danger et presque sans douleur. Il y a là certes d'excellents conseils... malheureusement trop peu suivis. M. Mattei lui-même, dans la position où il se trouve à Paris, n'a guère pu en faire l'application complète, et cependant on est heureux de lire (p. 3) : « Qu'avec des soins appropriés on peut obtenir l'accouchement physiologique à Paris, presque aussi souvent que dans les localités où la femme est le moins modifiée par la civilisation. »

(1) Paris, 1855.

Ici, nous éprouvons quelque embarras. Nous avons lu avec un vif intérêt l'ouvrage qui a le plus contribué à la réputation de M. Mattei, et cependant nous sommes obligé de lui demander ce qu'il entend par accouchement physiologique. Est-ce un accouchement presque sans souffrance? Non, sa clinique n'en présente pas d'exemple.

Est-ce un accouchement spontané? Pas davantage; car l'art est intervenu plus d'une fois sur deux. C'est donc au seul point de vue des résultats que M. Mattei déclare l'accouchement physiologique ou non. Il suffit de s'entendre, car les mots n'ont que la signification qu'on leur donne. On ne peut néanmoins se défendre de faire la remarque que, dans ce sens, l'accouchement terminé par la version ordinaire et même par l'opération césarienne, pourrait être dit physiologique. Mais laissons les mots et voyons les choses.

M. Mattei n'a perdu qu'une femme sur 50 (obs. XL); et si l'on défalque les six cas où l'enfant avait succombé avant le travail (obs. V, XXI, XXVI, XXIX, XXXII, XXXVI), on ne trouve non plus qu'un seul mort-né (obs. XIII) sur 44.

Voilà des résultats dont on peut le féliciter. Mais, nous ferons comme lui, nous attendrons que les faits soient plus nombreux avant d'établir un parallèle quelconque.

Il nous semble d'ailleurs que la comparaison sera toujours difficile, car on ne peut guère mettre en regard les uns des autres les résultats obtenus dans une pratique privée, ni même dans une petite clinique, et ceux qu'on constate dans les grandes maternités. Ainsi, depuis douze ans, nous n'avons pas perdu une seule de nos accou-

servations de son collègue, avait eu lui-même l'occasion de faire tout récemment l'autopsie d'un malade qui avait succombé dans le même hôpital, dans des conditions tout à fait semblables à celles du premier malade de M. Cornil. Le rapprochement de ces trois faits a fourni à M. Pihan-Dufeillay le texte d'un excellent rapport plein de considérations cliniques très-intéressantes sur ce sujet. Nous allons exposer d'abord les faits; nous reviendrons ensuite sur les déductions qu'en a très-habilement tirées notre jeune confrère.

Un homme âgé de trente-huit ans était depuis plusieurs années déjà porteur d'un psoriasis dartreux, lorsqu'il contracta, il y a sept ans, un chancre induré du fourreau de la verge. A l'ulcération primitive succéda rapidement l'infection générale, dont les manifestations variées se succédèrent à époques diverses, pour disparaître tantôt spontanément, tantôt sous l'influence des soins appropriés qu'il allait réclamer dans les divers hôpitaux. Entré au mois d'octobre dernier dans le service de M. Gibert, pour y être traité d'accidents de même nature, il offrait à cette époque tous les caractères de la cachexie syphilitique : amaigrissement extrême, couleur terreuse de la peau, léger mouvement fébrile vers le soir, appétit faible, digestions souvent pénibles, etc. Il était affecté d'une toux sèche, fréquente; sa respiration était courte et parfois insuffisante; toutefois l'examen minutieux du thorax et du poumon ne pouvait en rien faire conclure à l'existence, soit d'une phthisie, soit de toute autre lésion de ce viscère ou de cette cavité.

Il portait, en outre, des ulcérations laryngées et pharyngées, et le testicule gauche avait acquis en cinq mois un volume égal à celui des deux poings, sans bosselures, avec dureté et insensibilité. Cette tumeur n'occasionnait aucune douleur, au point que le malade ne s'en plaignait qu'en raison de la gêne qu'il en ressentait dans la marche. Le testicule droit conservait encore son volume normal; mais il était plus dur et moins sensible à la pression que n'est habituellement cet organe à l'état normal.

Soumis à un traitement convenable, ce malade vit la tumeur du testicule diminuer progressivement, sans qu'aucune amélioration se manifestât dans l'état général. Loin de là, la faiblesse augmenta, l'appétit se perdit complétement; la diarrhée survint, et alors que le testicule malade avait repris son volume naturel, la mort survint par le fait seul de l'affaiblissement et du marasme, sans qu'aucune affection intercurrente en eût hâté l'approche.

L'autopsie a été faite avec un soin minutieux par M. Cornil, qui avait suivi le malade depuis son entrée à l'hôpital Saint-Louis. Voici, parmi les nombreux détails consignés dans son observation, ceux qu'il importait surtout de relever comme étant plus particulièrement intéressants au point de vue de l'histoire de la syphilis viscérale.

Au sommet du lobe supérieur du poumon droit, on voyait deux petites tumeurs de la grosseur d'une amande, très-dures, fibreuses; la surface du poumon, à leur niveau, offrait un aspect fibreux, d'un blanc nacré, tranchant nettement sur la coloration du parenchyme pulmonaire, homogène à son centre, étoilé à sa périphérie, d'où partaient des bandes fibreuses excentriques. Une tumeur de même nature existait sur le sommet du poumon gauche.

L'enveloppe fibreuse des muscles du cœur était plus résistante qu'à l'état normal.

Le péritoine était épaissi et résistant. L'enveloppe du foie était notablement épaissie dans toute sa surface. Il n'y avait pas de dépôts gommeux dans l'intérieur du foie, mais son parenchyme présentait une très-grande résistance. Il en était de même du tissu de la rate et du pancréas; les reins étaient anémiés et extrêmement durs.

Les testicules présentaient une assez grande différence dans leur volume; le gauche était environ d'un tiers plus gros que le droit, plus dur et plus pesant. La tunique vaginale était libre à droite, tandis que ses deux feuillets étaient adhérents et agglutinés à gauche. La coupe du testicule droit présentait une surface rosée assez dure à la pression, et où les tractus fibreux étaient très-apparents. A gauche, le tissu testiculaire était très-dur, élastique, avec des tractus fibreux blanchâtres très-visibles sur la teinte rosée du parenchyme. Sur cette teinte tranchaient vivement six ou sept tumeurs arrondies, dentelées à leurs bords, d'un volume variant de celui d'un petit pois à celui d'une fève. Chacune de ces tumeurs faisait saillie sur la coupe, s'échappant en partie de l'atmosphère celluleuse plus lâche qui l'entourait. L'épididyme était également envahi par ces productions nouvelles. La tunique albuginée avait une grande épaisseur et une coloration blanche et nacrée.

— Le second sujet dont M. Cornil a entretenu ses collègues était une fille de trente et un ans, entrée le 6 mai dans le même service pour y être traitée de la gale. Elle avait été infectée vers le mois de janvier.

A la fin de mai et dans le courant de juin, la roséole se manifestait et était rapidement suivie d'une éruption confluente de syphilides papuleuses. Au mois d'août, la malade, qui avait quitté le service de M. Gibert, rentra par suite d'accidents causés par une fausse couche de six mois, à la salle des accouchements, dans le service de M. Hardy. Quinze jours après, elle se plaignit de douleurs qui atteignirent rapidement une intensité extrême; elles siégeaient dans les os et dans les couches musculaires de la face antérieure des deux avant-bras. Le sommeil cessa complétement; les mouvements de l'avant-bras, les efforts de flexion des doigts devinrent presque impossibles; la peau se tendit et rougit faiblement; enfin, la pression en ce point devint de plus en plus pénible, au point d'empêcher tout examen prolongé.

Après quelque temps d'état stationnaire, malgré la reprise d'un traitement spécifique interrompu pendant la durée des suites de couches, la tumeur de l'avant-bras droit devint fluctuante, et pendant qu'elle prenait de grandes proportions, celle de l'avant-bras droit disparut peu à peu sans laisser de traces.

Le 12 septembre, elle éprouva tout à coup une vive douleur à la région lombaire iliaque et crurale supérieure du côté gauche; la cuisse se fléchit sur le bassin, et son extension devint impossible. Au bout de quelques jours, la douleur siégeant dans la fosse iliaque devint permanente; une tumeur ne tarda point à se former au pli de l'aine et à la partie supérieure de la cuisse. Une ponction en fit écouler une quantité énorme de pus. L'ouverture de l'abcès resta fistuleuse, si bien qu'en l'espace des deux mois qui suivirent, la malade s'amaigrit considérablement, tomba dans le marasme et finit par succomber à une péritonite causée, ainsi que l'a montré l'autopsie, par la pénétration dans l'abdomen d'un foyer purulent du psoas.

Quelques jours avant sa mort, la malade avait ressenti au mollet une douleur semblable à celle de la fosse iliaque. La dissection montra, outre cette péritonite et l'inflammation suppurative du psoas qui en avait été le point de départ, l'existence dans la partie supérieure de ce muscle d'une substance grisâtre avec ecchymoses de quelques-uns de ses faisceaux. On ne put découvrir dans les deux avant-bras, ni dans les muscles, ni dans le périoste, aucune trace des deux tumeurs qui y avaient existé. Enfin, l'examen du mollet dans lequel la malade avait ressenti de la douleur pendant les deux jours qui avaient précédé la mort, montrait une infiltration du tissu cellulaire périmusculaire et du tissu cellulaire sous-cutané par une substance liquide, molle, jaunâtre, gélatineuse. Les muscles jumeaux étaient également infiltrés de la même substance.

— Nous avons dit qu'un fait entièrement semblable à la première observation de M. Cornil avait été observé cette année même, et dans le même hôpital, par M. Pihan-Dufeillay. En voici les principaux détails :

Il s'agit d'un garçon qui avait été affecté d'un chancre infectant en avril 1858. Quelques mois après, il entrait dans le service de M. Bazin. Plus tard, il quitta Saint-Louis pour rentrer à l'hôpital du Midi, atteint d'une syphilide tuberculeuse. Quelques mois après sa sortie du Midi, ce même malade, en proie à une poussée très-confluente de pustules, couvert d'ulcérations serpigineuses, atteint de carie suppurante des tibias, est admis dans le service de M. Hardy, où, malgré l'emploi combiné d'une médication tonique et spécifique, la maladie continua à progresser. La cachexie avec tous ses signes pathognomoniques ne tarda pas à survenir, et la mort survint au milieu du marasme, accélérée par une pneumonie double, trois ans après le début du chancre infectant.

A l'autopsie on trouva, entre autres lésions, une atrophie de la rate dont la consistance était fortement exagérée. Cet organe, comme ratatiné, semblait presque uniquement constitué par un tissu dense, criant sous le scalpel, assez élastique au toucher, mais ne se laissant point pénétrer par le doigt; sa couleur était grisâtre, et c'est à peine si la compression énergique d'un de ses fragments en faisait suinter un peu de boue splénique. Au milieu de ce tissu fibroïde existaient de petites tumeurs un peu plus blanches, dures au toucher, formant comme une sorte de nœud; celles qui faisaient saillie à la surface libre du viscère étaient recouvertes par une épaisse couche fibreuse.

La majorité de ces tumeurs étaient dures et résistantes au doigt, tandis qu'un plus petit nombre offraient un ramollissement central formé de matière caséeuse grise, n'ayant qu'une analogie d'aspect fort éloignée avec la matière tuberculeuse ramollie.

Le foie atrophié était d'une teinte jaune clair. Sa consistance égalait celle de la rate; sa capsule fibreuse était hypertrophiée; il résistait et criait sous le scalpel. La substance rouge avait presque totalement disparu, et l'on rencontrait çà et là quelques petits noyaux durs, mobiles sous le doigt, identiques avec ceux de la rate. Ces petits corps étaient composés d'une couche fibreuse très-dense, au centre de laquelle se trouvait une substance grise, résistante dans la plupart des cas, et un peu ramollie dans quelques autres.

Les reins, hypertrophiés, étaient exsangues, durs au toucher, résistants au doigt, d'une consistance comme lardacée. Les ganglions lymphatiques étaient généralement indurés.

— En résumé, ainsi que le fait remarquer M. Pihan-Dufeillay, l'observation de M. Cornil et la sienne se complètent, en ce que chez les deux sujets arrivés tous deux depuis longtemps à la période tertiaire de la syphilis, morts tous deux dans le marasme syphilitique, il existait une induration générale de tous les organes glandulaires, foie, rate, reins, ganglions lymphatiques, etc.; que cette induration coexistait soit avec une diminution du volume, comme dans la rate et le foie, soit avec une augmentation des dimensions de l'organe, comme dans plusieurs ganglions lymphatiques et les reins, différences qui provenaient probablement, comme le pense notre jeune confrère, du degré plus ou moins avancé de la lésion dans chaque organe; enfin, que des tumeurs de nouvelle formation, identiques par leur aspect, leur forme, leur entourage et leurs caractères de structure, existaient dans le poumon du malade observé par M. Cornil, de même que dans la rate et dans le foie du sujet que M. Pihan a autopsié.

Quelle est la nature de cette induration générale des viscères, quelle est l'origine de ces petites tumeurs du poumon, de la rate et du foie? Telles sont, avec la considération des difficultés

---

chées en ville, tandis qu'à la Maternité nous comptons un décès sur soixante-six. A quoi tiennent ces différences? A ce que l'on nous envoie ici, avant ou pendant le travail, presque tous les mauvais cas qui se présentent chez les pauvres de la ville et même des environs; à ce qu'ici se fait sentir l'influence nosocomiale, trop connue pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

M. Mattei. partisan de l'intervention prompte, comparera-t-il sa pratique à celle d'un autre accoucheur partisan de l'expectation? Si la différence qu'il constate en sa faveur est très-grande, elle aura certainement une importance réelle; mais si elle n'est que légère, elle ne prouvera pas rigoureusement pour sa méthode; car si M. Mattei, grâce à sa dextérité et grâce aux soins intelligents dont il entoure ses malades, est plus heureux que le temporiseur, il n'est pas bien sûr qu'un autre praticien, actif comme lui, mais moins adroit et moins médecin, ne se trouverait pas, au contraire, dans des conditions d'infériorité.

Une trop longue attente, outre qu'elle expose la vie de l'enfant, peut amener chez la mère une sorte d'épuisement nerveux et des compressions graves par leurs conséquences; mais, d'autre part, une intervention trop prompte, une simple application du forceps, chez une primipare surtout, produit assez souvent quelques déchirures, soit du col de la matrice, soit de la partie inférieure du vagin ou du périnée. Or, on l'a dit avec raison, et cela est particulièrement vrai chez les accouchées, toute solution de continuité est une porte ouverte à la mort, tandis que les contusions n'ont guère que la gravité des plaies sous-cutanées. *Medium tenuere beati!*

Le difficile, *ars difficilis,* c'est de savoir attendre et de ne pas laisser passer le moment opportun. Un vieux praticien d'un grand sens, le professeur Van Solingen, a fait inscrire sur le lit de travail de la Maternité de Louvain les trois mots : *patience*, *prudence*, *décence*, et plus nous vieillissons à notre tour, plus nous nous persuadons qu'il faut les respecter et les conserver dans leur numéro d'ordre. Avant d'agir, nous nous demandons toujours si l'enfant souffre réellement, et s'il est bien sûr que la temporisation et des moyens simples ne seraient pas plus utiles à la mère que l'emploi de la main ou des instruments.

Passons aux détails : sur 50 cas, dont il faut déduire sept présentations pelviennes, nous voyons que le forceps a été employé 19 fois, soit 19 : 43, ou 44 1/5 : 100. Si à ce chiffre nous ajoutons les autres opérations, on verra que nous n'avons nullement exagéré en disant plus haut que l'art est intervenu plus d'une fois sur deux. C'est assurément beaucoup. Mais hâtons-nous de le faire remarquer : tous les enfants extraits par le forceps ont survécu et toutes les femmes se sont rétablies. Dans deux cas le périnée s'est trouvé entamé, comme l'auteur le reconnaît avec une loyauté qui l'honore.

M. Mattei pratique la rupture artificielle des membranes plus souvent que la plupart de ses confrères, ce qui s'explique par son désir d'obtenir des accouchements prompts, et par le parti pris d'intervenir ensuite plus activement s'il est nécessaire. Nous le voyons recourir à ce moyen 26 fois.

La rupture artificielle des membranes hâte assez souvent le travail d'une manière remarquable. Ses indications sont parfois très-formelles; mais il est aussi bien des cas où elle exige beaucoup de tact et de réserve. Dans le doute, nous préférons patienter. Mais c'est encore là la question de l'activité et de la temporisation.

Même dans les positions antérieures, lorsque le mouvement de pivot se fait attendre, M. Mattei pratique la rotation artificielle de la tête; il va accrocher l'occiput avec deux doigts et le ramène sous l'arcade pubienne.

Dans les positions postérieures, c'est d'une manière générale qu'il imprime à l'occiput sa rotation d'arrière en avant.

Quelque simple que paraisse la manœuvre qu'il emploie dans cette circonstance, nous ne pensons pas qu'il faille la généraliser. Dans l'immense majorité des cas, la conversion dont il s'agit s'opère d'elle-même et avec une facilité telle, que jusqu'à Nægelé le phénomène avait passé inaperçu. Nous avons donc plus de confiance dans la nature, et tout en appréciant le mérite du procédé de M. Mattei, nous voudrions le réserver pour les cas exceptionnels.

Les présentations pelviennes sont relativement nombreuses dans le recueil de M. Mattei, puisqu'on en compte 11 sur 50. Mais deux fois elles se sont spontanément changées en céphaliques avant le travail. Pour M. Mattei, les présentations pelviennes, celles des pieds surtout, sont souvent funestes à l'enfant, non-seulement lors de l'accouchement, mais dans le cours de la grossesse même.

M. P. Dubois a établi par des chiffres que les enfants morts naissent plus souvent que les autres par l'extrémité pelvienne, et l'éminent professeur, qui attribue, comme on le sait, les présentations du sommet aux mouvements automatiques du fœtus, avait tiré de ce fait un argument en faveur de son opinion. Pour M. Mattei, ces enfants ne naissent pas par l'extrémité pelvienne parce qu'ils sont morts; mais ils sont morts parce qu'ils étaient en présentation pelvienne. Il y a entre ces deux manières de voir une nuance très-tranchée et qui mérite de fixer l'attention des praticiens.

M. Dubois a aussi constaté que dans les accouchements prématurés, les enfants, même vivants, naissent plus souvent par le pelvis que quand l'accouchement se fait à terme. L'explication de M. Mattei s'applique mieux encore à cette particularité qu'à la précédente, et elle nous paraît très-plausible.

Le fœtus étant à terme et vivant, son expulsion par l'extrémité pelvienne devient pour lui une nouvelle cause de danger. La théorie et l'expérience sont d'accord sur ce point. Mais ce danger est-il tel qu'il faille chercher à substituer une présentation du sommet à celle du pelvis? C'est là une question que M. Mattei a soulevée le premier, car le mémoire de Wigand et le nôtre (1) n'ont jamais eu pour but que de remédier par des manœuvres externes aux présentations

(1) *Des présentations vicieuses du fœtus et de la possibilité de les corriger par des manipulations extérieures.* Encyclogr. des sciences médic. Bruxelles, juillet et août 1843.

du diagnostic de semblables lésions et des erreurs graves qui en peuvent résulter dans la pratique, les questions que M. Pihan Dufeillay a étudiées avec un grand soin. Nous reprendrons dans la prochaine *Revue* les points principaux qui ressortent de cette dissertation.

De l'anesthésie dans les maladies du poumon.

M. Bouchut a fait connaître il y a quelques années un nouveau symptôme de croup, indiquant le début de la troisième période dite d'asphyxie. C'est l'anesthésie progressive devenant parfois une anesthésie complète, à ce point qu'on peut faire la trachéotomie sans occasionner de douleur ni même de mouvements chez les malades.

Le même phénomène s'observe quelquefois dans d'autres maladies des organes respiratoires, et, comme dans le croup, il dépend de l'asphyxie. Ainsi, il y a eu cette année dans le service de M. Bouchut plusieurs enfants atteints de bronchite capillaire, forme suffocante, qui, sans avoir perdu connaissance, et pendant plusieurs jours, ont eu de l'anesthésie, portée dans un cas à l'insensibilité absolue.

Tout récemment le même symptôme s'est montré en ville, pendant quelques heures, chez un étudiant atteint d'hémoptysie foudroyante et très-abondante. Suffoqué par la quantité du sang renfermé dans les bronches, d'où il ne pouvait sortir assez vite, il en est résulté une asphyxie sans perte de connaissance, portée à un degré presque incroyable, vu le retour à la vie. En effet, tout le temps de l'hémoptysie, ce jeune homme étouffé eut une anesthésie complète, et, comme les pendus, une érection suivie d'éjaculation de sperme.

Ce dernier fait donne la mesure de l'état d'intensité de l'asphyxie. En ajoutant à cette curieuse circonstance un emphysème sous-cutané du cou produit par la déchirure du poumon et le passage de l'air dans le médiastin postérieur jusque sur les côtés du cou, on aura l'idée exacte de la situation.

Comme on le voit, certaines maladies des organes respiratoires, soit du larynx, soit des poumons, telles que le croup, l'hémoptysie, la bronchite capillaire, peuvent produire l'anesthésie progressive, portée même jusqu'à l'insensibilité absolue.

M. Woillez a communiqué à la Société médicale des hôpitaux deux observations de résorption purulente puerpérale, dans lesquelles le tannin donné à l'intérieur aurait eu des résultats très-favorables. Les accidents généraux survenus cinq ou six jours après l'accouchement, ont été suivis d'abcès multiples sous-cutanés, surtout autour des articulations, et accompagnés, chez la seconde malade, de quelques signes de pneumonie dissipés trop rapidement pour qu'on puisse croire qu'il y ait eu abcès du poumon. Les abcès sous-cutanés ont été ouverts et ont guéri rapidement. Chez la première malade, ils n'avaient pas été ouverts et le pus s'est résorbé. Le sulfate de quinine employé d'abord chez cette malade avait paru aggraver les accidents généraux. Le tannin, administré chez toutes les deux à l'intérieur, à la dose de 60 centigrammes par jour, a paru au contraire avoir une action très-salutaire.

Dans l'une de nos précédentes *Revues* (voir le nº du 12 avril) nous avons signalé le mode de traitement de l'hydrocèle que nous avions vu mettre en pratique par M. Maisonneuve, et qui consiste à badigeonner la tunique vaginale avec du nitrate d'argent à l'aide d'un stylet, dans la cannelure duquel on a fait fondre une certaine quantité de ce caustique.

Un de nos confrères, M. le docteur Roussel, nous a écrit depuis pour revendiquer en faveur de M. le docteur Defer, médecin des hôpitaux civils de Metz, l'idée et la mise en pratique de cette méthode de traitement. Nous devons à la vérité de dire que dans une *Revue des hôpitaux civils de Metz*, publiée en 1852 par M. le docteur Defer, nous avons trouvé la description de cette méthode exactement semblable en tous points à celle que nous avons vu mettre en œuvre, et la relation détaillée de onze observations d'hydrocèle opérée avec succès par ce moyen. Bien que nous n'ayons rien dit dans cet article qui ait pu faire supposer que l'idée de cette manière d'agir fût attribuable soit à M. Maisonneuve, soit même à M. Parise cité par lui, nous n'en saisissons pas moins volontiers l'occasion de signaler les justes droits de notre confrère de Metz.

Nous ajouterons que M. Roussel, qui a opéré lui-même par ce procédé un assez bon nombre d'hydrocèles, a simplifié encore l'opération en remplaçant le stylet cannelé par un simple fil de platine ou d'argent, voire même de fer, trempé dans le nitrate d'argent fondu.

DE L'EMPLOI DU MERCURE ET DE L'IODURE DE POTASSIUM dans le traitement de la syphilis.

Par M. le docteur JUNIEN-LAVILLAUROY.

Après avoir esquissé à grands traits l'historique du traitement de la syphilis par le mercure, indiqué à quelle période de la maladie et contre quels accidents les mercuriaux peuvent être utile, M. Junien-Lavillauroy résume dans sa thèse inaugurale (1) les principaux modes d'administration du mercure, et insiste spécialement sur la méthode de Montpellier, ou d'extinction. Cette première partie se termine par le tableau des principaux composés mercuriels, d'après leur ordre d'activité.

On sait que M. Bouchardat divise, en effet, les principaux composés de mercure en :

1º *Préparations solubles.* — Iodhydrargyrate d'iodure de potassium; bichlorure (sublimé corrosif); cyanure de mercure.

2º *Préparations insolubles.* — Oxyde rouge; proto-chlorure (précipité); proto-iodure; proto-chlorure (sublimé); mercure métallique.

Cet ordre est admis par tous les thérapeutistes, et en particulier par M. Trousseau.

La deuxième partie de ce travail est consacrée à l'iodure de potassium. Les opinions avancées par l'auteur sont résumées dans les conclusions suivantes :

I. Si, comme la plupart des médecins, on adopte la méthode d'extinction, ou de Montpellier, dans le traitement de la syphilis constitutionnelle, la pratique qui consiste à donner de l'iodure de potassium après la disparition des accidents par le mercure est toujours inutile et peut souvent devenir nuisible.

II. Le traitement mixte est très-énergique, et doit être employé dans les cas de vérole rebelle et invétérée, mais à la condition, si on veut des guérisons durables, que le traitement mixte soit continué longtemps, ou qu'après lui on fasse le traitement mercuriel ordinaire pendant un certain temps.

III. On comprendrait l'administration brusque et momentanée de la part des médecins qui ne croient pas à l'action préventive de ce qu'on appelle les antisyphilitiques; mais dès lors qu'on les donne pour prévenir de nouveaux accidents, d'après les règles de la méthode de Montpellier, et, il faut le remarquer, tous ceux qui donnent l'iodure de potassium après le mercure le font dans ce but, tous ceux-là font le contraire de ce qu'ils se proposent de faire. Ils chassent, en effet, de l'économie le mercure, spécifique qu'ils y avaient accumulé à dessein, et auquel ils se proposent encore, peut-être à tort, d'ajouter un autre spécifique, l'iodure de potassium.

IV. L'action de l'iodure de potassium sur les composés de mercure fixés dans l'économie, permet d'expliquer l'opinion qui veut que l'iodure de potassium n'agisse comme antisyphilitique dans la vérole tertiaire que chez les individus qui ont préalablement suivi un traitement mercuriel.

V. L'iodure de potassium pourrait agir non en tant qu'iodure de potassium, mais bien en transformant le mercure fixé dans l'économie en un composé plus actif, l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium. De sorte qu'il semblerait qu'il n'y a en réalité qu'un seul spécifique de la vérole, le *mercure*.

VI. Lorsque chez des syphilitiques des accidents se manifestent assez longtemps après le traitement mercuriel (et à plus forte raison lorsqu'on n'en a pas fait du tout), pour qu'on puisse supposer qu'il n'y a plus de mercure dans l'économie, si on veut traiter le malade par l'iodure de potassium, il serait bon pour pouvoir compter sur son action de donner en même temps une préparation de mercure, c'est-à-dire faire ce que Vidal (de Cassis) a appelé le traitement *mixte*.

DE L'ARTHRITE SÈCHE.

Par M. le docteur COLOMBEL, ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Colombel résume les *Recherches sur l'arthrite sèche* (1) qu'il a présentées comme thèse à la Faculté de médecine, par des conclusions destinées à préciser en quelques lignes le but de son travail.

L'arthrite sèche est une maladie bien particulière, et devant être conservée avec sa spécialité dans le cadre nosologique.

Si le nom qu'elle porte ne présente pas tous ses caractères, il y répond cependant assez pour lui conserver ce nom, auquel on serait exposé à en substituer un autre plus mauvais.

Cette maladie est une par ses caractères anatomiques, par son mode de manifestation et par sa terminaison.

Elle ne peut être confondue avec aucune autre affection, comme l'arthrocace sénile ou le rhumatisme chronique primitif.

Particulière dans sa marche aussi bien que par ses signes, elle ne compromet jamais l'existence du malade.

Enfin, son traitement doit encore préoccuper les chirurgiens et les médecins, car jusqu'ici le seul traitement palliatif commence à être connu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 juin 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Suite de la discussion sur la statistique des hôpitaux.

M. TRELAT. Je n'avais pas l'intention de revenir sur la discussion qui a eu lieu dans notre dernière séance, et je pensais que la Société devait rester juge de l'importance qu'il convient d'accorder aux objections émises par notre collègue M. Chassaignac. Mais j'ai su qu'un homme dont la parole a une grande valeur sur ces sortes de questions, le directeur général de l'Assistance publique, se fondant sur les faits énoncés par M. Chassaignac, a exprimé la pensée que les relevés opératoires des années passées étaient entachés d'erreurs et d'omissions nombreuses, et qu'on ne pouvait en conséquence établir

(1) *De l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis.* Un vol. in-4º. Paris, 1862, chez tous les libraires.

(1) Un vol. in-4º. Paris, 1862. Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

---

du tronc. Cette question, M. Mattei la résoud par l'affirmative. On peut toutefois se demander d'abord si le diagnostic est toujours assez sûr? Pour notre honorable confrère, oui. Il a porté l'examen du ventre à un degré de perfection tel que — chose très-remarquable — dans presque toutes ses observations, la présentation et même la position du fœtus ont été constatées à travers les parois abdominales. Nous connaissons aussi tous les avantages de ce mode d'exploration, et il y a bientôt vingt ans que nous cherchions à les faire comprendre (1). Nous croyons cependant que le degré de précision auquel M. Mattei est parvenu, et qui, notons-le bien, est ici de rigueur, ne pourra être de longtemps atteint par la généralité des accoucheurs.

Le diagnostic étant bien positif, quand faut-il opérer? Si l'on s'y décide de bonne heure, vers le septième mois, par exemple, la manœuvre sera plus facile; mais le résultat s'en conservera moins sûrement, à cause de la mobilité dont le fœtus jouit encore à cette époque de la grossesse. D'une autre part, on se donnera peut-être une peine inutile, car la culbute peut encore se faire spontanément. Aussi voyons-nous M. Mattei lui-même s'abstenir au septième et au huitième mois dans l'observation XXXIV, et à sept mois révolus dans l'observation XXXVIII, quoiqu'il attribuât à la présentation pelvienne les malaises accusés par ces deux femmes, et il n'eut pas lieu de se repentir, car la tête se ramena d'elle-même à l'entrée du bassin. C'est donc dans le neuvième mois, et avant la manifestation du travail, que la manœuvre est conseillée. Mais alors il sera difficile, et si le liquide amniotique est peu abondant, il sera peut-être impossible de faire passer l'axe céphalo-rachidien à travers le diamètre horizontal de l'utérus; or, si la mutation reste incomplète, on aura substitué à la présentation du pelvis une présentation bien plus dangereuse du tronc.

Pour établir l'utilité de son procédé, M. Mattei rappelle que les présentations pelviennes donnent un enfant mort sur onze; mais il ajoute lui-même que les présentations du siége sont moins à redouter que celles des pieds, et que, sous ce rapport, il importe de ne pas confondre ces deux variétés. Ne conviendrait-il pas aussi de tenir compte de la conformation du bassin et de l'état des organes génitaux? Nous le croyons. Chez une primipare dont le détroit supérieur serait un peu rétréci, la présentation pelvienne est assez dangereuse pour qu'on puisse penser à la version céphalique extérieure; mais chez une femme bien conformée et ayant eu des enfants, nous préférerions, pour notre compte, laisser l'accouchement se faire par le siége, nous bornant à le surveiller attentivement, surtout à partir du moment où les fesses se dégagent, car c'est alors, et presque exclusivement alors, que commence le danger.

Quant aux présentations des pieds, nous les considérons comme impossibles avant la manifestation du travail, attendu qu'elles supposent les jambes étendues sur les cuisses. Les pieds peuvent bien correspondre au col de la matrice; mais il s'agit alors d'une présentation légèrement déviée du pelvis en masse, et les fesses se trouvent sur la marge du bassin. Or, M. Mattei le sait mieux que personne, le décubitus, quelques pressions extérieures exercées par la main ou par un bandage méthodique, suffisent généralement dans ce cas pour ramener le siége au centre du détroit supérieur.

Au reste, quel que soit l'avenir de la manœuvre qui nous occupe, elle aura toujours rendu un immense service à la science, car elle prouve aux praticiens qu'en s'y prenant à temps, ils peuvent, par de simples manipulations externes, fort peu douloureuses et à peu près exemptes de tout danger, corriger les présentations réellement vicieuses du fœtus, et s'épargner ainsi les inquiétudes, les difficultés et les conséquences trop souvent graves de la version ordinaire. C'est là une ressource précieuse et qui ne nous a presque jamais fait défaut lorsque nous avons été appelé avant la rupture des membranes. Nous avions cherché dès 1843 à démontrer tous les avantages qu'elle présente, mais notre faible voix était restée sans écho. Grâce à ses travaux et grâce à sa persévérance, M. Mattei, plus heureux, est parvenu à se faire entendre, et ce doit être pour lui une satisfaction bien douce que d'avoir vu un homme du mérite de M. Stoltz exhumer et rendre à la lumière le mémoire mort-né de Wigand. Ajoutons-le d'ailleurs, si les conseils et la pratique de l'accoucheur allemand étaient tombés dans l'oubli, c'est qu'ils manquaient de véritable base, et cette base, — la précision du diagnostic, — c'est M. Mattei plus qu'aucun autre qui la leur a donnée.

Nous croyons en avoir dit assez pour faire comprendre l'importance de la *clinique obstétricale*; nous devons cependant signaler encore à l'attention de nos confrères les opinions de l'auteur sur la durée de la grossesse, sur la poche chorio-amniotique, sur l'emploi du chloroforme, sur le retour et le véritable siége de la douleur dans l'accouchement; sur l'état puerpéral, sur la fièvre de lait, et surtout sur les fièvres de résorption, sur le seigle ergoté comme moyen prophylactique, et sur le sulfate de quinine comme moyen curatif de ces fièvres; sur les causes des gerçures et des inflammations du sein, sur une nouvelle manière de panser le nombril des nouveau-nés et sur bien d'autres points importants; car, comme il en fait la remarque, les recueils d'observations offrent ceci d'avantageux qu'ils renferment un peu de tout. Or, nous l'avons dit déjà, M. Mattei n'aime pas les voies battues. Il voit, il pense, et il s'exprime à sa manière. Souvent son lecteur étonné se récrie d'abord, puis il examine de plus près, pèse, discute, hésite, et s'il n'est pas toujours converti, il finit au moins par se demander si ses vieilles croyances ont toutes une base également solide. A coup sûr l'ouvrage lui a plu; il l'a lu avec intérêt et profit, et en le déposant, il espère que l'auteur donnera bientôt à son entreprise tous les développements qu'elle comporte.

Dr L. J. HUBERT,
professeur d'accouchements à Louvain (Belgique).

(1) Mémoire cité ci-dessus, et *De l'examen du ventre au point de vue obstétrical.* ANNALES MÉDIC. DE LA FLANDRE OCCID., 1855-1856.

aucune discussion sur une semblable base. Dès lors, il convient d'examiner à nouveau si l'argumentation que vous avez entendue autorise une fin de non-recevoir aussi absolue. Notre collègue nous a dit que dans son propre service, en 1854, on avait omis de porter sur le registre un certain nombre d'opérations. Il nous a fait connaître le mécanisme vicieux suivant lequel se pratique à Lariboisière l'inscription des malades opérés ; attentives ou négligentes, les sœurs hospitalières seraient seules chargées de ce soin délicat et important.

Il y a là, je le comprends, une porte ouverte à l'erreur, et cependant, dans l'espace de huit années, il a été tenu compte de 1,254 opérations pratiquées dans le seul service de M. Chassaignac, tandis que, pendant le même temps, les trois services de l'Hôtel-Dieu n'en donnent que 1,670 ; les deux services de la Pitié, où certes la chirurgie n'était pas inactive, 1578 ; la Charité 1,081, et Beaujon, tout aussi fréquenté que Lariboisière par les grands accidents, 819. Vous le voyez par la simple comparaison de ces chiffres, s'il y a eu des oublis, ils ont dû être bien rares.

Mais ne nous laissons pas égarer par les mots ; personne en France n'a tenté jusqu'ici d'accoupler monstrueusement dans un relevé statistique toutes les opérations ensemble. On a répété à satiété qu'il fallait comparer des objets comparables, et se bien garder d'empiler pêle-mêle les cuisses et les doigts, les tailles et les ponctions d'hydrocèles. Aussi n'a-t-on appliqué les méthodes statistiques qu'à certaines opérations déterminées, les amputations, les hernies, assez nombreuses pour pouvoir être utilement comparées.

Que nous importe donc, au point de vue spécial des amputations, qu'on ait oublié de noter une injection iodée dans un kyste ovarique ou telle autre opération que vous voudrez? C'est d'amputations qu'il s'agit et non d'autre chose.

Mais je vais plus loin, j'admets qu'il y ait eu des oublis, que 10, 20, 30, 50 amputations aient échappé au relevé que j'ai communiqué à l'Académie; j'admets même, grande bienveillance, que ces 50 amputations aient donné 50 succès, c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir 522 morts sur 1,144 amputés, nous trouvions 522 morts sur 1,200 amputés, savez-vous ce qui résultera de cette hypothèse toute gratuite? Le chiffre de mortalité va descendre de 45 à 43. Au lieu de perdre 4 opérés 5/10, vous en perdrez 4 3/10 sur 10. Il y a une différence, mais elle est bien minime si vous la comparez à l'énorme variation que j'ai, pour les besoins du raisonnement, fait subir à l'un de mes chiffres. C'est l'avantage et l'utilité des grands nombres que M. Broca faisait ressortir dans notre dernière séance. Cet exemple est suffisamment démonstratif.

Faites, Messieurs, cette distinction importante, que nous avons voulu publier non des dénombrements, mais des statistiques, choses bien différentes. Le dénombrement donne le chiffre absolu, la statistique cherche des relations de nombre, des proportionnalités, parfois elle trouve des lois. Elle n'a pas un besoin rigoureux de la totalité des faits pour établir ses proportions, il lui suffit de nombres relativement élevés. Ces vérités, élémentaires pour ceux qui ont l'habitude du langage et des méthodes statistiques, ne sont pas facilement saisies de prime abord, et cependant elles ont une extrême importance.

Dans ces conditions, je ne crains pas d'avancer que l'analogie entre les résultats de statistiques faites dans des temps et avec des matériaux différents, confirme la valeur de chacune d'elles. Or ces analogies sont frappantes, si on compare les chiffres qu'a donnés M. Malgaigne avec ceux que j'ai obtenus. Je dis analogie et non similitude ; il y a, en effet, dans la période décennale qui vient de se terminer un progrès sensible, assez également réparti sur toutes les amputations.

Je le dis avec conviction : en dehors de la statistique, il n'y a, au point de vue des résultats, rien qu'une ignorance ténébreuse. Ignorance ou illusion, c'est tout un. Nous ne sommes pas la vérité absolue, mais nous sommes la vérité actuellement possible.

En résumé, on nous dit : Vos statistiques sont trompeuses, parce que vous avez dû commettre des oublis. Nous répondons : Nous ne prétendons pas avoir toujours été à l'abri de l'erreur, mais elle a dû être rare, et elle est sans portée sur le résultat. Nous énonçons des résultats, des proportions, nous demandons des résultats contradictoires. Jusque-là le débat porte à faux, et ne mène à aucune conclusion.

M. CHASSAIGNAC. Je ne sais pas jusqu'à quel point il est utile de faire intervenir ici ce qui a pu être dit au dehors, et je pense que M. Trélat eût pu se dispenser de rapporter des paroles attribuées à M. Husson et qui n'ont rien d'utile pour la discussion actuelle. Je n'ai pas voulu traiter les travaux de M. Trélat, ceux de M. Malgaigne, avec sévérité, ni déverser le blâme sur ce que ces chirurgiens ont fait avec conscience, mais je dis que les matériaux dont ils se sont servis sont mauvais. C'est un motif sérieux et d'intérêt général qui m'a porté à signaler les causes d'erreur, que j'ai pu découvrir facilement en comparant mes registres avec ceux de l'hôpital. J'ai déjà signalé les différences considérables que j'avais notées, et d'autres chirurgiens ont trouvé des lacunes semblables dans leur hôpital. Et puis, pourquoi retrancher certains relevés? Vous trouvez les relevés de l'hôpital Saint-Louis insuffisants, vous les supprimez! N'appelez plus dès lors votre travail une statistique des hôpitaux de Paris. La statistique doit se prouver par elle-même; pas n'est besoin d'y faire intervenir l'induction, et je n'admets pas que M. Trélat interprète comme il l'a fait, les renseignements fournis par les relevés, pas plus que je n'admets ce que M. Broca appelle la *loi des grands nombres*. Comment! vous oubliez dix malades sur cent, et vous dites que cela n'a pas d'importance! Cela n'est pas admissible, et si des statistiques ainsi faites peuvent encore avoir un certain degré d'utilité, vous ne pouvez les donner comme fournissant des éléments suffisants de discussion.

M. VOILLEMIER. Je suis partisan des statistiques même quand elles sont imparfaites, car elles sont encore utiles, ne fût-ce que pour empêcher de publier des résultats erronés. J'ai vérifié les bulletins statistiques des hôpitaux, et je les ai trouvés très-défectueux : un grand nombre d'opérations y sont omises. Il serait d'ailleurs bien difficile de trouver des vérités absolues par la statistique, quand il s'agit, par exemple, des opérations ; il faudrait remarquer que la mortalité peut être accrue par suite des lésions concomitantes. Il est certain, en outre, que le chirurgien qui a pour principe d'amputer tout ce qui se présente aura une proportion plus grande de succès que celui qui se borne à amputer dans les cas graves. J'ai toujours engagé mes internes à recueillir les observations, à publier tous les faits avec la plus grande liberté, et malgré cela j'ai souvent vu les observations tronquées et inexactes. Une statistique ne peut être bien faite que par le chef de service lui-même, car, en consultant les relevés, on arrive seulement à des approximations ; et d'ailleurs, qu'entendra-t-on par opération? Y placera-t-on les ouvertures d'abcès, les ablations d'amygdales? Vous le voyez, il est bien difficile de tirer parti des statistiques telles qu'elles sont faites ; c'est très-regrettable sans doute, mais cela est, et nous devons le dire.

M. TRÉLAT. Sans doute, si l'on cherchait à connaître la pratique de chaque chirurgien, il faudrait suivre la marche indiquée par M. Voillemier. Mais nous ne recherchons que la solution d'une question de salubrité. Je ne crois pas non plus qu'il soit exact de dire qu'en opérant toujours on obtient plus de succès; je pense plutôt que le contraire est vrai, et ceux qui sont sobres d'opérations ont les résultats les plus heureux.

M. VOILLEMIER. M. Trélat ne remarque pas qu'en amputant rarement on n'opère que les malades atteints de grands délabrements, comme ceux que nous voyons à Lariboisière, et qui ont été blessés par les chemins de fer ou de grandes machines. Il y a alors des lésions profondes graves qui entraînent la mort du malade, et tous ces cas viennent, à tort, assombrir le tableau des amputations.

LECTURE.

M. DESANNEAU lit un mémoire sur un nouveau procédé d'*ablation des polypes naso-pharyngiens*. (Renvoyé à MM. Guérin, Chassaignac et Verneuil.)

— La séance est levée à cinq heures.

L'un des secrétaires, E. FOUCHER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* annonce que M. le docteur Grand Boulogne, ancien vice-consul aux Antilles et médecin à Paris, vient d'être chargé par le ministre de la guerre, avec autorisation de l'Empereur, d'aller à la Vera-Cruz pour s'y consacrer au traitement des malades des armées de terre et de mer qui pourraient être atteints de fièvre jaune.

— On lit dans le *Courrier de la Meurthe et des Vosges* :

« Jeudi dernier 26 juin, est mort à Nancy M. le docteur Auguste-Romain Gérardin, membre de l'Académie de médecine. D'une famille nancéenne, M. Gérardin exerçait avec la plus grande distinction la médecine à Paris, lorsque, il y a quelques mois, il se sentit atteint d'un mal sans remède Voulant mourir là où il était né, il quitta Paris et vint à Nancy, où depuis plusieurs années le mariage d'une de ses filles lui avait fait une nouvelle famille. Il s'est éteint après avoir traversé les crises les plus douloureuses, avec le sang-froid d'un savant et le calme d'un chrétien.

» M. Gérardin n'était âgé que de soixante-deux ans; il appartenait à l'Académie de médecine depuis 1824, et faisait partie de la section d'hygiène et de médecine légale. »

— On lit dans la *Gazette de Cologne* du 30 juin, que la reine de Hanovre, avec ses filles, se trouve à Goslar, où elle s'est soumise au *traitement d'un ancien cordonnier nommé Lampe, promu depuis peu au poste de directeur médical* (Heildirector). Le roi, arrivé depuis quelques jours, fut acclamé sur un signe de M. Lampe par un « *vivat*, » et répondit, selon la feuille de Goslar : *Qu'il avait cru de son devoir, comme homme et chrétien, ainsi que comme père de la patrie, d'attacher à ses États ce médecin si richement doué par Dieu.*

— Sur le rapport favorable du Conseil général de santé militaire et de MM. les inspecteurs généraux de la marine, le *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis* (3e édition) de M. Gibert, a été adopté par MM. les ministres de la guerre et de la marine, pour les bibliothèques des hôpitaux d'instruction de l'armée et de la marine.

— Dans le dernier numéro, à l'article *Académie de médecine*, on a imprimé par erreur que l'opération d'ovariotomie pratiquée par M. Kœberlé avait eu lieu le 20 juin ; c'est le 2 juin qu'il faut lire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Foucault, né à Orléans (Loiret); *De l'artérite. Gangrène spontanée.*

Picard, né à Avignon (Vaucluse); *Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité.*

Ségallas, né à Paris (Seine); *Des difficultés et des accidents de la lithotritie.*

Liébaut, né à Toulouse (Haute-Garonne); *De la dyssenterie épidémique.*

Jounia, né à Marseille (Bouches-du-Rhône); *Étude sur la paralysie générale incomplète.*

Pipet, né à Besse-en-Chondesse (Puy-de-Dôme); *De la paralysie hystérique.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par MM. BERNUTZ, médecin de la Pitié, et GOUPIL, médecin de l'hôpital de Lourcine. Tome IIe. Un fort volume in-8° avec fig. Paris, 1862, chez Chamerot, libraire, 13, rue du Jardinet.

Des bains de mer de la Tremblade (Charente-Inférieure), par M. le docteur BROCHARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou. In-8°. Prix : 50 cent. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Conférences sur l'empirisme, faites à la Faculté de médecine de Paris, les 18 et 25 mai, par A. TROUSSEAU, professeur de la Faculté de médecine de Paris. In-8°. Prix : 1 fr. 50 cent. *franco*. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Notice théorique et pratique sur les appareils orthopédiques de la méthode hygiénique et curative de F. V. Raspail, par Camille RASPAIL fils, médecin. Brochure in-8°, avec gravures intercalées dans le texte. Prix, 1 fr. 25. Paris, chez l'éditeur des ouvrages de MM. Raspail, rue du Temple, 14.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 JUILLET 1862.

L'Académie des sciences n'a pas tenu séance lundi dernier. La mort d'un membre éminent de l'illustre Compagnie nous a fait ce triste loisir.

M. de Sénarmont, membre de la section de minéralogie et de géologie, et ancien président de l'Académie, a été presque subitement enlevé dans la force de l'âge à la science et à l'Administration, qu'il servait avec une égale distinction. M. le président, après avoir appris à ses collègues cette fatale nouvelle, a aussitôt levé la séance, témoignant par cet honneur exceptionnel de toute l'étendue du regret qu'inspirait cette perte prématurée et si inattendue.

M. de Sénarmont appartenait au corps des mines, qui a fourni tant d'hommes éminents à l'Académie ; il avait succédé au fauteuil de Beudant, qui a laissé un nom si connu dans l'Université; il était examinateur à l'École polytechnique et professeur à l'École des mines. Le champ de ses travaux était la cristallographie, la physique et la géologie. Ses mémoires, très-estimés des hommes compétents, ont paru dans les Recueils de l'Académie et de l'École des mines, ainsi que dans les *Annales de physique et de chimie,* dont il était un des rédacteurs.

— A huitaine la reprise des travaux de l'Académie, interrompus par ce triste événement. — Dr Brochin.

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs la teneur d'un décret impérial qui rend obligatoire pour tout aspirant au grade de docteur en médecine ou au titre d'officier de santé, un stage de deux années dans l'un des hôpitaux placés près la Faculté ou l'École préparatoire où il prend ses inscriptions.

NAPOLÉON, etc.

Vu le règlement du 14 messidor an IV ;

Vu la loi du 19 ventôse an XI ;

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 ;

Vu les ordonnances du 3 octobre 1841 et du 10 avril 1842 ;

Vu l'avis du conseil impérial de l'instruction publique ;

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. A partir du 1er novembre 1862, nul ne pourra obtenir le grade de docteur en médecine ou le titre d'officier de santé s'il n'a suivi pendant le temps ci-après fixé, comme élève stagiaire, en se conformant aux dispositions d'ordre intérieur déterminées par les administrations des hospices, le service d'un des hôpitaux placés près la Faculté ou l'École préparatoire où il prend ses inscriptions.

Art. 2. Dans les Facultés de médecine, le stage prescrit par l'article précédent commencera, pour les aspirants au doctorat, après la huitième inscription validée, et se continuera jusqu'à la seizième inclusivement; pour les aspirants au titre d'officier de santé, il commencera après la quatrième inscription validée, et se continuera jusqu'à la douzième inclusivement.

Dans les Écoles préparatoires, le stage commencera pour les uns comme pour les autres après la quatrième inscription validée, et se continuera jusqu'à la quatorzième inclusivement.

Art. 3. Les élèves en médecine des Écoles préparatoires qui passeront dans une Faculté seront soumis, pendant le temps où ils achèveront leurs études, aux conditions de stage imposées pour la même période aux élèves des Facultés, quel que soit d'ailleurs le temps de stage qu'ils aient déjà accompli près l'École d'où ils sortent.

Art. 4. Les inscriptions prises pendant l'accomplissement du stage ne seront délivrées, soit dans les Facultés, soit dans les Écoles préparatoires, que sur l'attestation du chef de service et du directeur de l'hospice, constatant que l'élève a rempli avec assiduité, pendant le trimestre expiré, les fonctions auxquelles il aura été appelé pour le service des malades.

Art. 5. Les élèves des Facultés qui auront obtenu au concours le titre d'externe ou d'interne dans un hôpital seront toujours admis à faire compter la durée de leurs services en cette qualité pour un temps équivalent de stage.

Il en sera de même pour les élèves des écoles préparatoires en ce qui concerne exclusivement le stage qu'ils doivent accomplir près les écoles. Les élèves externes ou internes seront tenus, comme les élèves stagiaires, de justifier de leur assiduité dans les hôpitaux par des certificats trimestriels délivrés en la forme indiquée en l'article 4.

Art. 6. Les aspirants au doctorat en médecine doivent, à moins de motifs graves, dont le ministre sera seul juge, subir consécutivement les cinq examens de fin d'études et la thèse devant la Faculté où ils ont pris leurs deux dernières inscriptions, et près laquelle, par conséquent, ils auront terminé leur stage.

Art. 7. Un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes déterminera ultérieurement les dispositions réglementaires propres à assurer l'exécution du présent décret.

Art. 8. Notre ministre de l'instruction et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Fontainebleau, le 18 juin 1862.

NAPOLÉON.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. MANDL.

De la laryngite chronique œdémateuse (1).

La *laryngite chronique œdémateuse* est l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx, et présente une des terminaisons de l'inflammation chronique de cet organe. L'infiltration est la plus marquée aux endroits où le tissu cellulaire est le plus abondant et le plus lâche ; on la trouve constamment dans les replis ary-épiglottiques, et bien moins fréquemment dans les cordes vocales, dont le tissu cellulaire est rare et serré. Le liquide infiltré est de la sérosité, car le pus, le sang, la lymphe plastique, etc., qui peuvent également envahir le tissu cellulaire, occasionnent une tuméfaction, mais non pas l'œdème de la glotte. L'exploration avec le doigt, mais mieux l'inspection laryngoscopique, quand l'état du malade le permet, donneront des renseignements sur le volume, la consistance et la configuration des replis infiltrés transformés en bourrelets lisses, aplatis, plus ou moins mobiles et rétrécissant plus ou moins complétement l'orifice supérieur du larynx. La coloration pâle, la consistance pâteuse, la demi-transparence des muqueuses énormément gonflées, sont des altérations qui se perdent le plus souvent par la décomposition cadavérique, mais qui sur le vivant sont caractéristiques pour l'affection dont nous nous occupons. On trouve aussi souvent l'épiglotte infiltrée et relevée, les arêtes des cordes vocales mousses et arrondies, et l'œdème occupant même l'arrière-bouche, la luette, le voile du palais, etc. L'infiltration est uni ou bilatérale, partielle ou générale.

La laryngite œdémateuse n'étant qu'une terminaison de la laryngite chronique, toutes les causes mentionnées dans l'étiologie de cette dernière peuvent également figurer comme causes de l'œdème laryngé. Cependant nous devons signaler particulièrement l'œdème consécutif à des ulcérations simples ou spécifiques du larynx, et celui que l'on observe dans la convalescence de la fièvre typhoïde (nous nous expliquons la fréquence relative de la laryngite dans la fièvre typhoïde par l'affection des follicules muqueux, dont la composition est identique avec celle des plaques de Payer), de la scarlatine, de la rougeole, de la morve, avec ou sans nécrose des cartilages.

Les symptômes sont la sensation d'un corps étranger gênant la respiration et souvent aussi la déglutition; la voix constamment altérée, rauque, voilée ou éteinte; une dyspnée continue avec des paroxysmes de suffocation; l'inspiration bruyante, difficile, avec l'expiration facile, lorsque l'œdème n'intéresse pas les cordes vocales elles-mêmes ; l'absence ou la faiblesse du murmure respiratoire ; une petite toux insignifiante ; une expuition abondante d'un liquide le plus souvent visqueux et filant; le gonflement parfois œdemateux des parties voisines : l'insomnie ; l'attitude et particulièrement l'expression de la face, anxieuse, et parfois d'autres symptômes d'asphyxie. Tout ce cortége de symptômes s'explique par le gonflement des replis ary-épiglottiques placés comme des soupapes au-dessus des cordes vocales.

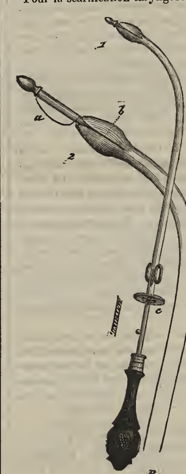
La marche est progressive, la durée bornée à quelques semaines, la terminaison sans le secours de l'art presque constamment fatale, le pronostic grave ; le diagnostic différentiel sera facile à établir lorsqu'on pourra avoir recours à l'examen laryngoscopique ; sinon on distinguera l'œdème d'un ensemble de phénomènes analogues que présenterait la présence d'un polype, d'un corps étranger, d'un séquestre faisant saillie dans la cavité du larynx par les accès de suffocation qui, dans ces derniers cas, peuvent survenir à la suite d'une expiration vive, tandis que l'inspiration peut ramener le calme; l'influence que peuvent exercer les diverses positions du malade sur la facilité de la respiration, sans parler des signes commémoratifs. On distinguera l'œdème de la compression exercée sur les muscles par des ganglions, un anévrysme, etc., par la marche, la durée, par l'absence du gonflement des muqueuses et la paralysie plus ou moins complète des cordes vocales, qui conservent toute leur mobilité dans l'angine œdémateuse.

Enfin, l'abcès opistho-pharyngien, qui présente beaucoup de phénomènes analogues à l'œdème, se reconnaît souvent à l'inspection, par la roideur et la tuméfaction du cou ; le toucher du pharynx, puis la marche et la durée de la maladie, donnent des renseignements précieux, que l'application du laryngoscope complète d'une manière précise. L'auscultation et la percussion établissent aisément le diagnostic différentiel dans les affections des poumons, des bronches et du cœur.

Le *traitement* interne, employé seul, échoue presque constamment, et les cas peu nombreux de guérison laissent des doutes sur l'exactitude du diagnostic. Il peut, lorsqu'il s'agit d'ulcérations syphilitiques, puissamment aider la guérison de la laryngite; mais l'œdème exige de prompts secours ; et ceux-ci, le traitement topique seul peut les donner. Les principaux moyens employés sont la scarification, la trachéotomie, l'emploi de la sonde lary[illegible] et la cautérisation.

Les divers procédés de scarification se résument dans l'emploi d'une petite lame fixée à un manche recourbé, maniée par la main droite de l'opérateur, tandis que l'indicateur de la main droite, placé sur l'épiglotte, sert de conducteur.

Pour la scarification laryngoscopique, j'ai fait construire un instrument (fig. 1) qui se compose d'une canule courbe à olive et d'une tige portant une lame à son extrémité ; la partie olivaire est munie de quatre encoches (fig. 2, *b*), de manière à loger la lame *a* dans chacune d'elles. Lorsqu'on pousse le manche de l'instrument en avant, on fait sortir la lame de l'olive ; en tournant également le manche, on fait exécuter un mouvement de rotation à la lame de manière à pouvoir scarifier sur plusieurs points. La rondelle *c* porte à sa face externe quatre points creux correspondant aux encoches de l'olive, en sorte qu'au moyen d'un petit bouton placé sur la tige près du manche, et qui correspond à la partie saillante de la lame, l'opérateur sait toujours de la manière la plus exacte le point sur lequel il opère et l'encoche dans laquelle il doit faire rentrer la partie tranchante.



La trachéotomie ou la laryngo-trachéotomie compte de nombreux succès ; on a proposé de la remplacer par l'emploi de la sonde laryngienne, et Lallemand (voy. Sestier, *Angine laryngée œdémateuse;* Paris, 1852, p. 391) paraît avoir réussi dans un cas analogue.

L'instrument fut placé lorsque la respiration devenait très-gênée, et maintenu en place pendant une demi-heure environ; alors seulement elle devient insupportable et on la retire. A l'aide de cette manœuvre répétée, M. Lallemand gagna un temps précieux qu'il consacra à un traitement antisyphilitique énergique.

Malheureusement, nous manquons de détails sur l'étendue de l'infiltration et sur l'altération des cordes vocales, très-sensibles à l'état normal. Dans tous les cas, l'introduction doit se faire pendant une profonde inspiration, parce que alors l'épiglotte est relevée et la glotte largement ouverte. On réussira toujours mieux avec une sonde élastique de gros calibre, comme me l'ont prouvé des tentatives faites sur moi-même. Diversement appréciée par les auteurs, l'introduction temporaire de la sonde pourrait faire attendre avec moins de danger le moment favorable à la trachéotomie.

Cependant toutes les fois que le danger n'est pas trop imminent, on emploiera avec grand avantage la cautérisation pour amener la guérison. Elle m'a parfaitement réussi dans un cas d'œdème, suite de laryngite chronique, avec accès de suffocation violents et répétés, difficulté énorme de déglutition, extinction complète de la voix, insomnie, etc. La solution (d'abord une partie de nitrate d'argent cristallisé sur 8 d'eau, plus tard 1 sur 6, puis

(1) Voir les numéros des 29 et 31 mai dernier.

1 sur 4 et sur 2) fut portée à l'intérieur du larynx même, dont toutes les muqueuses étaient énormément infiltrées, et les cordes vocales entièrement couvertes par les replis supérieurs ; au bout de trois ou quatre séances, il y avait soulagement et disparition complète de l'œdème au bout d'une douzaine de cautérisations. Je ne puis donc que me rallier à l'opinion de Sestier (*loco citato*, p. 298), lorsqu'il dit « que ce sera surtout en perfectionnant et en multipliant les moyens d'atteindre directement ou le plus directement possible l'œdème laryngé, qu'on diminuera l'extrême danger attaché à ce genre d'affection ». Il est bien entendu que la laryngite chronique, simple ou spécifique, qui a pu déterminer l'œdème, exige, après la disparition de ce dernier, son traitement particulier.

HOPITAL MILITAIRE DE CAMBRAI.

Kyste occasionné par la présence d'un fragment de terre dans l'ombilic.

Par M. le Dr Roques, médecin-major à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

L'introduction accidentelle de corps étrangers dans l'ombilic est un fait peu grave en lui-même, et qui n'a pu donner lieu à des remarques cliniques importantes ; car il est rare que ce corps étranger pénètre dans une cavité si peu profonde, y séjourne et amène une manifestation morbide. Des sécrétions séparées, ou même des fragments de linge, de charpie sont signalés comme ayant donné lieu à quelques abcès du pourtour de l'ombilic. Mais le fait que je vais signaler me semble sans précédent.

Le nommé F..., du 82e de ligne, âgé de trente-deux ans, est entré à l'hôpital de Cambrai le 2 mai 1861, au moment où il rejoignait son corps, après un congé de semestre. D'un tempérament bilioso-sanguin, teint brun, bonne constitution, il nous raconte qu'il n'a jamais eu que quelques douleurs rhumatismales pendant la campagne d'Italie, et antérieurement deux maladies vénériennes légères (uréthrites).

Il est envoyé à l'hôpital pour une douleur au pourtour de l'ombilic, qui date de quinze jours et lui cause de l'insomnie. La douleur est tensive avec chaleur profonde ; l'anfractuosité de l'ombilic est aussi manifeste qu'à l'état normal, mais le pourtour est tuméfié et rouge. Dans le fond, le stylet introduit donne la sensation d'un corps dur, résistant, et retire de la matière sébacée très-abondante. La recherche avec le stylet donne issue à du pus mal lié provenant de la partie latérale gauche d'une tumeur que l'on contourne.

Le ventre est tendu ; le malade se roidit continuellement comme pour réagir contre la douleur. L'état général est bon, pas de fièvre, pas de dérangement des fonctions digestives ; seulement le malade ne peut se tenir debout et se courbe constamment. — Panade, bains, cataplasmes.

Le 3, le ventre est moins tendu, la tuméfaction moindre ; le pus s'écoule de lui-même ; le malade se plaçant sur le côté, l'introduction du stylet en augmente la quantité ; mais la direction du stylet est changée et semble s'engager dans un cul-de-sac du côté droit de la tumeur toujours perçue. Le toucher de cette tumeur est insensible pour le malade ; l'état général est bon. — Même prescription.

Le 4, même aspect de l'ombilic ; le malade dort mieux. Le stylet pénètre plus profondément que la veille, directement d'avant en arrière et à une profondeur de 7 centimètres ; où va-t-il !... Le pus qui sort de là est fétide, grumeleux, et entraîne des exfoliations nacrées, par plaques du volume d'une écaille de carpe. — Injections émollientes, cataplasmes, bains, et un quart de portion de légumes ; orge miellée.

Le 5, amélioration au point de vue de la douleur et de la tuméfaction du pourtour de l'ombilic. Le pus sort plus abondamment, et chaque injection entraîne une grande quantité de ces bribes d'exfoliations nacrées. Une mèche introduite dans le fond facilite l'écoulement spontané du pus, qui perd sa fétidité, en entraînant toujours ces bribes de teinte aponévrotique. — Injections chlorurées.

Dès le 7, il n'y a plus de douleurs, et les bords sont affaissés.

Le 11, le stylet pénètre toujours à une profondeur de 7 centimètres d'avant en arrière. Le pus est abondant, séreux, grumeleux. L'état général est bon. Le malade mange la demie et se lève toute la journée. — Injections chlorurées ; cataplasmes.

Le 20 mai, le pus ne s'écoule plus spontanément ; le stylet rencontre un obstacle à 3 centimètres de profondeur, le contourne sans effort, et le pus jaillit toujours de même nature. La direction du stylet est des plus irrégulières, et parfois il pénètre de 2 centimètres plus profondément qu'au commencement de l'opération. — Bains, cataplasmes et injections émollientes.

Le 22, le malade est pris de contractions violentes, et ressent une vive douleur à son nombril ; le pus ne s'écoulait plus depuis la veille. Un corps rond d'aspect nacré fait saillie dans l'ombilic, et dans un effort de contraction des muscles abdominaux il est chassé avant l'arrivée du médecin. Un flot de pus mêlé à du sang s'échappe ; il s'en écoule un demi-verre à peu près, et le malade se sent fort soulagé.

Depuis la veille au soir, il sentait, nous dit-il, la présence d'un corps étranger.

A partir de ce moment, l'observation du malade perd tout intérêt ; dès le lendemain, la suppuration était diminuée, et après quelques jours elle avait disparu ; le malade sortit guéri le 6 juin.

La partie importante de notre observation est l'examen de cette tumeur expulsée, véritable kyste dont la présence avait constitué toute la maladie. Du volume d'un œuf de moineau, arrondie, elle ne présente aucun point déchiré dans son enveloppe, qui est unie et d'une odeur de matière sébacée ; sa couleur est celle des tissus aponévrotiques, luisante et vitreuse ; le centre en est dur. Incisée par le milieu, elle est constituée au centre par une petite masse de terre glaise, marneuse, dans laquelle se trouvent quelques graviers et des poils cutanés de la même teinte que ceux du malade. Le volume de fragment terreux est celui d'un pois ; une série de couches concentriques de ce tissu aponévrotique enveloppent ce corps étranger, et chacune de ces coques feuilletées est indépendante, de façon à se séparer l'une de l'autre sans déchirer sa voisine. On compte jusqu'à six de ces feuillets, et des poils se trouvent intercalés entre deux d'entre eux.

Les débris entraînés par la suppuration étaient exactement semblables à ces exfoliations, et en étaient évidemment des couches plus externes, ramollies.

En présence de ces faits, nous avons recherché le mode de production d'une pareille entité morbide dans la profession exercée par cet homme. Il est tailleur de pierre, et nous a dit avoir exercé son état pendant son semestre ; il travaillait en bras de chemise et un peu débraillé. Naturellement il n'y a rien d'impossible qu'un fragment de la terre qui couvre les pierres de taille ait glissé entre sa chemise, et que la ceinture du pantalon, pressant au niveau de l'ombilic, ait poussé ce fragment.

Présentée au malade, la terre argileuse retirée du kyste a été reconnue par lui parfaitement semblable à celle qui couvre les pierres de taille qu'il a maniées.

Là s'arrêtent les faits et commencent les hypothèses : comment s'est produite la sécrétion de ces enveloppes nacrées, fibreuses, autour du corps étranger? Evidemment nous devons accepter qu'il s'est produit d'abord par sa simple présence une ulcération et destruction successive du tissu cutané de l'ombilic. Alors la sécrétion particulière au tissu sous-jacent de l'ouraque a dû commencer à l'envelopper. Mais là se présente une question que je ne crois pas complétement démontrée, à savoir : si les tissus constitutifs de l'ouraque, vestiges de vaisseaux ombilicaux, ou mieux si les tissus fibreux sécrètent des tissus similaires.

Il n'existait dans notre kyste aucun vestige de vascularisation, et dès le premier jour nous avons constaté une insensibilité complète dans le fond percuté par le stylet. Nous laissons affirmer le fait physiologique par de plus autorisés que nous.

QUELQUES ÉTUDES SUR L'EMPYÈME,

Par M. le Dr Picard (de Guebwiller).

Dans le courant d'une pratique de quelques années, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas d'empyème (1).

Disons-le tout d'abord avec regret, nous n'avons eu le bonheur de sauver aucun de nos malades, nous avons seulement prolongé de quelques années la vie d'un seul au moyen de l'opération de la thoracentèse; toutefois, comme les faits malheureux offrent souvent d'utiles enseignements, nous nous décidons à les livrer à la publicité ; peut-être pourrons-nous en déduire quelques éléments utiles pour le diagnostic de l'empyème, dont l'histoire est encore bien loin d'être complète, malgré les nombreux et intéressants travaux qui ont été publiés sur ce sujet.

Obs. I. — *Empyème puerpéral chez une femme de vingt-cinq ans; opération de la thoracentèse, injections d'iode, fistule thoracique; mort quatre années après l'opération.*

Le 1er juillet 1857, nous fûmes appelé auprès de la femme E.... (Joséphine).

Constitution primitive bonne, tempérament un peu lymphatique; mariée depuis deux ans, accouchée il y a six mois d'un enfant qui n'a vécu que quelques semaines, qu'elle a allaité et qui a succombé à la suite de convulsions; elle nous rapporte que quelques jours après l'accouchement elle a été atteinte d'une affection inflammatoire du bas-ventre, qui paraît avoir été une métro péritonite; cette inflammation se serait ensuite portée dans l'articulation scapulo-humérale gauche; puis enfin dans la poitrine du même côté; expectoration abondante, dyspnée, perte d'appétit, *point de sueurs, n'a jamais eu d'hémoptysie,* ne peut plus se coucher sur le côté gauche.

Etat actuel. — Face pâle, bouffie, amaigrissement notable; pouls petit, très-fréquent, dyspnée notable; à un examen superficiel, le côté gauche de la poitrine paraît beaucoup plus saillant que le côté droit; on constate en effet, par la mensuration, une différence de dix centimètres en faveur du côté gauche; matité absolue de ce côté, absence de bruit respiratoire en avant et en arrière, souffle et retentissement vocal dans la fosse sus-épineuse; respiration puérile à droite; cœur complétement dévié à droite; mamelle gauche extrêmement douloureuse au toucher, un peu gonflée, mais non indurée; expectoration purulente; rien du côté des autres organes, urines non albumineuses.

En nous basant sur l'origine puerpérale de la maladie, le facies cachectique et l'état général de la malade, l'absence des symptômes de tuberculose pulmonaire, nous diagnostiquâmes : *épanchement de pus dans la cavité pleurale gauche,* et, en raison du peu d'efficacité des remèdes qui avaient été employés, nous proposâmes une opération, dont nous ne nous dissimulions pas la gravité en raison de la faiblesse extrême de la patiente.

Le 2, à neuf heures du matin, j'introduisis le petit trocart explorateur dans le côté gauche de la poitrine, à quatre travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate : il s'écoula immédiatement un jet de pus verdâtre, sans odeur ; nous laissâmes l'instrument en place pendant deux heures. La quantité de pus qui s'écoula fut d'environ 500 grammes; la malade se sentit soulagée et n'éprouva aucune quinte de toux.

Dans le courant de l'après-midi, nous pratiquons de nouveau la thoracentèse au moyen d'un trocart ordinaire muni d'une portion d'intestin de porc, pour empêcher l'introduction de l'air; la quantité totale de pus fut de deux litres; mais cette dernière opération donna lieu à des accès de suffocation et à une anxiété extrême.

A la percussion et à l'auscultation de la poitrine, je constatai le retour de la sonorité, d'un bruit respiratoire un peu confus; le cœur avait repris sa place normale; persistance du souffle dans la fosse sus-épineuse, voix retentissante.

La malade éprouva un soulagement extrême et passa une très-bonne nuit.

Le 3, la malade n'a presque plus toussé; l'expectoration, qui est peu abondante, a perdu ses caractères de purulence ; pouls fréquent; un peu d'appétit ; état moral excellent; la mamelle s'est dégonflée et n'est plus douloureuse.

Le 4, elle se plaint d'éprouver des douleurs dans la mamelle gauche quand elle est levée, mais non quand elle est couchée ; point de toux; pouls un peu fréquent; facies excellent; langue légèrement pointillée ; appétit; selles régulières. — Prendre potion avec extrait de quinquina, 4 gr.; perchlorure de fer, 8 gouttes ; sirop d'écorces d'oranges, 30 grammes.

Le 6, elle a bien dormi ; appétit ; pas de toux ni d'expectoration; région sous-claviculaire un peu moins sonore; bruit respiratoire rude; persistance du souffle et du retentissement vocal dans la fosse sus-épineuse.

Le 7, nuit bonne ; submatité sous-claviculaire ; quelques craquements mal caractérisés.

Le 8, elle continue à se plaindre de douleurs dans la mamelle, immédiatement au-dessous de la glande ; sensibilité assez vive le long des côtes.

Le 12, les douleurs de la mamelle sont devenues insupportables; la malade réclame de nouveau une opération ; perte d'appétit et de sommeil; retour de la matité; le cœur dévie à droite.

Le 13, nouvelle ponction à l'aide du trocart explorateur. Le liquide s'écoulant goutte à goutte, j'y adapte un bout d'intestin de mouton, qui est très-propre à cet usage, en raison de sa souplesse et de son peu d'épaisseur ; je laisse l'instrument en place pendant toute la journée; il s'était écoulé plus de quatre litres de pus, offrant les mêmes caractères que celui de la première opération, peut-être un peu plus épais, mais sans odeur.

Cette évacuation abondante a produit un soulagement notable, et n'a pas donné lieu à des accès de suffocation qu'on observe dans les thoracentèses à l'aide du trocart explorateur ; cela tient évidemment à l'emploi d'un instrument de petit calibre, qui permet au liquide de s'écouler goutte par goutte, et au poumon de reprendre graduellement son expansion normale. D'où nous concluons que, pour pratiquer la thoracentèse, il est plus avantageux d'employer un trocart d'un diamètre très-petit.

Le même jour, je prescris l'application sur la cuisse d'un grand vésicatoire dont on devra entretenir la suppuration.

Le 15, elle a passé une très-bonne nuit; sonorité parfaite; peu de fièvre; suppuration abondante du vésicatoire.

Le 19, elle éprouve de nouveau des douleurs très-vives dans la mamelle gauche, qui est un peu turgescente; immédiatement au-dessous, la sensibilité est extrême.

Le 20, perte de l'appétit, insomnie; la mamelle est notablement gonflée et très-douloureuse au toucher; au-dessous se trouve un espace très-petit, dont la peau est rouge et la sensibilité très-grande.

En raison de la disparition de ce symptôme lors de l'évacuation du pus, et de son retour lorsque la cavité pleurale s'emplissait de nouveau, nous pensâmes que le pus tendait à se faire jour en cet endroit. Partant de cette idée, je fis à trois travers de doigt en dehors de l'appendice xiphoïde une incision de 3 centimètres, intéressant seulement la peau; immédiatement s'écoule un flot de pus qui confirme notre diagnostic. A l'aide d'une bougie, je pus pénétrer obliquement à 3 ou 4 centimètres, mais sans arriver dans la cavité pleurale.

Il s'écoula plus de deux litres de pus.

Je profitai de cette fistule thoracique en partie naturelle, en partie artificielle, pour faire des injections d'eau tiède dans la cavité thoracique, puis une injection iodée ainsi composée : iode, 20 gr.; iodure potassium, 4 gr.; eau, 200 gr.

La malade fut un peu fatiguée par ces différentes opérations, mais elle dormit d'un paisible sommeil ; les douleurs de la mamelle avaient disparu immédiatement après l'évacuation du pus.

Le 21, la nuit a été très-bonne; je fais une injection d'iode ainsi composée : iode, 80 gr.; eau, 200 gr.; iodure potassique, q. s.

La malade éprouve des douleurs excessivement vives, mais qui se calment vers le soir.

Le 22, il s'écoule environ 40 grammes de sérosité lactescente, contenant quelques globules de pus sans odeur ; sonorité parfaite en avant, submatité en arrière et en bas, bruit respiratoire perceptible dans tout le côté gauche ; céphalalgie, coryza, larmoiement, œdème de la paupière supérieure gauche ; fréquence du pouls, sans chaleur ; appétit ; urines contenant une grande quantité d'iode.

Le 23, écoulement de sérosité purulente; la journée d'hier a été bonne, la malade s'est promenée pendant plusieurs heures; appétit excellent. — Nouvelle injection.

Le 25, violente céphalée, larmoiement, coryza; il s'écoule quelques cuillerées de liquide séro-purulent; urines chargées d'iode.

Le 26, elle a éprouvé hier une violente céphalalgie, des douleurs dans les articulations, un abattement extrême; urines contenant beaucoup d'iode. (Injection d'eau tiède). Il s'écoule environ 50 à 60 grammes de liquide séro-purulent; la mamelle s'est gonflée à la suite de l'injection.

Le 27, même état; nouvelle injection d'iode qui produit une douleur assez vive, mais qui disparaît assez rapidement.

Le 29, œdème des jambes le soir; pas d'albumine dans les urines.

Le 3 août, l'iode a disparu des urines. (Nouvelle injection). Elle a éprouvé hier des douleurs très-vives dans le sein gauche; rien à l'auscultation.

Le 24, la suppuration a notablement diminué depuis plusieurs jours; la malade, qui suit depuis une quinzaine un traitement ferrugineux, se porte à merveille ; levée toute la journée, elle a recommencé à vaquer aux occupations de son ménage ; elle a repris de l'embonpoint, et une couleur vermeille a succédé à la pâleur des joues ; on entend le bruit respiratoire dans toute l'étendue du côté gauche ; l'œdème a disparu.

Le 25, la suppuration a notablement diminué depuis quelques jours, mais la malade accuse des douleurs dans le sein droit; la moitié inférieure de la mamelle gauche est dure, empâtée ; à la pression, on fait sortir une petite quantité de pus par la plaie fistuleuse.

Le 28, pour la première fois, il n'y a pas eu d'écoulement de pus pendant la nuit ; il s'en écoule un peu quand on presse le sein gauche; il est encore empâté, mais point quand elle tousse.

Le 30, douleurs extrêmement vives du sein gauche; empâtement, écoulement d'une notable quantité de pus à la pression de la poitrine, mais non point quand elle tousse. — Cataplasmes.

(1) Nous employons cette expression comme synonyme de pyothorax.

Le 31, elle a peu dormi; écoulement de beaucoup de pus par une nouvelle fistule placée au-dessus de la première.

Le 1er septembre, un peu de dyspnée, submatité en arrière; on entend le bruit respiratoire; douleurs très-vives du sein.

Le 6, amélioration sensible; elle s'est de nouveau levée et vaque aux soins de son ménage; la fistule supérieure donne lieu à l'écoulement de beaucoup de pus.

Le 9, la fistule supérieure ne suppure plus, l'inférieure très-peu. La malade a repris de l'embonpoint.

Le 30 octobre, elle se porte moins bien depuis huit jours; œdème des extrémités inférieures, surtout du côté gauche et du bras gauche; le facies est moins bon, les douleurs plus vives, la suppuration plus abondante; à l'auscultation, bruit respiratoire plus rude sous la clavicule gauche, submatité en arrière; une injection d'eau tiède faite par la fistule inférieure sort par la fistule supérieure. Nous pratiquons une nouvelle injection d'iode qui est très-douloureuse.

A partir de ce moment, la malade passe par les alternatives de bien-être et de souffrance pendant près de quatre ans. Nous avions le droit d'espérer une guérison complète, mais jamais la fistule inférieure ne tarit complétement; au commencement de l'année 1858 l'état général était très-bon, le côté gauche du thorax était considérablement revenu sur lui-même, la colonne vertébrale s'était incurvée, et tout nous faisait espérer une guérison définitive. Elle se portait bien pendant plusieurs mois, puis survenait une suppuration fétide et les accidents que nous avons déjà signalés.

Dans le courant de l'année 1860, nous l'envoyâmes à la clinique de M. le professeur Schutzenberger; le savant professeur continua le même traitement, savoir: les toniques, huile de foie de morue, fer et quinquina, et les injections iodées.

Nous l'avons aussi envoyée faire une saison à Soultzbach; elle revint dans un état très-satisfaisant; mais quelques mois plus tard réapparition des mêmes accidents.

Le séjour de l'hôpital ne convenait pas à cette malade un peu irritable et habituée à la vie de famille; elle revint auprès des siens au bout de quelques semaines, et succomba en juillet 1861, après une longue et douloureuse agonie.

Nous aurions désiré constater l'état des poumons et de la cavité thoracique gauche, mais la nécroscopie nous fut formellement refusée. Cette difficulté pour le praticien d'obtenir l'autorisation de pratiquer les autopsies est une source continuelle de déceptions et de regrets.

Obs. II. — *Empyème du côté droit chez un tuberculeux; gargouillement entendu à distance par la succussion hippocratique.*

W..., ouvrier de fabrique, travaillant depuis de longues années dans un atelier humide, tousse depuis longtemps; constitution détériorée, facies cyanosé, pouls petit; dyspnée médiocre; matité du côté droit, absence de bruit respiratoire; en pratiquant la succussion hippocratique, on entend à distance un gargouillement très-distinct; sommet du poumon droit farci de cavernules; poumon gauche suspect.

Nous pratiquâmes chez ce malade la thoracentèse, qui donna lieu à l'écoulement d'une grande quantité de pus, et le soulagea sensiblement.

Dans l'espace de huit semaines, la thoracentèse fut pratiquée chez ce malade six ou sept fois au moyen du trocart explorateur; jamais il n'y eut de quintes de toux pendant l'opération.

En raison de l'état du poumon, nous crûmes devoir nous abstenir d'injections iodées; il succomba dans un état de marasme épuisé par la suppuration de la plèvre et par les progrès de la tuberculisation pulmonaire.

Obs. III. — *Empyème chez un tuberculeux; symptômes de l'épanchement mal dessinés.*

H..., jeune homme de dix-huit ans, serrurier à la fabrique: suspect de phymie depuis quelques années, hémoptysies antérieures, ganglions sous-maxillaires, submatité sous-claviculaire et craquements à gauche.

Dans le courant du mois de mai 1861, nous lui donnâmes des soins pour une maladie aiguë offrant les symptômes d'une pleuropneumonie gauche sans expectoration sanguinolente.

Le dixième jour, état général grave: cyanose, petitesse du pouls; matité du côté gauche, mais pas absolue; on perçoit encore la vibration thoracique, mais moins prononcée qu'à droite; on perçoit aussi un peu de murmure vésiculaire à la base du poumon.

Nous diagnostiquâmes un épanchement probablement purulent dans la cavité pleurale, et proposâmes une opération; mais un praticien très-distingué, appelé en consultation, ne partagea pas notre avis.

Mort le même jour.

Appelé immédiatement après le décès, nous pratiquâmes la thoracentèse, et il s'écoula une grande quantité de pus.

On ne nous permit point de faire l'autopsie; aussi ne pouvions-nous facilement nous expliquer l'existence d'un épanchement abondant dans la cavité pleurale ne donnant pas lieu à des symptômes bien caractérisés.

Le cas suivant, que nous observions quelques mois plus tard, et où nous pûmes faire la nécroscopie, nous donna l'explication de ces anomalies apparentes.

Obs. IV. — *Epanchement séro-purulent survenu subitement chez un tuberculeux; déplacement du cœur à droite; défaut de concordance des symptômes révélés par la percussion et l'auscultation.*

H..., jeune homme de vingt ans, employé dans un bureau; père et deux frères morts phthisiques, mère atteinte de bronchite chronique suspecte; tubercules pulmonaires ramollis. Trois semaines avant sa mort, il éprouva subitement, me raconta sa mère, une dyspnée violente, bientôt suivie de syncope, et quand il reprit connaissance son cœur battait à droite, tandis qu'auparavant il occupait sa place normale.

A partir de ce moment, il ne put plus se coucher sur le côté droit.

A l'examen de la poitrine, nous constatons effectivement que le cœur bat à droite du sternum; on peut s'en assurer par la vue, le toucher et l'auscultation.

Ce n'était pas un cas d'endocardie, car le malade et les assistants affirmaient la réalité du déplacement. Ce déplacement ne pouvait guère avoir été produit que par un épanchement survenu subitement. De plus, cet épanchement devait être considérable, pour avoir fait subir au cœur un déplacement aussi étendu. Toutefois, l'examen du thorax ne confirmait pas entièrement cette idée.

1° La vibration thoracique persistait, moins prononcée, il est vrai, qu'à droite;

2° Dans certains points, la matité n'était pas absolue;

3° On entendait le bruit respiratoire et quelques râles à la base du poumon.

Le malade mourut le surlendemain.

Autopsie. — Epanchement séro-purulent considérable dans la cavité pleurale gauche; poumon gauche farci de cavernules tuberculeuses, mais adhérant en deux ou trois points à la face postérieure de la cage thoracique.

Ces adhérences expliquaient parfaitement la persistance de la vibration, du murmure respiratoire et l'absence de matité absolue. De plus, elles rendaient parfaitement compte du défaut d'harmonie entre les symptômes. Il est probable que chez le malade de l'observation III les mêmes particularités existaient.

—Il résulte aussi de ce fait intéressant que dans des cas semblables on pratiquera la thoracentèse avec de grandes précautions, et qu'on ne fera l'opération que dans les points qui offrent une matité absolue.

Obs. V. — *Pneumo-pyothorax chez un tuberculeux; gargouillement perceptible à distance; tumeurs pulsatiles simulant des anévrysmes; décubitus latéral du côté non malade.*

R..., journalier, âgé de quarante-neuf ans; constitution délabrée; tousse depuis plusieurs années; n'a jamais craché de sang. Traité depuis trois semaines pour une pleurésie gauche par la médication habituelle sans résultat favorable; respiration rude au sommet des deux poumons.

Le 7 juin 1861, un examen attentif fait connaître les particularités suivantes: état général grave; douleur du côté gauche; ne peut se coucher sur ce côté; décubitus latéral droit possible; matité de tout le côté gauche en arrière; en avant, son tympanique; souffle amphorique dans la fosse sous-épineuse; tintement métallique; gargouillement très-sensible entendu à distance, quand on pratique la succussion hippocratique; vibrations moindres à gauche qu'à droite, mais encore bien sensibles.

Dans le troisième espace intercostal gauche en arrière, la peau est tendue et soulevée par des battements. Le cœur paraît un peu déplacé à droite; très-volumineux, soulevé par les battements des parois thoraciques. En avant, à gauche du sternum, à quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule, tumeur grosse comme une noix, soulevée par des battements.

Je pratique la thoracentèse au moyen du trocart explorateur. Ecoulement de 2 litres de pus avec gaz des plus fétides, qui noircit la canule (sulfure d'argent); pouls très-petit. Le malade a eu plusieurs syncopes pendant l'opération.

La tumeur située près du sternum a disparu, ainsi que celle située en arrière du thorax, après l'opération; il s'agissait donc d'un empyème pulsatile. — Vésicatoire à la cuisse; régime tonique.

Le 8, facies meilleur, l'opéré dit souffrir moins que les jours précédents, mais éprouve encore beaucoup de dyspnée.

Mort le lendemain.

Nous n'avons pas pratiqué l'autopsie.

Cette observation présente comme particularités intéressantes:

1° La possibilité du décubitus latéral sur le côté non malade, contrairement à ce qui a lieu habituellement dans les épanchements;

2° L'existence du gargouillement produit par un mélange de pus et de gaz fétides;

3° La présence des deux tumeurs que nous avions prises d'abord pour des anévrysmes; mais nous aurions pu établir le diagnostic d'après l'absence de souffle et la facilité avec laquelle elles se laissaient déprimer.

Réflexions. — Bien que chez trois de nos malades la thoracentèse ait été pratiquée sans résultat favorable, on se gardera bien d'y trouver un argument contre cette opération, si l'on se rappelle l'extrême gravité de l'empyème, et si l'on songe que deux de nos opérés, R... et W..., étaient atteints de tuberculose au dernier degré. Quant à la femme E..., qui probablement n'était pas phthisique, mais qui se trouvait dans un état des plus graves quand nous avons entrepris l'opération, elle était arrivée à un état voisin de la santé, et son existence a été prolongée pendant près de quatre ans.

Si une guérison définitive n'est pas survenue, cela tient à une cause qui nous échappe et que l'autopsie nous aurait peut-être révélée.

Mais nous avons spécialement publié ces observations comme présentant quelques particularités intéressantes au point de vue du diagnostic; la plupart ont été signalées en passant. En terminant notre travail, nous les résumerons sous forme de propositions:

1° Le gargouillement perceptible à distance par la succussion hippocratique est un phénomène moins rare qu'on le croit habituellement.

2° Un épanchement assez considérable peut déplacer le cœur à droite, et coexister avec des symptômes qui pourraient faire douter de la réalité du diagnostic, tels que persistance des vibrations thoraciques, matité non absolue, murmure respiratoire perceptible, etc. Ces anomalies apparentes peuvent s'expliquer par l'existence d'adhérences circonscrites de la plèvre pulmonaire avec la plèvre costale.

3° On pourra dans certains cas soupçonner ces adhérences, et on pratiquera la ponction du thorax dans des points où la matité soit bien franche.

5° On pourra différencier l'empyème pulsatile de l'anévrysme de l'aorte, d'après l'absence de souffle, la facilité avec laquelle la tumeur se laisse déprimer, l'absence d'usure du sternum.

5° Dans un cas d'empyème, l'existence d'une douleur très-vive circonscrite à une portion limitée du thorax, accompagnée de rougeur des téguments, pourra faire admettre avec un certain degré de probabilité que le pus tend à se faire jour à cet endroit.

6° En se basant sur l'origine puerpérale (1) d'un épanchement de la plèvre, ayant succédé à une métro-péritonite, l'amaigrissement, le facies cachectique, l'expectoration purulente, on pourra diagnostiquer avec certitude la présence du pus dans la cavité pleurale.

7° Dans un épanchement très-abondant, le décubitus latéral est quelquefois possible du côté sain, tandis qu'il ne peut se faire du côté malade.

8° La meilleure manière de pratiquer la thoracentèse consiste dans l'emploi d'un trocart capillaire, qui, produisant un écoulement lent du liquide, préserve le malade de quintes de toux très-pénibles, et permet au poumon de reprendre insensiblement son expansion normale.

DE LA PRÉDISPOSITION A LA RÉTINITE PIGMENTEUSE

chez les enfants nés d'un mariage entre consanguins.

Par M. R. Liebreich.

On donne le nom assez impropre de *rétinite pigmenteuse* à la maladie qui se caractérise chez les enfants par une vision relativement très-imparfaite pendant le crépuscule et par une diminution dans le champ visuel, laquelle apparaît surtout quand les objets sont faiblement éclairés.

Le rétrécissement du champ visuel augmente d'année en année, et détermine finalement, à peu près vers l'âge de trente à quarante ans, une cécité complète. Pendant la période de plusieurs années qui la précède, les malades avaient déjà perdu la faculté de se conduire sans guide, alors même qu'avec le champ visuel très-limité qui subsistait encore, ils étaient capables de lire les caractères les plus fins.

A l'ophthalmoscope, on remarque des changements étendus survenus dans la choroïde et dans le nerf optique: une infiltration très-fine et souvent difficile à distinguer dans la rétine; celle-ci est plus ou moins atrophiée, selon l'ancienneté de la maladie: une pigmentation de la rétine, extrêmement particulière et le plus souvent très-nettement dessinée. Il existe alors, à une certaine distance du nerf optique, des points d'un noir intense, à forme dentée ou étoilée. Ils peuvent être réunis et ressembler à un treillis plus ou moins serré. Dans quelques cas, cependant, ils sont plus petits, disséminés et assez éloignés les uns des autres.

M. Liebreich, dans un travail publié dans le *Deutsch Klinik*, 1861, n° 6, reproduit par extraits dans les *Archives de médecine* de février 1862, établit qu'il faut ajouter à la constatation déjà établie antérieurement de la coïncidence entre la surdi-mutité et la pigmentation rétinienne, un nouveau fait. C'est que cette coïncidence est d'autant plus fréquente que la rétinite pigmenteuse est très-rare, que cette coïncidence est d'autant plus frappante que les deux affections atteignent simultanément les enfants appartenant à des familles dans lesquelles ces maladies apparaissent et ne se montrent pas isolément.

La rétinite pigmenteuse coïncide avec l'idiotisme.

La consanguinité des parents constitue jusqu'à présent le seul élément étiologique nettement déterminé de cette maladie si particulière de la rétine. Cette influence de la consanguinité est démontrée par des chiffres proportionnellement plus importants dans la rétinite pigmenteuse que dans la surdi-mutité, l'idiotisme et la folie.

M. Liebreich a visité les sourds-muets de Paris; sur sept enfants atteints de rétinite pigmenteuse, trois étaient issus de germains, trois ne purent donner de renseignements, le septième n'était pas issu de germain.

Sur quatre-vingt-neuf idiots de Bicêtre, aucune rétinite pigmenteuse; une seule parmi les soixante-deux idiotes de la Salpêtrière.

Enfin, M. Liebreich rapporte qu'en Russie, où la prohibition religieuse des mariages entre consanguins est sévèrement observée par les catholiques grecs, la rétinite pigmenteuse est d'une grande rareté.

DYSTOCIE PAR RÉTENTION D'URINE.

Il n'est pas de praticien qui ne sache que l'accumulation d'une grande quantité d'urine dans la vessie, au moment de l'accouchement, peut entraver le travail d'une manière fort sérieuse et devenir la cause de graves accidents; il n'en est point qui n'ait eu occasion d'observer des cas de ce genre. Ce n'est donc pas pour rappeler un fait aussi connu que nous consignons ici l'exemple qui va suivre, mais seulement pour montrer que, dans certains cas embarrassants, il est quelquefois possible de tirer parti des ressources les plus humbles et en apparence les moins faites pour procurer le succès.

Dans le cours de l'été dernier, le docteur Aurard (de la Rochelle), arrivant un soir à la campagne, fut appelé immédiatement auprès

(1) On sait à quel degré l'état puerpéral détermine les inflammations suppuratives. La même année que nous, donnions des soins à la femme E...; nous avons traité une femme de vingt ans, atteinte d'un épanchement de pus dans l'abdomen à la suite de couches; le pus fut évacué au moyen du trocart ordinaire, et une guérison parfaite résulta de cette opération.

d'une pauvre primipare qui, en travail depuis cinquante-six heures, était dans une situation inquiétante, sans que la sage-femme qui l'assistait eût reconnu la cause de la dystocie. Cette cause n'était autre que la rétention de l'urine dans le réservoir vésical, lequel, considérablement distendu, formait à l'hypogastre une saillie qui semblait ajoutée à la partie antéro-inférieure du globe utérin : la patiente n'avait pas uriné depuis trente-huit ou quarante heures. Le doigt, introduit dans le vagin, y trouvait une tumeur molle, et en la contournant arrivait dans la cavité sacrée sans rencontrer aucune partie fœtale.

M. Aurard, venu à la campagne pour s'y reposer des fatigues professionnelles, n'était pas muni de sa trousse, et cependant il fallait, par un prompt cathétérisme, faire disparaître l'obstacle qui s'opposait à l'accouchement, et compromettait par suite la vie de la mère et celle de l'enfant. Ayant senti la partie inférieure de la vessie dans le vagin, il pensa que l'orifice interne de l'urèthre au lieu d'être tiré en haut, était poussé en bas et rapproché du méat, et que, s'il en était ainsi, il lui serait peut-être possible d'arriver jusqu'à l'urine au moyen d'un cure-dents en plume d'oie de 8 centimètres de long, qu'il avait sur lui. En effet, ayant introduit la plume par son extrémité médullaire à 6 centimètres de profondeur, l'urine sortit. Redoutant les accidents que peut déterminer une déplétion trop rapide, et que, l'obstacle levé, l'accouchement ne se fît trop brusquement et ne fût suivi d'inertie utérine et d'hémorrhagie, il ne vida la vessie qu'en deux fois, à vingt minutes d'intervalle. Dès le premier cathétérisme, les douleurs se réveillèrent, et une demi-heure après le second, l'accouchement se termina de la manière la plus heureuse.

(*Bulletin de la Soc. de méd. de Poitiers.*)

CATARACTE CORTICALE TRAITÉE PAR L'AMMONIAQUE.

La *Gazette médicale de Lyon* emprunte au *Giornale d'oftalmologia italiano* l'observation suivante, qui tend à démontrer l'influence curative de l'ammoniaque dans certains cas de cataracte.

Une femme de vingt-deux ans s'aperçut d'une diminution de la faculté visuelle. Elle consulta M. Quadri, d'autant plus effrayée que la cataracte, héréditaire dans sa famille, avait déjà frappé sa mère, deux frères et une de ses sœurs (cette dernière opérée avec succès par M. Quadri).

Dans ses yeux, observés à l'ophthalmoscope, l'auteur constata une opacité corticale plus prononcée à la périphérie qu'au centre. La vue était affaiblie au point de ne plus permettre aucune occupation.

Le traitement consista à appliquer tous les jours l'ammoniaque liquide aux tempes, sous un verre de montre, et à donner à l'intérieur quelques centigrammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

La malade suivit ces prescriptions avec une docilité des plus remarquables. Au bout de deux mois elle avait regagné assez de netteté dans la vue pour pouvoir reprendre quelques travaux. L'examen ophthalmoscopique fit alors reconnaître une diminution dans l'étendue et dans la densité des opacités.

La malade a continué ce traitement durant cinq ans. La maladie non-seulement n'a pas augmenté, mais s'est améliorée. M. Quadri ajoute que l'ayant suspendu un mois, cette femme constata une aggravation que la reprise du traitement fit de nouveau disparaître.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 2 juillet, M. Ehrmann, médecin-major de 1re classe au corps expéditionnaire du Mexique, a été promu au grade de médecin principal de 2e classe.

— Par décret du 2 juillet, M. le docteur Godefroy, chirurgien de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret impérial du 2 juillet 1862 ont été promus :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. les médecins majors de 2e classe, Lelorrain et Claudel.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe, M. Merchier, pharmacien-major de 2e classe, au corps expéditionnaire du Mexique.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe, M. Bernard.

— Par arrêtés de M. le directeur général des services civils, préfet d'Alger, ont été nommés :

M. le docteur Ed. Bruch, professeur suppléant, chef des travaux anatomiques de l'École de médecine d'Alger, chirurgien-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha.

M. Liautaud, chirurgien principal de la marine, en retraite, médecin en chef de l'hôpital de Douéra.

— MM. Chadourne, médecin-major de 2e classe, Touraine, médecin aide-major de 1re classe, et Londe, médecin aide-major de 2e classe, sont désignés pour faire partie du corps expéditionnaire du Mexique.

— Dans sa séance du 4 juillet, la Commission administrative de la Société centrale des médecins de France a admis les nouveaux membres suivants :

MM. Berrier-Fontaine, Depaul, Pajot, Saint-Vel, Dubrisay.

M. le docteur F. Barthez a fait don à la Société centrale de la somme de 100 francs.

Un don de la même somme lui a été également fait par M. le professeur Marit, à Alger.

Enfin, M. le docteur Lucas (d'Orléans) lui a adressé en don une somme de vingt francs.

— M. Bouis, agrégé de l'École supérieure de pharmacie de Paris, est chargé de la direction des travaux pratiques de première et de troisième année; et M. Personne est chargé de la surveillance des épreuves pratiques exigées pour le troisième examen des aspirants aux diplômes de pharmacien de première et de deuxième classe.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin et de la Société de médecine de Strasbourg a eu lieu le 3 juillet.

Après la lecture du compte rendu administratif et financier de l'Association de prévoyance pour l'année 1861 à 1862, lecture faite par M. le docteur Schaaff, secrétaire, M. Ehrmann, président, a fait une communication sur les questions traitées dans la dernière réunion annuelle de l'Association générale des médecins de France, et a donné à la mémoire du docteur Ludger-Lallemand, enlevé par la mort au Mexique, des paroles de sympathique regret auxquelles s'est associée l'Assemblée.

M. le professeur Tourdes a lu ensuite son rapport sur la position faite aux médecins vis-à-vis des sociétés ouvrières de secours mutuels. L'assemblée a décidé que ce rapport serait imprimé à ses frais.

Un grand intérêt s'attachait à la relation que devait faire M. le docteur Kœberlé d'une opération d'ovariotomie qu'il avait exécutée. C'était, en effet, la première opération de ce genre ayant réussi en France, et la femme opérée a été présentée à la séance. C'est un succès dont il faut féliciter à la fois l'opérateur et la Faculté de médecine de Strasbourg, dont M. le docteur Kœberlé est un élève.

A l'issue de la séance, à deux heures de l'après-midi, un banquet a eu lieu à l'hôtel de la *Ville-de-Paris*. Un grand nombre de sociétaires externes et de médecins militaires y ont pris part. Des toasts chaleureux ont été portés aux médecins du dehors, à ceux du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, aux médecins militaires, puis au cinquantième anniversaire du doctorat de M. le professeur Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine et président de l'Association.

Après le banquet, M. le professeur Schützenberger a invité ses confrères à venir terminer la journée à sa campagne de l'île Jars, où les causeries scientifiques et amicales se sont prolongées.

(*Courrier du Bas-Rhin.*)

— M. le docteur Constantin James vient de recevoir de S. M. la reine d'Espagne la décoration de l'ordre de Charles III.

— Dans sa dernière réunion, le conseil d'administration de l'université de Bruxelles a nommé M. le docteur Delvaux (Prosper) professeur extraordinaire, chargé du cours de médecine légale et de police médicale, en remplacement de M. le professeur Rossignol, qui, par suite de la mort de M. Seutin, devient professeur de clinique chirurgicale, tout en conservant la chaire de médecine opératoire qu'il partageait jadis avec M. Seutin.

Dans la même séance, le conseil d'administration, pour récompenser M. Henriette qui, jusqu'à ce jour, avait donné une clinique libre sur les maladies des enfants, l'a nommé, à titre personnel, *professeur honoraire* de la Faculté de médecine. (*Presse méd. belge.*)

— Dans sa dernière séance, la Faculté de médecine de l'université de Bruxelles a composé son bureau pour l'année académique 1862-1863. M. le professeur Graux a été nommé président et M. le professeur Pigeolet secrétaire.

— M. le docteur Germain, de Maestricht, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique.

— M. le docteur Norton signale le fait assez rare d'une femme, âgée de soixante-quatorze ans, dont la menstruation, toujours parfaitement régulière, n'a pas encore cessé, malgré son âge avancé.

— M. le Dr Coursserant a commencé son cours public des maladies des yeux le samedi 5 juillet à midi, dans l'amphithéâtre no 1 de l'École pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera son cours annuel sur les maladies de la peau, le mardi 22 juillet, à huit heures et demie (la visite des salles à huit heures), et le continuera les mardis suivants, à la même heure.

M. Gibert fera le résumé clinique de la pathologie cutanée spéciale et de la syphilis.

— M. le docteur Casimir Daumas, médecin consultant à Vichy, vient d'écrire une très-intéressante notice médicale et scientifique sur cette station thermale. Sa notice est renfermée dans une magnifique monographie qui vient de paraître chez l'éditeur H. Plon, sous le titre de *Vichy-Sévigné, Vichy-Napoléon*, ses eaux, ses embellissements, ses environs, son histoire, par Albéric Second. Le nom seul du spirituel chroniqueur de l'*Univers illustré* dit assez avec quelle verve et quel goût est écrit cet ouvrage, magnifiquement illustré par Hubert Clerget.

— La commune d'Haussy, canton de Solesmes (Nord), qui compte une population de 3,200 âmes, est actuellement sans médecin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Almagro, né à Mantazas (Cuba); *Étude clinique et anatomo-pathologique sur la persistance du canal artériel.*

Blengio né à Campêche (Mexique); *Considérations sur les causes et le traitement de la dyspepsie.*

Bruel, né à Moulins (Allier); *De l'alimentation dans les maladies.*

Marguerite, né à Rouen (Seine-Inférieure); *Quelques recherches sur les phegmasies hémorrhagiques de la plèvre, du péricarde et du péritoine.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons, et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Onzième édition, augmentée de formules nouvelles, de notes sur l'essai des urines, et pour laquelle le *Mémorial thérapeutique* a reçu d'importantes modifications. Deux volumes in-18. Prix : 3 fr. 50 c. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris.

Essai d'une bibliographie universelle de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie militaires. Premier fascicule contenant 4,424 numéros. Un volume in-8o à deux colonnes. Prix : 3 fr. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Ce volume est terminé par une table alphabétique de plus de 80 colonnes en caractère compacte, qui permet de trouver instantanément le titre des travaux annoncés dans la bibliographie sur tel sujet cherché.

Notice théorique et pratique sur les appareils orthopédiques de la méthode hygiénique et curative de F. V. Raspail, par Camille Raspail fils, médecin. Brochure in-8o, avec gravures intercalées dans le texte. Prix, 1 fr. 25 c. Paris, chez l'éditeur des ouvrages de MM. Raspail, rue du Temple, 14.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 80. — JEUDI 10 JUILLET 1862. (35e ANNÉE.) N° 80. — JEUDI 10 JUILLET 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 JUILLET 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

A l'ouverture de la séance, M. Michel Lévy a donné lecture à l'Académie d'une note de M. le docteur Buez, du corps expéditionnaire du Mexique, sur l'épidémie de fièvre jaune qui a régné à la Vera-Cruz. Nous publions un extrait de cette note dans le compte rendu de la séance. On y verra, entre autres particularités, que l'épidémie de la Vera-Cruz ne paraît pas avoir eu tout à fait la physionomie type de la fièvre jaune, telle qu'elle a été décrite dans une publication récente de M. Dutrouleau. D'autres communications complèteront sans doute ce premier aperçu d'un intérêt tout actuel.

— M. Briquet a terminé la lecture de son rapport sur le mémoire de M. le docteur Cazalas, relatif au typhus de l'armée d'Orient. On sait que M. Cazalas, contrairement à l'opinion de la plupart de ses confrères de l'armée, soutient dans ce travail l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus. M. Briquet, sans se prononcer d'une manière formelle à cet égard, paraît cependant incliner vers l'opinion de M. Cazalas.

Nous avons à plusieurs reprises exprimé sur ce point notre manière de voir, fondée moins sur les éléments anatomo-pathologiques qui nous faisaient en grande partie défaut, que sur les différences des conditions étiologiques qui président au développement de ces deux maladies et sur la diversité même des formes et des caractères des diverses épidémies de typhus. Nous n'y reviendrons pas ici. Ceux qui voudront avoir sur ce sujet tous les éléments de discussion n'auront qu'à consulter l'excellent ouvrage posthume de Félix Jacquot sur le typhus de l'armée d'Orient, publié en 1858, et la relation d'une épidémie de typhus observée à la même époque au bagne de Toulon par M. le docteur Barrallier (1).

La séance a été terminée par une lecture de M. le docteur Mattei, candidat pour la section d'accouchements, sur la dystocie par oblitération complète du col utérin. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Considérations sur le traitement de la coxalgie (2).

Quelquefois on se trouve en présence d'une affection de date reculée, et dont les suites constituent une difformité déplorable. Dans ces conditions, si le sujet est sain, vigoureux, bien portant, on peut tenter davantage.

A ce sujet, M. Nélaton a rapporté un fait très-intéressant qui se passa dans sa pratique de la ville, à l'époque où Bonnet venait de rendre les chirurgiens de Paris témoins de ses audacieuses manœuvres.

Une jeune étrangère, âgée de dix-huit ans, magnifique de fraîcheur et de santé, avait eu six ans auparavant une coxalgie dont elle avait guéri, mais en conservant une flexion de la cuisse telle que cette partie du membre touchait à l'abdomen. Il y avait en même temps une cambrure qui permettait, sans exagération, de passer la tête sous la région dorsale quand la jeune fille était couchée sur le dos. Elle avait consulté tous les médecins de l'Europe, et elle venait à Paris, bien décidée à subir les traitements les plus énergiques pour remédier à une infirmité qui lui rendait la vie intolérable. M. Nélaton explora la malade pendant le sommeil anesthésique; il constata une obscurité des mouvements articulaires presque équivalente à l'immobilité; mais, considérant d'autre part la belle santé de cette jeune fille, sa volonté de guérir à tout prix, il n'hésita pas à porter les efforts du redressement jusqu'à la dernière limite. Plusieurs tentatives furent faites dans ce but, pendant que des aides maintenaient fortement le bassin; ces tentatives échouèrent. On perfectionna alors les moyens d'action.

La malade fut placée sur un lit orthopédique matelassé, et fixée à ce plan solide à l'aide d'une large ceinture à boucles qui embrassait la poitrine et l'abdomen et immobilisait le bassin. La contre-extension fut faite sous les aisselles. Une genouillère à crochets permit d'appliquer au genou un système de moufles. Ces dispositions prises et les moufles fonctionnant, M. Nélaton se servit du fémur comme d'un bras de levier pour rompre l'appareil ligamenteux accidentel qui soudait la tête fémorale à la capsule, mais la résistance était telle que même avec la puissance dont il disposait, il fit encore six nouvelles tentatives sans résultat.

Ce chirurgien en était venu à souhaiter que le col du fémur se fracturât, et poursuivant ce but qui semblait le seul qu'on pût atteindre avec avantage pour la malade, il fit une dernière tentative. Alors il y eut là quelque chose de solennel. Un bruit étrange, épouvantable, se produisit dans l'articulation coxo-fémorale, puis aussitôt le membre s'allongea, et l'on put croire que le col était fracturé. Tout d'ailleurs avait été préparé dans cette prévision.

La malade fut placée dans la gouttière de Bonnet, et on la traita comme pour une fracture jusqu'au quarantième jour. A cette époque on imprima quotidiennement des mouvements au fémur pour établir une articulation, et tout alla le mieux du monde, si bien même que M. Nélaton se demande encore aujourd'hui si dans ce cas remarquable il y a eu réellement fracture et fausse articulation consécutive.

En effet, la palpation n'a jamais fait constater cette pseudarthrose d'une manière évidente; mais ce qu'on ne peut nier, c'est la situation satisfaisante de cette jeune personne, qui désormais fréquente les salons, danse, monte à cheval, sans que personne puisse se douter de son état passé. Comme conséquence de celui-ci, elle ne conserve qu'une irrégularité insignifiante dans la station. Si les deux pieds sont placés sur la même ligne, il se produit une légère cambrure qui disparaît dès que le pied du côté malade est porté, et il l'est instinctivement, à 7 ou 8 centimètres en avant du pied du côté opposé.

Voilà donc un exemple heureux de ce que l'art peut tenter dans certains cas pour redresser un membre fléchi au suprême degré. Si chez cette jeune fille il n'y a pas eu fracture de l'os, on a vu cet accident se produire pendant la réduction de luxations anciennes de l'épaule, du coude, et les malades ont été guéris ensuite dans d'excellentes conditions. A la rigueur, on ne doit donc pas redouter ce résultat quand une portion osseuse comme l'olécrâne, par exemple, s'oppose à la réduction. Au genou, ces redressements brusques pourraient donner lieu à la rupture des vaisseaux et des nerfs. A la hanche on n'a pas à craindre les mêmes déchirures, et c'est pour cette raison que M. Nélaton ne recula pas devant la détermination hardie à laquelle il a dû un si beau succès.

Nous ne reproduirons pas ce que ce professeur a dit du redressement graduel par extension prolongée, qu'ont tenté successivement Humbert (de Morley) et Pravaz (de Lyon). Des enfants ont gardé les appareils de ces orthopédistes pendant quinze et dix-huit mois sans aucun profit.

Nous arrivons à la quatrième indication du traitement de la coxalgie, c'est-à-dire aux complications de l'affection articulaire, parmi lesquelles il faut ranger la douleur et les abcès. Déjà nous savons que la douleur disparaît dès que le membre est immobilisé; quant aux abcès, il faut ne les ouvrir que par des ponctions et y porter des injections de teinture iodée. Après deux ou trois injections, la poche se réduit; quelquefois même elle s'annihile. D'autres fois il reste un trajet fistuleux, du pus stagne; on a recours alors aux tubes élastiques fenêtrés de M. Chassaignac. La sécrétion du pus est-elle entretenue par une ostéite? la question de la résection de la hanche peut être posée.

On sait que cette question a été le point de départ de la discussion qui vient d'avoir lieu sur l'hygiène des hôpitaux. On se demandait pourquoi une opération qui réussit en Angleterre ne réussissait pas chez nous, et on rejetait ses insuccès et par suite son impopularité en France, sur les vices de notre hygiène hospitalière. Eh bien, nous ne savons pas ce que M. Nélaton dira de la résection de la hanche à son retour de Londres, où il fait en ce moment partie du jury international; mais avant de quitter Paris, il s'est montré très-peu partisan de cette opération. A l'appui de sa manière de voir, M. Nélaton a invoqué le grand nombre de malades qui ayant de ces fistules et de ces caries guérissent avec le temps. Il a rappelé ensuite les dangers de l'opération. Enlever le col du fémur, a-t-il dit, est chose facile; mais il n'en est plus de même quand il s'agit d'attaquer la cavité cotyloïde située à une profondeur où l'on ne peut espérer de porter la gouge et la rugine sans exposer le malade à des accidents sérieux. Aussi M. Nélaton ne croyait-il pas que la proportion des guérisons pût atteindre le chiffre qu'on a donné comme réel, et qui serait de plus de la moitié.

Pour terminer ce que nous avons à dire du traitement de la coxalgie, il nous reste à examiner la cinquième indication, qui a pour objet le rétablissement des mouvements articulaires.

Parlons d'abord des mouvements spontanés et du laps de temps pendant lequel le membre malade devra être tenu dans l'immobilité. C'est là un point de pratique très-délicat, car l'expérience démontre que la luxation du fémur se produit souvent au moment où la guérison de l'arthropathie semble obtenue. M. Nélaton a cru plus d'une fois à cette guérison apparente; il a laissé marcher ses malades, et il est arrivé que la tête du fémur s'est déplacée tardivement. Aussi pour consolider la guérison et permettre au malade de faire sans inconvénient un exercice nécessaire à sa santé et au rétablissement de la mobilité articulaire, est-il prudent de prescrire l'usage des béquilles, des supports, de tous les appareils propres à transmettre au sol le poids du corps sans qu'il se fasse du côté de l'articulation une pression favorable au déplacement du fémur.

Les mouvements communiqués peuvent venir en aide aux mouvements spontanés; mais pour l'exécution des uns et des autres, il faut préalablement que l'arthrite qui a donné lieu aux roideurs articulaires soit complétement éteinte, ce que l'on reconnaît, ainsi que nous l'a appris M. Malgaigne, en explorant la capsule à l'aide des doigts recourbés et enfoncés derrière le trochanter.

Du reste, nous ne savons pas au juste à quel point les mouvements peuvent se rétablir. Il faut pour cela sept, huit, dix, douze ans. Il y a bien des cas même où il n'y faut pas compter, et où l'ankylose dans la rectitude du membre est le seul résultat que l'art doive espérer. Cependant M. Nélaton ne partage pas à cet égard l'opinion absolue de M. Malgaigne, qui considère comme une illusion la conviction où était Bonnet de la possibilité du retour des mouvements à la suite des coxalgies chroniques. M. Nélaton a de par le monde un certain nombre de jeunes filles atteintes plus ou moins gravement d'arthropathie coxo-fémorale dans leur enfance, et qui chaque jour gagnent quelque chose au point de vue du rétablissement de la fonction articulaire.

Enfin la coxalgie, après une durée variable, est guérie; les mouvements sont rétablis en partie, mais il y a un peu d'équinisme; faut-il céder aux sollicitations qui poussent le chirurgien à couper le tendon d'Achille? M. Nélaton n'est pas de cet avis. Cet abaissement de la pointe du pied, dit-il, est une nécessité d'attitude qui disparaît plus tard.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE.

Ostéite naso-palatine, avec destruction du voile du palais, causée par une syphilis héréditaire.

(Leçon faite par M. RICORD dans l'amphithéâtre de M. Bouchut, et recueillie par M. A. DUBUC, interne du service.)

Messieurs, mon collègue et ami M. Bouchut m'a présenté un cas intéressant, difficile à résoudre; j'entrerai tout à l'heure dans l'analyse détaillée du diagnostic, mais il faut auparavant que je vous fasse connaître en quelques mots l'histoire de la malade.

Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, C... (Louise), non formée, entrée à l'hôpital le 29 avril dernier, et couchée au n° 18 de la salle Sainte-Marguerite. On manque de renseignements sur les antécédents morbides des parents. Quant à la jeune fille, elle est pâle, de petite taille, d'apparence valétudinaire; elle a eu dans son enfance des maux d'yeux, quelques croûtes dans les cheveux, quelques glandes au cou. Elle est sujette à la diarrhée et s'enrhume facilement. Elle ne porte aucune trace d'éruption cutanée, d'abcès superficiels ou profonds, ni de maladies osseuses. Elle est malade depuis cinq mois.

Sa voix au début est devenue nasonnée, et les boissons lui reviennent par le nez depuis cette époque.

Les altérations sont actuellement très-étendues, et il suffit pour les constater de faire ouvrir la bouche de l'enfant. Le voile du palais est ulcéré, détruit; l'altération s'étend plus à gauche et gagne l'amygdale correspondante; il y a là une espèce de saillie bourgeonnante des parties molles, qui ressemble à ce qu'on voit dans le cancroïde de cette région.

Du côté de la voûte palatine, on remarque sur la ligne médiane une perte de substance qui s'arrête à 1 centimètre environ en arrière des incisives moyennes; elle est large d'un demi-centimètre; les bords sont recouverts de bourgeons charnus

(1) *Du typhus de l'armée d'Orient*, par le docteur Félix Jacquot. Un volume in-8°. Paris, 1858, chez Victor Masson.

Du typhus épidémique et *Histoire médicale des épidémies de typhus observées au bagne de Toulon en* 1855 et 1856, par M. le docteur A. M. Barrallier. Un vol. in-8°, Paris, 1861, chez J. B. Baillière et fils.

(2) Voir le numéro du 3 juin.

d'aspect rosé. Cette perte de substance conduit dans les fosses nasales; les cornets et le reste du squelette des fosses nasales paraissent intacts; il en est de même de la charpente du nez.

L'altération osseuse semble donc se borner à la portion horizontale des os palatins, à l'apophyse palatine du maxillaire et à cette autre partie du maxillaire qui répond à l'os incisif ou intermaxillaire des animaux, et qui supporte les dents incisives. Les incisives, en effet, sont branlantes, et il est même possible de faire basculer la portion d'os qui les supporte. Le tout sera certainement éliminé. On peut être sûr que la maladie restera limitée à l'os incisif, et qu'elle ne s'étendra pas aux apophyses montantes. J'ai eu bien des fois déjà l'occasion d'observer cette délimitation précise à l'os incisif dans les cas de syphilis tertiaire. C'est un détail sur lequel j'insiste auprès de vous.

Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés.

Nous avons donc affaire à une ostéite naso-palatine avec destruction des parties molles du voile du palais. L'altération paraît avoir marché d'avant en arrière, et avoir débuté par le système osseux. Le voile du palais n'a été détruit que consécutivement. C'est souvent une marche inverse que l'on observe dans les cas de syphilis : des tumeurs gommeuses se développent dans le voile du palais, le détruisent plus ou moins complétement, et la lésion reste bornée là; ce qui rend le pronostic moins défavorable.

Cela dit sur l'histoire de la malade, tâchons de découvrir la nature de la maladie.

Des altérations du genre de celles que nous avons actuellement sous les yeux, ne sont pas rares chez les adultes, et le plus généralement c'est une forme commune de syphilis tertiaire.

Qu'un individu contracte la vérole, jamais il ne verra une lésion de cette nature survenir au nombre des manifestations précoces.

Les accidents syphilitiques se montrent suivant une loi assez bien déterminée. Quand aucun traitement n'intervient, les accidents syphilitiques superficiels, ceux qui occupent la peau et les muqueuses, apparaissent au plus tard dans les cinq ou six mois qui suivent la contagion; le plus fréquemment c'est dans les six premières semaines, dans les deux ou trois premiers mois.

Les accidents plus profonds ne se montrent guère avant six mois ou un an; si un traitement intervient pendant la période des accidents précoces, les accidents tardifs, tertiaires, profonds, des tissus fibreux, osseux, etc., peuvent arriver très-tard, dix ans, quinze ans, vingt ans, trente ans après la contagion. Je possède à cet égard des observations qui reculent le terme indéfiniment. J'ai traité en 1852, pour une tumeur gommeuse de la joue, un individu qui avait contracté la vérole à l'époque du sacre de Napoléon Ier en 1804. Un autre, que j'ai vu à peu près à la même époque, l'avait contractée lors de la prise de la Bastille.

Chez notre jeune fille, nous avons affaire à un accident tertiaire, en supposant qu'il soit syphilitique.

Admettons donc chez elle l'existence de la syphilis. Elle a quatorze ans; elle aurait pu être infectée directement : j'ai bien vu un petit Israélite de dix-sept mois qui avait attrapé une uréthrite aiguë dans des rapports sexuels avec sa nourrice. Cette femme en fit l'aveu. Mais ici on ne trouve aucune trace de syphilis récente; elle aurait pu être infectée il y a huit ans, dix ans, mais rien dans les antécédents ne porte à l'admettre; tous les chaînons intermédiaires manquent. Quand on arrive à diagnostiquer des accidents tertiaires, est-il nécessaire de trouver des vestiges de lésions syphilitiques anciennes? Les accidents secondaires laissent-ils toujours des traces? Évidemment non; il n'y a que les accidents profonds de la peau qui laissent des traces, les accidents qui s'accompagnent de l'ulcération, de la destruction du derme, les ecthyma, les rupia, etc. Sur les muqueuses, on ne voit pas de traces. Il faudrait savoir, en outre, au point de vue de la syphilis héréditaire, si cette jeune fille a eu quelques manifestations dans sa première enfance; aucun renseignement à cet égard.

Si nous avions les renseignements négatifs les plus précis, qu'il fût bien constaté qu'elle n'a eu dans la première enfance aucune manifestation du côté de la peau ou des muqueuses, qu'elle n'a subi aucun traitement spécifique, faudrait-il conclure que l'affection actuelle n'est pas syphilitique? Eh bien, non, la syphilis peut se montrer d'emblée avec cette forme *héréditairement*. Ceci est un point d'une très-grande importance sur lequel j'appelle toute votre attention. La syphilis héréditaire est un fait bien établi : hérédité par le père, hérédité par la mère, par les deux à la fois. L'enfant apporte en naissant des accidents syphilitiques, ou bien, ce qui est le cas habituel, l'enfant paraît bien portant, et c'est six semaines, deux, trois, quatre, cinq mois ou plus après la naissance qu'apparaissent les indices révélateurs de la diathèse.

Les lésions mettent à peu près le même temps à se montrer après la naissance que les accidents secondaires après l'accident primitif.

Ce sont des formes superficielles, pemphigus, plaques muqueuses, éruptions diverses qui occupent la peau et les muqueuses.

De ce que les choses se passent habituellement ainsi, faut-il en conclure qu'un enfant né syphilitique aura fatalement des manifestations dans les premières semaines, dans les premiers mois qui suivent la naissance?

Je réponds *non*. Voici ce que l'observation, l'expérience, enseignent.

Des parents syphilitiques ont subi un traitement approprié; chez eux la syphilis sommeille, ce qui ne les empêche pas de procréer des enfants syphilitiques : cela se voit tous les jours. L'enfant, passez-moi la comparaison, est une *bouture* détachée d'un tronc; il pourra avoir des manifestations alors que ses père et mère sont sains en apparence, de même que sur un arbre certaines branches portent des fleurs, tandis que d'autres restent stériles. Les parents doivent leur immunité momentanée au traitement qu'ils ont subi; ils peuvent n'être plus aptes qu'aux accidents tertiaires, et ces accidents ne se montreront peut-être jamais.

Il peut se faire aussi que l'enfant naissant dans ces conditions participe à l'immunité des parents; il a subi l'influence du traitement, et, bouture détachée, il n'est plus apte non plus aux accidents secondaires, mais il reste exposé aux accidents tertiaires. Ces accidents pourront se manifester d'emblée à une grande distance de la naissance et occuper des siéges variés; c'est alors qu'on verra apparaître une ostéite naso-palatine, une gomme du voile du palais, ou d'autres accidents.

Il ne suffit pas que l'organisme soit infecté, il faut souvent des causes adjuvantes, des causes d'évolution, pour que les manifestations syphilitiques se produisent; à défaut de ces causes, la syphilis reste latente.

Je vous citerai l'exemple suivant, pour vous montrer l'influence des causes occasionnelles. Un mari et sa femme affectés d'une syphilis bien évidente, présentaient tous deux une éruption ecthymateuse d'une moitié du visage, l'un à droite, l'autre à gauche; cette singularité me frappa, et après bien des investigations je découvris qu'ils s'accoudaient habituellement sur un poêle, et qu'ils avaient le tuyau du poêle entre eux. Le calorique rayonnant avait joué le rôle de cause adjuvante.

Si la jeune fille qui nous occupe a une affection syphilitique, à défaut d'autre origine, il nous est bien permis de croire que c'est à l'hérédité qu'il faut rapporter cette affection, et pour cela il n'était pas nécessaire qu'elle passât par les éruptions cutanées ou muqueuses précoces; elle a bien pu naître de parents arrivés à la période tertiaire, et emprunter à cette circonstance la faculté de n'avoir que des accidents tertiaires quatorze ans après sa naissance.

Ce n'est pas le premier fait de ce genre que j'observe.

Je me rappelle avoir eu dans mon service, à l'hôpital du Midi, deux frères, âgés, l'un de quarante ans, l'autre de quarante-quatre, qui présentaient tous deux une semblable lésion de la voûte palatine et du voile du palais; ils étaient indemnes de tout accident syphilitique ou seulement vénérien contracté directement; ils mettaient le plus grand empressement à répondre aux questions et étaient plutôt gens à se vanter de pareils accidents qu'à les cacher. J'arrivai pour eux à cette conclusion que c'était de la syphilis héréditaire; les parents étaient morts, de sorte qu'on ne pouvait avoir de renseignements de ce côté.

Mais comme fait plus concluant, je me rappelle encore un jeune homme de dix-sept ans, qui présentait une lésion absolument semblable à celle de la jeune fille du service de M. Bouchut. Chez lui aucune manifestation ne s'était montrée dans la première enfance. Le père interrogé n'avait jamais rien eu, mais il raconta que sa femme, avant le mariage, avait été soignée pour une maladie de peau.

Je fis venir la femme, elle était couverte de cicatrices apparentes provenant de syphilides ulcéreuses anciennes. Elle m'avoua qu'elle avait eu la syphilis avant son mariage, et qu'elle avait subi un traitement spécifique. Elle n'avait éprouvé depuis lors aucun accident, mais la diathèse persistait chez elle.

Ainsi la mère avait eu la vérole, et les manifestations tardives s'étaient montrées chez le fils. Il faut admettre comme une chose bien avérée les manifestations héréditaires tardives non précédées d'accidents précoces.

Il peut se faire que dans des cas semblables les parents affirment n'avoir jamais été malades, et qu'ils soient de bonne foi. La syphilis, avons-nous dit, peut se transmettre héréditairement par le père seul; mais le père légal n'est pas toujours le père réel. On doit tenir compte des *intercurrents* dans les questions d'hérédité qui présentent quelque chose d'anormal.

Ainsi donc des enfants auront, à n'en pas douter, la syphilis héréditaire, et les parents nieront de bonne foi qu'eux-mêmes aient jamais contracté la vérole; mais alors il faudra se souvenir des intercurrents.

Chez la jeune malade de M. Bouchut, on peut donc admettre la syphilis; mais est-ce à la syphilis seule qu'il faut rapporter l'altération qu'elle présente?

N'existe-t-il pas une maladie voisine qui aurait pu amener le même résultat? Je veux parler de la scrofule. C'est qu'en effet la syphilis tertiaire, dans les conditions où nous la voyons ici, est très-voisine de la scrofule. Par le seul fait de la détérioration qu'elle produit dans l'organisme, la vérole peut engendrer la scrofule; de parents syphilitiques, on voit souvent naître des enfants scrofuleux. La scrofule et la syphilis héréditaire peuvent se trouver combinées chez le même individu, pour former ce que j'ai appelé, passez-moi le mot, du *scrofulate de vérole*.

En admettant qu'il y ait à la fois chez cette enfant scrofule et syphilis héréditaire, quel est l'élément dominant? A coup sûr ce n'est pas l'élément scrofuleux : c'est à peine si étant petite elle a eu quelques gourmes, quelques glandes au cou, dont il ne reste aujourd'hui aucune trace.

Nous n'avons pas affaire ici à un cancer, la lésion n'en présente nullement les caractères; nous n'avons pas affaire non plus à la morve ni au farcin; les conditions dans lesquelles l'enfant a vécu suffisent pour écarter cette hypothèse; il ne reste bien réellement que le choix entre la scrofule et la syphilis. Eh bien, nous l'avons dit, les deux éléments sont probablement mélangés, avec prédominance toutefois de l'élément syphilitique.

Y aurait-il grand danger à commettre une erreur de diagnostic, en supposant les deux diathèses isolées? Évidemment non. Nous sommes là dans des conditions où le médecin n'a pas besoin d'une précision absolue pour instituer un traitement. Il doit se placer au point de vue de la syphilis, qui est l'affection la plus curable; et, bien que les accidents scrofuleux puissent être favorablement influencés par la même médication, il n'en est pas moins vrai qu'ils cèdent bien moins facilement que les accidents syphilitiques; d'où on peut conclure que tout ce qu'on a guéri si rapidement sous le nom de scrofule, au moment de l'introduction des préparations iodées dans la thérapeutique, était plutôt de la vérole tertiaire, j'en ai la ferme conviction.

Quant au traitement à instituer ici, je le partagerai en deux parties : le traitement local et le traitement interne.

Traitement local. — Enlever la portion d'os incisif qui reste à éliminer et les incisives qu'elle supporte, puisque tout cela est devenu un véritable corps étranger.

Badigeonner les parties ulcérées avec la teinture d'iode pure; prescrire en même temps des gargarismes contenant 4 ou 5 gr. de teinture d'iode, pour 100 gr. de véhicule.

Traitement interne. — Il doit être anti-scrofuleux et antisyphilitique : huile de morue, fer ioduré, nourriture substantielle, et surtout, comme élément important, iodure de potassium; commencer par 0,50 centigr. matin et soir, et porter les doses jusqu'à 2, 3, 4, 5 gr. par jour.

SUR LES ABUS DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE.

Avantages des petites doses;

Par M. le docteur L. Surdun.

A l'occasion d'un article sur les succédanés du quinquina, la *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro du 21 janvier de cette année, rappelle « que l'on a conçu de sérieuses craintes sur la disparition lente mais réelle de la précieuse écorce du Pérou. » Cette remarque me remet en mémoire quelques réflexions que j'ai eu souvent occasion de faire sur l'usage du sulfate de quinine, médicament très-précieux, d'un prix assez élevé, et dont les générations futures paraissent menacées d'être privées tôt ou tard; car il n'est pas probable que la médecine à venir puisse se passer de ce médicament; d'autant que tous les jours semblent surgir de nouvelles formes morbides où ce sel trouve son infaillible indication.

Si je ne me trompe, on fait trop souvent abus de ce remède. Des médecins même de grand renom le donnent avec une facilité et une prodigalité qui les distinguent, et feraient croire qu'ils conçoivent pour lui le même leurre doctrinal que Brown pour l'opium, ou que Rasori pour le tartre stibié.

Mais quelle que soit la prodigalité de certains médecins pour ce remède, elle est bien loin de présenter les résultats et les inconvénients du débit considérable qu'en font les pharmaciens dans certaines localités.

Dans les différents pays où j'ai eu l'occasion d'observer ou de traiter des fièvres à quinquina, notamment en Afrique et dans les Bouches-du-Rhône, on fait un usage immodéré du sulfate de quinine; on n'en guérit pas mieux, et on se préserve encore moins du miasme paludéen. Bien plus, il y a des malades, surtout les spléniques et les cachectiques, qui, après avoir énormément absorbé du sel antipériodique, finissent par l'accuser de tous leurs maux. Cela se conçoit d'autant mieux que la plupart d'entre eux n'ont consulté que le pharmacien.

En Afrique principalement, beaucoup de gens, pour la moindre indisposition, vont de suite chez le pharmacien chercher de la quinine et en prennent à hautes doses, absolument comme en France on prend des grains de santé, des pastilles de Vichy, du sirop de lactucarium, du fer réduit par l'hydrogène, du sous-nitrate de bismuth et tant d'autres drogues pour la consommation desquelles il n'est plus nécessaire aujourd'hui, outre que c'est plus économique, de consulter le médecin.

A Bône (province de Constantine), je soignais, en 1855, le nommé L..., ancien maître d'hôtel, âgé de quarante-cinq ans, résidant en Afrique depuis six ans, et ayant contracté les fièvres depuis deux ans. La première fois qu'il se sentit malade, il consulta un médecin militaire qui lui *coupa* les fièvres avec du sulfate de quinine.

Quelques mois après, ayant rechuté, il ne se donna plus la peine d'aller consulter l'homme de l'art, puisqu'il connaissait le remède, et il se mit à consommer de la quinine à tort et à travers, augmentant progressivement la dose. Quoique doué d'une constitution athlétique, L... se vit dépérir peu à peu et devint cachectique : sa rate était énorme, ses jambes enflées; ses fièvres contractées en automne, de *quartes* étaient devenues anomales; pendant qu'elles étaient quartes, il avait conservé son appétit, qu'il satisfaisait toujours très-copieusement, surtout au moment où la pyrexie le quittait; mais depuis que leur type s'était larvé, l'inappétence s'était déclarée.

Je commençai par le faire vomir quatre fois dans l'espace de quinze jours; dans l'intervalle, il prenait, le matin à jeun, une forte infusion de petite-centaurée, et dans la journée de la tisane de persil; son régime fut bien réglé et composé d'aliments de choix. Déjà sa rate diminuait de moitié, et les sueurs revinrent. Trois vésicatoires avaient été appliqués sur la région splénique. Je lui fis prendre alors tous les deux jours un verre d'eau de Sedlitz le matin, et huit heures après deux pilules de 0,25 centigr. de sulfate de quinine, à quatre heures d'intervalle l'une de l'autre. Au bout de dix jours, les choses marchaient si bien que je lui fis discontinuer la quinine, et ne lui donnai plus que du vin amer, quatre cuillerées par jour. Pendant tout ce temps L... montra beaucoup de bonne volonté, une rigoureu-

sement la diète quand elle fut prescrite, et ne fut pas trop récalcitrant quand il fut question de prendre le sulfate de quinine, car il avait juré de ne plus en prendre, mais... à si faible dose,... il souriait d'incrédulité et ne se croyait point parjure, lui qui en avait pris jusqu'à 3 grammes à la fois.

Après un mois et demi de soins, je dus quitter mon malade; mais cinq mois plus tard, je le revis à Marseille : L... avait prospéré de toutes façons; ses affaires s'étaient améliorées, ce qui ne contribua pas peu, je pense, ainsi que le changement de climat, à confirmer les bons résultats obtenus pour sa santé. Il n'en demeura pas moins persuadé que ce n'étaient point les fièvres, mais bien la quinine qui l'avait empoisonné.

J'avoue qu'alors, tout jeune débutant dans la carrière médicale, ce fait remarquable me donna beaucoup à penser, et qu'il devint pour moi le point de départ de convictions que j'ai eu tout lieu de contrôler et d'affermir deux ans plus tard pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu d'Arles, où l'affection intermittente se présente sous toutes les formes. Là je trouvai des maîtres aussi expérimentés qu'habiles à manier le quinquina, ses succédanés, et l'arsenic entre autres. C'est là aussi que nous avons eu des malades qui, avant de venir se faire traiter, avaient absorbé des quantités fabuleuses de sel antipériodique : le paysan de la Camargue consulte peu le médecin pour les fièvres, il va chez le pharmacien, et n'est que lorsqu'il a épuisé sa bourse, ses forces, et surtout sa confiance dans l'antidote, qu'il se décide à voir les gens de l'art.

A Montpellier, les fièvres sont peu communes; mais sans parler de ses environs, surtout du côté de la mer et des étangs, il n'est pas rare d'en constater des cas, surtout chez les gens qui vont faire leur journée à la campagne.

S..., âgé de quarante-deux ans, travailleur de terre, demeurant à Montpellier, malade des fièvres depuis quatre mois, réclama mes soins. Le pouls était petit, concentré; le faciès triste; abattu, d'un jaune terreux; les muqueuses décolorées, les muscles mous, et la peau en général sèche. Son ventre, examiné avec soin, ne présentait point d'engorgement bien caractérisé, mais était dur, rénitent, contracté; les malléoles légèrement engorgées. Quoiqu'il fasse bien chaud, S... se plaint constamment de froid aux pieds et aux mains; il mange fort peu et avec dégoût, a des alternatives de relâchement ou de constipation; dort fort peu la nuit; son mauvais état de santé, les vicissitudes de la misère et d'un ménage malheureux, ont affaissé son moral, et il se croit perdu. Dans les premières semaines de sa maladie, S... était allé consulter un médecin qui prescrivit de son cabinet des doses de sulfate de quinine. Les consultations et les prises réitérées aboutirent à couper les accès ou à les masquer; mais S..., loin de revenir à la santé, se sentit faiblir de jour en jour; ses fièvres, contractées à la fin de l'hiver, avaient présenté le type *tierce*. Après l'ingestion de la quinine, il n'eut plus d'accès, mais ses fonctions restèrent dérangées ou supprimées. Comme je le visitais à différentes heures pendant quelques jours, je le trouvais levé dès le bon matin, toujours triste, abattu, affaissé sur sa chaise. Vers les quatre ou cinq heures de l'après-midi, il éprouvait quelques frissons un peu plus intenses que d'habitude, et le lobule de son nez restait froid pendant quelques heures; ordinairement alors il se jetait sur son lit jusqu'à six ou sept heures du soir, où il mangeait un peu de soupe avec un peu moins de dégoût qu'à ses autres repas.

Le 8 août, malgré la grande chaleur et quoique l'état de la langue ne l'indiquât point précisément, je lui fis prendre moi-même de bon matin 1,25 d'ipécacuanha additionné de 0,05 de tartre stibié en trois verres à un quart d'heure d'intervalle; au bout d'une heure il n'avait pas encore vomi, quoiqu'il eût bu beaucoup d'eau tiède (environ trois litres). Ce ne fut que deux heures après qu'il commença d'aller à la selle et vomit alors très-abondamment. A cinq heures du soir, il mangea une soupe aux lentilles, et pour la première fois depuis longtemps, avec plaisir.

Le 9, il prit de grand matin une forte infusion de rhubarbe; et à huit heures du soir, une pilule de 0,25 sulfate de quinine, quatre bouillons maigres et une soupe grasse.

Le 10, le 11 et le 12, même prescription et même régime.

Déjà S... se promène devant sa porte et vaque lui-même aux soins du ménage; il sue un peu et son pouls a gagné.

A partir de ce jour, il prend matin et soir deux doigts de vin composé avec 100 grammes poudre de quinquina calisaya, 10 grammes angusture, zestes de citron et feuilles fraîches d'olivier; le tout macéré dans un litre de bon vin blanc. Il a pris en tout deux litres et demi de ce vin.

Un mois après, S... retournait aux champs, mangeait avec appétit et avait repris tout son ascendant moral sur sa femme, intéressée, ivrogne et querelleuse.

— Marianne S..., âgée de quarante-quatre ans, loge à un rez-de-chaussée bas et humide, se lève de très-bon matin, et, sans jamais prendre ce que l'on appelle le tue-ver, va travailler à la campagne quelquefois à de très-grandes distances de la ville.

Au mois de septembre 1861, elle alla vendanger à Mireval, village dont les environs sont très-fiévreux; elle y contracta les fièvres intermittentes quotidiennes. Elle se soigna avec de la bourrache, et prit chez un pharmacien, à Montpellier, plusieurs doses de quinine. Les accès furent coupés, et elle demeura treize jours sans rien ressentir que de l'abattement et de l'inappétence.

Mais le 25 octobre, l'accès reparut à la même heure que les précédents, de trois heures à six heures du soir, et à partir de ce jour la fièvre prit le type tierce; seulement le 29 l'accès survint à trois heures du matin et dura jusqu'à neuf heures, et avec une telle intensité que la malade se crut à sa dernière heure.

Ayant été appelé, j'assistai à la fin de l'accès : je trouvai Marianne baignée dans une sueur très-abondante; son pouls était plein, assez dépressible; l'abdomen, quoique gros, était mou, sans engorgement; la palpation m'y fait découvrir un peu de fluctuation; la langue était large, humide, uniformément saburrale. Je ne prescrivis ce jour-là que des anodins, et surveillai la malade, que je voyais plusieurs fois par jour.

Le lendemain 30, pas de fièvre.

Le 31, l'accès revint juste à minuit et dura jusqu'à six heures du matin.

Le 1er novembre, pas d'accès, et à trois heures de l'après-midi je fais prendre un éméto-cathartique; l'effet du remède fut satisfaisant, et ne dura qu'une heure et demie; elle eut cinq vomissements et deux selles très-copieuses; à dix heures du soir, elle prit une pilule de 0,25 sulfate de quinine.

Le 2, infusion de petite centaurée le matin, et une pilule de 0,25 sulfate de quinine, à deux heures après-midi.

Les 3, 4 et 5, même prescription.

Le 17 novembre, douze jours après, purgatif magnésien le matin, et huit heures après une pilule de quinine *ut supra*.

Les 19, 21 et 23, pilules de quinine *ut supra*. Les jours où elle ne prenait pas de quinine, elle prenait matin et soir deux cuillerées à bouche de sirop au citrate de fer.

A partir du 28 novembre, j'ai cessé mes soins à Marianne; cependant je l'ai revue souvent depuis, mais en parfaite santé, et ayant tout à fait oublié ses fièvres automnales.

Enfin, j'ai pu éprouver sur moi-même combien de petites doses de sulfate de quinine, administrées opportunément, suffisent pour enrayer des affections à élément intermittent.

Au mois de juillet 1859, me trouvant devant les lagunes de Venise, je fus pris tout à coup, au milieu de la plus florissante santé, d'une dyssenterie intense; je souffrais de coliques atroces, et mes selles, aussi nombreuses qu'incalculables, contenaient beaucoup de sang; je perdis mon embonpoint et mes forces en très-peu de temps.

Le cinquième jour, j'éprouvais un peu de rémission de mes souffrances, quand, vers les deux heures de l'après-midi, se déclara un véritable accès de fièvre qui dura deux heures.

Immédiatement après l'accès, je pris vingt-quatre grains d'ipécacuanha; je vomis avec assez de peine, mais suffisamment; dès lors mes selles furent diminuées, cependant les coliques étaient toujours fortes; dans la nuit, je pris une pilule contenant 0,50 sulfate de quinine et 0,05 opium.

Le lendemain, je me trouvai mieux, j'avais dormi et je sentais un peu d'appétit; les coliques étaient plus rares; à deux heures après midi, je pris une seconde dose de quinine et d'opium comme la veille.

Enfin, le surlendemain, je pus quitter mon lit et prendre un peu de nourriture.

Huit jours après, j'étais aussi fort et aussi bien portant qu'avant. Tout l'honneur de cette prompte guérison revient aux deux estimables confrères, chirurgiens de la marine impériale, MM. Béringuier et Salaün, qui dirigeaient le service de santé sur la même frégate où j'eus le malheur de contracter cette fièvre dothinentérique.

Certainement les choses ne se passent pas toujours aussi bien que dans les quatre observations que je ne mentionne que pour démontrer combien peu il faut quelquefois de sel quinique pour guérir l'élément intermittent. D'ailleurs, on peut se convaincre facilement de l'action importante des évacuants dans la grande majorité des cas, et principalement des éméto-cathartiques; et cela d'autant mieux qu'il n'est pas rare de voir certaines fièvres, surtout les hivernales, celles qui ont été contractées sous l'influence d'un chaud et froid, qui sont sous la dépendance de l'élément bilieux, catarrhal et même nerveux, se juger par l'action seule des évacuants administrés à propos.

Un de mes amis, M. A. V..., avocat, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament nervoso-bilieux très-prononcé, va souvent à sa campagne, située aux environs du Lez, près de Montpellier; il y a quelques années, il y tomba gravement malade d'accès pernicieux, autant que j'en pus juger par la médication active dont il fut le sujet. Depuis, il lui arrive souvent d'éprouver de petites indispositions qui durent quelques jours, et pendant lesquelles il lui semble reconnaître tous les symptômes des accès de fièvre; les frissons, la chaleur, et cette odeur si caractéristique pour les malades, de la sueur; inappétence, nausées, etc. En général, chaque fois qu'il s'est trouvé en cet état, il a pris de la quinine.

Au mois de juin 1861, se trouvant pris des mêmes symptômes, il fit appeler un médecin qui le soigna pendant huit jours et lui fit prendre plusieurs doses de quinine.

Deux mois après, M. V... fut encore pris de la même manière. « Ah! je sens que je vais avoir encore les fièvres, me dit-il; je ne pourrai donc jamais m'en débarrasser? » Je le consolai de mon mieux, et, le lendemain matin de bonne heure, je lui fis prendre moi-même, selon mon habitude, l'éméto-cathartique, malgré son extrême répugnance et ses doutes de pouvoir jamais vomir. Au deuxième verre, il commença de vomir un liquide clair jaune safran très-nidoreux. Je prolongeai l'action du vomitif pendant une heure et demie; les vomissements furent considérables, les selles aussi.

Le lendemain, M. V... garda la chambre par précaution; ensuite il reprit ses habitudes, alla passer tout l'été et une grande partie de l'automne à la campagne. Ces jours-ci, il me disait qu'il ne s'était jamais si bien porté.

Il arrive très-fréquemment que les malades fiévreux accusent des douleurs à l'estomac, le plus souvent dans la région duodénale; malgré cela, je ne crains pas de donner le vomitif, à moins toutefois qu'il n'y ait une véritable gastrite aiguë, ce qui m'a paru rare; une seule fois j'ai dû appliquer des sangsues, le lendemain du vomitif; au demeurant, l'infusion de tilleul légèrement laudanisée, et souvent quelques cuillerées extemporanées de bicarbonate de soude et de vinaigre suffisent pour calmer. Il est, à mes yeux, très-important de surveiller l'administration des évacuants, et surtout de l'éméto-cathartique : la scène morbide artificielle à laquelle on assiste offre toujours des manifestations intéressantes pour l'observateur, qui peuvent devenir la source d'indications que sanctionnent les faits et qui donnent de l'expérience.

Quant à l'administration du sulfate de quinine, qu'il soit donné avant ou après les évacuants, elle sera toujours rationnelle et fructueuse, quelle que soit la méthode; celle de Torti, de Sydenham, de Bretonneau, pourvu que l'on ait soin d'en calculer le dosage, le moment, les périodes, le genre de fièvres et leur intensité, la saison, les lieux, l'âge, le tempérament, la profession, les habitudes, les constitutions médicales, etc. Enfin, il faudra autant que possible évaluer l'action du sulfate de quinine et du quinquina; opter judicieusement entre les deux, les combiner, les alterner, etc.

En résumé, je suis donc convaincu que nous pouvons *économiser* le sulfate de quinine dans beaucoup de circonstances, et que surtout si, dans les pays malheureusement assez nombreux où la fièvre intermittente règne endémiquement, on pouvait astreindre les pharmaciens à ne délivrer, et non plus à *débiter* ce médicament que d'après ordonnance du médecin, on arriverait bien certainement à constater une véritable économie d'un agent thérapeutique aussi précieux. Ce soin, ajouté aux efforts que d'honorables expérimentateurs emploient à rechercher des succédanés, nous ferait bien mériter de la postérité.

ÉTUDE SUR LES EAUX DU MONT DORE.

M. le docteur Léon Chabory vient de publier un *Guide du baigneur aux eaux du mont Dore* (1).

Après avoir étudié la topographie, les conditions hygiéniques et le côté historique du mont Dore, l'auteur de ce travail énumère les diverses sources avec leur composition chimique et les propriétés physiques de leurs eaux. L'action thérapeutique des eaux, leur mode d'administration et tout ce qui se rapporte aux tarifs et règlements, y est exposé avec soin.

Un extrait de ce travail montrera suffisamment la manière pratique dont M. le docteur L. Chabory a compris la tâche qu'il s'était imposée.

» Lorsque l'on pénètre dans la salle d'aspiration, on éprouve tout d'abord un sentiment d'oppression que quelques inspirations profondes ne tardent pas à faire disparaître; il en est de même de la toux passagère qui s'était produite au même moment. Bientôt une douce chaleur se répand dans tous les organes, et un sentiment de calme se fait sentir dans l'économie tout entière. Si l'on monte sur les gradins qui sont disposés dans les salles, on y respire une vapeur plus chaude, sous l'influence de laquelle le pouls devient fréquent, plein et dur. En même temps la tête se congestionne, et il s'établit une abondante transpiration.

» Cette température élevée ne doit être recherchée que très-exceptionnellement.

» La durée de chaque séance d'inhalation varie, suivant les cas, d'une demi-heure à une heure.

» Les maladies qui sont le plus heureusement modifiées par l'usage des vapeurs, sont les phlegmasies chroniques des membranes muqueuses avec lesquelles elles sont mises en contact. Le coryza, la pharyngite chronique simple ou granuleuse, la laryngite simple ou ulcéreuse, la trachéite, la bronchite, en retirent des avantages marqués. Les emphysémateux et les asthmatiques supportent en général très-bien l'emploi de ce moyen, et ne tardent pas à être soulagés.

» Un pulvérisateur fonctionne depuis deux années au mont Dore.

» La durée du traitement varie à cet établissement thermal de quinze à trente jours; elle est en moyenne de dix-huit à vingt jours. La nature de la maladie, l'impressionnabilité du sujet, les conditions individuelles, doivent nécessairement faire varier cette durée.

» Nous ajouterons que le travail modificateur des eaux se continue plus ou moins longtemps après le départ, et que très-souvent l'amélioration qui en est la conséquence ne se produit d'une façon bien appréciable que deux ou trois mois après que les baigneurs ont quitté les sources.

» *Eaux transportées.* — On peut dire d'une manière absolue que les eaux thermo-minérales transportées ne conservent jamais toute l'efficacité dont elles jouissent bues à la source. Les eaux du mont Dore ne font point exception à la règle, et perdent par le transport une partie notable de leur puissance. Toutefois, il résulte d'observations nombreuses que même alors elles sont loin d'être dépourvues de toute efficacité.

» C'était surtout comme complément d'une cure à cette station et en particulier aux catarrheux que Bertrand conseillait les eaux transportées. Elles devaient dans ce cas être bues à l'entrée de l'hiver, avec la précaution préalable de les faire chauffer au bain-marie pour les ramener à leur température primitive. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juillet 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE.

Il n'y a point de correspondance officielle.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Blot et Mattei, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'accouchements;

2° Un mémoire sur l'action physiologique des eaux de Sermaize (Marne), par M. le docteur Ernest Damourette (commission des eaux minérales);

3° Une formule et des échantillons de pilules d'extrait de lentisque, par M. Dupail, pharmacien à Alger (commission des remèdes secrets et nouveaux);

4° Une notice sur une épidémie de rougeole qui a régné en juin 1862 à Marmande, par M. le docteur Dubourg, membre correspondant (commission des épidémies);

5° Une note sur le traitement consécutif à l'opération de l'ovariotomie, par M. le docteur Baudot (commission déjà nommée);

---

(1) In-8° de 80 pages. 1862. Au mont Dore, chez l'auteur.

6° Deux plis cachetés, déposés, l'un par M. le docteur Mascarel, l'autre collectivement par MM. Calvo, Boutmy, Barachon et Blondeau (le dépôt est accepté);

7° **Élythroïde.** — M. le docteur Combes adresse de nouvelles observations relatives au traitement des maladies utérines par l'application de l'élythroïde, avec des modifications récentes faites dans le but de simplifier son usage.

Après de nouveaux efforts et des essais multipliés, dit l'auteur, j'ai atteint le but que je m'étais proposé, faciliter l'application des substances médicamenteuses d'une efficacité reconnue sur les organes génitaux de la femme, qui sont accessibles à l'action topique, et je l'ai rendue praticable aux malades elles-mêmes, pour les cas où les secours directs de l'homme de l'art se trouvent hors de leur portée.

Cet utile et ingénieux moyen, comme l'appelle M. Richet, a servi pour le traitement d'un grand nombre de femmes couchées dans les salles, ou se traitant chez elles au moyen d'un élythroïde, et venant à la visite montrer les progrès de leur traitement. Je ne saurais mieux faire que de transmettre à l'Académie le résumé fait par M. Dolbeau de ces dernières expériences. Il est conçu en ces termes :

« Pendant trois mois j'ai expérimenté, avec le concours de l'inventeur M. le docteur Combes, un nouveau moyen proposé pour le traitement des affections du vagin et du col de l'utérus. Les malades traitées doivent être divisées en deux classes : les unes avaient été admises dans le service ; les autres venaient seulement tous les huit jours à la consultation spéciale des maladies de l'utérus. J'ai observé de 25 à 30 malades. L'élythroïde a été appliqué par M. Combes lui-même, qui a fait choix des différentes substances médicamenteuses contenues dans le godet de l'appareil. Le traitement a été appliqué à différentes affections, vaginites, métrites du col, avec ou sans altérations, etc.

» Voici les remarques qui m'ont été suggérées par l'observation clinique faite publiquement dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, pendant les mois de juillet, août et septembre 1861.

» 1° L'application de l'élythroïde est chose très-facile ; les femmes la font elles-mêmes très-aisément.

» 2° L'appareil introduit, j'ai constaté plusieurs fois que le col correspondait toujours, et en quelque sorte fatalement, au godet de l'élythroïde, c'est-à-dire qu'il se trouvait en rapport avec les substances médicamenteuses.

» 3° Jamais l'application de l'appareil n'a déterminé de gêne, de douleur, et encore moins d'accidents.

» 4° Plusieurs malades ont obtenu leur guérison, d'autres ont été notablement améliorées.

» 5° L'application de l'élythroïde m'a paru calmer les douleurs et surtout diminuer la quantité des écoulements, etc.

» L'élythroïde m'a paru une bonne chose à conseiller aux femmes qui se plaignent de fleurs blanches, avec cette série de symptômes qu'il est assez difficile de préciser quant à leur nature et à leurs causes. » (Commissaires, MM. Depaul et Huguier).

— **M. MALGAIGNE** présente à l'Académie, au nom de M. le professeur Boeck (de Christiania) un volumineux ouvrage sur la syphilis, imprimé en français, et aux frais du gouvernement suédois,

COMMUNICATION.

Fièvre jaune à la Vera-Cruz. — **M. MICHEL LÉVY** communique une note *sur l'épidémie de fièvre jaune de 1862 à la Vera-Cruz*, extraite d'une lettre de M. le docteur Buez, aide-major au corps expéditionnaire du Mexique. Voici les principaux passages de cette note :

« Dans une ville aussi malsaine que Vera-Cruz, la fièvre jaune règne constamment à l'état sporadique ; mais l'époque à laquelle éclatent les épidémies annuelles est parfaitement déterminée : c'est du mois de mai au mois de septembre, avec des degrés divers d'intensité. Cette année, le fléau a commencé ses ravages dès le mois de mars, et il est permis d'attribuer cette irrégularité à l'occupation étrangère. Les Espagnols ont payé les premiers le tribut à la maladie, et quoique déjà beaucoup parussent être acclimatés, grâce à un séjour antérieur à la Havane, ils ont été cruellement éprouvés. J'étais imbu, en arrivant ici, des idées émises par M. Dutrouleau dans son excellent livre *Des maladies des Européens*, etc., et je croyais observer comme il a observé lui-même. Il n'en a rien été. Les formes ataxiques congestives, les périodes si tranchées avec rémission bien franche, décrites par cet excellent praticien, ne se sont point montrées ici. La forme adynamique a été la plus commune, la seule en quelque sorte, et ses crises violentes, tantôt avec exacerbation, tantôt avec cessation subite de tous les phénomènes, ne se sont point manifestées. C'était le plus souvent une fièvre modérée, avec tendance générale à l'adynamie.

» La fièvre dure de 24 à 36 ou 48 heures ; si elle dépasse ce dernier terme sans offrir aucune rémission, c'est un grand signe de gravité ; bientôt apparaissent les vomissements bilieux d'abord, puis noirâtres, et la mort arrive sans grande secousse et sans violente réaction.

» Que si le troisième ou le cinquième jour il y a rémission dans cette fièvre, l'on voit bientôt, surtout lorsqu'on arrive au sixième jour, un état adynamique intense ; c'est véritablement la stupeur, en un mot, tout le facies de la fièvre typhoïde. Si l'on a sauvé quelques malades dans ces dernières conditions, on a pu difficilement les relever et les tonifier ; ce sont des convalescences interminables.

» La maladie a souvent une marche insidieuse ; beaucoup de malades ont succombé sans vomissement, sans offrir de teinte ictérique, de suppression d'urine.

» Je veux surtout vous parler du traitement qui a été institué cette année : c'est la méthode évacuante préconisée par M. Belot (de la Havane). Les purgatifs, l'huile de ricin entre autres, sont donnés dès le début et souvent répétés. On aide le travail d'élimination par la peau au moyen d'infusions de thé. On a été très-sobre d'émissions sanguines ; du reste, on n'a pas eu à s'en louer, même chez les sujets à constitution pléthorique. C'est la vraie médecine des symptômes que l'on doit faire.

» La mortalité a été jusqu'au 30 mai de 22 pour 100. »

— **M. LE PRÉSIDENT** rend compte à l'Académie de la cérémonie d'inauguration du monument élevé à la mémoire de Bonnet, qui vient d'avoir lieu à Lyon. L'Académie, dont Bonnet était membre associé, a été représentée à cette cérémonie par M. Nélaton, qui y a pris la parole en son nom.

M. NELATON, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé à cette occasion. Cette lecture est accueillie par les bravos et les applaudissements de l'assemblée.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — **M. BOUDET**, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Typhus. — **M. BRIQUET** lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Cazalas, médecin en chef de l'un des hôpitaux militaires de Constantinople, relatif aux affections typhiques de l'armée d'Orient.

Les affections que l'auteur nomme typhiques forment un groupe distinct de toutes les autres espèces morbides ; c'est un genre particulier de maladies aussi spécial que l'est le genre de maladies varioleuses. Les diverses espèces qui composent ce genre ont toutes la même nature, le même fond, et elles ne diffèrent que par le degré : c'est toujours le même groupe de symptômes produit par la lésion des mêmes appareils, depuis la fièvre typhoïde à son degré le plus léger, en passant par la forme plus grave, le typhus simple, jusqu'à la forme la plus grave de toutes, le typhus sidérant.

Quand la maladie contagieuse est grave, comme le typhus, elle a beaucoup de tendance à se propager et à frapper les sujets exposés à son influence.

La même maladie contagieuse peut également donner lieu, si elle est grave, à une maladie grave, ou si elle est légère, à une affection typhoïde légère.

Certaines conditions locales favorisent l'émission et la transmission du principe contagieux ; d'autres l'arrêtent ou en atténuent les effets. Il faut une prédisposition pour que le principe contagieux produise ses effets.

Le meilleur moyen d'empêcher la propagation épidémique d'une maladie contagieuse est d'établir aussi loin que possible l'aération dans les lieux où se trouvent les malades.

Telles sont les principales propositions qui résument la première partie de ce travail. Dans la deuxième partie, l'auteur traite de la pathologie proprement dite, expose les phénomènes communs aux affections typhiques, leur diagnostic différentiel, leurs complications.

Dans la troisième partie, relative à l'anatomie pathologique, M. Cazalas déclare que sur 35 autopsies de malades atteints de typhus, il a trouvé 31 fois les follicules de Brunner et les plaques de Peyer atteints d'une altération analogue à celle de la fièvre typhoïde. L'auteur s'appuie principalement sur ces résultats nécropsiques pour soutenir l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus.

M. le rapporteur ne trouve pas dans les faits qui ont été objectés à cette doctrine, des motifs suffisants pour rompre l'affinité qui existe entre toutes les maladies qui constituent le groupe typhique.

La quatrième partie du mémoire de M. Cazalas est relative à la thérapeutique. M. le rapporteur pense qu'il est difficile d'asseoir un jugement sur la valeur du traitement que la nature des circonstances a fait adopter. « Toutefois, dit-il, M. Cazalas a constaté de manière à n'en pas douter : 1° que dans les cas graves l'expectation pure et simple est une méditation sur la mort; 2° que l'emploi des toniques et celui des excitants au début de la maladie, est aussi préjudiciable aux malades que l'expectation. Il a établi, mais d'une manière moins certaine, que le meilleur mode de traitement était l'emploi combiné des évacuants, vomitifs et purgatifs, et du sulfate de quinine. »

La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son travail au comité de publication.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

De la dystocie par oblitération complète du col utérin. — **M. MATTEI** lit sous ce titre un travail établi sur le relevé de 40 observations tirées des auteurs, et sur les détails de deux faits observés par lui-même. Il résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'occlusion complète du col utérin, soit à ses orifices, soit dans sa cavité même, peut se faire par suite d'une inflammation locale ; mais dans la plupart des cas (19 sur 31 notés), elle résulte de l'organisation du bouchon plastique qui se trouve dans le col pendant la gestation.

2° Cette oblitération n'empêche guère la grossesse d'arriver à terme ; quelquefois même elle est cause de son prolongement et ne décèle sa présence qu'au moment du travail. Le toucher seul peut la constater, et si un ou deux doigts ne suffisaient pas à lever tous les doutes, on doit introduire toute la main dans le vagin.

3° Cette occlusion est ordinairement assez solide pour résister aux efforts naturels du travail (36 fois sur 42), si bien que dans quelques cas (3 fois sur 42) la femme est morte inaccouchée. Dans les cas même où l'on est intervenu un peu tard, on a eu à déplorer souvent la mort de l'enfant (7 fois sur 28 notés) ; quelquefois même la mort de la mère (2 fois sur 28 notés).

4° Les moyens employés pour diviser l'obstacle ont été l'ongle ou la sonde de femme, lorsque cet obstacle était peu résistant. On peut donc tenter d'abord ces moyens. Là où ils ont été insuffisants, on a employé les ciseaux ou le bistouri.

5° Ce dernier a été le plus généralement préféré ; mais comme on doit s'en servir au fond du vagin et ordinairement sans le secours de la vue, comme il divise des tissus éminemment vasculaires et qu'il occasionne une perte de sang ; comme les angles de la plaie, en s'agrandissant, peuvent progager au loin la déchirure ; enfin, là où la tête du fœtus repose exactement sur les tissus à diviser, comme on peut être exposé à diviser aussi les parties fœtales, pour tous ces motifs, l'usage du bistouri n'est pas sans danger.

6° Dans tous ces cas, on pourra remplacer le bistouri par le bec de la sonde cannelée appuyé avec force, pendant la contraction utérine, sur le point le plus déclive de la tumeur, et lorsqu'il est reconnaissable, sur le point qu'occupe le col. Par ce moyen, que j'ai le premier employé, je crois, on creuse en quelque sorte une ouverture à travers les tissus utérins, tout en évitant les dangers auxquels expose le bistouri.

Ce travail est renvoyé à la section d'accouchements.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Par décret du 2 juillet, M. Moufflet, chirurgien principal à la Guadeloupe, a été nommé second médecin en chef de la marine à la Martinique.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. ADDE-MARGRAS, de Nancy, médecin à Paris. Chez Asselin, libraire, place de l'Ecole de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 81. — SAMEDI 12 JUILLET 1862. (35e ANNÉE.) N° 81. — SAMEDI 12 JUILLET 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur la syphilis viscérale.

Les observations de syphilis viscérale que nous avons rapportées dans la précédente *Revue*, soulèvent, avons-nous dit, plusieurs questions qui ont fait le sujet d'une savante discussion à laquelle s'est livré M. Pihan-Dufeillay; savoir, quelle est la nature de l'induration générale des viscères constatée chez les sujets de ces observations, quelle est l'origine des petites tumeurs trouvées dans le poumon, dans la rate et dans le foie? Nous allons examiner rapidement les principaux faits qui en ressortent.

La première circonstance qui frappe dans les résultats nécropsiques relevés chez les sujets observés par MM. Cornil et Pihan-Dufeillay, c'est l'apparente contradiction qui existe entre l'atrophie concomitante de la lésion du foie chez l'un, et l'hypertrophie dont la même lésion était accompagnée chez l'autre. Déjà cette contradiction a été remarquée dans les faits de dégénérescence syphilitique du foie rapportés par les auteurs, à ce point que l'on a alternativement assigné au foie syphilitique des caractères à peu près constants d'atrophie ou d'hypertrophie. La simple comparaison des observations rapportées par les divers auteurs, et mieux encore l'examen répété à époques régulières d'un syphilitique chez lequel on soupçonne une affection spécifique du foie, devaient conduire à une solution facile de cette apparente difficulté. En effet, ainsi que M. Pihan-Dufeillay en fait très-judicieusement la remarque, plusieurs écrivains, entre autres M. Gubler, qui a, l'un des premiers, signalé cette lésion du foie, l'ont désignée sous le nom de *cirrhose syphilitique*. Or, cette dénomination indique à elle seule la marche suivie par les accidents. Dans la cirrhose syphilitique comme dans la cirrhose simple, le foie subit un premier degré de congestion, d'hypertrophie; puis progressivement, à mesure que la dégénérescence du viscère augmente, que le tissu fibreux envahit l'organe, resserre et comprime ses éléments, le foie s'atrophie et finit peu à peu par atteindre les dimensions exiguës qui ont seules frappé quelques observateurs. Ce sont précisément là les diverses phases qu'a parcourues le foie du malade dont M. Pihan-Dufeillay a recueilli l'observation dans le service de M. Hardy. Il n'a pu malheureusement saisir ces divers degrés de la lésion sur ce malade, l'altération hépatique n'ayant été soupçonnée chez lui que quelques jours avant la mort. Mais, plus heureux chez un autre sujet qu'il a trouvé à son entrée dans le service, et qu'il a pu examiner chaque jour pendant onze mois, il s'est trouvé en mesure de confirmer cliniquement la conclusion qu'il a cru pouvoir tirer des divergences que nous venons de signaler.

Il s'agissait d'un homme de trente-huit ans, atteint d'un chancre infectant quatorze ans auparavant, et qui était couché dans le service de M. Hardy pour y être traité d'une vaste ulcération serpigineuse du coude et du bras, de pustules de rupia et de carie de plusieurs os.

Aux mois de février et mars de l'année dernière, ce malade, encore assez vigoureux, ressentit quelques malaises, quelques troubles des voies digestives, de la pesanteur dans l'hypochondre, puis dans tout l'abdomen. M. Pihan songea, en présence de ces phénomènes, à examiner le foie d'une manière suivie, et il ne tarda pas à constater une augmentation rapide de ce viscère, augmentation qui coïncida avec un arrêt momentané du traitement nécessité par l'état de malaise dont il vient d'être parlé. Le traitement fut repris après un mois d'interruption. Le bord inférieur du foie, mesuré et limité au crayon au début des accidents, descendait, deux mois après, de 4 centimètres au-dessous de sa limite primitive. Pendant environ trois mois il resta stationnaire, puis ce volume se réduisit lentement, et au moment où M. Pihan écrivait son rapport, l'organe mesurait à peu près exactement ses dimensions primitives.

« Que cet homme, dit-il, chez lequel la cachexie est encore peu avancée, vive pendant un an ou plus, et son autopsie fournira sans aucun doute un exemple de plus de l'atrophie syphilitique du foie, atrophie qui, cette fois, aura été bien certainement précédée de l'hypertrophie habituelle du début de la cirrhose. »

Ce mode de succession des accidents explique également la diversité qu'on a pu remarquer dans l'état des rates et des reins examinés à l'autopsie des malades de cette catégorie.

L'élément qui dominait dans tous les organes lésés, chez les sujets soumis à l'examen, était l'élément fibreux, résultat d'une hypertrophie des lames ou des capsules fibreuses qui font partie de la structure normale des viscères. De plus, de nombreux éléments fibro-plastiques infiltrés dans l'épaisseur des tissus, dans le rein tout spécialement et dans les ganglions lymphatiques, semblaient étouffer les éléments normaux, et en quelque sorte usurper leur place et s'y substituer. Le rein offrait à la fois le type de l'altération du quatrième degré de la maladie de Bright, et de cette dégénérescence que Rokitansky a décrite comme fréquente dans la syphilis sous le nom d'altération cireuse.

Il ressort de tout ce qui précède que les affections syphilitiques n'échappent point à la règle commune, que les viscères qui en sont le siége sont frappés successivement, et avant d'offrir une atrophie fibreuse complète commencent par se congestionner, s'hypertrophier et s'infiltrer d'éléments fibro-plastiques.

Il nous reste à dire un mot maintenant de la lésion pulmonaire trouvée sur l'un des malades dont M. Cornil a rapporté l'histoire.

On sait que c'est à M. Depaul que revient l'honneur d'avoir, le premier en France, décrit les lésions de la syphilis pulmonaire sur des poumons de nouveau-nés affectés de syphilis congénitale. Mais M. Depaul n'a jamais rencontré chez les fœtus syphilitiques qu'il a examinés que des bosselures un peu indurées, contenant une certaine quantité de liquide purulent mêlé d'éléments divers assez difficiles à apprécier, mais dont l'ensemble se rapprochait, pour l'aspect et les caractères, du liquide fourni par les gommes ahcédées du tissu cellulaire.

Les rares observations qui ont été publiées depuis sont également incomplètes sous ce rapport. La pièce anatomique présentée par M. Cornil est la première où l'on ait pu examiner ces produits à divers degrés de leur développement. Leur extérieur, ainsi que l'examen attentif de leur contenu et de l'état des tissus qui les englobent, les assimilent complétement aux gommes mieux connues de la rate et surtout du foie, gommes dont l'observation précédemment rapportée a permis d'apprécier les caractères principaux.

Tout autorise donc à les considérer comme un produit de la syphilis, et comme constituant la lésion essentielle caractéristique de la phthisie syphilitique proprement dite. Il va sans dire qu'une pareille altération appartient toujours à la période tertiaire, et que, de même que les lésions du foie, la gomme du poumon n'est jamais qu'une manifestation ultime de la diathèse. On est porté à penser avec M. Pihan que cette lésion est liée à la cachexie, et que, si elle a été rencontrée aussi rarement, c'est que la grande majorité des sujets syphilitiques guérissent généralement de leur vérole ou succombent à des maladies intercurrentes avant d'arriver à la période cachectique.

La symptomatologie de la phthisie syphilitique est aussi peu avancée que son anatomie. A l'opposé de la fièvre d'infection qui se caractérise habituellement par des phénomènes si marqués, les gommes du poumon, comme celles du foie, de même encore que la dégénérescence fibreuse de cet organe, n'offrent que fort peu de symptômes spéciaux et demeurent habituellement inconnues.

Ce n'est qu'à l'autopsie que M. Cornil a reconnu l'existence des gommes dans le poumon de son sujet.

Ou en est donc réduit, en définitive, pour les gommes du poumon, comme pour celles du foie et de la rate, aux préceptes que Graves donnait il y a une quinzaine d'années : « Examiner les antécédents, interroger tous les organes, étudier les signes anatomiques qui peuvent faire suspecter une affection du foie ou du poumon, et permettre d'en soupçonner la cause, puis enfin chercher dans le traitement une pierre de touche qui permette de vérifier la réalité de l'hypothèse. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des maladies du sein et de la région mammaire, par M. le professeur A. VELPEAU. 2e édition (1).

Depuis le *Traité des maladies du sein* de sir Astley Cooper, rien en Europe n'avait été publié sur ce sujet, lorsque M. Velpeau publia un traité complet des maladies de cette région. Une première édition, épuisée en peu de temps, a été signalée par tous nos journaux comme une de ces rares monographies cliniques qui servent de guide à des générations entières de praticiens. De nombreux comptes rendus en ont été faits; c'était à qui s'empresserait de parler d'un livre spécial destiné à faire loi.

Depuis longtemps déjà une seconde édition a paru, et c'est de ce nouveau travail que nous voulons aujourd'hui entretenir nos lecteurs.

Dans cette nouvelle édition, M. Velpeau traite, comme dans la précédente, des maladies du sein :

1° Chez la femme;
2° Chez l'homme;
3° Chez l'enfant et le nouveau-né.

Dans le premier chapitre, où il est question des affections inflammatoires, on trouve l'histoire de la syphilis du sein chez les nourrices; l'auteur l'a constatée avec beaucoup d'autres chirurgiens; il a décrit les excoriations syphilitiques, les plaques muqueuses, leur disparition sous l'influence du traitement mercuriel, sans rechercher si la contagion des accidents secondaires était l'origine chez les nourrices des syphilides des mamelles. Il y avait à ce sujet un écueil à éviter, celui de propager à l'ombre d'une grande autorité une théorie naissante que les faits n'avaient point encore suffisamment justifiée. Dans tous ses travaux, M. Velpeau, sévère pour lui-même, n'admet que les choses qu'il peut démontrer; il est peu disposé à se faire le propagateur d'assertions sans preuves : aussi a-t-il réservé cette question. Dans ce même chapitre, le cadre des inflammations de la mamelle a été complété par le phlegmon diffus et les abcès sous-cutanés, qui se trouvent décrits pour la première fois. Les premiers ne diffèrent pas de ceux qui se montrent dans les autres régions du corps; ils se montrent dans l'état puerpéral et hors l'état puerpéral.

Quelle que soit la condition dans laquelle le phlegmon diffus du sein se développe, cette affection est très-grave, peut-être plus grave que le phlegmon des membres; néanmoins elle peut guérir par les incisions multiples. M. Velpeau en rapporte deux observations : l'une a trait à une femme récemment accouchée; elle succomba; chez l'autre femme qui était hors de l'état puerpéral, on vit survenir des fusées purulentes, qui s'étendirent dans l'aisselle et dans le bras, et mirent la malade à deux doigts de sa perte.

Les maladies inflammatoires aiguës ou chroniques de la mamelle sont décrites avec les détails les plus complets, ce qu'explique très-bien la grande pratique de M. Velpeau, qui a vu une quantité si considérable de ces maladies, soit dans son hôpital, soit en ville. Nous ne nous arrêterons pas sur les signes, les particularités relatives à la marche, au résultat final de toutes ces maladies; tous les livres de pathologie externe peuvent être considérés comme des *comptes rendus* de l'ouvrage de M. Velpeau, et il n'est guère de paragraphe sur les maladies du sein qui n'étaye une de ses conclusions pratiques sur l'autorité de l'éminent professeur de clinique.

Les tumeurs du sein, les productions morbides, les lésions de nutrition, soit locales, soit générales, occupent dans le livre de M. Velpeau une large place.

Les tumeurs sont divisées en bénignes et en malignes. Les hypertrophies, les tumeurs kystiques, les tumeurs adénoïdes, constituent la première classe. Pour les hypertrophies, l'auteur n'a rien ajouté à ce qu'il avait dit dans la première édition. Il en est de même des kystes de la région mammaire.

Viennent ensuite les tumeurs adénoïdes, une des découvertes de M. Velpeau. Cette maladie, qu'avait mal définie autrefois Astley Cooper sous le nom de *tumeur mammaire chronique* et même de *cancer*, et dont M. Velpeau donne une description complète, a soulevé une polémique assez vive. La théorie de M. Velpeau relative à ces tumeurs a été attaquée. Beaucoup d'anatomo-pathologistes ne veulent pas admettre que la transformation d'un caillot sanguin soit l'origine des tumeurs adénoïdes. Dans sa seconde édition, il a repris la discussion, et il a clairement établi qu'à défaut de transformation du sang on ne pouvait se dispenser d'admettre un dépôt plastique originel. Et il lui semble que, le champ des interprétations étant ouvert à ce sujet, il était aussi raisonnable d'admettre la formation d'un produit nouveau aux dépens d'un exsudat, que de voir dans ces tumeurs une hypertrophie partielle. La symptomatologie des tumeurs adénoïdes appartient en propre à M. Velpeau; et grâce à lui, il est possible aujourd'hui de reconnaître avant toute opération une tumeur adénoïde avec une précision absolue; fait de la plus haute importance au point de vue pratique.

Dans les maladies malignes, les différentes formes sont étudiées avec le plus grand soin. Les lésions anatomiques sont mises pour ainsi dire en regard avec les symptômes observés.

A la suite de la discussion académique des années précédentes, M. Velpeau avait déjà énoncé ses idées sur la valeur de la cellule cancéreuse, et il en avait conclu que cet élément anatomique n'était pas ce qui donnait aux tumeurs un caractère incontestable de malignité. Ce qui était parfaitement vrai alors l'est encore aujourd'hui, et l'on peut dire que ce n'est pas l'anatomie microscopique seule qui doit prononcer sur le caractère des tumeurs malignes : trop de tumeurs déclarées bénignes par le microscope ont été cliniquement reconnues

(1) 1 volume in-8° de 740 pages, avec huit planches gravées. Prix, 7 fr. 50 c. Chez Victor Masson.

Emploi du tannin dans la résorption purulente puerpérale.

Nous avons annoncé dans la dernière *Revue* que M. Woillez avait communiqué à la Société médicale des hôpitaux deux observations de résorption purulente puerpérale dans lesquelles le tannin donné à l'intérieur paraissait avoir donné des résultats favorables. Voici quelques détails circonstanciés sur ces deux faits :

Il y a deux ans, M. Woillez donnait des soins à une jeune dame pour une résorption purulente survenue au sixième jour de ses couches, après un deuxième accouchement, d'ailleurs très-heureux. L'infection purulente était caractérisée par des frissons répétés, un état général des plus graves, et l'apparition d'abcès multiples aux membres. On était à une époque où les chirurgiens redoutaient l'invasion des érysipèles, et s'abstenaient autant que possible de l'emploi de l'instrument tranchant. Aussi MM. Gosselin et Depaul, qui virent cette malade en consultation, furent-ils d'avis qu'il fallait s'abstenir d'opérer. Le sulfate de quinine fut administré dans les premiers jours ; mais on fut forcé d'y renoncer, parce qu'il semblait aggraver manifestement les symptômes généraux. M. Woillez lui substitua le tannin, qui fut pris à la dose de 60 centigrammes par jour. Les collections purulentes se résorbèrent spontanément, et la malade guérit après deux mois de maladie. Le tannin avait été continué à la même dose jusqu'à la guérison.

Ne pouvant, d'après ce seul fait, se considérer comme suffisamment autorisé à attribuer la guérison au tannin, M. Woillez s'était promis dès lors de recourir de nouveau à cette médication à la première occasion. Cette occasion s'est offerte depuis dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, et le résultat a été aussi heureux. Voici la relation de ce fait, qui présente, ainsi qu'on en jugera, un grand intérêt pratique :

Une femme de vingt-neuf ans, Marie L..., entre à l'hôpital Saint-Antoine le 8 janvier dernier, au moment d'accoucher. L'accouchement se termine le soir même de l'admission, après un travail de huit heures. Tout se passe de la manière la plus satisfaisante pendant les cinq premiers jours. Mais le sixième il survient subitement un premier frisson très-intense, avec claquement de dents, et qui ne dure pas moins de trois quarts d'heure. Les deux jours suivants, des frissons irréguliers analogues se répètent, en même temps que se développe un état général grave. La face est altérée et d'une pâleur jaunâtre ; la prostration considérable ; la respiration anxieuse ; le sommeil agité ; le pouls petit et fréquent ; la langue sèche ; la soif vive. Il y a trois ou quatre selles diarrhéiques fétides par vingt-quatre heures ; le ventre est légèrement ballonné, un peu sensible à la pression au niveau de l'utérus.

Trois jours après l'invasion de ces phénomènes, on voit apparaître trois plaques rouges à la peau : l'une à la région interne du poignet, et les deux autres à la partie interne et inférieure de la jambe gauche et au niveau du mollet droit. Ces plaques sont douloureuses, se gonflent et deviennent rapidement fluctuantes. Les abcès ouverts avec le bistouri fournissent un pus bien lié.

Dès l'apparition du frisson initial, du sulfate de quinine avait été administré à la dose fractionnée d'un gramme par vingt-quatre heures. Mais dès que se montrèrent les abcès, qui ne laissaient pas de doute sur l'existence d'une résorption purulente, M. Woillez administra le tannin de la manière suivante :

Tannin.	60 centigrammes.
Mucilage	q. s.

Pour quatre pilules de 0,15 centigrammes chaque, à prendre dans la journée, deux par deux, immédiatement avant chaque repas.

Vers la fin du mois, l'état général s'améliora sensiblement. Le pouls était encore fréquent, mais les troubles digestifs avaient disparu, ainsi que l'anxiété, et l'appétit revenait. Cette amélioration s'est soutenue nonobstant le développement d'un nouvel abcès au niveau du sacrum, qui apparut au commencement de février et malgré la manifestation d'un engorgement inflammatoire du côté gauche de la poitrine.

Les pilules de tannin associées à du vin de quinquina et à un régime réconfortant furent continuées sans interruption pendant plus de trois mois, à cause de l'apparition de trois nouveaux abcès survenus successivement vers la fin de février, l'un au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche, un second en arrière du grand trochanter droit, et le troisième au niveau du tendon d'Achille du côté gauche. Ces abcès, traités localement par des cataplasmes et ouverts avec l'instrument tranchant, comme les précédents, se cicatrisèrent aussi très-rapidement. A dater de ce moment rien ne vint entraver l'amélioration croissante, qui permit à la malade de sortir de l'hôpital le 3 mai en parfait état de santé depuis six semaines.

M. Hervieux, ayant eu connaissance des résultats obtenus par M. Woillez, a immédiatement essayé cette médication dans son service de la Maternité. Voici, après quinze jours d'expérimentation, les effets qu'il a constatés :

Le tannin a été administré à la dose de 60 à 80 centigr. dans quatre cas de phlébite avec infection purulente, dans quatre cas de métro-péritonite, et un cas de péritonite puerpérale simple. Huit de ces malades ont succombé, une seule existe encore. Cette dernière a présenté une apparence d'amélioration dans les symptômes ; il y a eu un temps d'arrêt ; mais l'issue était encore incertaine au moment où M. Hervieux a fait connaître ces faits à ses collègues. Le tannin n'a donc pas réalisé entre les mains de M. Hervieux les espérances que lui avaient fait concevoir les résultats de M. Woillez. Il ajoute, d'ailleurs, qu'il n'a pas été plus heureux avec le sulfate de quinine, la glace et les diverses médications successivement préconisées dans ces derniers temps.

Il est vrai de dire qu'il n'y a pas parité entière entre les cas traités par M. Hervieux et ceux auxquels M. Woillez a eu affaire. Dans ceux-ci il y avait résorption purulente sans complication du côté du péritoine, tandis que la plupart des malades de M. Hervieux étaient atteintes de métro-péritonites ou de péritonites puerpérales. On remarquera aussi que M. Hervieux a expérimenté dans les conditions les plus défavorables, c'est-à-dire au milieu d'un foyer épidémique qui aggrave tous les cas particuliers, au point de les rendre presque fatalement réfractaires à tous les efforts de la thérapeutique. C'est dans ces conditions sans doute que le succès eût eu le plus de valeur ; mais de ce que la médication a échoué dans ces cas, il ne faudrait pas non plus en conclure qu'il y ait à en désespérer toujours. Les faits de M. Woillez restent donc avec leur valeur propre et appellent de nouvelles expériences.

Ovariotomie.

Nous sommes en mesure aujourd'hui de donner quelques détails sur l'opération d'ovariotomie pratiquée le 2 juin dernier à Strasbourg par M. le docteur Kœberlé, et dont nous avons annoncé l'heureuse issue dans l'une de nos dernières *Revues*. Voici ces détails, d'après une relation publiée aujourd'hui même par la *Gazette hebdomadaire*.

Il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, avec prédominance d'une grande cavité pleine d'un liquide fluctuant dont l'origine ne paraissait pas remonter à plus d'une année et demie, et qui grossissant peu à peu avait fini par envahir toute l'étendue de l'abdomen, en repoussant fortement en avant le rebord des hypochondres. Le ventre mesurait 106 centimètres de circonférence. La malade, parvenue à un degré déjà considérable d'affaiblissement et d'amaigrissement, voulait être débarrassée de la tumeur à tout prix. Encouragé par les conseils de M. le professeur Schutzenberger, son maître, et de M. Aubenas, son collègue, M. Kœberlé a pratiqué le 2 juin avec le concours de ces deux savants confrères, auxquels s'étaient joints MM. Hecht et Herrgott, l'opération suivante :

L'abdomen ayant été incisé sur la ligne médiane dans une étendue de 9 centim., à égale distance du pubis et de l'ombilic, la tumeur fut ponctionnée avec un gros trocart, et attirée au dehors avec des pinces de Museux, au fur et à mesure qu'elle se vidait. Une certaine portion du grand kyste put être extraite assez facilement, ainsi qu'une masse lobulée multiloculaire.

L'opérateur amena ensuite au dehors le grand épiploon, fortement adhérent, dans une étendue de 24 centim. Après avoir coupé les adhérences au ras de la tumeur ; il a laissé sans s'en inquiéter l'épiploon dans l'angle supérieur de la plaie. Mais bientôt il lui fut impossible d'attirer davantage le kyste. S'étant assuré avec le doigt que l'obstacle provenait d'un épaississement considérable de la tumeur, de kystes multiloculaires ponctionnés en vain, il agrandit l'incision de 3 centim., ce qui lui permit d'extraire toute la tumeur. La masse lobulée, extraite en dernier lieu, s'était rompue transversalement, bien que les tractions n'eussent pas été considérables, et il s'en était écoulé une matière albumineuse très-épaisse, qui s'était répandue dans l'excavation pelvienne, où elle s'était mélangée avec une grande quantité de sérosité péritonéale sanguinoleute et à des caillots provenant de la rupture d'adhérences du kyste. Au moment où le kyste fut extrait, plusieurs anses d'intestin grêle s'échappèrent au dehors. Le pédicule fut étreint dans une ligature et coupé ensuite très-près de la tumeur.

M. Kœberlé s'occupa tout aussitôt de déterger et d'éponger exactement l'excavation pelvienne, en observant avec soin s'il ne s'opérait plus d'hémorrhagie dans la profondeur. Rassuré sur ce point, il réintégra l'intestin et le grand épiploon dans l'abdomen, après avoir placé deux ligatures sur des veines épiploïques. Le pédicule fut ensuite étreint très fortement dans un écraseur semi-lunaire et attiré dans l'angle inférieur de la plaie. La partie supérieure de la plaie fut réunie par quatre points de suture entortillée.

L'opération a duré trois quarts d'heure. Il s'était écoulé 12 litres de liquide brunâtre du grand kyste, dont les parois avaient 1 millim. et demi à 3 millim. et demi d'épaisseur. La masse solide de la tumeur pesait 1 kilogr. et demi.

Deux vessies pleines de glace, reposant sur un drap plié en plusieurs doubles, ont été maintenues en permanence sur l'incision pendant onze jours.

A la suite de l'opération survinrent des vomissements qui se répétèrent à de fréquents intervalles pendant trente heures.

Pendant les huit premiers jours l'opérée a pris chaque jour environ 10 centigr. d'acétate de morphine ; elle a été maintenue à la diète les trois premiers jours, puis la nourriture a été de plus en plus substantielle.

La plaie a été nettoyée trois fois par jour, les huit premiers jours, pour la débarrasser de la sérosité et du pus qui en suintait et qui tendait à se décomposer rapidement sous l'influence de la température élevée et malgré la glace.

Dès le deuxième jour le pédicule commença à se putréfier. Pour obvier à sa décomposition, M. Kœberlé l'enduisit de perchlorure de fer qui arrêta net la putréfaction, et il se dessécha du jour au lendemain.

La suppuration s'établit dès la fin du troisième jour, et il fallut donner issue à une petite collection purulente mêlée à des bulles de gaz, qui tendait à se former sur le trajet des fils de

---

malignes et suivies d'une récidive. Cette question de la spécificité de la cellule cancéreuse a été exposée d'une manière extrêmement claire dans une introduction que l'auteur a placée en tête du traité que nous analysons.

Le livre de M. Velpeau se fait remarquer par des qualités que nous ne saurions trop apprécier ; l'auteur a depuis longtemps appris au public ce qu'il savait faire. La lucidité de ses descriptions a rendu classiques déjà un nombre considérable de sujets spéciaux, soit en anatomie, soit en chirurgie, soit en médecine opératoire.

Ce *Traité des maladies du sein* est dans toutes les bibliothèques, à côté de ses aînés, et il faut le dire, c'est un des livres les plus importants qui aient été publiés depuis longtemps et un des plus précieux monuments de la chirurgie de notre époque. En effet, M. Velpeau a, dans son livre, collecté un nombre considérable de faits qu'il a observés lui-même, et c'est en s'appuyant sur eux qu'il se fonde pour formuler ses propositions ; il ne se borne pas à dire : J'ai vu, quoique sa grande expérience lui donne ce droit, il démontre tout ce qu'il avance de la manière la plus péremptoire.

Ce livre enfin est un témoignage de l'infatigable activité du savant professeur de clinique, et nous dirons, avec un élève de M. Velpeau dont nous analysons aujourd'hui le premier travail, un dernier mot, simple et dignement respectueux, que M. Velpeau est et restera toujours le plus glorieux modèle de tous ceux qui aiment le travail.

Traité de l'érysipèle, par M. le docteur Armand Després, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris (1).

Ce livre est divisé en trois parties. Un historique d'abord comprend non-seulement les travaux spéciaux sur l'érysipèle, mais encore les opinions des maîtres de tous les temps sur cette maladie.

L'auteur s'est tiré heureusement des difficultés d'un pareil travail par quelques transitions empruntées à l'histoire de la médecine, et qui rompent la monotonie d'une énumération très-longue. M. Després a eu encore l'idée de mettre à côté de chaque auteur qu'il a cité, la date de la publication ; il a fait ainsi une espèce de chronologie dont on comprend l'utilité.

La seconde partie renferme 66 observations et une statistique de 140 érysipèles réunis en une année. Ce sont des faits pris comme ils se sont présentés, et ils ont une valeur d'autant plus grande, qu'ils ne sont point le résultat d'un choix en faveur d'une conception particulière.

La troisième partie, ou nosographie, renferme les vues nouvelles de l'auteur.

Pour M. A. Després, l'érysipèle siége dans les capillaires lymphatiques ; il est aux capillaires de cet ordre ce que le phlegmon est aux capillaires sanguins.

L'érysipèle interne est pour l'auteur une simple phlegmasie superficielle des muqueuses, où l'élément lymphatique et l'élément veineux sont intéressés plus ou moins ; mais il repousse les conceptions variées qui ont été émises à ce sujet, et qui sembleraient faire de quelques phlegmasies superficielles des muqueuses des maladies presque spécifiques.

Mais c'est surtout dans l'étiologie que l'esprit observateur de l'auteur a trouvé matière à des remarques dignes d'intérêt.

Dans la statistique de M. Després, toute restreinte qu'elle soit, il y a des chiffres d'une éloquence qu'on ne peut dissimuler. Un compte fait des lésions traumatiques, des opérations, des érysipèles et des complications des plaies, apprend que les érysipèles oscillent dans des proportions identiques avec les autres complications des plaies. C'est un grand fait pour l'auteur. Il tire encore des observations ces conclusions, que par-dessus tout les conditions individuelles sont la cause de l'érysipèle, soit indirectement sous l'influence d'un défaut de soin de la santé, soit directement sous l'influence d'un défaut de soin des plaies ou d'un pansement intempestif. De là à nier la contagion, l'épidémicité, il n'y avait qu'un pas. M. Després y est arrivé non par induction, mais par deux excellentes raisons. Ses observations d'abord, ensuite le défaut de preuves chez tous les auteurs qui ont admis la contagion et l'épidémicité de l'érysipèle. Et comme le dit à ce sujet le traité que nous analysons, il y a plus de bruits qui courent que de statistiques et de faits comptés.

Aux observations de 1861 M. Després joint les observations de l'année 1860. Mêmes faits, mêmes remarques. Malgré cela, pourtant, notre jeune auteur fait appel à la grande statistique des hôpitaux, qui doit dire le dernier mot sur cette importante question.

Le traitement de l'érysipèle est jugé par cette phrase : « Il n'y a pas plus de topique spécifique pour l'érysipèle que pour le phlegmon... ; les érysipèles simples guérissent par toutes sortes de moyens. Et ce sont ces érysipèles qui ont fait naître tant d'illusions thérapeutiques !... »

M. Després se préoccupe des moyens de prévenir les érysipèles. L'acclimatation des opérés au séjour des hôpitaux de Paris lui paraît indispensable. Il recommande par-dessus tout de panser les plaies le plus tôt et le mieux possible, et croit que la réunion par première intention en général ne doit être appliquée que dans des cas exceptionnels, déterminés par l'expérience.

Ces quelques lignes ne donneront sans doute qu'une idée imparfaite de ce travail sérieux. Beaucoup de médecins qui nous liront nous sauront gré néanmoins d'avoir cherché dans ce compte rendu à leur donner une idée d'un livre qui nous a paru du plus haut intérêt ; et sans vouloir anticiper sur le jugement de l'Académie des sciences, à laquelle le livre a été présenté, nous dirons que l'auteur a donné les preuves d'une grande aptitude au travail et d'une conscience qui fait honneur à ses débuts dans la carrière médicale.

Dr A. JAMAIN.

(1) In-8° de 230 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, chez Adrien Delahaye.

ligatures. Le pédicule a été maintenu entre les mors de l'écraseur jusqu'au sixième jour. L'écraseur a été remplacé par deux morceaux de sonde liés à leurs deux extrémités et rendus rigides, qui restèrent en place jusqu'à la chute de la partie mortifiée du pédicule, au treizième jour.

Dès le quatrième, il survint peu à peu une tympanite intestinale considérable, qui a été une complication très-grave des suites de l'opération.

Les épingles des sutures ont été enlevées du cinquième au septième jour; elles ont été remplacées aussitôt par des fils attachés à la paroi abdominale avec du collodion, qui ont pu être serrés à volonté au moyen d'un nœud. Il a été possible ainsi de s'opposer à l'écartement que les lèvres de la plaie tendaient à subir sous l'influence de la distension abdominale; mais il fallut trouver un moyen pour s'opposer à la traction considérable exercée sur le pédicule qui tendait à rentrer. M. Kœberlé y a réussi pleinement au moyen d'un bourrelet de linge tortillé et disposé sous forme d'un anneau tout autour du pédicule, et qui a eu de plus l'avantage de rencontrer la suppuration vers ce dernier, autour duquel il n'existait aucune pression. Un bandage de corps assez serré maintenait le tout en place au moyen de liens disposés convenablement.

Une collection purulente dont le point de départ paraît avoir été la dernière épingle à suture, s'ouvrit spontanément à l'extrémité inférieure de la plaie, sous l'influence de l'action du bourrelet circulaire et du décubitus latéral.

Le pouls, qui avait marqué 95 pulsations le premier jour, et qui, après plusieurs oscillations entre 82 et 128, du deuxième au sixième jour, n'avait plus guère dépassé le nombre de 95 après le huitième jour, n'indiquait plus que 85 à 82 pulsations à partir du dix-neuvième jour (20 juin). A cette époque, l'opérée se levait, son appétit était excellent; elle prenait de l'embonpoint, et toutes les fonctions s'opéraient à merveille.

Le vingt-quatrième jour, la suppuration s'est complétement tarie.

Le 1er juillet, la plaie abdominale, primitivement de 12 à 13 centimètres, est réduite à une cicatrice linéaire de 4 centimètres, terminée à son extrémité inférieure par une dépression ombiliquée. Le ventre est également souple partout. La santé est parfaite.

En signalant, il y a quinze jours, le fait que nous venons de rapporter, nous disions que depuis le cas de Laumonier, en 1781, l'opération de l'ovariotomie avait toujours échoué en France. C'est une erreur.

M. le docteur Vaullegeard, de Condé-sur-Noireau (Calvados), a pratiqué avec un succès complet, le 15 septembre 1847, une opération d'ovariotomie sur une fille de vingt-cinq ans atteinte d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, compliqué d'ascite. On trouve la relation de cette opération dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de juin 1848.)

En compulsant, à cette occasion, la *Gazette des Hôpitaux*, nous avons trouvé dans la même année (voir 1848, p. 92) un rapport de M. le docteur Pédelaborde à la Société de médecine pratique sur cette même opération.

COQUELUCHE TRAITÉE PAR LE CHLOROFORME.

Ancien interne de M. Roger à l'hôpital des Enfants, M. le docteur Jacquard (de Tourcoing) a publié dans la *Gazette médicale* plusieurs observations de coqueluche traitée par le chloroforme pendant les années 1860 et 1861. M. Roger a essayé contre cette affection rebelle le chloroforme à l'intérieur, et voici, d'après M. Jacquard, quel a été le résultat de cette médication :

Diminution dans le nombre des quintes;

Plus rarement, mais quelquefois cependant, diminution simultanée de la violence des quintes;

Quelquefois enfin, diminution de la violence des quintes seulement, avec conservation de leur nombre.

Si le chloroforme n'a pas abrégé la durée de la maladie, il a eu cela de commun avec tous les autres médicaments qu'on a proposés jusqu'ici contre cette affection, sans en omettre la belladone. C'est donc à titre de palliatif qu'on peut l'employer.

M. Roger administrait le chloroforme à ses petits malades dans une potion gommeuse à doses croissantes, depuis 6 jusqu'à 30 gouttes par jour. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

OBSERVATION DE FEMME TRIMAMME.

En février 1861, M. le docteur Scholfield Johnson assista dans son deuxième accouchement une femme qui avait trois mamelles. Deux étaient bien conformées, un peu plus grandes que de coutume. Immédiatement au-dessous du sein gauche se trouvait la mamelle surnuméraire. Elle présentait un diamètre de 2 pouces et demi; elle était remplie de lait; son auréole et le mamelon étaient bien développés. Hors du temps de la lactation, ce mamelon aplati ressemble à une tache, et la grossesse a seule révélé sa véritable nature.

(*The Lancet*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 juillet 1862. — Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. BROCA. Je viens communiquer à la Société un fait d'observation qui me paraît d'autant plus intéressant que je ne l'ai encore vu mentionné nulle part. Il s'agit du mouvement de pulsation imprimé aux liquides qui communiquent avec le canal médullaire des os longs. Dans deux circonstances, j'ai pu observer ces pulsations.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme atteint d'une nécrose du fémur, et auquel M. Richet avait enlevé un séquestre dix-huit mois auparavant. La plaie s'était refermée. Quand j'ai vu le malade, il souffrait beaucoup, et le stylet pouvait pénétrer dans un trajet intra-osseux, qui donnait issue à quelques gouttes de pus. J'agrandis l'ouverture, et j'y plaçai une sonde en gomme élastique.

Pendant un mois, nous avons pu voir le pus monter et descendre dans le tube élastique, et offrir des battements isochrones à ceux du pouls. Après un mois, la suppuration ayant diminué, le phénomène a cessé; mais, en injectant un liquide dans le tube, on a vu les battements reparaître.

Dans le deuxième cas, le phénomène a duré moins longtemps. Un ulcère de la jambe s'était recouvert d'un épithélioma qui avait perforé le tibia. Une cautérisation avec le chlorure de zinc produisit une eschare qui mit à nu un pertuis pénétrant dans la cavité du tibia. Le pus contenu dans ce foyer à ouverture étroite, offrait des battements moins prononcés que dans le premier cas, et qui cessèrent lorsque l'ouverture de l'os se fut agrandie.

Lorsque j'observai le premier malade, je me suis demandé si les battements ne dépendaient pas de quelque disposition tout à fait spéciale et accidentelle des artères contenues dans les parois du foyer. Mais en voyant le phénomène se reproduire chez le deuxième malade, j'ai dû songer à une condition plus générale, analogue peut-être à celle qui produit les battements du cerveau. On sait que dans le crâne ces battements ne se manifestent qu'autant qu'on y pratique une ouverture. La moelle des os n'est-elle pas dans des conditions analogues? Entourée de vaisseaux sinon volumineux, du moins nombreux, ne pouvait-elle pas être soulevée dès qu'une ouverture du canal médullaire s'est produite?

On sait, en outre, que les mouvements de la respiration ont une influence bien évidente sur ceux du cerveau, et la physiologie en rend parfaitement compte. Nous avons recherché s'il n'en était pas de même pour la substance médullaire des os; mais nous n'avons rien remarqué d'appréciable sous ce rapport chez nos deux malades.

M. FOLLIN. Les faits dont M. Broca vient de nous entretenir sont l'expression d'un fait plus général, ainsi que l'ont démontré des expériences faites par M. Piégu. Ce médecin a fait voir qu'il existe des battements dans tous les tissus. Il enfermait un membre dans un appareil en plâtre hermétiquement fermé à ses extrémités, et communiquant par une ouverture à un tube rempli d'eau; il était facile de constater que le liquide était agité par des pulsations. Les fongosités sont souvent le siége de battements bien évidents. Ainsi, dans un travail publié par M. Triquet, il est question de fongosités de la membrane de la chambre moyenne de l'oreille, qui étaient recouvertes de croûtes que l'on voyait battre comme le pouls.

Je pense que dans les faits de M. Broca, les pulsations avaient lieu dans les fongosités.

M. RICHET. Le premier malade dont a parlé M. Broca avait été, en effet, opéré par moi, et je lui avais enlevé un séquestre du volume du petit doigt. J'ai vu des faits semblables, et, dans un cas entre autres que j'ai observé dans le service de M. Laugier, j'ai failli être induit en erreur.

J'avais enlevé un séquestre du frontal, le diploé était à nu et l'on y voyait des battements assez énergiques pour soulever l'eau versée dans le fond de la plaie; l'interne du service crut un instant qu'il existait une communication avec la cavité crânienne, ce qui était inexact. M. Velpeau a signalé ces faits dans ses leçons cliniques, et moi-même j'en fis l'objet d'une leçon à l'Hôtel-Dieu, à propos du malade dont je viens de parler.

Je veux, en outre, revenir sur un autre point. M. Broca pense que l'encéphale n'a aucun mouvement quand le crâne n'est pas ouvert. J'ai fait de nombreuses expériences à ce sujet, et je les ai répétées devant MM. Gavarret et Longet. En soulevant quelques-unes des lames vertébrales vers la terminaison du canal rachidien, il est facile de voir le déplacement du liquide encéphalo-rachidien.

M. BROCA. Les expériences de M. Richet ne me paraissent démontrer que ce qui est admis par tout le monde, à savoir que la sérosité du cerveau va dans le canal rachidien et *vice versâ*. Quant aux faits signalés par MM. Follin et Richet, ils sont intéressants, et il est facile de comprendre qu'il existe des battements là où il y a des artères, et c'est ainsi que tous les tissus et que les fongosités présentent des pulsations. Mais ce n'est pas ce phénomène que j'ai voulu signaler; il m'a paru que les battements que j'ai observés se rattachaient à un principe plus général; qu'ils tenaient à quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans le crâne lorsqu'on y fait une ouverture.

M. RICHET. Mes faits ne sont pas différents de ceux de M. Broca. Chez son premier malade, le liquide battait dans une cavité tapissée de bourgeons charnus, comme cela s'observe sur le crâne, au tibia, au fémur.

M. GUERSANT. Je veux seulement rappeler que j'ai parfaitement vu le liquide battre dans l'ouverture d'un os, faite dans le but d'obtenir la consolidation d'une fracture.

M. VERNEUIL lit un rapport sur ce sujet :

Observation d'anévrysme spontané du creux poplité, guéri par la compression digitale, par M. Ollier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

Messieurs, vous m'avez chargé, il y a quelque temps, de vous rendre compte d'une observation qui nous a été adressée par M. le docteur Ollier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et qui a trait à un *anévrysme poplité traité par la compression digitale*.

Ma tâche sera courte, et il me suffira pour la remplir d'analyser rapidement les circonstances principales de ce cas remarquable.

Depuis que cette méthode est entrée dans la pratique usuelle, rarement elle a produit des résultats plus prompts, plus décisifs, et à moins de frais. Notre ancien collègue Lenoir, de regrettable mémoire, disait un jour en raillant qu'on guérissait actuellement les anévrysmes en y touchant; il semble que cette plaisanterie s'est presque réalisée dans le cas présent, puisque sinon la guérison, du moins le travail d'oblitération a commencé dans une simple séance d'exploration, destinée à établir le diagnostic de la tumeur.

Malgré le grand âge du malade, la date déjà ancienne et le volume considérable de la tumeur, onze heures à peine de compression, réparties en plusieurs journées, ont amené la cure radicale, sans douleurs vives, sans accidents quelconques, ce qui rend superflue toute apologie du traitement mis en usage.

Je ne cache point mes sympathies pour cette méthode, qui cependant est loin de réussir toujours, comme j'ai pu m'en convaincre par ma propre expérience. Je concéderai à qui voudra que la somme des insuccès égale au moins celle des réussites; mais ne dût-on obtenir qu'une fois sur cinq un résultat semblable à celui que je vais vous relater, l'essai de la compression digitale dans les anévrysmes poplités restera toujours une sorte de devoir pour le chirurgien.

M. T..., âgé de soixante-douze ans, ancien officier supérieur de l'armée espagnole, vient en décembre 1861 consulter M. Ollier pour une tumeur située dans le creux poplité du côté droit. C'est un homme vigoureux, d'une constitution sèche; jamais il n'a été atteint de syphilis ni de rhumatisme; il ne boit pas de liqueurs alcooliques; il a toujours mené une vie très-sobre. La région malade n'a pas été antérieurement, autant qu'il s'en souvienne, le siége d'un traumatisme quelconque.

Il y a dix-huit mois, il commença à ressentir des douleurs vagues dans le creux poplité. Ces douleurs n'attirèrent pas vivement son attention; mais il y a quatre mois, la palpation de cette partie lui révéla la présence d'une tumeur animée de battements. Depuis lors la tumeur grossit lentement, mais d'une manière continue.

Voici son état le 8 décembre :

Son volume est celui d'un gros œuf de dinde, avec un prolongement inférieur (à peu près le volume du poing); elle fait une saillie très-sensible dans le creux poplité.

A distance on distingue très-bien ses battements. En appliquant la main sur la tumeur, on reconnaît qu'elle est le siége d'un mouvement d'expansion très-prononcé; les battements sont énergiques, isochrones au pouls. Ils cessent dès qu'on comprime l'artère crurale. En explorant avec soin la tumeur dans ses connexions profondes, on constate qu'elle ne fait pas corps avec le fémur. Sa forme est allongée; elle a un prolongement fusiforme vers l'arcade du soléaire. Elle est facilement et presque complétement réductible. Les parois sont souples. Ces deux caractères montrent l'absence de caillots ou d'une couche fibrineuse épaisse à la surface interne de la poche.

L'auscultation indique un bruit de souffle intermittent et rude, coïncidant avec la diastole artérielle. Son maximum se fait sentir au-dessus du condyle interne, entre ce condyle et les muscles dont les tendons vont constituer la patte d'oie. A ce niveau, la main a la sensation d'un frémissement vibratoire (thrill), mais il est très-peu prononcé. Les battements de la pédieuse ne sont pas perceptibles du côté malade. Les deux membres inférieurs étant quelque temps exposés à l'air, on constate que la jambe et le pied sont moins chauds à droite qu'à gauche. Le pied droit est un peu œdématié. L'artère fémorale droite, au niveau de la branche du pubis, offre des battements plus forts que celle du côté gauche; elle est légèrement dilatée et semble épaissie : le doigt perçoit un frémissement pendant sa diastole. L'examen des autres artères accessibles à l'investigation et l'auscultation du cœur ne présentent rien d'anormal.

Le malade ressent une douleur sourde au niveau de la tumeur; de plus, il accuse des fourmillements, des tiraillements et une sensation de froid dans la partie inférieure du membre. La marche est devenue depuis quelque temps difficile. L'état général est excellent.

Pendant l'examen, le chirurgien pratique à plusieurs reprises la compression de la fémorale au niveau du pubis. La compression fut tantôt complète, tantôt incomplète; elle dura en tout de quinze à vingt minutes.

Le 9, le malade a souffert depuis hier; il a des douleurs assez vives qui s'irradient le long de la jambe. Il peut à peine marcher. La tumeur paraît un peu plus dure. Pour ne pas le soumettre à une exploration plus fatigante, on ne cherche pas à reconnaître si l'anévrysme est moins réductible.

Le 11, le malade ne souffre plus.

Le 14, la tumeur est sensiblement plus dure que le 9. Les battements paraissent moins forts. M. Ollier, qui n'avait pas vu le malade depuis le 8, pratique la compression digitale incomplète de la fémorale au niveau du pubis pendant un quart d'heure. Le malade est dès lors condamné à rester au lit. — Potion chaque jour avec tannin, 1 gramme; limonade; diminution des aliments.

Le 15, les battements sont moins sensibles que la veille. Le pied droit est froid dès qu'on le met hors du lit. La compression digitale est pratiquée pendant quarante minutes consécutives; on a soin de ne pas oblitérer complétement le calibre de l'artère. Le soir, le malade ne ressent aucune douleur. — Compression par le même procédé pendant un quart d'heure.

Le 16, on ne perçoit de battements qu'à la partie supérieure de la tumeur. Dans tous les autres points, elle est dure, sans expansion ni battements. La portion interne, qui fait saillie au-dessus du condyle interne du fémur, paraît plus dure. On sent sur les parois du sac, à ce niveau, une petite artère dont les battements sont nettement appréciables. Le malade souffre de tiraillements à la partie inférieure de la tumeur. En additionnant les minutes de compression jusqu'à ce jour, on trouve une heure et demie. On la pratique aujourd'hui pendant deux heures. On s'efforce de la rendre plus exacte que les jours précédents. Le malade accuse de la douleur au pli de l'aine, mais elle est très-supportable.

Le soir du même jour, compression pendant trente minutes. Mêmes douleurs que le matin au pli de l'aine et tiraillements assez vifs à la partie postéro-inférieure de la tumeur. Pas d'œdème du pied, qui paraît plus chaud que la veille.

Le 17, compression pendant une demi-heure. L'anévrysme est complétement dur dans toutes ses portions accessibles au toucher. Deux collatérales rampent sur la poche, l'une en dedans, l'autre en arrière. Plus de battements ni de bruit de souffle sur toute l'étendue de la tumeur, soit en arrière, soit en dedans du membre. Cependant, au-dessous de l'anneau du troisième adducteur, on sent encore un bruit de souffle limité à une petite surface, mais en aucun point la main ne perçoit de battements. Pas de douleurs. Le pied est chaud.

Le soir, compression digitale pendant une heure; à la fin de la séance le malade souffre dans la région crurale.

Le 18, il existe encore le léger bruit de souffle déjà signalé à la

---

(1) Observation recueillie par M. Lépine, interne des hôpitaux.

partie supérieure. Pas le moindre battement perceptible à l'œil ou à la main. La tumeur a diminué sensiblement de volume : compression incomplète pendant une demi-heure. On enseigne au malade la manière de la pratiquer. Il n'accuse nulle part des douleurs ; pas d'œdème du pied.

Le 19, depuis hier le malade s'est comprimé de temps à autre la fémorale. Il évalue à près de deux heures la durée totale des petites séances qu'il a faites. Le bruit de souffle qui existait à la partie supérieure de la tumeur est moins net ; on le distingue cependant encore : les deux artères collatérales sont plus développées. On fait une dernière séance de compression pendant trois heures consécutives : le malade la supporte très-bien. Pas de douleur ni au pubis ni à la partie supérieure de l'anévrysme.

A la suite de cette séance, le bruit de souffle perçu à l'extrémité supérieure de l'anévrysme disparaît sans retour ; les battements avaient déjà cessé depuis trois jours. La tumeur durcit de plus en plus et diminue de jour en jour. Le malade éprouve de temps en temps des tiraillements dans le creux poplité.

Les artères collatérales développées le long du sac cessèrent de battre.

Le 21, on ne les retrouva plus ; le pied n'en devint pas plus froid cependant. Le malade sentait lui-même sa tumeur diminuer de volume, et dès le 22 il eut plus de liberté dans les mouvements de flexion de la jambe.

Le 28 décembre, la tumeur avait presque diminué de moitié.

Le 1er janvier, le malade peut faire quelques pas sans douleur dans son appartement. On eut beaucoup de peine à lui faire garder le repos. Il sentait ses mouvements plus libres qu'avant la compression.

Ce qui nous a frappé tout d'abord dans ce fait, c'est la rapidité de la coagulation du sang contenu dans la poche. Après une séance de quinze minutes faite à titre d'essai et dans le but d'explorer toutes les particularités de la tumeur, nous voyons la coagulation commencer.

Dans notre examen, nous avions pressé à plusieurs reprises la tumeur pour constater son degré de réductibilité, et nous nous sommes demandé si dans cette manœuvre nous n'avions pas détaché quelque fragment de caillot qui serait devenu le centre d'une coagulation subséquente. La souplesse de la poche, la réductibilité presque complète de la tumeur, nous avaient démontré qu'il n'y avait pas de couche fibrineuse épaisse doublant la membrane de l'anévrysme ; mais une couche légère pouvait passer inaperçue, et les manœuvres de réduction eussent été peut-être alors suffisantes pour la faire éclater en quelque point.

Quoi qu'il en soit de l'explication, la coagulation n'en commença pas moins après cette première séance d'un quart d'heure ; le malade souffrit dans le creux poplité, eut des fourmillements dans le membre, une grande difficulté à marcher, et quand je revis le malade six jours après, l'expansion de la tumeur était bien moindre et les battements plus obscurs. On les distinguait avec la main, mais on ne les percevait plus à distance.

En présence de cette coagulation rapide survenue plus tôt que je ne l'avais espéré, je résolus de continuer immédiatement la compression d'une manière méthodique, et je dus me mettre en garde contre une oblitération trop rapide par des caillots passifs. Pour cela je m'arrêtai à la compression digitale incomplète intermittente, et je décidai de courtes séances, afin de me placer dans les meilleures conditions pour une coagulation active, craignant en outre qu'une oblitération trop rapide fût dangereuse pour la vitalité du membre chez un homme de cet âge. Je fis de petites séances d'un quart d'heure, de 30 et 40 minutes, et après une heure et demie de compression je découvris une collatérale sur le côté interne de la tumeur. L'apparition de cette collatérale, jointe au durcissement de plus en plus notable de la poche, indiquait sinon la solidification définitive de l'anévrysme, du moins une gêne considérable de la circulation dans l'intérieur du sac et l'oblitération presque complète de celui-ci.

Les battements cessèrent complétement après quatre heures et demie de compression, neuf jours après la première séance. Je continuai cependant la compression pendant les jours suivants, parce que je craignais que les caillots oblitérants ne fussent encore mous et dissociables ; il persistait d'ailleurs à la partie supérieure de la tumeur, au-dessous de l'anneau du grand adducteur, un bruit de souffle qui m'indiquait que le caillot ne remontait pas jusqu'à la partie saine de l'artère. La persistance de ce bruit de souffle devait-elle me faire supposer la présence d'un canal central dans l'anévrysme encore parcouru par le courant sanguin ? La forme en fuseau (1) de la tumeur pourrait donner quelque vraisemblance à cette hypothèse. Cependant la diminution qu'elle avait subie et la présence de deux collatérales volumineuses me firent croire que le caillot empêchait toute circulation dans le sac. Mais comment expliquer alors la persistance de ce bruit de souffle, léger il est vrai, mais réel ? Où trouver les conditions de la production de ce phénomène ? Je pensai que les deux collatérales s'implantant sur une partie dilatée de l'artère, ou même sur l'extrémité supérieure du sac, entretenaient là une circulation favorable à la production d'un bruit de souffle.

Quoi qu'il en soit, je ne considérai pas la guérison obtenue tant que ce bruit de souffle persistait ; je pouvais toujours craindre, malgré l'*apparence active* des caillots, que l'effort du sang ne dissociât les parties coagulées. Je fis alors faire une séance de compression, que l'on prolongea jusqu'à ce que tout bruit de souffle eût disparu à ce niveau ; elle dura trois heures. Le lendemain, je reconnus que non-seulement l'oblitération du sac était complète, mais que le caillot remontait jusque dans l'artère elle-même ; les collatérales récemment développées étaient complétement oblitérées. Depuis lors, elles n'ont pas reparu ; la circulation s'est rétablie par des collatérales venues de plus haut et plus profondes ; il nous a été impossible de les sentir.

Ces divers phénomènes se sont succédé sans amener le moindre accident. Il n'y a eu que quelques fourmillements, des tiraillements dans les muscles de la jambe, dans le creux poplité, et un peu de refroidissement du membre pendant les quatre premiers jours. La circulation s'est si régulièrement établie, que la gangrène ne m'a paru à aucun moment menaçante.

La compression a été très-bien supportée ; elle a été faite avec beaucoup de précision par les aides que j'avais chargés de ce soin (MM. Lépine, Magnien, Tripier, V. Ollier, internes des hôpitaux).

Le malade fut retenu au lit quelques jours encore. Le 1er janvier, il marchait sans douleur dans son appartement. Quelques jours après, il sortit sans mon autorisation, et fit une course de plus de 2 kilomètres ; malgré cette imprudence, tout a été de mieux en mieux.

J'ai revu le malade aujourd'hui 20 mars, c'est-à-dire trois mois et onze jours après le début de la compression, et trois mois après l'oblitération complète de l'anévrysme.

La tumeur a depuis lors diminué constamment de volume ; elle n'est pas aujourd'hui le tiers de ce qu'elle était avant le traitement. Elle forme une masse allongée, fusiforme, allant de l'anneau du troisième adducteur à l'arcade du soléaire. Elle est très-dure ; il n'y a pas le moindre battement ; les artères collatérales que nous avions constatées un moment sur le sac sont restées oblitérées. Le membre a la même température que celui du côté opposé ; l'œdème qui existait avant la compression a presque tout à fait disparu ; les mouvements de flexion de la jambe sont de plus en plus libres ; la flexion, sans être aussi complète que du côté opposé, dépasse l'angle droit. M. T... a fait une course de 3 kilomètres aujourd'hui, et n'est nullement fatigué ; il marche, du reste, la plus grande partie de la journée, prétendant qu'il se fatigue moins en promenant qu'en restant assis. Il ressent quelquefois cependant une fatigue subite avec quelques tiraillements dans la jambe ; mais il s'assied un instant, tout disparaît.

Les artères tibiale postérieure et pédieuse ne présentent aucun battement.

La guérison de cet anévrysme se rapproche beaucoup, par l'absence d'accidents, de certains cas de cure spontanée. C'est là, du reste, un des avantages de la compression indirecte, comme l'a si bien démontré M. Broca. Cette méthode est éminemment physiologique, c'est-à-dire qu'elle imite mieux que toutes les autres le mécanisme que la nature emploie pour l'oblitération des poches anévrysmales. Mais parmi les procédés de compression indirecte, aucun ne me paraît égaler la compression digitale ; le doigt est aussi puissant que les autres compresseurs, et n'a pas leurs inconvénients. J'aurais, du reste, qu'à rappeler ici les conclusions du mémoire de M. Verneuil (*Gazette hebdomadaire*, 1857). L'observation que je viens de rapporter me paraît une confirmation des idées exprimées dans cet important travail, qui a été le point de départ des tentatives faites en France en faveur de la compression digitale.

(1) Je ferai remarquer, d'autre part, qu'un véritable anévrysme fusiforme n'est pas favorable pour une coagulation rapide. (V. Broca, *Des anévrysmes*.) C'était probablement un anévrysme sacciforme avec prolongement inférieur.

M. Ollier, on le voit, ne s'est pas borné à une narration claire et complète de ce fait remarquable ; il y a joint des réflexions judicieuses sur toutes les particularités dignes de discussion. Mon rôle de rapporteur se trouve par là fort simplifié.

En envoyant son travail, notre confrère sollicite l'honneur d'être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant ; c'est avec grand plaisir que je me rends l'interprète de ce vœu. Les beaux travaux de M. Ollier sur l'histologie des productions accidentelles, sur les fonctions du périoste, sur l'ostéoplastie, sur les sections métalliques, et différents points de chirurgie ou de médecine opératoire, marquent d'avance sa place parmi nous.

Voici donc les conclusions que j'ai l'honneur de vous soumettre :

1° Adresser des remercîments à l'auteur ;

2° Insérer textuellement son observation dans nos *Bulletins ;*

3° Inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 7 juillet, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins et pharmacien militaires du corps expéditionnaire du Mexique dont les noms suivent :

Officier : M. Coindet, médecin-major de 1re classe.

Chevaliers : M. Clary, médecin aide-major, et M. Thomas, pharmacien aide-major de 1re classe.

— M. le docteur Paul Gentil, ancien chirurgien militaire, ancien médecin des hôpitaux civils et des prisons, est mort à Boulogne (Seine), le 30 juin dernier, à l'âge de soixante-huit ans.

En 1837, M. Gentil avait entrepris, avec la collaboration des médecins les plus distingués de cette époque, un *Dictionnaire des études médicales pratiques*, qui devait former huit volumes. Des circonstances malheureuses l'obligèrent de suspendre cette publication, qui s'est arrêtée au quatrième volume.

Plus tard, il publia une traduction du *Traité des maladies des femmes*, de Gunning S. Bedford, professeur d'obstétrique à l'Université de New-York. Il avait souvent écrit dans les journaux de médecine, et surtout dans le *Correspondant médical*, édité à Ath (Belgique).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Conférences sur l'empirisme, faites à la Faculté de médecine de Paris, par le professeur TROUSSEAU. Grand in-8°. Prix : 1 fr. 50 c.

Recherches cliniques sur les maladies du cœur, d'après les leçons de M. le professeur BOUILLAUD, par le docteur AUBURTIN, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, précédées de considérations de philosophie médicale, par le professeur BOUILLAUD. Un volume in-8°. Prix : 3 fr. 50 c.

De la conservation des traits du visage dans l'embaumement, par le docteur SUCQUET, lauréat de l'Académie des sciences, chevalier de la Légion d'honneur. In-8°. Prix : 1 fr. 50 cent. *franco* par la poste. Paris, 1862.

Ces trois ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole de Médecine.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guerison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 82. — MARDI 15 JUILLET 1862. (35e ANNÉE.) N° 82. — MARDI 15 JUILLET 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Arrêté et instructions pour l'accomplissement du stage dans les hôpitaux. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Beau). De l'angine de poitrine. — Sur la nature des taches ou macules noires de la muqueuse gastrique chez les sujets morts de la fièvre jaune. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 7 juillet. — FEUILLETON. La Vie et ses attributs dans leurs rapports avec la philosophie, l'histoire naturelle et la médecine.

PARIS, LE 15 JUILLET 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question des mariages consanguins paraît être dans ce moment l'objet d'une assez grande préoccupation de la part de quelques médecins hygiénistes. Nous rappelions il y a peu de jours, à l'occasion du mémoire de M. Boudin sur ce sujet, l'intéressant ouvrage de M. Devay. Aujourd'hui, M. le docteur Brochard (de Nogent-le-Rotrou) adresse à l'Académie une note confirmative des idées émises dans le travail de M. Boudin et dans le livre de M. Devay.

D'un autre côté, un médecin anglais, le docteur Gilbert W. Child, vient de publier récemment dans un recueil médical un travail dont les conclusions diffèrent sensiblement, sans leur être toutefois complétement opposées, de celles de nos savants confrères. C'est une question trop importante pour la trancher en passant. Nous saisirons l'occasion d'y revenir après en avoir mûrement étudié les principaux éléments.

M. le docteur Guyon a communiqué à l'Académie une note sur la nature des taches ou macules noires de la muqueuse gastrique chez les sujets morts de la fièvre jaune. A raison de son intérêt d'actualité, nous reproduisons cette note textuellement.

Nous signalerons parmi les autres travaux de cette séance les observations de M. L. Corvisart, sur le suc gastrique et les peptones et leur action sur la lumière polarisée, comme renfermant des éléments utiles au diagnostic ainsi qu'à l'étude physiologique du diabète. — Dr Brochin.

Dans notre numéro du 8 juillet nous avons reproduit le décret rendu sur le stage dans les hôpitaux; nous mettons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs l'arrêté ministériel qui règle l'accomplissement de ce stage, et l'instruction qui en expose le mode d'exécution.

Arrêté portant règlement pour l'accomplissement du stage dans les hôpitaux, exigé des étudiants en médecine par le décret du 18 juin 1862.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le décret du 18 juin 1862, qui règle les conditions du stage dans les hôpitaux exigé des aspirants au doctorat en médecine et au titre d'officier de santé, et vu notamment l'article 7 dudit décret ainsi conçu :

« Un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes détermine les dispositions réglementaires propres à assurer l'exécution du présent décret ; »

Vu l'arrêté du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique en date du 12 décembre 1861, pris sur l'avis du conseil de surveillance, et approuvé par le préfet de la Seine, arrêté qui fixe la nomenclature des établissements spécialement désignés pour le stage des élèves de la Faculté de médecine de Paris;

Arrête :

ART. 1er. Chacune des années du stage dans les hôpitaux imposé par le décret du 18 juin 1862 aux étudiants des Facultés de médecine et des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, se composera, déduction faite des vacances, de dix mois complets de service effectif, et commencera régulièrement le 1er novembre, pour se continuer sans interruption jusqu'au 31 août inclusivement.

Les stagiaires seront libres de tout service dans les hôpitaux pendant les mois de septembre et d'octobre, de telle sorte que le premier trimestre de l'année régulière de stage comprendra seulement les mois de novembre et de décembre, et le dernier trimestre les mois de juillet et d'août.

ART. 2. Tout étudiant en médecine ne pourra, dans la période de ses études, pendant laquelle il est soumis à l'obligation du stage, être admis à prendre, au commencement de chaque trimestre, une inscription près la Faculté ou l'École préparatoire à laquelle il appartient, que sur le vu des pièces suivantes :

1° Un certificat de l'Administration des hospices constatant que l'étudiant a été inscrit dans les dix derniers jours du mois précédent comme stagiaire dans un hôpital pour y commencer son service au premier jour du présent trimestre;

2° Les deux certificats du directeur de l'hospice et du chef de service prescrits par l'article 4 du décret du 18 juin 1862, et constatant l'accomplissement régulier du stage pendant le trimestre écoulé.

Les deux derniers certificats, qui doivent rester au dossier de l'étudiant, seront adressés directement, à la fin de chaque trimestre, par l'Administration des hospices, au doyen de la Faculté ou au directeur de l'École préparatoire, avec la liste complète des élèves stagiaires attachés aux hôpitaux pendant le trimestre dont il s'agit.

Le certificat du chef de service attestera la manière dont le service a été rempli au point de vue médical. Le certificat du directeur de l'hospice constatera que l'élève a rempli son service avec assiduité et exactitude, et s'est conformé aux dispositions d'ordre intérieur déterminées par l'administration des hospices.

En cas d'interruption de service pendant le cours du stage pour cause de maladie ou d'empêchement légitime, le ministre statuera sur les rapports simultanés de l'Administration des hospices et du doyen de la Faculté ou du directeur de l'École préparatoire, rapports qui lui seront transmis par le recteur de l'Académie avec son visa personnel.

ART. 3. Les dispositions de l'article précédent sont rigoureusement applicables aux internes et aux externes en cours d'études, en tenant compte toutefois des dispositions de l'art. 5 du décret du 18 juin 1862, spéciales à cette catégorie d'étudiants.

ART. 4. Les stagiaires ne pourront être admis à faire compter comme temps de stage accompli conformément aux prescriptions du décret du 18 juin 1862, que chacun des trimestres pendant lesquels ils auront suivi simultanément le cours régulier de leurs études en prenant une inscription près la Faculté ou l'École préparatoire à laquelle ils appartiennent.

Les étudiants en médecine qui, au moment où ils vont commencer à être soumis à l'obligation du stage, auront été, au mois d'août, ajournés à leur examen de fin d'année, devront néanmoins, dans la prévision où ils répareraient cet échec au mois de novembre, se faire inscrire comme stagiaires dans les dix derniers jours d'octobre, et commencer leur service en cette qualité dès le 1er novembre, afin de se trouver en mesure, en cas de succès dans leur nouvel examen, de prendre leur inscription de novembre.

ART. 5. Le stage prescrit par le décret du 18 juin 1862 ne peut être accompli que dans les hôpitaux qui, par leur nature, offrent aux stagiaires les moyens d'acquérir une instruction pratique *générale* en harmonie avec les études faites dans les facultés et les écoles. Sont nécessairement exclus de cette catégorie les hospices et établissements spéciaux tels que les asiles d'aliénés, les hospices consacrés exclusivement aux vieillards, aux incurables, aux enfants assistés, aux accouchements, les prisons, etc.

ART. 6. Conformément à l'arrêté, ci-dessus visé, du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, les établissements spécialement désignés pour le stage des élèves de la Faculté de médecine de Paris sont les hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, les Cliniques, les Enfants malades, Necker, Cochin et l'hôpital du Midi.

Toutefois les élèves pourront, *sur leur demande expresse et motivée*, être attachés en qualité de stagiaires par l'administration de l'Assistance publique aux hôpitaux de Lourcine, Sainte-Eugénie, Saint-Antoine, Saint-Louis, Lariboisière, Beaujon, et à l'infirmerie de l'hospice de la Vieillesse (femmes).

ART. 7. Pour leur première année de stage, les élèves de la Faculté de médecine de Paris qui auront obtenu à leur examen de fin de deuxième année la note *extrêmement* ou *très-satisfait* seront appelés à choisir, parmi tous les établissements spécifiés au 1er et au 2e paragraphe de l'article précédent, celui auquel ils désirent être attachés.

Ceux qui auront eu une note inférieure à la note *très-satisfait* seront distribués par l'administration de l'Assistance publique suivant les besoins du service, et *autant que possible suivant la valeur de leur note d'examen*, dans les établissements spécialement désignés au premier paragraphe de l'article précédent. Ils pourront, d'ailleurs, *s'ils le demandent*, être attachés aux établissements compris dans le deuxième paragraphe.

Pour leur deuxième année de stage, les élèves de la Faculté de médecine de Paris qui auront obtenu dans leur examen de fin de troisième année une note supérieure à la note *passable*, pourront choisir, parmi tous les établissements spécifiés au premier et au deuxième paragraphe de l'article précédent, celui auquel ils désirent être attachés. Les élèves qui n'auront eu que la note *passable* resteront à la disposition de l'administration de l'Assistance publique pour être distribués dans les établissements spécialement désignés au premier paragraphe de l'article précédent, et pourront, *s'ils le demandent*, être attachés aux établissements compris dans le deuxième paragraphe.

ART. 8. MM. les recteurs des académies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 1er juillet 1862. ROULAND.

Instruction pour l'exécution du règlement sur le stage dans les hôpitaux exigé des étudiants en médecine par le décret du 18 juin 1862.

Paris, le 10 juillet 1862.

Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous adresser ampliation de l'arrêté en date du 1er juillet 1862, portant règlement pour l'accomplissement du stage dans les hôpitaux imposé désormais aux étudiants en médecine, par le décret du 18 juin 1862. Je ne saurais trop vous recommander de bien vous pénétrer des dispositions de cet arrêté, dont la scrupuleuse exécution n'intéresse pas moins les administrations des hospices que les Facultés et Écoles de médecine.

Aux termes de l'article 1er, l'année de stage se compose de dix mois; elle commence au 1er novembre et se termine au 31 août. Deux mois de vacances sont accordés aux stagiaires.

FEUILLETON.

La Vie et ses attributs dans leurs rapports avec la philosophie, l'histoire naturelle et la médecine (1).

Sous ce titre : *Il est faux de dire que l'âme pensante n'a rien à faire avec les opérations de la vie*, nous avons publié, il y a trois ans, un chapitre de l'ouvrage sur *la Vie et ses attributs*, que M. Bouchut va faire paraître dans quelques jours. Nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur communiquant d'avance la préface de ce livre.

En considérant la métaphysique de la vie comme une rêverie indigne des esprits sérieux, et en voulant annihiler la psychologie par la physiologie pour suivre les voies de l'empirisme, la médecine s'est engagée dans une voie funeste, semée d'écueils, d'où elle ne pourra sortir que par un sincère retour à de plus saines doctrines. Intimement liée aux sciences positives, telles que la chimie, la physique, l'hydraulique, la mécanique, l'anatomie, l'histologie, etc., par les éléments si précieux d'analyse qu'elle a su y trouver et qu'elle en retirera toujours, il faut avouer qu'elle reste entièrement conjecturale pour tout ce qui appartient à l'étude du principe des fonctions de la vie, des causes de leurs dérangements et des moyens à employer pour rétablir leur exercice s'il a été troublé par une maladie. Là, on peut le dire, elle relève surtout de la sagacité du disciple, et celui qui l'exerce sait qu'il n'a pas de règle fixe, précise, invariable pour diriger sa conduite, puisqu'il est avéré que chaque individu apporte avec lui une manière d'être, ou idiosyncrasie, souvent difficile à connaître, et qui modifie plus ou moins le conflit habituel de son être avec le monde extérieur. On en peut faire une science physique lorsqu'on ne l'envisage que par ses détails, mais par ses principes c'est une science morale dont la précision et l'importance reposent sur la détermination exacte des attributs de la vie et de la nature de l'homme. Sans cette étude, elle n'a qu'un objet évidemment très-restreint et elle n'a d'autre portée que celle de l'empirisme pharmaceutique; pour elle tout se borne à une simple constatation des phénomènes chimiques ou mécaniques de l'organisation, à l'étude des lésions organiques dégagées de leurs causes occasionnelles, et indépendamment de leur nature, regardée comme impénétrable. A quel titre, en effet, la médecine pourrait-elle prétendre expliquer tout ce qui se rattache aux dérangements de la vie et à la nature de l'homme, si elle ne connaît ni l'une ni l'autre, et surtout si elle professe ouvertement le plus grand dédain pour la détermination de ce point de départ indispensable? C'est absolument comme si un mécanicien avait la prétention de remédier au retard d'une montre sans en connaître le mécanisme, en se bornant à avancer, à reculer ou à extraire les aiguilles.

La science de la vie est le point de départ obligé de toute recherche médicale, et il est à regretter qu'elle se soit systématiquement et volontairement perdue dans les décombres de l'organisation qu'elle avait pour but de faire connaître. Elle a lâché sa proie pour l'ombre. Égarée dans les détails de la composition des tissus, et de leurs principes médiats et immédiats, de la structure de leurs éléments anatomiques, de la conformation et du mécanisme des organes, des propriétés organiques et de l'histoire naturelle des fonctions, elle a trop négligé l'étude de l'ensemble, c'est-à-dire des lois générales de l'être organisé. Sans guide au milieu des innombrables documents amassés par la patience des observateurs, et incapable de les grouper méthodiquement, elle marche un peu à l'aventure au travers de ses connaissances acquises. La bonne route semble perdue pour elle. Comme ces fourmis montées sur les plus hautes feuilles de la cime d'un arbre et qui cherchent en vain par mille détours à revenir sur la tige, les organiciens perdus dans la diversité des éléments de la vie et dans le monde des corpuscules invisibles ne savent comment revenir à leur point de départ. Sacrifiant tout au fait, rien aux principes, il semble que le fil conducteur soit tombé de leurs mains, car absorbés dans leurs recherches spéciales, la vue de l'ensemble les importune et leur apparaît presque comme un monde nouveau. On ne saurait trop déplorer les conséquences de cette méthode, car si l'observation attentive de la structure et du mécanisme des êtres vivants est indispensable aux progrès de la science médicale, la raison qui éclaire ces observations, qui les classe et qui en déduit les lois générales, n'est pas moins nécessaire à la grandeur de l'œuvre scientifique;

(1) Un vol. in-12. Prix, 3 fr. 50 c. Paris, 1862, J. B. Baillière et fils, éditeurs.

Pendant le cours de l'année, le service des stagiaires dans les hôpitaux ne peut souffrir aucune interruption; il doit commencer dès le premier jour de chaque trimestre et se continuer jusqu'au dernier jour inclusivement. La durée de ce service est donc de soixante jours pour le premier trimestre (novembre et décembre), ainsi que pour le dernier (juillet et août), et de quatre-vingt-dix jours pour chacun des deux autres trimestres. Si cette condition n'est pas remplie, les certificats spécifiés à l'article 2, et dont la justification est indispensable pour qu'un élève stagiaire soit admis à prendre ses inscriptions près la Faculté ou l'École à laquelle il appartient, seront refusés.

En cas d'interruption de service pour cause légitime, c'est au ministre seul qu'il appartient de statuer, sur les rapports simultanés de l'Administration des hospices et du doyen de la Faculté, ou du directeur de l'École préparatoire, rapports que vous me transmettrez avec votre avis personnel.

Il importe que, pour ces diverses dispositions, il y ait l'entente la plus complète entre les administrations de nos Écoles et les administrations des hospices, afin que l'obligation du stage ne puisse jamais devenir illusoire.

Il ne suffit pas que l'élève stagiaire fasse acte de présence assidue à l'hôpital; il doit prendre une part active et dévouée aux soins donnés aux malades, en se conformant aux dispositions d'ordre intérieur déterminées par l'Administration des hospices; ce n'est qu'à cette condition que nos élèves pourront acquérir réellement l'expérience et l'instruction pratique qui doivent résulter de l'accomplissement du stage. L'exigence *simultanée* des deux certificats, l'un du chef de service, l'autre du directeur de l'hospice, rédigés dans le sens indiqué par l'article 2, a précisément pour but d'assurer toutes les garanties que l'on peut désirer à cet égard.

Le décret du 18 juin 1862, en attachant le stage aux deux dernières années d'études, soit pour les aspirants au doctorat, soit pour les aspirants au titre d'officier de santé, a voulu que pendant ces dernières années le stage fût le corollaire et le complément de l'enseignement de l'École, afin que les études théoriques et les études pratiques pussent se compléter et s'éclairer mutuellement.

Il a voulu, en outre, que pendant cette période le stage et la scolarité fussent tellement inséparables, que l'accomplissement régulier de l'un devînt la garantie de l'accomplissement régulier de l'autre. Les dispositions de l'article 4 du présent règlement réalisent ces intentions, en ne faisant compter aux étudiants comme temps de stage que les trimestres pendant lesquels ils ont pris régulièrement leurs inscriptions.

Pour que le stage produise tous ses fruits, il est indispensable qu'il n'ait lieu que dans les hôpitaux qui, par leur nature, offrent aux stagiaires les moyens d'acquérir une instruction pratique *générale* en harmonie avec les études faites dans les Facultés et les Écoles. Aussi l'article 5 exclut-il avec raison les hospices et établissements consacrés à des spécialités dont l'étude sera réservée avec bien plus d'utilité pour l'époque où la scolarité sera terminée.

Le grand nombre d'hôpitaux, de situations si diverses, qui peuvent offrir aux stagiaires de la Faculté de médecine de Paris des conditions plus ou moins favorables, pouvait être une cause sérieuse de difficultés. Or, grâce au concours si empressé et si éclairé que M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a bien voulu prêter en cette circonstance à mon administration, ces difficultés ont pu être résolues, par les dispositions des articles 6 et 7, de la manière la plus heureuse dans l'intérêt des facilités offertes aux jeunes gens et dans l'intérêt du service des études.

Bien que les dispositions des deux articles dont il s'agit soient spéciales à la Faculté de médecine de Paris, elles peuvent néanmoins servir de règle pour les grands centres qui offriraient des conditions analogues.

Veuillez, Monsieur le Recteur, vous concerter à l'avance, pour assurer l'exécution du présent règlement, avec MM. les chefs des écoles médicales de votre ressort et avec les administrations des hospices placées près de ces écoles. Je vous envoie un certain nombre d'exemplaires de mon arrêté destinés aux écoles médicales et aux administrations des hospices.

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De l'angine de poitrine.

On donne ce nom à une maladie grave caractérisée par les symptômes suivants :

Dyspnée intense localisée dans la région du cœur et derrière le sternum, accompagnée de palpitations et d'une sensation de douleur variable qui s'irradie de la région rétro-sternale dans les épaules et dans le bras gauche. La face est altérée, le pouls est modifié sous le rapport du rhythme et surtout du volume, qui est toujours diminué. Pendant tout le temps que durent ces symptômes, le malade a un sentiment d'inquiétude et le pressentiment d'une fin immédiate.

Cette collection de symptômes arrive tout à coup et finit de même, après avoir duré de quelques minutes à une demi-heure environ; elle est provoquée surtout par la marche sur un plan incliné. Dans l'intervalle des accès, le malade peut vaquer à ses occupations. Il finit par succomber à cette maladie comme il l'avait pressenti. Il meurt tout à coup, soit dans un accès, soit dans l'intervalle des accès.

Tel est le tableau raccourci et classique de l'angine de poitrine; mais tel qu'il est, ce tableau représente une maladie fort rare, car je ne l'ai vue ainsi que trois ou quatre fois. Je pense que pour mieux connaître toute la vérité à ce sujet, il est bon de distinguer dans cette description abrégée les symptômes qui peuvent manquer, c'est-à-dire les symptômes accessoires, des symptômes essentiels ou radicaux de l'angine de poitrine.

Symptômes accessoires. — Parmi les symptômes qui peuvent manquer, il faut compter les palpitations, qui sont loin d'être ordinaires dans cette maladie. Il en est de même de l'irradiation névralgique dans le bras gauche, qui, pour beaucoup de médecins, est à tort le cachet caractéristique de l'angine de poitrine. Tantôt cette douleur occupe le bras gauche, tantôt le bras droit, tantôt les deux bras, tantôt seulement les épaules; tantôt enfin elle est absolument nulle; quelquefois le malade ne peut ni marcher ni parler.

L'attaque n'est pas nécessairement déterminée par la marche sur un plan incliné; elle peut survenir à l'occasion de tout mouvement, de tout effort; elle arrive quelquefois dans le calme le plus parfait, par exemple, la nuit, quand le malade repose dans son lit. Enfin les attaques ne se répètent pas nécessairement plusieurs fois. On voit des personnes succomber à la première ou à la seconde attaque. Combien d'individus qui passent dans le monde pour être morts d'une apoplexie foudroyante ou d'anévrysme, ont succombé à une première attaque d'angine de poitrine (Rillet)!

Enfin, ajoutons que cette maladie n'est pas nécessairement mortelle. Il y a des personnes qui après en avoir été affectées pendant quelque temps, et qui ne se trouvant plus dans les mêmes conditions, voient leurs attaques disparaître. Nous en citerons quelques exemples plus loin.

Symptômes radicaux. — Les symptômes caractéristiques de l'angine de poitrine sont un sentiment d'angoisse plus ou moins intense à la région du cœur avec ou sans irradiation douloureuse dans le thorax, dans le cou et dans les membres. Il faut y ajouter une altération manifeste de la face et une diminution souvent considérable du volume du pouls, qui peut être inégal ou irrégulier. Enfin, on doit noter encore un sentiment profond de terreur de la part du patient, qui craint de succomber tôt ou tard dans une attaque.

Les symptômes radicaux et accessoires de l'angine de poitrine indiquent visiblement une lésion fonctionnelle du cœur, qui est enrayé dans son action d'une manière intermittente. Par conséquent, cette maladie, que jusqu'à présent on a nommée *angine de poitrine*, est à vrai dire une angine du cœur.

Pour mieux comprendre cette nature cardiaque de l'angine de poitrine, voyons ce qui se passe chez les malades atteints d'une maladie organique du cœur.

Supposons un individu atteint de maladie du cœur dans un état assez avancé d'asystolie, c'est-à-dire d'enrayement de la circulation. Cet homme présente entre autres symptômes une dyspnée de médiocre intensité, avec le pouls petit et une altération particulière de la face. Eh bien, ce malade a des exacerbations passagères de son désordre asystolique, survenant soit spontanément, soit surtout quand il veut marcher ou monter un escalier. Il éprouve alors un sentiment profond d'angoisse et de dyspnée dans la région sterno-cardiaque; le pouls devient plus petit, quelquefois insensible; la face est profondément altérée et exprime tout à la fois la souffrance et l'inquiétude.

Avec ces derniers symptômes, qui sont, comme on le voit, les symptômes radicaux de l'angine, il y a de plus, suivant les individus, des symptômes en tout semblables aux symptômes accessoires de la maladie que je viens de nommer. Ainsi on peut observer alors des palpitations; on peut parfaitement aussi observer des irradiations douloureuses. Que l'on interroge à ce sujet plusieurs malades affectés de lésions organiques du cœur avec asystolie continue, et qui, malgré leur dyspnée permanente, veulent marcher ou monter, ils diront qu'au bout de quelques pas ils ressentent une telle augmentation dans leur dyspnée, qu'il leur est impossible d'avancer et même de parler; ils diront aussi qu'ils éprouvent une sensation douloureuse, qui, ayant le cœur pour point de départ, s'irradie dans différentes directions, et se porte, suivant les individus, dans le tronc, dans la tête ou dans les membres, et même quelquefois dans toutes ces parties en même temps.

Par conséquent, tout individu affecté d'une maladie dite organique du cœur, présente les symptômes de l'angine de poitrine s'il veut se forcer à marcher.

Si dans les cas si ordinaires que je viens de rappeler, des personnes atteintes de maladie organique du cœur, il y a un surcroît d'asystolie survenant soit spontanément, soit à la suite d'un exercice musculaire, et donnant lieu à une angoisse profonde, avec petitesse du pouls et irradiations névralgiques, on est conduit à admettre que les mêmes symptômes qui constituent l'attaque d'angine de poitrine sont dus à une asystolie intense et intermittente.

Quelques auteurs, et entre autres Biera, Schaffer et Jahn, pensent que l'angine de poitrine est le résultat d'une paralysie incomplète du cœur. Or qu'est-ce que c'est qu'une paralysie incomplète du cœur, sinon une asystolie?

En dehors de cette raison d'autorité, d'autres faits pathologiques achèveront de nous montrer que l'angine de poitrine est un enrayement des mouvements du cœur.

Beaucoup d'auteurs, se basant sur l'observation nécroscopique, ont présenté l'origine comme une lésion symptomatique liée à une altération anatomique du cœur.

Ainsi Fothergill pensait que cette affection était due à un état graisseux du cœur, d'autres à l'ossification des artères coronaires, quelques-uns à l'inflammation de l'origine de l'aorte. Enfin l'on admet généralement depuis Vall de Worcester, que l'angine peut se rencontrer dans les cas de lésions valvulaires du cœur, dans les cas de dilatation, d'hypertrophie, etc.

Voilà donc le cœur très-souvent altéré anatomiquement dans l'angine de poitrine; pourquoi ne pas reconnaître que les phénomènes de l'angine sont les symptômes d'un enrayement de la contractilité du cœur, quand nous voyons ces phénomènes ressembler à ceux qui caractérisent l'asystolie dans les maladies organiques du cœur avec dyspnée continue?

Si jusqu'à présent on n'a pas fait ce rapprochement si naturel, cela tient à la raison suivante :

Un caractère important de l'angine de poitrine telle qu'on l'a comprise jusqu'à présent, était que l'angoisse par laquelle elle se manifeste ne durât qu'un temps assez court, et que dans l'intervalle des attaques d'angine, le patient fût libre de toute sensation dyspnéique et pût vaquer à ses occupations. Le fait de franche intermittence donnait ici un cachet tout particulier à la maladie, et l'on était pour cette raison très-éloigné de retrouver la même collection de symptômes, se présentant comme phénomènes d'aggravation passagère, chez les malades qui sont affectés d'une maladie du cœur avec asystolie continue, et qui ont en même temps de la bouffissure, de l'hydropisie, etc.

On donnait à ces dernières aggravations asystoliques le nom de *suffocations passagères* des maladies du cœur, et on réservait le nom d'attaques d'angine aux mêmes symptômes, quand ils étaient séparés par des intervalles exempts de tout malaise dyspnéique, quel que fût l'état anatomique du cœur.

Cependant il y a un autre fait d'observation qui montre un nouveau lien d'assimilation entre l'angine de poitrine et les maladies du cœur avec dyspnée continue, c'est que dans l'un et

---

c'est la tige d'où sortent toutes nos connaissances et le centre où elles doivent toutes revenir.

Tout le monde n'a pas, à beaucoup près, le même sentiment sur l'importance de l'étude du principe et des conditions premières de la vie. Indifférence ou scepticisme, il y a des savants qui dédaignent ces recherches et qui considèrent comme perdu le temps qu'on y pourrait consacrer. D'autres, au contraire, penseurs plus profonds, ne craignent pas d'y réfléchir, et au milieu de leurs préoccupations, de leurs soucis, de la lutte absorbante des intérêts matériels, on les voit s'inquiéter du problème de la vie, et chercher à pénétrer le redoutable mystère de l'existence humaine. C'est à ces derniers que je m'adresse plus particulièrement, comme à des amis qu'une communauté d'opinion rassemble et qui sont heureux de s'entretenir d'un sujet qui les préoccupe. Qu'est-ce que la vie ?... Quel est son principe et sa fin ?... Pourquoi l'humanité ?... Que sommes-nous et quelle est notre destinée ?... Qu'est-ce que la mort ?... Telles sont les questions que j'ai voulu aborder à mon tour, après vingt années d'exercice et d'enseignement libre de la médecine, éternelles questions agitées de tout temps par la philosophie, destinées peut-être à rester toujours indécises, mais sur lesquelles la poésie, la science et la foi ne pourront jamais se taire. Quoi qu'on fasse pour les éloigner de l'esprit des générations, au nom d'un rigorisme scientifique difficile à justifier, on n'y pourra réussir, car elles offrent un puissant attrait pour les âmes soucieuses de la dignité humaine, inquiètes de leur présent, incertaines de leur avenir, et désireuses d'une conclusion qui assure leur repos. Malheureusement, comme l'ombre s'évanouit sous la main qui veut la prendre, la solution désirée recule souvent à mesure qu'on approche, et à l'ardeur des premières convictions déçues succèdent quelquefois la négation, le doute ou le découragement. Sans avoir la prétention de résoudre complètement des problèmes qui ont usé les plus grandes intelligences, j'ai voulu, dans la mesure de mes forces et avec les données de la science actuelle, apporter quelques éléments nouveaux dans la discussion. Également éloigné de la métaphysique qui substitue des hypothèses à l'observation, et d'un sensualisme exclusif des droits critiques de la pensée, j'ai entrepris cette analyse de la vie, de ses attributs, de ses lois générales pour arriver à l'homme, et là, j'ai voulu démontrer par de nouvelles preuves l'existence d'une force modifiant l'activité de la matière, celle du principe de l'identité des êtres et de la responsabilité individuelle mis en doute, l'influence réciproque du physique et du moral inconsidérément confondus, enfin la loi nosologique qui, attribuant *les maladies à des impressions transformées*, fait de la thérapeutique *l'art de provoquer des impressions curatives susceptibles de neutraliser les impressions morbides*.

La séparation qui s'est faite entre la philosophie et la médecine dès l'origine des connaissances humaines, à l'occasion du principe de la vie, n'est pas près de cesser. Deux opinions contradictoires sont ici en présence. La première, qui est celle de Zénon, d'Épicure, de Lucrèce, d'Asclépiade, du Sylvius, de Borelli, de Broussais, de Cabanis, etc., etc., représente la matière par elle-même active, seule cause de tous les phénomènes de la nature, et pour ces philosophes la vie n'est qu'un effet de cette activité. Dans l'autre, au contraire, la vie est un principe d'activité de la matière, une force qui la sollicite à des actes particuliers, enfin une cause des premiers phénomènes de l'être vivant en dehors de toute qualité de structure. C'est celle que nous nous proposons de défendre. Elle a pour elle l'autorité de Platon, d'Hippocrate, d'Aristote, de Galien, de Paracelse, de Van Helmont, de Stahl, de Grimaud, de Bordeu, de Barthez, de Frédéric Bérard, de Lordat, etc. Seulement, ici, une difficulté sérieuse que nous ne chercherons pas à dissimuler se présente : quelle est la nature de ce principe désigné tour à tour par les noms de *nature*, d'âme, d'entéléchie des corps organisés, d'archée, de principe vital, de ferment, etc. ? Nous n'essayerons pas de le dire, ou du moins nous n'en parlerons qu'avec la plus grande réserve, et en établissant la subordination de ce principe à la puissance supérieure d'où relève la conscience et le libre arbitre de l'homme. Mais si une découverte de ce genre peut satisfaire une curiosité bien légitime, elle n'est pas indispensable à la démonstration de l'existence du principe vital qui s'affirme lui-même par ses effets particuliers. Ce serait quelque chose, sans doute, d'établir que ce qu'on appelle le principe de la vie est un *ferment* auquel l'air, l'eau, la matière et la chaleur, les quatre éléments de l'antiquité, sont nécessaires; qu'elle offre les caractères de toute *fermentation* qui est l'absorption d'oxygène, la formation d'acide carbonique avec production de chaleur et la création d'êtres vivants temporaires, destinés eux-mêmes à propager ailleurs la fermentation, c'est-à-dire la vie de l'espèce.

On y arrivera peut-être, et les travaux récents de M. Pasteur laissent entrevoir ce résultat, mais ce n'est encore là qu'une induction capable d'éclairer les voies de l'avenir. Quant à présent, des effets de

l'autre cas on est souvent frappé de mort subite. L'asystolie intense des attaques d'angine et l'aggravation dyspnéique des maladies organiques du cœur deviennent un jour complètes, c'est-à-dire que la systole s'arrête et que l'individu meurt. Quelquefois le patient succombe, comme on le répète, dans l'intervalle des attaques. Cela tient à ce que l'attaque commençant d'emblée par une asystolie complète et mortelle, les symptômes ordinaires ne durent pas assez longtemps pour qu'on puisse dire que l'attaque a eu lieu.

Il n'en est pas moins curieux et vraiment singulier de voir les asystolies intenses et intermittentes se montrer tout à coup sur les cœurs affectés ou non d'état graisseux, d'ossifications artérielles, etc., sans passer par les intermédiaires d'une asystolie médiocre et continue, et sans que l'état de santé générale paraisse notablement altéré entre les attaques, à l'inverse de ce qui se passe dans les maladies ordinaires du cœur, où les accès de suffocation ne sont pas autre chose que les aggravations de la dyspnée continue. C'est justement ce fait de syndrome intermittent et grave tout à la fois, qui donne un cachet particulier à l'angine de poitrine, et qui l'a fait considérer comme une maladie à part pour laquelle on a eu recours à plusieurs explications.

Beaucoup d'auteurs très-recommandables ont regardé l'angine de poitrine comme une névralgie. MM. Desportes, Lartigue, et avant eux Baumes et Laennec, se rattachent à cette opinion, tout en variant sur le nerf qui serait le siége précis de la douleur et de l'angoisse angineuses.

Cette manière de voir peut très-bien se concilier avec ce que j'ai avancé jusqu'à présent. En effet, le cœur frappé d'asystolie subite et distendu par le sang, qui ne peut plus le traverser, est le siége d'une douleur qui affectant ses nerfs, va de là, par voie de communication nerveuse dans différentes directions, dans le thorax, dans le cou, dans la tête, dans les membres. C'est donc une névralgie symptomatique d'une distension passagère des cavités du cœur, névralgie cardiaque tout à fait semblable pour sa cause et son siége à celle qui affecte d'une manière continue ceux qui sont au dernier terme d'une maladie organique du cœur.

Comme on le voit, l'asystolie prime ici la névralgie, qui est consécutive; mais la névralgie ne pourrait-elle pas être primitive? Qu'est-ce qui empêcherait, en effet, qu'il se fît quelquefois une jetée névralgique de nature rhumatismale ou goutteuse sur les nerfs du cœur, névralgie qui serait le point de départ de l'attaque d'angine? Cela n'a rien d'impossible; car on voudra bien remarquer que cette névralgie primitive produira une asystolie tant qu'elle durera, par la même raison que les muscles douloureux, soit par eux-mêmes, soit par les nerfs qui les traversent, exécutent mal et difficilement leurs mouvements. C'est donc par l'asystolie consécutive à la névralgie cardiaque supposée primitive qu'on interprétera la petitesse du pouls qui caractérise les attaques d'angine, et c'est encore par elle portée au plus haut point qu'on comprendra la mort subite qui vient ordinairement terminer cette maladie.

Ainsi on arrive toujours à cette conséquence, que l'angine de poitrine est une asystolie intense et intermittente; car c'est l'asystolie qui fait toute sa gravité. Cette asystolie est ordinairement la cause d'une névralgie cardiaque; d'autres fois elle en serait l'effet.

L'attaque d'angine nous présente la réunion de deux symptômes qui paraissent se contredire, à savoir, les palpitations et la petitesse extrême du pouls. Comment, en effet, comprendre que le pouls soit petit précisément quand le battement ventriculaire, c'est-à-dire le mouvement de systole, est très-fort?

La difficulté serait embarrassante si réellement le battement ventriculaire était constitué seulement par la systole du ventricule, ainsi que le veut la théorie ancienne. Mais, comme je l'ai démontré, le battement ventriculaire est composé tout à la fois d'une ampliation diastolique et d'un retrait systolique qui se succèdent rapidement. C'est la partie diastolique qui à elle seule fait le choc de la région précordiale, et par conséquent le symptôme palpitation.

Il sera bien facile de comprendre maintenant comment on peut avoir tout à la fois un pouls petit et des palpitations notables. C'est que le pouls artériel résultant de la systole du ventricule, comme la diastole ventriculaire ou le pouls ventriculaire résulte, avec le choc précordial, de la systole de l'oreillette, ces deux résultats diastoliques ne dépendent pas de la même force contractile; par conséquent, l'oreillette peut envoyer vivement dans le ventricule une ondée qui le dilatera, et le ventricule ne pas réagir sur cette ondée pour la chasser à l'instant même et complétement dans les artères.

Le sang pourra donc ainsi s'accumuler dans le ventricule, qui s'en trouvera distendu et acquerra par là un volume qui donnera plus d'intensité au choc précordial et aux palpitations résultant de son impulsion diastolique.

Mais peut-on accepter l'hypothèse d'une contraction de l'oreillette plus considérable que la contraction du ventricule? Parfaitement. Quand on extirpe le cœur à un animal vivant et qu'on le met sur une table, on voit les oreillettes se contracter bien plus longtemps que les ventricules. On doit même partir de ce fait de physiologie expérimentale pour démontrer que dans les asystolies qui affectent le cœur il reste toujours plus de vitalité et de contractilité à l'oreillette qu'au ventricule. Ainsi, ce phénomène, au premier abord si contradictoire et si paradoxal, de coïncidence entre un pouls petit et un choc précordial intense, ressortira comme un corollaire pathologique des plus naturels.

Deux mots maintenant du diagnostic de l'angine de poitrine. Ce sera le sujet d'un deuxième article.

SUR LA NATURE DES TACHES

ou macules noires de la muqueuse gastrique chez les sujets morts de la fièvre jaune.

Par M. le docteur GUYON, inspecteur du service de santé.

A part les cas rares où la fièvre jaune se termine par la mort sans avoir offert quelques phénomènes de réaction, cette maladie laisse assez ordinairement, sur la muqueuse de l'estomac, des taches ou macules noires parfaitement dessinées, tranchées. Elle se décèlent à l'observateur avant même l'ouverture de l'organe, à travers la transparence de ses deux autres membranes, la séreuse et la musculeuse. La forme en est variée. Dans cette variété de formes, il en est deux sur lesquelles nous appellerons plus particulièrement l'attention: la forme de points plus ou moins arrondis, qui en est la plus commune, et celle de raies ou rainures pouvant mesurer plusieurs pouces de longueur sur plusieurs lignes de largeur. Cette dernière forme, que rappelle on ne saurait mieux la trace de la cautérisation dite *transcurrente*, occupe surtout la partie supérieure de l'organe ou sa partie cardiaque; elle est bien évidemment déterminée par le rebord des duplicatures de la membrane, rebord qui en est toujours le siége. Les autres formes de macules sont disséminées çà et là sur les autres parties de l'organe indistinctement.

Plus on lave la muqueuse sur laquelle existe la lésion dont nous parlons, plus ressort la couleur noire sur la surface blanc-rosé avec laquelle elle confine et qui l'encadre en quelque sorte. Cette couleur noire s'étend à toute l'épaisseur de la membrane ou tissu muqueux sur lequel elle existe; il en est, par conséquent, le siége tout entier. Ce tissu, ainsi maculé, s'enlève facilement sous forme granuleuse, soit en y passant le dos d'un scalpel, soit en y appliquant à plat un linge de toile quelque peu usé. Dans ce dernier cas, le tissu maculé se reporte et s'empreint sur le linge, rappelant alors, par son aspect, du noir de fumée délayé d'eau.

Les macules dont nous parlons étaient considérées par nos devanciers comme des lésions gangréneuses, comme une gangrène des surfaces muqueuses qu'elles occupent; il en était toujours ainsi il n'y a pas longtemps encore, puisque cette opinion, après avoir été émise par M. Bally, dans son *Typhus d'Amérique* ou fièvre jaune, publié en 1814, a été reproduite par lui, en collaboration de François et Pariset, dans leur *Histoire médicale de Barcelone en* 1821, publiée en 1823.

Les progrès de l'anatomie pathologique ne permettent plus de voir de la gangrène dans la lésion en question; car, outre qu'elle n'en a pas l'odeur *sui generis* et qu'elle n'exhale même aucune mauvaise odeur, les parties sous-jacentes, comme les parties environnantes, n'offrent aucun des caractères d'une inflammation dont la gangrène pourrait être la conséquence. Et disons tout de suite que cette absence d'inflammation préalable à la lésion dont nous parlons, avait déjà frappé un ancien praticien de Cayenne, Bajon, qui voyait pourtant dans cette lésion, avec tous les praticiens de son temps, une lésion de nature gangréneuse.

Que si, à l'époque où nous écrivons, il n'est plus permis de voir, dans les taches ou macules en question, une lésion de nature gangréneuse, que devons-nous y voir? Ceux de nos contemporains qui en parlent se taisent sur ce point.

Selon nous, les macules noires dont nous parlons ont été successivement, pendant la maladie, d'abord des ecchymoses, ou, en d'autres termes, des extravasations sanguines au-dessous de l'épithélium et dans tout le tissu muqueux qu'il recouvre, puis des surfaces *saignantes*, *hémorrhagiques*. Et remarquons en passant que, dans la fièvre jaune, ce n'est pas seulement sur la muqueuse de l'estomac et autres parties des voies digestives qu'on rencontre des ecchymoses: on en rencontre aussi sur la génito-urinaire et sur la séreuse des différentes cavités qu'elle tapisse, cavités péritonéale, pulmonaire, cardiaque et céphalique.

Toutes ces ecchymoses ou extravasations sanguines s'opèrent alors que la réaction qui constitue la première période de la fièvre jaune, après avoir projeté, avec plus ou moins d'impétuosité, le sang dans l'organisme, mais plus particulièrement sur les voies digestives, commence à se ralentir, se ralentit de plus en plus, tombe enfin tout à fait, et que tout l'organisme passe insensiblement sous l'empire des lois physiques. C'est un de ces phénomènes pathologico-physiques dont jusqu'à ce jour on n'a pas tenu assez compte dans l'examen des cadavres, non-seulement dans la fièvre jaune, mais encore dans bien d'autres maladies.

Le passage de l'état d'ecchymose à l'état hémorrhagique, des ecchymoses gastriques, doit s'effectuer alors que leur épithélium, de plus en plus distendu par l'accumulation du sang dans le tissu qu'il recouvre, le tissu muqueux se rompt, se déchire, déchirure à laquelle peuvent concourir des plissements de l'épithélium sur lesquels nous allons bientôt revenir.

De l'accumulation plus ou moins grande du sang dans le tissu muqueux, siége de l'ecchymose, résulte pour celui-ci une transformation en une sorte de détritus ou bouillie noirâtre qui n'est autre que la lésion dont nous parlons. C'est une désorganisation d'une nature particulière qui peut se représenter en même temps sur le derme, alors qu'il s'y trouvait pendant la maladie des surfaces saignantes, telles que plaies de saignées, de sangsues, de vésicatoires et autres plaies récentes, et dont serait propre à donner une idée la surface plus ou moins noire et désorganisée des pustules des sujets morts de variole confluente.

Le détritus ou bouillie dont nous parlons peut manquer totalement, ou seulement en partie, à l'ouverture des corps, et nous en rapporterons ailleurs un exemple fourni par la nécropsie d'un soldat de Lisbonne. C'est lorsqu'elle s'est détachée pendant la vie du tissu sous-jacent, phénomène auquel ne sont sans doute pas étrangers les violents efforts de vomissement qui terminent la scène pathologique. Le ventricule, alors vide et se contractant sur lui-même, fait éprouver aux macules des plissements plus ou moins violents, et qui doivent en provoquer la chute. Par suite de celle-ci, le tissu sous-jacent se trouve entièrement constitué par la membrane ou tunique musculaire, qui apparaît alors sous l'aspect d'une surface dépolie, terne, grisâtre, déprimée, et enceinte par un rebord libre de la muqueuse. Ce rebord a ceci de remarquable qu'il semblerait avoir été comme coupé perpendiculairement à la surface de la membrane, caractère qui ressort plus particulièrement encore du rebord des plus petites macules, de celles qui ne mesureraient, par exemple, que le diamètre d'une lentille plus ou moins forte. Ici, en effet, la portion de membrane faisant défaut paraîtrait avoir été enlevée comme par un emporte-pièce, mode de lésion que rappelle assez bien l'ulcération syphilitique, et dans lequel nous serions dis-

---

la vie sur la matière brute transformée en matière organique, et formant plus tard une organisation distincte, nous concluons un principe indépendant de l'organisation, c'est-à-dire une force extra-organique, avec des attributs généraux qu'on retrouve dans tout ce qui vit et avant l'apparition d'aucun des organes réputés nécessaires à l'entretien des êtres vivants. Ce sont ces attributs généraux, distincts des propriétés organiques, que je veux faire connaître, suivant en cela l'exemple des philosophes qui ont analysé les facultés de l'âme, ou celui des théologiens qui nous ont fait connaître les attributs de Dieu. Il m'a semblé qu'en procédant de cette manière, l'indépendance du principe de la vie apparaissait plus clairement à la pensée, et comme ce genre de démonstration m'a paru nouveau, je me suis décidé, non sans crainte des difficultés de l'entreprise, à publier ces réflexions déjà soumises à l'épreuve de l'enseignement public, dans mes cours à la Faculté de médecine, en 1857, et à l'École pratique dans les années suivantes.

Ce livre de la vie et de ses attributs est destiné aux philosophes, aux naturalistes, aux médecins, et il me paraît surtout devoir intéresser les élèves qui doivent commencer leur carrière médicale par l'étude approfondie de la nature de l'homme.

Il comprend trois parties. La première est une vue d'ensemble relative à l'origine de la vie, à ses lois générales, à sa propagation dans tous les êtres vivants, et elle constitue l'*abrégé des phénomènes physiques de la vie en général*. La seconde renferme l'étude des trois attributs de la vie que je veux faire connaître et qui sont communs à l'homme et à toutes les espèces végétales et animales. Ce sont:

1° La sensibilité inconsciente, ou *impressibilité;* 2° le mouvement par soi-même, ou *autocinésie;* 3° enfin la faculté que possède la matière vivante pour revêtir des formes spécifiques, ou *promorphose*.

C'est l'analyse des différentes opérations de la vie incarnée dans la matière de tous les êtres.

Dans la troisième partie enfin se trouve l'étude de la force vitale, considérée comme une puissance indépendante de l'organisation, constituant l'identité humaine, fondant la responsabilité morale, servant de base à la physiologie et à la médecine, enfin justifiant l'ordre moral et social établi dans le monde, non comme une fantaisie des gouvernements ou une nécessité de l'association de l'homme, mais comme la conséquence des lois naturelles de la création.

Là j'ai dû me servir des données de l'histoire naturelle et de la médecine pour conclure à la philosophie, et pour faire ressortir toutes les conséquences du fait que je venais d'établir. Je ne pouvais me taire sans déserter, ni faire de ces réticences que dans son respect de la vérité la science véritable ne saurait admettre. S'il existe des puissances capables d'entraîner la matière vers une destinée particulière et différente dans chacun des êtres vivants, particulièrement chez l'homme, il n'y a pas plus de mal à le dire qu'à le nier. C'est opposer Platon à Epicure, Hippocrate et Galien à Asclépiade, Buffon à Lucrèce, et ils l'ont été tant de fois déjà, que cela ne peut surprendre aucun philosophe. Si la force vitale implique l'identité physique des êtres conduisant à l'identité morale de l'homme et à sa responsabilité personnelle, pourquoi ne pas le dire? Enfin, si de cette vérité résulte la séparation du physique et du moral, ce dernier ne pouvant jamais être entièrement la conséquence de l'organisation, quel inconvénient y a-t-il à le proclamer? Sans aucune ostentation, j'ai dit à cet égard ce que je crois être la vérité, me plaçant à l'ombre des doctrines que j'ai dû mettre en présence pour les opposer l'une à l'autre sans faire intervenir leurs premiers auteurs, sans incriminer leur caractère et sans prétendre les désigner comme représentant des idées ou des passions qui découlent de ces doctrines et qui ne sont imputables qu'à elles. En écartant les noms propres, on est plus libre dans la discussion, et sans rien perdre de son intérêt, le débat de ces principes de philosophie ancienne, renouvelé par les contemporains, conserve ainsi cette forme élevée et vraiment scientifique où chacun se fait respecter en honorant la personne de ses adversaires.

Ainsi envisagée, l'étude de la vie servira de base scientifique à la philosophie, qui, voyant à côté de l'âme humaine une force extra-organique dirigeant la matière vivante dans le sens voulu par les lois de l'espèce, saura que si cette âme est l'origine de la vie, le principe vital est l'instrument des créations organisées vivantes; à la morale, qui, trouvant en dehors des organes le principe de leur action et de leur développement, ne pourra plus désormais considérer les passions comme un effet de la diversité des combinaisons organiques; à l'histoire naturelle qui verra qu'un principe indépendant des êtres pourvus d'attributs communs existe dans tout ce qui vit; enfin à la médecine, qui sera obligée dorénavant de faire part égale dans l'étude des maladies, aux altérations que révèlent la chimie, l'histologie, le dynamisme organique et les désordres du principe vital. Serai-je assez heureux pour voir réalisé ce programme, qui me paraît être la fusion du vitalisme et de l'organicisme? Je n'ose y compter, mais quel que soit son avenir, je puis dire en terminant qu'il me représente l'expression d'une grande vérité de la nature. E. BOUCHUT.

posé à voir ces ulcérations mentionnées dans la fièvre jaune par quelques auteurs, qui ont ainsi perdu de vue qu'une ulcération quelconque suppose une maladie de quelque durée, non compris celle de l'inflammation préalable à toute ulcération. Or une maladie de quelque durée n'est pas le fait de la fièvre jaune, dont la marche est généralement si rapide. Il est pourtant juste de dire que les pathologistes qui ont mentionné des ulcérations gastriques dans la fièvre jaune avouent ne pouvoir s'en expliquer la formation. Remarquons que ces ulcérations des auteurs, et c'est d'ailleurs ce qui résulte de ce que nous avons dit précédemment, peuvent être simulées sur le cadavre en enlevant avec l'extrémité du scalpel le détritus ou magma noirâtre des macules auxquelles elles doivent leur formation.

Comme on l'a vu plus haut, les taches ou macules qui font le sujet de notre communication sont pour nous, pendant la vie, des surfaces saignantes, hémorrhagiques, ou mieux, peut-être, hémorrhagico-phlegmatiques; car, à part les cas assez rares de fièvre jaune foudroyante, il faut bien admettre qu'au premier abord du sang dans les parties qui en sont le siége, celles-ci conservent encore assez de force, de vitalité pour réagir sur le sang et devenir le siége d'un léger travail inflammatoire. Ce travail, toutefois, lorsqu'il se développe, cesse bientôt pour faire place au phénomène passif de l'hémorrhagie; car l'inflammation et l'hémorrhagie, comme on sait, s'excluent mutuellement. Envisagées sous ce point de vue, les macules en question seraient donc le produit d'une sorte de phlegmasie ou inflammation avortée, tout à l'encontre de la gangrène, qui, elle, au contraire, est le produit d'une inflammation portée à ses dernières limites, à son *summum* d'intensité.

Ce n'est pourtant pas que les phénomènes de réaction dont la muqueuse gastrique est sans doute le siége au début de la maladie ne puissent se continuer, comme ils se continuent, en effet, pour peu que la réaction se maintienne; mais l'inflammation qui se produit alors, ou qu'elle s'étende à tout l'organe, ou qu'elle se borne à quelques-uns de ses points, ne se termine jamais par gangrène. Et, pour le dire par anticipation, car ce sujet est trop important pour que nous n'y revenions pas ailleurs, les cas de fièvre jaune où une inflammation gastrique peut se développer, constituent les cas les moins graves de la maladie, et ceux, par conséquent, qui comptent des guérisons, à part pourtant ceux où la réaction avorte à son début. Sans doute, c'est dire assez que pour nous la fièvre jaune n'est pas une phlegmasie gastrique, en tant que cette phlegmasie constituerait la maladie elle-même; la fièvre jaune, pour nous, est une maladie générale de *toute la substance*, comme on dit, maladie dont l'inflammation gastrique, lorsqu'elle a pu s'établir, n'est que la manifestation d'un effort critique semblable à celui constituant l'inflammation dermique dans la variole et quelques autres maladies éruptives. Aussi ne serions-nous pas éloigné de croire que c'était en irritant l'estomac, ou en ajoutant à son irritation lorsqu'elle existait déjà, qu'agissait un mode de traitement prôné de mon temps dans nos colonies des Antilles, où il n'est même pas, je crois, tout à fait abandonné. Nous voulons parler du traitement par le suc de citron administré sans mélange par cuillerée à bouche, et nous en dirons autant de quelques autres traitements également préconisés aux Antilles à différentes époques, mais se ressemblant tous plus ou moins au point de vue de leur action commune, l'excitation, tels que le traitement par le gingembre en infusion (Gillespie), et celui par le poivre de Cayenne en pilules (Wright, Cabanellas), ainsi que le traitement brownien en général, par le madère ou toute autre boisson plus ou moins alcoolisée.

Je ne terminerai pas ma communication sans faire remarquer que, tout en établissant la nature de la lésion qui en fait le sujet, elle me paraît établir en même temps celles des prétendues ulcérations mentionnées dans la fièvre jaune par quelques auteurs.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 juillet 1862. — Présidence de M. Duhamel.

M. GUYON communique un mémoire sur la nature des taches ou macules noires de la muqueuse gastrique chez les sujets morts de la fièvre jaune. (Voir plus haut.)

Fréquence de la surdi-mutité chez des enfants nés de mariages consanguins. — M. BROCHARD adresse sous ce titre la note suivante:

Dans la séance de l'Académie des sciences du 16 juin 1862, M. le docteur Boudin a lu un mémoire sur le danger des mariages consanguins au point de vue de la surdi-mutité envisagée comme une conséquence très-fréquente de ces alliances. Cette question ayant fait depuis longtemps l'objet de mes études, l'Académie me permettra de lui présenter un résultat sommaire des observations que j'ai recueillies, observations qui viennent confirmer en tout point les idées émises par M. Boudin, ainsi que celles de M. Devay (de Lyon).

Dans une période de quinze années, l'institution des sourds-muets de Nogent-le-Rotrou, dont je suis le médecin, a reçu 55 enfants sourds-muets de naissance. Sur ces 55 enfants, 15 sont nés de parents cousins germains, un est né de parents cousins issus de germains.

Je connais, en outre, à la Ferté-Bernard (Sarthe), la famille C..., qui se compose de 8 enfants, dont 4 sont sourds-muets de naissance. Le père et la mère sont cousins germains. La naissance de ces enfants a présenté ceci de remarquable, que la naissance d'un enfant sourd-muet a toujours alterné avec la naissance d'un enfant ayant l'usage de la parole.

Sur les 16 sourds-muets de l'institution de Nogent-le-Rotrou nés de parents cousins germains ou cousins issus de germains, 11 appartiennent à la classe bourgeoise ou à de riches cultivateurs, 5 appartiennent à des journaliers qui vivent de leur travail, mais qui ne sont pas malheureux. La famille C..., de la Ferté-Bernard, est seule une famille pauvre.

Il n'y a que deux enfants uniques parmi les seize sourds-muets de Nogent. Une jeune sourde-muette, très-intelligente, et qui est fille unique, est, en outre, atteinte d'héméralopie congéniale. Les autres ont eu des frères et des sœurs bien portants pour la plupart, et en général intelligents. Cependant l'un a eu une sœur sourde, un autre a eu un frère sourd-muet de naissance.

Les parents de ces enfants sont bien constitués, bien portants. Rien dans leurs antécédents de famille ou de santé ne pouvait faire supposer qu'ils donneraient le jour à des enfants sourds-muets. L'alliance consanguine des parents doit donc, dans tous ces cas, être regardée comme la cause de la surdi-mutité des enfants.

Ces faits confirment hautement les conclusions qu'a formulées M. le docteur Boudin. En effet, je trouve qu'à Nogent-le-Rotrou, sur 55 sourds-muets de naissance, il y en a 16 issus de mariages consanguins, soit 29 pour 100. Or la proportion indiquée par mon savant confrère est :

A Lyon, au moins de 25 pour 100.
A Paris, — de 28 pour 100.
A Bordeaux, — de 30 pour 100.

Le directeur de l'institution de Nogent-le-Rotrou, M. l'abbé Leboucq, m'a dit qu'il croyait pouvoir affirmer que dans les autres établissements de sourds-muets qu'il connaît, la proportion des sourds-muets de naissance issus de mariages consanguins, était à l'ensemble des sourds-muets de naissance exactement ce qu'elle est dans l'institution de Nogent.

(Cette note est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour le mémoire de M. Boudin, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer et Bienaymé.)

Suc gastrique, peptones et leur action sur la lumière polarisée. — M. LONGET présente au nom de M. L. CORVISART la note suivante, ayant pour titre : *Quelques observations sur le suc gastrique, les peptones et leur action sur la lumière polarisée.*

M. William Marcet a fait connaître dans ces derniers temps quelques observations faites à l'aide du polarimètre de Soleil sur le pouvoir optique du suc gastrique et des peptones. Des études anciennes me permettent de compléter cette recherche par quelques réflexions et quelques faits.

M. Marcet déclare que le suc gastrique ne dévie point le plan de la lumière polarisée. Je pense que si M. Marcet n'a point obtenu de déviation, c'est que le procédé qu'il a employé, et qui consiste à exciter la membrane muqueuse stomacale à l'aide d'une baguette de verre, est susceptible de ne fournir souvent qu'une sécrétion seulement aqueuse et acide.

Le meilleur moyen d'obtenir le vrai suc gastrique digestif, c'est de provoquer la sécrétion par la présence d'aliments solides et très-tardivement solubles, et de recueillir le suc dès les dix premières minutes de l'expérience. Dans ces conditions, nous avons vu le suc gastrique digestif, c'est-à-dire pourvu de pepsine, dévier de 8 à 10° et à gauche le plan de la lumière polarisée, chez des chiens pourvus de fistules de l'estomac, tels que ceux que M. Marcet a observés. La pepsine isolée du suc gastrique jouit de la même propriété.

Des observations de M. Marcet il résulterait que la digestion des cartilages par le suc gastrique (en faisant entrer en dissolution dans ce dernier la substance connue depuis Mialhe et Lehman sous le nom d'*albuminose* ou *peptone*) communique à ce suc un pouvoir rotatoire correspondant à la somme de chondrine-peptone dissoute de telle façon que 0,096 de cette peptone dissoute dans 100 centimètres cubes d'eau (1) dévierait à gauche le plan de polarisation de 1°. M. Marcet regrette de n'avoir pu examiner toutes les peptones à ce sujet.

Nous avons constaté :

1° Que toutes les peptones dévient à gauche le plan de la lumière polarisée ;

2° Que toutes le dévient inégalement; ainsi nous avons vu que pour dévier à gauche de 1° il faut observer une dissolution de

0,080 de fibrine-peptone. . .	dans 100 centimètres cubes d'eau.
0,100 de musculine-peptone. .	
0,104 de gélatine-peptone. .	
0,140 d'albumine-peptone. .	

La peptone de fibrine (2) aurait le pouvoir le plus haut, celle d'albumine (3) le plus bas.

Nous avons encore constaté :

3° Que chaque peptone a le même degré d'action sur la lumière polarisée que l'aliment azoté particulier dont elle émane, quoique les caractères chimiques de ce dernier soient modifiés.

Ces éléments sont utiles à connaître pour le médecin, car les peptones, qui peuvent passer dans les urines, dévient à des degrés divers, mais toujours à gauche, la lumière polarisée, et par leur présence peuvent diminuer l'intensité de la déviation produite par le sucre de diabète. L'acétate de plomb, souvent employé pour précipiter et éliminer des urines les matières albuminoïdes, ne précipitant pas toutes les sortes de peptones, l'emploi du charbon animal est préférable pour éliminer les peptones des urines supposées diabétiques.

— M. VELPEAU présente au nom de M. Oulmont, médecin en chef de la compagnie des chemins de fer de l'Est, une note sur l'influence exercée par les chemins de fer sur la santé des employés.

Cet opuscule est renvoyé à titre de renseignement à la commission chargée de l'examen d'un mémoire de M. Gallard sur la même question.

— M. PELHACH adresse une note concernant un enfant âgé de deux ans et demi qu'il a observé à l'hospice de Bernay (Eure), et qui lui a présenté, surtout dans le système tégumentaire, certaines anomalies supposées de nature à intéresser l'Académie.

Renvoi à l'examen de M. Rayer, qui jugera s'il est nécessaire de demander à l'auteur les nouveaux renseignements qu'il offre de transmettre.

— M. CH. ROUGET communique un mémoire sur le développement embryonnaire des tissus musculaires chez les vertébrés. (Commissaires : MM. Andral, Bernard, Longet.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de l'érysipèle, par le docteur Després. Un volume in-8°. Prix : 3 fr. 50 c.

Étude clinique et médico-légale sur l'empoisonnement par la strychnine, par le docteur Duriau, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. In-8°. Prix : 75 c. *franco*. Paris, 1862.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye, place de l'École de Médecine, 23.

(1) 0,024.	dans 25 centimètres cubes d'eau.
(2) De sang de bœuf.	
(3) D'œuf de poule. .	

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 83. — JEUDI 14 JUILLET 1862. (35e ANNÉE.) N° 83. — JEUDI 17 JUILLET 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 JUILLET 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Trousseau, depuis longtemps inscrit pour la lecture d'un rapport sur le goître exophthalmique, ou, comme il propose de l'appeler de préférence, la maladie de Graves, a pu enfin obtenir la parole hier. On se rappelle qu'il y a deux ans, alors que cette maladie, encore très-peu connue en France, n'avait été l'objet que d'un très-petit nombre de travaux, l'Académie entendit à quelques mois d'intervalle deux communications sur ce sujet, l'une de M. le docteur Hiffelsheim, la seconde du savant et regrettable M. Aran. Ce sont ces deux communications qui font l'objet du rapport de M. Trousseau. Ce rapport devant donner lieu à une discussion, nous avons dû, malgré son étendue, le reproduire presque en entier. L'intérêt du sujet n'exigeait pas moins d'ailleurs.

— M. Gosselin avait à faire un rapport officiel sur la valeur du traitement de l'héméralopie par l'huile de foie de morue, préconisé par M. le docteur Despons, de Fleurance, (Gers). On n'a pas tous les jours des héméralopes en observation, mais l'honorable rapporteur a été servi à point par la petite épidémie qui a sévi récemment sur un corps de troupes caserné à Paris. L'épreuve qu'il a faite du traitement indiqué lui a paru donner des résultats favorables. Le caractère officiel de ce rapport ne nous a pas permis de nous étendre autant que nous l'aurions désiré sur ces expériences ainsi que sur quelques points de pathologie que M. Gosselin a examinés à cette occasion, dans son très-bon travail. Nous espérons pouvoir y revenir plus tard.

— La séance, en grande partie occupée par ces deux lectures, a été complétée par des rapports de M. Gobley sur des eaux minérales, par un rapport verbal de M. Lagneau sur un ouvrage de chirurgie imprimé en espagnol, et par une lecture de M. le docteur H. Blot, candidat pour la section d'accouchements. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De l'angine de poitrine (1).

Le diagnostic de l'angine de poitrine est en général facile. On distinguera l'angine de l'asthme, en ce que dans cette dernière maladie il y a imperméabilité des vaisseaux bronchiques, tant que dure l'attaque; cela se constate à l'aide de l'auscultation, qui nous donne alors des râles vibrants ou une absence partielle de murmure vésiculaire. Dans l'angine de poitrine, les bronches sont à l'état normal.

Un genre de dyspnée facile à confondre avec l'angine de poitrine, est la dyspnée gastrique, que j'appelle ainsi parce qu'elle part de l'estomac malade au même titre que la toux gastrique. Cette dyspnée monte derrière le sternum, où elle stationne un peu; puis ordinairement elle va de là gagner le larynx, où elle produit, quand elle est intense, un sentiment de strangulation. C'est cette dyspnée qui a quelquefois la forme de boule, et qui se nomme boule hystérique. On distinguera cette dyspnée gastrique de l'angine de poitrine, en ce qu'elle ne s'accompagne jamais de petitesse du pouls, ni d'altération de la face, ni d'un sentiment de terreur, et qu'elle ne vient pas par attaques courtes comme l'angine de poitrine. Elle est le plus souvent permanente avec quelques exacerbations.

Ceux pour qui l'irradiation névralgique dans le bras gauche est le caractère pathognomonique de l'angine de poitrine, peuvent confondre cette maladie du cœur avec d'autres affections toutes différentes, qui ont aussi pour symptôme une irradiation névralgique dans le bras gauche.

Ainsi, des phthisiques qui ont une vive douleur dans les nerfs intercostaux supérieurs du côté gauche, sentent quelquefois cette douleur se propager dans toute l'étendue du bras correspondant. C'est ce qu'on peut observer sur notre femme phthisique du n° 33, et c'est ce qui a été observé dans le temps sur un médecin qui a laissé des souvenirs très-honorables dans la presse médicale sur le docteur Miquel.

D'autres malades, affectés d'une névralgie pure du nerf thoracique externe et du plexus brachial gauche, ont aussi des douleurs s'irradiant de la poitrine dans le bras gauche, comme l'a observé M. Piorry. Mais il n'y a plus dans ces deux cas l'angoisse ni les autres symptômes de l'angine de poitrine; ce ne sont pas, en un mot, des affections du cœur.

L'attaque d'angine de poitrine ressemble extrêmement aux symptômes des concrétions sanguines du cœur, ce qui est tout naturel, puisque dans les deux cas c'est une asystolie à laquelle on a affaire; si l'attaque se termine franchement avec retour des fonctions normales du cœur, on n'a pas affaire à une concrétion sanguine. Si, au contraire, la mort arrive dans une première attaque, le diagnostic reste incertain; il ne peut être éclairé que par l'autopsie.

Causes. — Outre la goutte, le rhumatisme et la syphilis, qui, en dehors des lésions anatomiques dont nous avons parlé, l'état graisseux du cœur, les ossifications artérielles, etc., sont considérés comme des causes de l'angine de poitrine ou mieux de l'angine du cœur, il faut compter aussi les causes morales, qui agissent non-seulement pour produire la maladie, mais encore pour déterminer les attaques.

Il y a une lésion fonctionnelle qui est le point de départ d'une foule de maladies, et qui ne fait pas défaut ici, c'est l'état dyspeptique.

Enfin l'on sait que le cœur s'affecte souvent à la suite des attaques d'asthme; eh bien, cette affection peut être une angine de poitrine; nous en avons un cas au numéro 1er de la salle Saint-Louis.

A toutes ces causes de l'angine du cœur, on peut en ajouter une dont il n'a pas encore été question, c'est l'habitude de fumer du tabac.

On sait que le tabac détermine souvent la pharyngite granuleuse, la dyspepsie, l'ambliopie, les vertiges, etc.; il faut donc grossir cette liste de l'angine du cœur.

Jusqu'à présent j'ai observé que cette affection n'est produite par le tabac que quand l'habitude de fumer est ancienne, portée à l'excès, et qu'elle a déjà affaibli profondément l'appétit et les fonctions digestives. Mais on me comprendrait mal si l'on me prêtait cette idée que tous ceux qui fument beaucoup doivent nécessairement être affectés tôt ou tard d'angine du cœur.

Je vais signaler les faits qui me paraissent démontrer cette mauvaise habitude du tabac à fumer.

1° Un petit rentier d'une ville voisine de Paris, âgé d'une soixantaine d'années, qui passait toutes ses journées dans un café où il fumait constamment, vint me consulter dans le courant de l'année 1858 pour une affection qui lui causait beaucoup de malaise et d'inquiétude. Depuis un mois environ, il était réveillé la nuit par des palpitations accompagnées d'une profonde suffocation avec irrégularité du pouls et irradiations douloureuses dans les deux épaules. Cet état de malaise insupportable durait environ une demi-heure, et lui faisait craindre de succomber tôt ou tard dans une de ces attaques. J'appris encore de lui que depuis un an ou deux l'énergie de son appétit et de ses fonctions digestives avait considérablement diminué.

Regardant ces suffocations nocturnes comme des attaques d'angine de poitrine, et pensant qu'elles pouvaient être liées à son état dyspeptique, je lui conseillai par-dessus tout de ne plus fumer. Il eut beaucoup de peine à se résigner à une privation semblable, mais enfin il se rendit à mes observations.

Au bout de trois semaines, il revint me voir. Il était très-content et se trouvait très-bien d'avoir cessé l'usage du tabac, car ses attaques nocturnes avaient disparu, et son appétit avait repris son ancienne vigueur.

Mais cette amélioration ne devait pas durer longtemps. Au bout de trois mois, mon homme revint me voir, se plaignant du retour des attaques nocturnes. Il m'avoua, après une certaine hésitation, que, se croyant radicalement guéri, il avait repris son ancienne habitude de fumer, et que depuis cette époque son appétit avait baissé et ses attaques nocturnes avaient reparu. Je lui fis alors les représentations les plus vives sur le danger qu'il courait, lui disant qu'il ne devait pas hésiter à se priver d'une substance qui était pour lui un véritable poison.

Il s'est rendu enfin à ces raisons; il a mis complétement de côté le tabac, et depuis cette époque il n'a plus éprouvé d'attaques d'angine du cœur.

2° Un médecin, âgé d'une cinquantaine d'années, paraît jouir d'une belle santé, bien qu'il ait un appétit assez faible et des digestions laborieuses, ce qui résulte d'un goût très-prononcé qu'il a pour les cigarettes, dont il use aussi souvent que ses occupations le lui permettent. Il vint me parler, en 1859, de palpitations pénibles dont il était pris tout à coup, soit le jour, soit la nuit, avec angoisse profonde et irrégularité du pouls. Il fut de mon avis quand je lui parlai du tabac comme cause de ces attaques d'angine, car il avait remarqué qu'il en était affecté surtout quand il avait fumé plus qu'à l'ordinaire. Néanmoins il lui en coûtait beaucoup de se priver pour toujours du tabac, et il ne s'y résigna d'une manière positive que quand je lui eus montré toute la gravité de ces attaques, qui n'étaient pas autre chose qu'une manifestation de l'angine de poitrine. Il ne fuma plus à partir de ce moment, et il n'eut plus de suffocations. Seulement, s'étant trouvé un jour pendant un assez long temps dans une réunion de fumeurs à respirer un air chargé de fumée de tabac, il eut la nuit suivante une attaque d'angine. Ce fut pour lui une dernière preuve que le tabac était cause de sa maladie.

3° L'an passé, dans le mois d'août, un médecin, âgé de trente-cinq ans, qui pratique dans un de nos départements du Centre, vint me consulter pour des symptômes extraordinaires qu'il avait éprouvés deux jours auparavant, dans la matinée. Il me dit que, se trouvant alors en tournée pour voir ses malades, fumant une cigarette et étant à jeun, il fut pris tout à coup d'un sentiment profond et insupportable d'angoisse à la région du cœur, avec constriction transversale dans la partie supérieure de la poitrine; il lui était impossible de marcher et même de parler; son pouls était à peu près nul, et ses mains se refroidirent immédiatement. Des personnes qui étaient près de lui le voyant s'arrêter tout à coup et fléchir, furent obligées de l'emporter chez lui. Craignant justement pour le retour possible d'une semblable attaque, ce médecin était venu à Paris pour savoir à quoi s'en tenir sur un mal si extraordinaire. Il m'apprit que depuis longtemps il mangeait fort peu et sans appétit, et qu'il fumait à la lettre depuis le matin jusqu'au soir. Je lui dis que là était la cause de son mal, qui ne reviendrait plus qu'à la condition d'une abstention complète de tabac. Il se résigna immédiatement à ne plus fumer, et repartit pour son pays, d'où il devait m'écrire s'il éprouvait une nouvelle attaque. Je n'ai pas reçu de nouvelles de lui, et j'ai tout lieu de croire qu'il est maintenant aussi bien que possible.

4° Je fus appelé cet hiver auprès de M. X..., Espagnol, âgé de trente-cinq ans environ, affecté de symptômes dyspeptiques et d'anorexie, dont je compris parfaitement la cause quand je vis que nous étions, le malade et moi, dans une atmosphère épaisse de fumée de tabac qui existait, me dit-il, en permanence chez lui.

Un mois environ après cette visite, M. X... vint me voir à dix heures du soir, accompagné d'un ami. Il était tout effrayé, et se plaignait d'avoir éprouvé, une heure auparavant, une douleur violente dans toute la poitrine, comme s'il avait été pris dans un étau. Il lui semblait aussi que son cœur était arrêté, car par moments il ne sentait plus son pouls. Ce malaise inexprimable avait duré dix minutes environ, et lui faisait craindre de mourir dans une prochaine attaque. Je lui dis que le tabac dont il abusait était cause de la souffrance qu'il venait d'éprouver, et qu'il ferait bien de s'en priver tout à fait.

Je l'ai rencontré depuis ce temps. Il m'a appris qu'il fumait beaucoup moins et qu'il s'en trouvait bien. Il ne lui était pas revenu d'autre attaque.

5° Dernièrement, je parlais de ces faits à un médecin de province qui a fumé dans le temps avec excès, et qui a renoncé à cette habitude à cause des flatulences gastriques et des aigreurs que le tabac lui occasionnait. Il m'a dit qu'à cette époque il lui arrivait assez souvent d'être réveillé la nuit par une sensation de constriction du thorax avec palpitations et irradiations névralgiques dans le cou. Ces phénomènes duraient un quart d'heure environ, et le laissaient assez longtemps ému et fatigué, après quoi il pouvait se rendormir. Depuis que l'habitude de fumer n'existe plus, il n'a plus de ces attaques nocturnes.

6° Un négociant de province à qui j'ai donné il y a dix ans des conseils pour une dyspepsie tenant à l'usage immodéré de la cigarette, éprouve depuis deux mois environ des attaques nocturnes caractérisées par une angoisse profonde dans la région du cœur avec palpitations et irradiations douloureuses dans les deux épaules. Pendant cette attaque, qui dure quelquefois une demi-heure, la face est altérée et le pouls devient petit et intermittent. Son médecin ordinaire regarde avec beaucoup de raison ces phénomènes comme des symptômes d'angine de poitrine. Je dois ajouter que ce malade ne mange presque plus et qu'il n'a pas d'autre occupation que celle de fumer des cigarettes.

7° Un vieillard de soixante-quinze ans, encore vert et vigoureux pour son âge, s'occupant d'affaires commerciales, éprouve depuis trois mois des ennuis et des contrariétés. Son appétit languit; mais pour se distraire il fume plus que jamais, malgré quelques suffocations passagères qu'il éprouve en marchant. Le samedi, il est pris d'une attaque d'angine caractérisée qui dure une demi-heure environ.

Le dimanche il lui en survient une autre; le lundi matin on le trouve mort dans son lit.

8° Je dois ce fait à l'obligeance de M. le docteur Blain des Cormiers, médecin du malade. Un diplomate étranger âgé de cinquante ans environ, ayant une santé affaiblie, malgré l'apparence d'une forte constitution, et fumant des cigarettes d'une manière incessante, fut pris tout à coup, en décembre 1861, à huit heures du soir, d'une attaque violente de suffocation en rentrant dans son hôtel. Cet état de suffocation, qui est rapporté à la région du cœur, est si intense, que le patient peut à peine parler. Sa figure est pâle et altérée, le pouls est insensible, les mains froides, et la peau est couverte de sueur, comme dans le choléra. Il y a irradiation névralgique dans le bras gauche.

Cet ensemble de symptômes si graves se dissipe vers onze heures, après avoir duré près de trois heures. Le malade s'endort comme à

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

l'ordinaire, se lève le matin à son heure accoutumée et peut vaquer à toutes ses occupations de la matinée. A cinq heures, il était tranquillement à fumer dans son fauteuil, quand son valet de chambre, frappé de l'immobilité dans laquelle il était, et s'approchant de lui, vit qu'il était mort. L'autopsie n'a pas révélé d'autre lésion qu'un état graisseux du cœur.

Je pourrais grossir cette liste de plusieurs autres cas semblables qui m'ont été communiqués par d'honorables et savants confrères.

Tels sont les faits sur lesquels je me fonde pour admettre que l'usage excessif du tabac à fumer agit sur le cœur en donnant lieu aux symptômes connus de l'angine de poitrine. Nous voyons, en effet, dans les observations qui précèdent, les symptômes d'angine du cœur apparaître chez les personnes qui fument, disparaître par la cessation de cette habitude, pour se montrer de nouveau quand on revient à l'usage du tabac.

Le tabac agit très-probablement pour donner lieu à ces symptômes graves au moyen de la nicotine qu'il contient.

Or, cette conclusion, à laquelle on arrive tout naturellement, se trouve confirmée par les travaux de M. Bernard, qui a produit sur les animaux, à l'aide de la nicotine, des phénomènes qui me paraissent en tout semblables à ceux qui constituent l'angine du cœur de l'homme.

En effet, on voit que dans les expériences nombreuses et très-importantes que M. Bernard a faites sur la nicotine administrée de différentes manières, il y a comme résultat ordinaire de cet agent toxique une perturbation du cœur et du système vasculaire; perturbation qui, bien que marquée quelquefois par une excitation des mouvements cardiaques, finit par un anéantissement des mouvements de systole qui entretiennent la circulation.

C'est donc une paralysie du cœur ou une asystolie complète qui est le résultat ultime de l'intoxication par la nicotine; et c'est ce qui établit un rapport entre les effets expérimentaux de la nicotine et les symptômes de l'angine du cœur chez l'homme.

On se demandera dès lors comment il se fait qu'on puisse à volonté provoquer des accidents mortels sur les animaux à l'aide de la nicotine, tandis que les cas d'angine du cœur occasionnés par l'abus du tabac sont fort rares relativement au nombre considérable de personnes qui ont l'habitude de fumer.

C'est que la nicotine pure introduite à dose suffisante dans le corps des animaux, ne doit pas être confondue avec la fumée de tabac, qui, même en grande quantité, ne contient qu'une proportion insignifiante de nicotine, et qui ne pénètre dans l'organisme que d'une manière très-incomplète. C'est comme si l'on confondait l'acide prussique avec les liqueurs de table qui renferment des atomes d'acide prussique.

La nicotine introduite en nature dans le corps des animaux, produit à l'instant des effets toxiques sur le cœur, tandis que la fumée de tabac ne détermine les mêmes effets qu'à la longue et dans des circonstances exceptionnelles.

Ces circonstances exceptionnelles sont d'abord une susceptibilité particulière de l'individu, et ensuite les différentes causes débilitantes (causes morales, misère, dyspepsie, etc.) par suite desquelles l'organisme ne peut pas expulser peu à peu et graduellement les matériaux de la fumée de tabac qui auront été absorbés; de telle sorte que ces matériaux s'accumulant indéfiniment dans l'organisme, par suite de l'inertie de la nature médicatrice, la nicotine qu'ils renferment finira par s'y trouver en dose suffisante pour exercer son action toxique; et alors on comprend que le cœur des personnes qui fument beaucoup, dans les conditions que nous venons de dire, s'affecte comme celui des animaux sur lesquels M. Bernard a expérimenté.

L'expérimentation physiologique vient donc confirmer pour sa part les résultats de l'observation clinique, et cette précieuse confirmation me semble mettre hors de doute l'influence du tabac dans la production de l'angine du cœur.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Considérations sur le traitement de la coxalgie.

M. Nélaton a terminé le premier semestre de son cours par quelques leçons sur la coxalgie. Les considérations éminemment pratiques de ces leçons nous engagent à reproduire le compte rendu très-exact que vient d'en donner le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

Le traitement de la coxalgie, mieux compris depuis les travaux de Bonnet (de Lyon), mérite toute l'attention des praticiens.

Ce traitement doit répondre à cinq indications capitales :

1° Combattre l'arthropathie, source des accidents;

2° Prévenir les déviations et les déplacements qui en sont la conséquence;

3° Corriger les déviations et les déplacements, deux choses distinctes, quand en l'absence de tout traitement ou malgré le traitement ces phénomènes morbides se sont déjà produits;

4° Faire disparaître certaines complications de la maladie articulaire;

5° Rétablir les mouvements de l'articulation longtemps condamnée à l'immobilité.

Les avis sont unanimes sur la première indication. Celle-ci réclame une médication générale en rapport avec la diathèse prédominante, et un traitement local dans lequel les sangsues ou les ventouses, tant vantées à une autre époque, ont fait place à la teinture d'iode et au cautère actuel. Il est bien rare, en effet, que nous assistions au début de la coxalgie. Quand nous sommes consultés pour cette affection, elle ne requiert que très-exceptionnellement des évacuations sanguines locales. Les pommades, les liniments, ne sont guère plus utiles que ces dernières; mais comme ce sont des moyens inoffensifs, on peut mettre à profit leur influence morale. La teinture d'iode, en applications répétées sur l'articulation malade, exerce une action très-positive. On en réitère l'emploi pendant quatre, cinq, six jours, jusqu'à ce que l'épiderme s'écaille. Alors on s'arrête pour reprendre ce badigeonnage quand l'épiderme s'est reproduit. Il y a, selon M. Nélaton, quelque chose dans ce topique dont il faut tirer parti. Lorsque la teinture d'iode s'est montrée insuffisante, M. Nélaton n'a recours ni aux vésicatoires, qui sont douloureux sans compensation, ni aux moxas, dont l'action lente n'a aucun avantage particulier. Il emploie sans hésitation le cautère actuel.

La meilleure manière de cautériser est de se servir d'un cautère à boule chauffé à blanc. Le malade étant plongé dans le sommeil anesthésique, on fait neuf ou dix eschares longitudinales sur la région trochantérienne. Il faut que les lignes suivies par le fer sur la hanche soient séparées par des intervalles de 2 centimètres, et à ce propos il est une petite précaution à rappeler, c'est de se guider à l'aide d'une règle métallique. De cette façon on cautérise sûrement, profondément, *rapidement*, et l'on évite ainsi au malade des douleurs inutiles; car ce qui fait souffrir en pareils cas, ce n'est pas la brûlure au quatrième degré, résultat nécessaire de la cautérisation, c'est la brûlure par rayonnement du premier au troisième degré, brûlure superficielle, dont l'action sur la maladie est nulle. Ainsi pratiquée, la cautérisation est un puissant moyen thérapeutique, surtout dans les recrudescences inflammatoires. Un malade va bien, le printemps arrive ou il prend froid, la douleur revient dans la jointure, et le fruit d'un long traitement va être compromis : cautérisez. Puis si les autres moyens que nous ferons connaître plus loin ne remettent pas les choses en bonnes conditions, cautérisez de nouveau au bout de six semaines à deux mois; il n'est pas nécessaire de reprendre le cautère actuel à de plus courts intervalles, la cautérisation ayant chez l'homme comme chez le cheval un effet tardif, dont il faut faire bénéficier les malades. On peut donc mettre deux mois entre la première et la seconde cautérisation, et trois mois entre celle-ci et la troisième.

Il y a encore le procédé de cautérisation que M. Jules Guérin emploie exclusivement, sous le nom de *cautérisation ponctuée*, dans les arthralgies. Ce médecin distingué en a obtenu de très-bons résultats. Cependant M. Nélaton estime que la cautérisation ponctuée est faible, et c'est une raison pour lui de n'y recourir que dans les cas légers ou peu opiniâtres.

Mais, pour enrayer l'arthropathie, ce qu'il faut surtout, c'est immobiliser l'articulation, et en remplissant cette indication, on en remplit une autre d'une grande importance : on prévient la déviation de la hanche, et, par suite, le changement de rapports des surfaces osseuses. Pour cela, on peut se servir de la grande gouttière imaginée par Bonnet (de Lyon), laquelle saisit la région dorso-lombaire, le bassin et les membres inférieurs en laissant les régions sacrée et anale à découvert. C'est un bon appareil pour l'immobilisation, et qui n'a que le tort de ne pas s'opposer complétement à l'ensellure. Le malade y reste jour et nuit pendant tout le temps que la douleur existe, et il n'est pas de moyen plus efficace pour calmer celle-ci. A défaut de la gouttière de Bonnet, dont le prix est élevé, on pourra se servir très-avantageusement de l'appareil simple et d'une exécution facile partout, que M. Guersant appliquait aux petits malades de son service.

Quel que soit d'ailleurs l'appareil auquel on a eu recours, il faut que le membre y soit placé parallèlement au membre sain, et mieux encore à l'axe du corps. M. Malgaigne va même au delà de ce précepte fondamental, en conseillant de sortir du parallélisme et d'exagérer l'abduction, l'adduction tendant toujours à reparaître et constituant la pire des déviations de la hanche.

Maintenant supposons la déviation établie, il va falloir la corriger, et c'est ici que les préceptes de Bonnet trouvent une très-large application. Le chirurgien de Lyon était en pareils cas d'une hardiesse effrayante. Il ne reculait devant aucun obstacle. Il rompait tous les liens, et pratiquait au besoin, pour réduire le fémur déplacé, les opérations les plus violentes. Plongeant le malade dans le sommeil anesthésique, puis s'emparant du fémur comme d'un levier, après avoir préalablement fixé le bassin sur une planche matelassée, il faisait exécuter à cet os les mouvements les plus étendus, et cela dans une séance dont la durée n'allait pas à moins de quinze à trente minutes. Or, Bonnet était un homme très-fort, très-vigoureux, plein d'ardeur et de conviction scientifique; on peut dès lors se faire une idée de l'énergie qu'il déployait dans ces conjonctures délicates. Et cependant il ne s'en tenait pas là : si les muscles résistaient, il les coupait, et bien des fois il a fait la ténotomie des adducteurs.

M. Nélaton avoue avoir été un peu effrayé de ces manœuvres. Chez un certain nombre de malades traités ainsi en ville et dans les hôpitaux pendant le séjour du chirurgien lyonnais à Paris, il n'y a pas eu d'accidents; mais à côté de ces cas heureux, il y en a eu de malheureux, notamment à l'hôpital des Cliniques. Un enfant convalescent et conservant une déviation, fut traité par Bonnet, et mourut dans le marasme à la suite d'abcès profonds devenus fistuleux. Un second sujet auquel on avait coupé les adducteurs, eut un épanchement sanguin suivi de décomposition putride et de mort. Bonnet a bien dit que ces abcès existaient à l'état latent avant son intervention; mais ce n'était là qu'une réponse évasive dont les hommes sérieux ne pouvaient se contenter.

Néanmoins, si la pratique de ce chirurgien éminent a des inconvénients et des dangers contre lesquels on doive se mettre en garde, elle a des avantages réels, et rend des services tellement éclatants, qu'on serait blâmable de ne pas en tirer profit. Ici donc, comme partout, il faut rejeter ce qui est mauvais, et conserver ce qui est bon.

Ce qui est mauvais, c'est la ténotomie pratiquée profondément sur des muscles qui ne sont pas les seuls obstacles contre lesquels on ait à lutter, car la résistance à vaincre et contre laquelle la ténotomie est impuissante, provient souvent d'adhérences qui collent entre elles les surfaces articulaires, et fixent l'articulation elle-même aux parties voisines. Ce qui est encore mauvais, ce sont des efforts tels qu'on puisse redouter des déchirures graves.

Ce qui, au contraire, est bon et doit être conservé, c'est le principe de l'intervention modérée consistant dans les tractions et les mouvements communiqués, à l'exclusion absolue du ténotome.

Voilà pour les cas médiocrement anciens, et par conséquent dans lesquels les déviations ou les déplacements existent avec une phlegmasie articulaire à peine éteinte (1).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juillet 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements du Morbihan et de la Manche;

2° Un rapport de M. le docteur Serè sur l'épidémie de croup qui a régné dans la commune de Lagardiolle (Tarn) en 1862;

3° Un rapport de M. le docteur André sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Sevigny-les-Raville (Moselle) en 1861 (commission des épidémies);

4° Un rapport sur le service médical des eaux minérales de Pietrapola (Corse), pendant l'année 1861. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Devilliers, Salmon, Bernutz et Baudelocque, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'accouchements;

2° Une lettre de M. le docteur Sirus-Pirondi, de Marseille, qui sollicite le titre de correspondant;

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Vergne (accepté);

4° Une note sur un nouveau mode d'administration de l'iode, par M. le docteur Bernard.

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Charles Robin, qui s'excuse auprès de l'Académie de ne pouvoir continuer à remplir les fonctions de secrétaire annuel, et la prie de lui donner un successeur.

— M. le Président exprime au nom de l'Académie les regrets que lui cause cette détermination, et il annonce qu'elle aura à procéder mardi prochain à l'élection d'un secrétaire annuel en remplacement de M. Robin.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. Gobley, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports officiels :

1° Sur l'eau thermale de Brides (Savoie);

2° Sur une nouvelle source de la Juliette à Vals (Ardèche).

La commission propose d'autoriser l'exploitation de ces deux sources. (Adopté.)

Traitement de l'héméralopie par l'huile de foie de morue. — M. Gosselin lit un rapport officiel sur un mémoire de M. le docteur Desponts, de Fleurance (Gers), intitulé *Traitement de l'héméralopie ou cécité nocturne par l'huile de foie de morue à l'intérieur*.

M. le rapporteur a eu l'occasion d'employer le traitement dont il s'agit chez plusieurs militaires de la garnison de Paris récemment atteints d'héméralopie. L'épidémie était peu intense; un petit nombre d'hommes seulement étaient atteints; la plupart guérissaient en deux ou trois semaines sans traitement spécial, en gardant la chambre et en évitant le grand jour et le soleil. Le traitement par l'huile de foie de morue fit disparaître l'héméralopie beaucoup plus rapidement. Après trois jours au plus, les malades étaient en état de reprendre leur service de nuit aussi bien que celui de jour.

En tenant compte de ces faits, M. Gosselin se croit autorisé à dire que l'huile de foie de morue brune semble bien avoir la propriété de faire disparaître promptement l'héméralopie, du moins dans les cas analogues à ceux dont il a été témoin.

Dans la seconde partie de son rapport, M. Gosselin appelle l'attention sur la blépharite catarrhale qui accompagnait l'héméralopie chez tous les sujets soumis à son observation. Il croit qu'il suffirait ordinairement de traiter cette blépharite prémonitoire pour prévenir le développement de la cécité nocturne.

M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre que le traitement de l'héméralopie par l'huile de foie de morue à l'intérieur est sans aucun danger et paraît être avantageux. (Adopté.)

Goître exophthalmique. — M. Trousseau, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouvier, Baillarger et Chatin, lit un rapport sur la maladie de Graves ou goître exophthalmique, à l'occasion d'une observation de goître exophthalmique lue à l'Académie le 1er avril 1860 par M. le docteur Hiffelsheim, et d'un mémoire sur le même sujet communiqué par M. le docteur Aran le 4 décembre de la même année.

(1) Par une erreur typographique, la seconde partie de ces considérations a été imprimée avant la première. On trouvera cette seconde partie dans le numéro du 10 juillet. Le renvoi qui se trouve au titre de cette seconde partie ne doit pas être pris en considération.

En France, depuis quelques années, dit M. le rapporteur, l'attention a été appelée sur une maladie nouvellement décrite et à laquelle on a donné les noms de cachexie exophthalmique, de goître exophthalmique. On la désigne encore sous le nom de maladie de Basedow, parce que ce dernier auteur a plus particulièrement insisté sur la triade de symptômes qui donne le plus souvent un caractère spécial, bien tranché, à cette nouvelle entité morbide. Le docteur Hirsh a surtout réclamé pour que la maladie fût dénommée maladie de Basedow. Mais si vous voulez vous rappeler que les travaux de Basedow datent de 1840, tandis qu'en Irlande, Graves (le Dublin), en réunissant plusieurs faits qu'il avait observés lui-même ou empruntés à la pratique de Stokes, de Marsh et de Parry, publiait en 1835 des leçons qui plus tard furent consignées dans la première édition de sa *Médecine clinique*, peut-être ne serait-ce que justice d'attacher à la cachexie exophthalmique le nom du grand clinicien qui le premier l'a bien décrite.

Je suis heureux, Messieurs, de pouvoir vous rappeler qu'en France des travaux intéressants et consciencieusement élaborés ont été publiés sur ce sujet dans ces dernières années. En 1856, M. le docteur Charcot lisait à la Société de biologie une observation qui devait bientôt être suivie d'autres faits recueillis par divers observateurs. Plus tard, M. Fischer donnait dans les *Archives de médecine* un mémoire où se trouvaient résumés la plupart des faits connus en France et à l'étranger. L'attention était donc puissamment éveillée sur ce sujet intéressant, et des observations nombreuses, scrupuleusement recueillies, devaient bientôt servir de base aux méditations des travailleurs. Vous savez tous avec quelle ardeur étudiait l'un de nos confrères, médecin des hôpitaux, agrégé depuis plusieurs années, et dont tous les titres avaient été vaillamment gagnés dans les concours, M. le docteur Aran, qui joignait à l'activité si grande d'un vaste service hospitalier un grand amour pour l'étude de toutes les découvertes médicales, M. Aran ne pouvait rester longtemps sans observer lui-même la maladie de Graves. Il l'avait étudiée dans les publications allemandes, dans l'ouvrage de Stokes; il savait presque tout ce qui avait été écrit sur ce sujet, et mêlant à cette grande érudition un esprit critique distingué, il devait bientôt, sous le titre modeste d'une seule observation, soumettre à l'appréciation de l'Académie un travail très-remarquable sur la nature et le traitement du goître exophthalmique.

L'observation qui fait le sujet du mémoire que nous avons à examiner fut prise par M. le docteur Aran avec un soin extrême. Un seul fait s'était présenté à son observation, mais ce fait fut étudié dans ses moindres détails, et cela pendant deux années; puis, le 5 décembre 1860, le confrère que la science regrette si vivement venait lire son travail à cette même tribune.

Dans le mémoire de M. Aran, vous trouverez une observation détaillée du goître exophthalmique. Ce fait suffirait à lui seul pour donner une notion complète de la maladie. Les symptômes principaux qui font la triade symptomatique y sont décrits avec une grande vérité clinique, et aucun symptôme secondaire n'avait échappé à la sagacité de l'observateur; ainsi la toux nerveuse, l'essoufflement, la voix saccadée, les troubles de l'intestin, l'appétit exagéré contrastant avec un amaigrissement extrême, l'aménorrhée, les bizarreries de caractère, tous phénomènes secondaires qui ont une grande importance, parce que dans les cas douteux ils viennent puissamment aider au diagnostic; la marche paroxystique de la maladie et les modifications imprimées à la marche de l'affection générale par les troubles de la fonction menstruelle, tous ces faits, je le répète, ont été bien notés dans cette observation, et je la considère comme une des plus complètes que possède la science aujourd'hui.

Revenons, Messieurs, sur chacun des symptômes principaux et secondaires de la maladie de Graves; étudions quel est l'ordre d'apparition de chacun d'eux, quelle est leur importance relative, puis cette étude préliminaire, indispensable, une fois faite, nous aborderons la question la plus importante, celle vers la solution de laquelle doivent tendre tous nos efforts, et qui, je l'espère, sera la source d'une discussion académique où votre rapporteur aura, pour son compte, beaucoup à apprendre; je veux parler de la nature de la maladie dite goître exophthalmique.

Dans sa forme la plus commune, forme chronique, le clinicien constate trois symptômes considérables: l'exophthalmie, l'hypertrophie du corps thyroïde et les battements de cœur.

L'exophthalmie est double, extrême; d'autres fois elle est peu manifeste, mais toujours le regard prête à la physionomie une expression si singulière, que déjà l'attention de l'observateur est éveillée; alors il constate une mobilité étrange des globes oculaires; les malades ne sauraient fixer leurs regards. Fixer un objet est pour eux une difficulté et quelquefois une douleur; l'œil devient brillant et se mouille de larmes. Un travail assidu devient pénible, impossible même, et bien que dans certains cas l'exophthalmie soit telle que pendant le sommeil l'œil ne soit que très-incomplétement recouvert par les paupières, presque jamais on ne rencontre d'altération sérieuse de la membrane muqueuse ou de la cornée.

A la base du cou, dans la région occupée par le corps thyroïde, existe le plus souvent une véritable tumeur, saillante surtout sur les parties latérales de la trachée. Cette tumeur est lisse, sans changement de coloration de la peau. On ne saurait mieux la comparer qu'au goître des femmes enceintes, si bien étudié par mon collègue à la Faculté, M. le professeur Natalis Guillot. Tous les observateurs ont noté que souvent la tumeur était plus développée du côté droit. La main appliquée sur la partie y perçoit le plus souvent des battements qui soulèvent la tumeur en masse, et souvent des mouvements d'expansion comme dans une poche anévrysmale. Le stéthoscope y dévoile des bruits de souffle continus avec renforcements systoliques; souvent de grosses veines, quelquefois des artères sillonnent la surface de la tumeur, et si le siége, la forme, le développement, puis la diminution progressive de cette tumeur, n'avaient suffi pour bien établir qu'elle n'est qu'une hypertrophie générale du corps thyroïde, l'anatomie pathologique dans quelques cas malheureux a déjà prouvé qu'il ne pouvait y avoir le moindre doute sur son siége et sur sa nature.

L'exophthalmie et le goître, par leur apparition simultanée ou successive, ont déjà une grande importance à l'endroit du diagnostic; je ne sache pas qu'on ait signalé l'existence de ces deux états morbides dans aucune maladie; ajoutez que la saillie oculaire et la tumeur thyroïdienne augmentent et diminuent simultanément dans chacun des paroxysmes, comme s'ils étaient soumis à la même influence étiologique. Nous devons cependant faire remarquer que dans les cas de guérison prochaine ou confirmée les globes oculaires peuvent rester complétement dans l'orbite, tandis que le goître laisse toujours des traces persistantes. Et réciproquement nous voyons dans quelques cas l'exorbitisme persister, alors que le corps thyroïde a disparu presque complétement.

Lorsque nous discuterons la nature de la maladie de Graves, nous verrons que les auteurs sont unanimes pour reconnaître que l'exophthalmie et le goître sont intimement liés dans leur évolution, dans leurs périodes d'augment et de déclin, avec le troisième phénomène morbide, les battements du cœur, qui, réuni aux deux premiers, constitue la triade symptomatique de la maladie de Graves.

Stokes, dans son *Traité des maladies du cœur*, avait si bien compris l'action des battements du cœur sur l'exophthalmie et le goître, qu'il n'hésite pas à affirmer que la maladie tout entière est une névrose cardiaque. M. Aran, dans les conclusions de son mémoire, partage l'opinion de Stokes, mais à la théorie de Stokes il ajoute une autre interprétation étiologique, en mettant à contribution les recherches anatomiques de Henri Müller et les belles expériences de Claude Bernard sur la section et l'irritation du nerf sympathique.

Nous reviendrons sur ces faits; ce qu'il nous faut constater maintenant, c'est qu'il n'existe point de goître exophthalmique sans qu'il y ait ou sans qu'il y ait eu antérieurement un état spécial du cœur.

Tous les malades, en effet, se plaignent ou ont eu à se plaindre au début de leur affection, de battements de cœur, de battements tels qu'ils soulèvent violemment la paroi thoracique, et cela avec un tel bruit quelquefois, comme l'avait déjà fait remarquer Graves, qu'ils peuvent être entendus à distance. Rarement ces battements amènent de la voussure précordiale, mais ils sont douloureux et rendent bientôt tout effort impossible. Si ces battements augmentent, ils retentissent dans les artères du cou, dans la tumeur thyroïdienne et dans les globes oculaires; ils sont accompagnés de céphalalgie, et les malades deviennent, surtout dans ces moments, d'un caractère insupportable, quelquefois violent. A chaque émotion morale, à chaque effort, en même temps que redoublent les battements cardiaques, en même temps augmentent les saillies thyroïdiennes et oculaires; les yeux deviennent plus brillants et se remplissent de larmes. Un bruit de souffle systolique existe à la base du cœur et se prolonge dans les vaisseaux du cou, les artères carotides et thyroïdiennes bondissent à chaque pulsation du cœur; mais, chose bien digne de remarque, et bien remarquée pour la première fois par Graves, le pouls radial reste petit et faible; il n'emprunte aux battements cardiaques que la fréquence; point de bruit de souffle dans les artères humérales ni crurales. Quel est cet état du cœur?

Dans le goître exophthalmique, existe-t-il quelquefois une affection organique du cœur? Stokes n'hésite pas à répondre par l'affirmative, mais pour lui l'affection organique n'est point constante, elle n'est même pas une conséquence nécessaire de la maladie. Aussi le savant clinicien irlandais se hâte-t-il d'admettre deux formes ou pour mieux dire deux variétés de goître exophthalmique: l'une, la plus commune, sans affection organique, l'autre avec affection organique. Bientôt nous dirons notre opinion à ce sujet; mais M. Aran, qui avait beaucoup étudié Stokes, et qui, comme lui, avait été conduit à accorder une si grande part à l'affection organique ou fonctionnelle du cœur, avait porté toute son attention sur cette partie de la question et peut-être, je le dis à regret, avait-il un peu exagéré l'importance qui doit être accordée aux troubles cardiaques dans l'évolution de la maladie.

S'il y eut erreur de la part de M. Aran, comment fut-il conduit à cette erreur? Comment avait-il été conduit à reconnaître une lésion organique du cœur là où MM. Bouillaud, Cazalis, Charcot et beaucoup d'autres observateurs n'avaient pu la découvrir, bien qu'ils y eussent apporté toute leur attention? La lésion, ou pour mieux dire l'état pathologique auquel M. Aran accordait une si grande part et qu'il paraissait si disposé à rencontrer dans le goître exophthalmique, c'est l'hypertrophie cardiaque.

Dans la percussion de la région cardiaque, le clinicien sait qu'il existe deux sortes de matité: l'une qui doit mesurer toute la région occupée par le cœur, et dont les limites peuvent varier à l'infini, parce que l'épaisseur des parois thoraciques, la conformation de la poitrine, des lamelles du poumon interposées entre les parois thoraciques et le cœur, peuvent amener des différences de sonorité très-grandes: cependant tout médecin exercé dans l'art de la percussion peut avec quelque attention arriver à reconnaître la présence du cœur en un point. La matité ne s'offre point avec les mêmes caractères dans toute la région occupée par le cœur; la matité est moins marquée, et la résistance au doigt moins accusée sur les limites périphériques, tandis que la matité est plus absolue dans les points de la portion où le cœur se trouve presque en contact immédiat avec la paroi thoracique. Cette dernière matité, que nous appellerons *absolue*, mesure à l'état normal 4 ou 5 centimètres carrés dans le sexe masculin, un peu moins chez la femme; et si nous considérons cette matité absolue comme étant la mesure normale physiologique, elle pourra nous servir de mesure de comparaison pour établir l'augmentation ou la diminution de volume du cœur, car cette matité absolue devra nécessairement augmenter ou diminuer d'étendue dans les cas où le cœur aura un volume au-dessus ou au-dessous du volume normal.

La matité relative, au contraire, et nous désignons ainsi celle par laquelle on cherche à limiter le cœur au milieu des organes qui l'environnent, est toujours plus étendue, puisqu'elle a pour but de limiter le cœur tout entier; mais elle est beaucoup plus variable que la matité absolue, par cela même que les limites sont moins bien accusées et souvent douteuses, ce qui tient au voisinage du lobe gauche du foie et à la présence d'une lamelle plus ou moins épaisse du poumon située en avant du cœur. Quoi qu'il en soit, en dehors de l'état de maladie, la matité relative peut fournir en moyenne 8 à 9 centimètres dans le sens vertical, et 9 à 10 centimètres transversalement.

Ces dernières mesures souvent ne peuvent être déterminées qu'avec une extrême difficulté, aussi préférons-nous, suivant le conseil de M. Bouillaud, ne tenir compte que de la matité absolue, qui ordinairement ne varie qu'avec l'état pathologique.

Ces détails établissent de grandes différences d'étendue entre la matité relative et la matité absolue, et peut-être y trouverons-nous la cause des dissidences qui existent bien plus en apparence qu'en réalité à l'endroit de l'hypertrophie cardiaque dans les observations de goître exophthalmique.

En résumé, dans le goître exophthalmique, il n'y a point ordinairement d'hypertrophie cardiaque; je crois cependant que cette hypertrophie peut exister quelquefois d'une façon passagère. Enfin, le goître exophthalmique ne saurait exclure la coïncidence des lésions organiques du cœur, comme cela été très-bien observé par Stokes et le docteur Vithusen.

J'ai surtout appelé votre attention sur les symptômes qui par leur réunion constituent la triade symptomatique de la maladie de Graves; je devrai bientôt vous entretenir des symptômes secondaires consignés avec soin dans le mémoire de M. Aran; mais avant d'en arriver à ce point du sujet, je crois devoir faire quelques réflexions sur le mode d'apparition de chacun des symptômes principaux. Graves, Stokes et M. Aran pensent avec raison, suivant moi, que le premier symptôme relève du cœur; c'est du moins celui dont les malades se plaignent d'abord.

Plus tard, et à une époque qui peut varier, apparaît la tumeur thyroïdienne; le développement de cette tumeur se fait avec une certaine lenteur, et le plus souvent elle a déjà acquis des dimensions considérables lorsque se manifeste la double exophthalmie. Je ne crois pas que l'exophthalmie soit une conséquence de la gêne apportée à la circulation veineuse par la tumeur thyroïdienne. Le docteur Taylor avait eu tort de subordonner l'exophthalmie à la présence du goître; les auteurs qui se sont occupés de la question ont bientôt abandonné cette interprétation, non-seulement parce que dans quelques circonstances l'apparition de l'exophthalmie et du goître a lieu simultanément, mais encore parce que l'exophthalmie peut exister sans développement du corps thyroïde, comme j'en ai récemment observé deux cas, l'un dans ma propre pratique, l'autre avec mon collègue des hôpitaux M. Cazalis. Dans ces cas, la maladie peut être dite *fruste* par l'absence du goître ou de l'exophthalmie, mais je me hâte d'ajouter que le plus souvent dans ces cas on voit tôt ou tard apparaître le symptôme qui d'abord a fait défaut. Nous comprenons cependant qu'un des symptômes principaux, goître ou exophthalmie, puisse manquer sans que pour cela la maladie cesse d'exister. En effet, si le doute pouvait se montrer, le cortége des symptômes secondaires viendrait bientôt le dissiper. Ces symptômes secondaires sont des troubles nerveux portant sur l'intelligence: impossibilité de se livrer à un travail assidu, modification du caractère, irascibilité, etc.; troubles dans les fonctions de l'estomac et de l'intestin, troubles de la nutrition, qui bientôt amènent un amaigrissement extrême; toux nerveuse, quelquefois fièvre à type intermittent.

Il est un autre symptôme morbide qui mérite une mention spéciale, la suppression des menstrues. En effet, toutes les femmes qui sont affectées de la maladie de Graves présentent depuis longtemps des troubles de la menstruation. D'abord la fonction s'est faite irrégulièrement, puis bientôt elle a été supprimée, et lorsqu'elle se rétablit les femmes semblent toucher à la guérison, tandis qu'ils prennent au contraire une exagération très-grande lors des époques où devraient apparaître les règles. Chose digne de remarque, comme cela avait déjà été noté dans le travail du docteur Charcot, c'est que les symptômes s'amendent d'une manière considérable lorsque les malades deviennent enceintes, tandis que tous les symptômes de la maladie se montrent à nouveau après l'accouchement. J'avais donc raison de ne point considérer l'aménorrhée comme un phénomène d'importance secondaire, et je suis tenté au contraire de lui accorder une part considérable dans l'étiologie, dans la marche et la durée de la maladie.

Eu égard à sa marche, la maladie se montre sous deux formes: l'une commune, aiguë, à paroxysmes fréquents, et d'une durée qui peut varier entre quelques mois ou deux années; l'autre forme peut être dite chronique parce que sa durée est de plusieurs années; elle est rare, et les symptômes dans ce cas se montrent avec une bénignité relative, qui cependant n'exclut point les accès, les paroxysmes: cette dernière forme succède quelquefois à la forme franchement aiguë.

J'arrive maintenant à la nature de la maladie. Je ne crois pas devoir insister dans ce rapport pour établir que le goître exophthalmique n'est point une cachexie, dernière expression de la chlorose ou de l'albuminurie. Qu'il me suffise de rappeler que l'anémie, lorsqu'elle existe dans le goître exophthalmique, n'est que consécutive aux troubles de la nutrition, et d'autre part que l'albuminurie est un phénomène très-rare dans la maladie de Graves. Nous ne saurions donc faire dépendre de l'anémie et de l'albuminurie une maladie qui se présente souvent sans ces deux états morbides, et nous n'hésitons pas à partager l'opinion de M. Aran, qui rangeait le goître exophthalmique dans la classe des névroses, opinion que votre rapporteur avait déjà énoncée dans ses leçons cliniques. Rappelons, avec notre collègue regretté, que les symptômes qui constituent la triade du goître exophthalmique sont toujours précédés et accompagnés de troubles nerveux intellectuels, gastriques et menstruels, qui s'observent si souvent dans les maladies nerveuses, et qui placent la maladie de Graves à côté de la chlorose, et, plus encore, de l'hystérie.

Stokes avait déjà prononcé le nom de névrose cardiaque en traitant du goître exophthalmique, et, comme le fait remarquer M. Aran, un ophthalmologiste de Berlin, Graafe, avait été plus loin en localisant cette névrose dans le système nerveux ganglionnaire.

En France, M. le docteur Charcot a été conduit à partager cette manière de voir, et nous-même, dans les leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, nous professions que la maladie de Graves était une névrose à congestions locales, ayant sa cause prochaine dans une modification de l'appareil vaso-moteur. M. Aran, dans le mémoire qu'il soumettait au jugement de l'Académie, accepte l'interprétation que nous avions donnée des divers symptômes de la maladie de Graves; passons en revue les preuves que M. Aran apportait à l'appui de notre opinion.

Les troubles fonctionnels de l'estomac, de l'intestin et du foie, appétit vorace, inappétence complète, diarrhée blanchâtre, bilieuse, cholériforme, constipation; les modifications de la sécrétion rénale, tous phénomènes qui diminuaient ou augmentaient avec les palpitations, les battements artériels, les congestions actives du côté de la thyroïde et des globes oculaires, devaient nécessairement reconnaître une même cause, inconnue il est vrai; mais cette cause commune avait vraisemblablement pour siége le système nerveux du grand sympathique, et les expériences de M. Claude Bernard conduisaient la plupart des observateurs à accepter cette hypothèse. En effet, le savant physiologiste avait démontré que la section ou l'excitation du nerf grand sympathique détermine non-seulement une congestion avec élévation de température des parties du corps qui sont desservies par la portion du nerf irrité, mais ces expériences avaient amené la dilatation des pupilles et la saillie des globes oculaires.

Alors, pour ceux qui se rappelaient ces expériences, n'était-il pas tout naturel de penser que les phénomènes congestifs qui, dans le goître exophthalmique, sont si manifestes vers la glande thyroïde et les globes oculaires, pouvaient avoir pour cause, de même que les palpitations cardiaques et les troubles de l'intestin et des reins, un état spécial, une excitation peut-être du grand sympathique.

Alors aussi, les palpitations devenaient un résultat de cette névrose, de même que les congestions thyroïdiennes et oculaires, qui n'étaient point douteuses pour le stéthoscope et l'ophthalmoscope. Quant à la diarhée et à l'hypersécrétion rénale, ainsi que les sueurs profuses, elles trouvent leur raison d'être dans une congestion des appareils glandulaires. Les troubles de la menstruation étaient la conséquence du manque d'afflux sanguin vers l'appareil utéro-ovarique; et si, au contraire, la vie utéro-ovarienne rentrait dans l'ordre physiologique par la grossesse ou la menstruation, alors disparaissaient la plupart des symptômes du goître exophthalmique, comme si le retour de la congestion utérine devait faire disparaître les congestions morbides vers les autres organes.

M. Aran avait beaucoup observé pour se rendre compte de tous les phénomènes morbides, et mettant à profit les connaissances qu'il empruntait à l'Allemagne, il voulut trouver de la saillie oculaire une cause mécanique autre que la congestion; désireux de faire prévaloir une étiologie spéciale de l'exophthalmie, il rejeta la congestion des vaisseaux des globes oculaires comme étant une hypothèse, et il fit intervenir la contraction d'un muscle nouveau pour expliquer la procidence des yeux. Aran eût assurément accordé une part à la congestion, s'il eût connu les travaux de Neumann et de Vithusen, où se trouvent consignées de belles recherches ophthalmoscopiques qui ne permettent aucun doute sur l'existence et les conséquences matérielles de l'hyperémie choroïdienne et rétinienne, et de telles recherches eussent donné à son esprit positif une raison satisfaisante de l'amblyopie qui a été signalée dans le goître exophthalmique.

Quelle était donc pour M. Aran la cause mécanique de l'exophthalmos? Il nous rappelle que Henry Müller a décrit chez l'homme un muscle à fibres lisses, analogue, par sa position et sa fonction, à la membrane orbitaire que les auteurs ont décrite chez quelques mammifères, et en particulier chez le lièvre, où des muscles protracteurs et rétracteurs du globe oculaire ont été le sujet d'études spéciales. Le muscle orbitaire de l'homme serait protracteur du globe oculaire, et, partant, aurait une action opposée à celle des muscles droits et de l'orbiculaire des paupières.

Enfin, d'après Henry Müller, la membrane et le muscle orbitaire recevraient leur influx nerveux presque exclusivement du grand sympathique.

M. Aran connaissait ces faits, et il fut conduit à penser que la saillie oculaire dans le goître exophthalmique était le résultat de la contraction exagérée du muscle orbitaire. Votre rapporteur a dû s'enquérir près de plusieurs anatomistes de l'existence de ce muscle, et les personnes que j'ai consultées n'ont pu me donner aucun renseignement précis; ils n'ont jamais disséqué ce muscle, et dans les ouvrages il n'en est fait nulle mention.

C'est donc là un fait anatomique qui demande de nouveaux détails.

Si je rejette la théorie que M. Aran cherche à faire prévaloir de l'exorbitisme, en s'appuyant sur les données fournies par Henry Müller et la grande autorité de Claude Bernard, vous me permettrez d'accorder dans la production de l'exophthalmie une grande part à la congestion oculaire, analogue à la congestion de la glande thyroïde, et qui nous donne une explication satisfaisante de la saillie paroxystique et persistante des yeux, du brillant du regard, et qui se trouve en rapport parfois avec les altérations de la rétine et de la choroïde que l'ophthalmoscope et l'anatomie pathologique nous ont dévoilées dans la maladie de Graves.

Il ne me reste plus qu'à faire quelques réflexions sur le traitement. M. Aran ne doute pas de la curabilité de la maladie, et il insiste avec soin sur les divers moyens qui doivent être mis en usage. Nous ne possédons point de spécifiques contre les névroses; le médecin doit donc en pareille circonstance, et M. Aran l'avait bien compris, porter son action thérapeutique sur chacun des symptômes.

Ceux qui n'ont vu dans la maladie de Graves qu'une variété de chlorose ou d'anémie ont eu recours aux préparations martiales, mais bientôt l'expérience est venue démontrer l'impuissance d'une semblable médication; non-seulement les préparations ferrugineuses et les toniques amers n'ont point eu de résultat satisfaisant, mais plusieurs fois ces médicaments ont accéléré les battements du cœur, et bientôt il a fallu y renoncer. Ceux qui avaient été surtout préoccupés du développement du corps thyroïde, ont bientôt reconnu les fâcheuses conséquences de l'administration de l'iode, qui semblait exaspérer chacun des symptômes et déterminer des paroxysmes. Si, au contraire, on tenait compte de l'extrême irritabilité du cœur, on avait essayé de calmer les palpitations par les préparations de digitale ou de colchique: on avait pu constater d'abord que les battements étaient moins violents et moins fréquents; mais bientôt les bruits de souffle étaient devenus moins intenses dans les vaisseaux du cou et du corps thyroïde, la tumeur thyroïdienne avait diminué de volume, et l'exorbitisme était devenu moins saillant; puis, la médication ayant été continuée un certain temps, on constatait un amendement très-marqué dans les symptômes secondaires. On fut donc encouragé dans la médication par la digitale; mais il ne suffisait pas d'agir sur le cœur et les gros vaisseaux, il fallait encore chercher à rétablir la fonction menstruelle, car l'observation avait démontré que le retour spontané de la menstruation avait été promptement suivi d'une amélioration notable dans l'état des malades, tandis que le mieux n'avait jamais été que passager lorsque l'irrégularité de la fonction utéro-ovarienne avait persisté.

Les deux indications principales qui ressortent de ces remarques sont donc: calmer le cœur par le meilleur moyen que nous ayons, la digitale, et rétablir la fonction menstruelle par divers moyens qui pourront varier à l'infini, suivant l'âge, le tempérament, les habitudes et les conditions hygiéniques de chacune des malades.

Lorsque ces deux indications principales auront été remplies, à peine sera-t-il besoin de combattre les symptômes secondaires, car ils diminuaient le plus souvent spontanément après l'amendement des symptômes principaux. Ainsi les troubles de l'estomac et de l'intestin, ainsi la céphalalgie, les modifications de caractère, ainsi la fièvre elle-même.

Je ne puis terminer ce rapport sans soumettre à votre attention le bénéfice que M. le docteur Aran et ceux qui l'ont imité ont retiré de l'application de la glace sur le cœur et sur la région thyroïdienne. Bientôt, en effet, on voit diminuer les palpitations; les battements de la tumeur thyroïdienne diminuent rapidement; mais il faut que cette application du froid soit faite d'une façon continue, sans quoi on verrait reparaître avec une intensité nouvelle les symptômes qu'une assiduité dans le traitement aurait combattus avec succès. Mais de toutes les médications qui ont été opposées au goître exophthalmique, celle qui a paru à votre rapporteur donner les résultats les plus utiles, a été l'hydrothérapie faite méthodiquement.

— L'observation qui nous a été communiquée par le docteur Hiffelsheim présente tous les signes de la cachexie exophthalmique. La triade symptomatique y est décrite avec soin; la différence entre le pouls carotidien et le pouls radial a été bien constatée par l'auteur de cette observation, et plusieurs des symptômes secondaires, troubles de la digestion et de la fonction menstruelle, n'ont point échappé à la sagacité de l'observateur. Ce fait a été observé en même temps par M. le docteur Oliffe, qui était le médecin ordinaire de la famille X...; il n'offre d'ailleurs aucune particularité remarquable. Dans cette même observation, il a été soigneusement établi par le docteur Hiffelsheim qu'il n'y avait point de lésion cardiaque, et pour donner plus d'autorité à ce fait, il nous rappelle que M. le professeur Bouillaud fut appelé en consultation, et qu'il put constater l'absence de toute altération organique du cœur. C'est là un fait qui doit être ajouté aux observations sur lesquelles je me suis appuyé pour démontrer que dans la maladie de Graves il n'y aurait point ordinairement d'hypertrophie cardiaque.

En soumettant ce fait à l'Académie, M. le docteur Hiffelsheim espère pouvoir apporter quelques lumières sur la pathologie du goître exophthalmique.

Tenant compte surtout des lésions organiques dans cette maladie, il pense qu'on ne peut la ranger dans la classe des névroses, si l'on reste fidèle, dit-il, à la définition qu'en a donnée Cullen. De plus, il se refuse à reconnaître qu'il y ait parité de causalité entre les faits que M. Claude Bernard détermine par la section du grand sympathique et les symptômes de la maladie de Graves. Pour le savant professeur du Collége de France, fait remarquer M. Hiffelsheim, il y a augmentation passagère de la température des parties où se rendent les rameaux du grand sympathique après la section de ce nerf, tandis que dans la maladie de Graves il n'y a point d'élévation de température dans les organes lésés. Je ne sache pas qu'aucun observateur ait noté la température des globes oculaires et de la glande thyroïde dans les cas de goître exophthalmique, mais on avait été conduit à penser qu'il y avait quelque ressemblance entre les expériences de M. Cl. Bernard et la maladie de Graves, parce que, dans les deux cas, on avait remarqué une augmentation de vascularité très-considérable; alors on avait été conduit tout naturellement à supposer que l'irritation expérimentale et la section du nerf sympathique donnant lieu à quelques-uns des phénomènes de la maladie de Graves, à savoir la turgescence des parties intéressées, les phénomènes pathologiques pourraient relever d'une même cause, l'irritation ou toute autre modalité du nerf vaso-moteur. L'analogie des phénomènes avait conduit à l'analogie de la cause.

Puis voyant la part que les émotions morales avaient sur l'exagération des symptômes principaux de la maladie de Graves, et ces émotions ne pouvant avoir pour intermédiaire que le système nerveux, on avait constaté que le siége de la maladie était le vaso-moteur; mais pour M. Hiffelsheim il n'en peut être ainsi, parce que les névroses ne sauraient faire de lésions organiques, et il préfère ranger la maladie de Graves dans la grande classe des diathèses, s'appuyant sur la multiplicité des symptômes de la maladie et le trouble de la composition du sang, lequel trouble, il est vrai, avoue l'auteur, peut conduire à une névrose secondaire.

Peut-être pourrions-nous combler la distance qui semble séparer M. Hiffelsheim de la commission, en faisant remarquer qu'il y a une diathèse nerveuse à modalités nombreuses, l'hystérie, dont les symptômes varieront suivant que la cause portera son action plus particulièrement sur le système nerveux de la vie de relation ou sur celui de la vie organique.

Eh bien, si l'on admet que le vaso-moteur est primitivement le siége de la maladie de Graves, on saisit la relation qui existe entre les phénomènes ayant pour siége le cœur, la thyroïde et le globe oculaire, phénomènes de suractivité vasculaire, phénomènes qui peuvent être suivis ou précédés d'autres symptômes, lesquels prennent toujours le grand sympathique pour intermédiaire, se manifestent sur l'estomac, l'intestin, le système nerveux animal et les organes qui concourent à la formation des éléments du sang.

La commission vous propose de renvoyer le travail de M. Aran au comité de publication;

Et de remercier M. le docteur Hiffelsheim de son intéressante communication.

— M. LAGNEAU, au nom de M. Roche et au sien, lit un rapport verbal sur un ouvrage de M. don Diégo de Argumosa, ex-professeur de clinique chirurgicale à Madrid, ouvrage imprimé en espagnol et ayant pour titre: *Résumé de chirurgie.*

LECTURE.

Version pelvienne. — M. H. BLOT, candidat pour la section des accouchements, lit un travail intitulé: *De la version pelvienne dans certains cas de rétrécissement du bassin.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On vient de publier la liste des récompenses décernées aux exposants français à l'Exposition internationale de Londres.

Parmi les classes et les sections de cette Exposition, il en est qui intéressent plus particulièrement le corps médical; nous donnerons dans le prochain numéro la liste des récompenses décernées dans ces classes.

— La première série d'épreuves du concours pour trois places de médecin au Bureau central, ouvert le 14 juin dernier, vient de se terminer. Ont été admis à subir la seconde: MM. Blondeau, Cadet-Gassicourt, Canuet, Dumontpallier, Gombaud, Luys, Parrot, Second-Féréol, Simon et Tamarel-Mauriac.

— M. Giraud, médecin principal de la marine, a été nommé médecin en chef de l'escadre de l'Atlantique, et a reçu l'ordre de se rendre immédiatement à Cherbourg, pour s'embarquer sur la frégate cuirassée *la Normandie.*

— Le prix du *Traité des maladies du sein* de M. le professeur Velpeau est de 12 francs et non pas de 7 fr. 50, comme nous l'avons dit par erreur dans le compte rendu de cet ouvrage.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 84. — SAMEDI 19 JUILLET 1862. (35° ANNÉE.) N° 84. — SAMEDI 19 JUILLET 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Goître exophthalmique.

Le rapport dont M. Trousseau a donné lecture dans la dernière séance de l'Académie de médecine et la discussion qui va très-probablement s'ensuivre, donnent un caractère d'actualité que nous ne voulons pas laisser perdre, à l'observation suivante, qui a fait le sujet de la communication de M. Hiffelsheim rappelée dans ce rapport, et qui est restée jusqu'à présent inédite.

Mlle ***, âgée de dix-huit ans (en 1855, époque où commence l'observation), blonde, lymphatique, naquit sur les bords de la mer, dans une résidence royale. En 1850, sa famille vint en France; il ne se passa rien de particulier. On voyageait presque toute l'année. En mars 1855, dans une des plus agréables habitations des environs de Paris, le frère et la sœur furent atteints d'une rougeole. La sœur en conserva une faiblesse de la vue, une grande injection des conjonctives. En octobre, M. Hiffelsheim fut appelé pour examiner la malade.

Elle se présentait avec des signes extérieurs tellement frappants, dit notre confrère, que je ne pus me soustraire à une impression d'étonnement. Deux énormes globes oculaires, la *boopis* d'Homère, très-injectés, semblent projetés hors de l'orbite, brillants, doux, quoique d'une fixité de surprise tempérée à peine par la réserve extrême du maintien. Ces deux yeux sont encadrés dans deux joues bien pleines, d'un blanc laiteux, relevé par une rougeur diffuse au centre.

La tête est portée par un cou assez long, d'une circonférence considérable, avec toute la physionomie et le caractère de deux lobes goitreux.

Ces deux lobes sont soulevés par les battements carotidiens, tandis que le corsage est fortement ébranlé par l'impulsion précordiale. La main, appliquée sur cette région, est très-sensiblement repoussée.

La malade indique une infiltration et un gonflement assez notable autour de la cheville et s'étendant plus ou moins sur le dos du pied. Ce gonflement est plus prononcé le soir; le doigt n'y marque pas.

L'artère radiale donne un pouls dépressible, sans ampleur, d'une énergie douteuse, frappant le doigt 120 fois par minute, alors que la première émotion est complétement passée.

Voici les signes que fournit l'auscultation du cœur et des carotides:

Souffle intense, couvrant les deux temps, maximum à la pointe, et perceptible non-seulement dans toute la région précordiale, mais dans tout le côté gauche; il se propage avec une grande intensité dans les carotides, seules artères qu'il fut loisible d'explorer. Ce souffle est continu, avec l'augmentation systolique que M. Bouillaud a signalée. Il a le caractère du bruit de tempête, et masque par moments complétement les bruits. Il prend aussi, par instants, une rudesse qui fait songer aux lésions organiques. Percutée, la région précordiale n'offre qu'une matité très-limitée. Le système veineux est peu accusé. La malade est facilement essoufflée. La respiration est normale: 24. Le ventre a toujours paru un peu gros. Il n'y a pas de pneumatose, toutefois. Constipation. La digestion est facile, mais l'appétit est faible.

Depuis sa rougeole, la menstruation s'est réduite en durée et en quantité. Les règles sont le plus souvent en retard, ne durent quelquefois que vingt-quatre heures, d'autres fois même douze heures seulement; le sang vient en petite quantité et est extrêmement pâle. Généralement la période cataméniale détermine une indisposition.

Les forces sont en meilleur état qu'on ne pourrait l'espérer. La malade prend, à la vérité, beaucoup d'exercice et un bain froid tous les matins, en toute saison, depuis son enfance. Il n'y a jamais eu d'albumine dans les urines, qui sont claires et limpides, sans mousse.

L'intelligence, bien au-dessus de l'ordinaire, et précoce à bien des égards, accompagne chez elle une brillante éducation et beaucoup d'instruction.

M. Hiffelsheim présenta deux fois la malade à M. Bouillaud pour avoir son témoignage sur l'absence de toute lésion cardiaque, et pour le confirmer davantage dans son diagnostic.

Le fer avait été prescrit depuis le début. Les yeux devinrent plus rouges, la vue faiblit, au point qu'il fallut interdire toute espèce de fatigue des yeux.

Enfin on essaya l'iode sous forme de teinture en friction, puis tour à tour sous forme d'eau minérale d'après une prescription de M. Bouillaud, enfin sous forme d'iodure de potassium, à dose très-faible, environ 5 centigrammes par jour. Les yeux rougirent davantage. Les battements artériels furent plus prononcés en moins de quinze jours. Il fallut interrompre l'iode comme on avait interrompu le fer. Le pouls variait de 110 à 130.

La malade répétait souvent qu'elle se trouvait bien mieux de ne rien faire contre son état, qui ne la contrariait réellement qu'à cause des règles d'hygiène qu'elle dut s'imposer quant à la lecture. Et notre confrère finit par considérer la malade comme une véritable *noli me tangere*. Elle alla plusieurs années de suite, depuis 1856, aux bains de mer, et ne s'en trouva pas plus mal.

Le cou a augmenté et diminué parfois. Les yeux également variaient, mais depuis cinq ans l'affection est demeurée à peu près stationnaire.

Comme étiologie, il est singulier, fait remarquer M. Hiffelsheim, que l'affection se soit développée à la suite d'une rougeole. L'infiltration avec albuminurie survient bien plus souvent à l'issue de la scarlatine. Il existe cependant peut-être un rapport caché entre ces deux ordres d'affections, car la présence de l'albumine n'est pas indispensable pour établir l'analogie. Au dire de la mère, d'ailleurs, l'éruption n'avait pas un caractère bien tranché.

La malade a été élevée au bord de la mer, vivait dans une localité, aux portes de Paris, où les éléments iodés ne manquent pas. Depuis, le bain de mer et l'air maritime qu'elle supporte pendant quatre mois, comme son élément natal, prouve aussi que son organisation à cet égard n'est pas changée. Mais elle ne supporte pas la moindre médication iodée, qui plus tard fut abaissée jusqu'à un centigramme. Toutefois, il est juste de remarquer qu'aucun tonique ne lui réussit, ni la macération de kina, ni les autres amers, ni le fer sous aucune forme.

Son système nerveux est demeuré excitable à un haut degré, son état moral excellent; elle ne se sent pas réellement malade, et supporte très-patiemment la singulière physionomie que la maladie a imprimée à sa tête.

Ce fait, que M. Hiffelsheim n'a voulu communiquer, avec intention, qu'après cinq années d'attente et d'observation, dans l'espoir malheureusement trompé qu'il pourrait annoncer une issue plus consolante pour la malade, aura au moins le mérite d'apporter quelque lumière sur la pathogénie de cette singulière affection.

On y voit, en effet, la filiation des diverses manifestations morbides assez nettement établie. Les symptômes sont des plus accentués dans leur variété; tout ce qui a été signalé de caractéristique dans les travaux publiés en France pendant tout le temps qu'a duré cette observation, est réuni et concentré en quelque sorte dans ce fait type. Il se pourrait donc qu'en le méditant, en le scrutant dans sa signification la plus intime, on y saisît le caractère le plus général, le plus spécifique par conséquent, pour assigner à cette affection sa place dans le cadre nosologique.

Nous nous bornons pour le moment à cet exposé. Nous reproduirons dans le prochain numéro le quelques considérations doctrinales relatives à la nature apparente de cette affection, dont M. Hiffelsheim a fait suivre la relation de ce fait.

Quelques réflexions à propos d'un cas intéressant de fistule vésico-utéro-vaginale profonde.

Parmi les nombreux cas de fistules vésico-vaginales qui se sont succédé depuis le mois de janvier dans le service de M. Jobert (de Lamballe), il en est un particulièrement intéressant et qui mérite de fixer l'attention.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, journalière, entrée le 8 juin et couchée au n° 3 de la salle Saint-Maurice. Cette malade, d'une constitution robuste, ne présente dans ses antécédents ni dans sa conformation aucune particularité qu'on puisse rattacher à l'affection actuelle. Mariée il y a cinq ans, elle accouche à la fin de la troisième année d'un enfant mort-né; devenue enceinte une seconde fois, elle arrive sans accidents au terme de sa grossesse le 24 avril dernier.

Le travail commence d'abord régulièrement; l'enfant vient par les pieds, mais il est impossible de dégager la tête; c'est en vain que l'on administre à diverses reprises le seigle ergoté, on est obligé en dernier lieu de recourir à la céphalotripsie. Le volume de l'enfant, surtout celui de la tête, était très-considérable.

Huit jours après cet accouchement laborieux, la malade s'aperçoit de la perte de ses urines par le vagin, les fonctions de la vessie sont interrompues, le besoin d'uriner a cessé de se faire sentir. Elle reste deux mois dans cet état, au bout desquels elle entre dans le service de M. Jobert, pour être débarrassée de son infirmité.

A ce moment, outre les signes extérieurs de la fistule, c'est-à-dire un érythème développé sur toutes les parties génitales externes, elle présente sur la cloison vésico-vaginale une large perte de substance située à 4 centimètres du méat et qui mesure 3 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur et 2 dans son diamètre transverse.

La lèvre antérieure du col est complétement détruite; la fistule repose largement sur le conduit utérin et confond son orifice avec celui de l'organe. En outre, lorsqu'on cherche à faire pénétrer une sonde dans le canal de l'urèthre, l'instrument est arrêté par un obstacle anormal qu'il est impossible de franchir.

A cette occasion, M. Jobert, dans sa clinique du 14 juin, résume les divers faits analogues d'oblitération du canal de l'urèthre qu'il a eu l'occasion de rencontrer. Ils sont au nombre de treize. Ces obstacles siégent presque toujours au niveau du col de la vessie, du moins c'est ce qui s'est présenté 11 fois sur 13. Deux fois le conduit était oblitéré jusque dans le milieu de son étendue.

Si l'on réfléchit aux circonstances au milieu desquelles se produisent ces oblitérations, il est facile de se rendre compte du mécanisme de leur formation. Les fonctions du canal sont en effet brusquement interrompues; ses parois, surtout le col de la vessie, sont alors fortement enflammées, une exsudation plastique se fait sur les surfaces muqueuses, et tout concourt au développement de l'inflammation adhésive.

Ces oblitérations sont de deux ordres distincts; elles peuvent être formées par une simple valvule membraneuse, ou bien par une fusion complète des parois.

Dans le premier cas on peut franchir l'obstacle avec une sonde d'argent, et il suffit de la laisser en place deux ou trois jours pour rétablir la perméabilité; lorsqu'il y a fusion, on chercherait vainement à faire pénétrer une sonde, il faut de toute nécessité recourir à une opération. Pour cela, on introduit le doigt dans le vagin et une sonde dans l'orifice extérieur du canal; puis, lorsqu'on a bien déterminé le siége de l'obstacle et la direction de l'urèthre, on pousse en suivant ce trajet un gros trocart jusque dans la vessie. On peut laisser la canule en place, puis la remplacer par une sonde ordinaire.

L'année dernière, au numéro 23 de la salle Saint-Maurice, une malade a été opérée dans ces conditions. Le canal était parfaitement rétabli; mais ne pouvant supporter la présence de la sonde, elle l'enleva, et les parois du canal artificiel se ressoudèrent. Il fallut recourir à une seconde opération, qui cette fois réussit parfaitement.

Dans le cas actuel, il s'agit d'un rétrécissement membraneux; le manuel opératoire sera donc plus simple et le résultat plus sûr. Il ne faut dans aucun cas procéder à l'opération d'une fistule sans s'être assuré de la perméabilité du canal de l'urèthre.

A quelques jours de là, comme l'avait annoncé M. Jobert, l'introduction forcée d'une sonde d'argent put franchir l'obstacle et arriver dans la vessie. Le canal recouvra ainsi sa liberté.

Le 18 juin, M. Jobert pratiqua l'avivement de tout le pourtour de la fistule et réunit les bords par cinq points de suture. La lèvre postérieure du col de l'utérus, utilisée à la manière d'un lambeau, servit à fermer le milieu de la perte de substance. Deux incisions latérales pratiquées sur les côtés du vagin firent cesser tout tiraillement entre les lèvres de la plaie.

Les suites de l'opération furent aussi régulières que possible, et malgré les mauvaises conditions épidémiques dans lesquelles se trouvait placée la malade, malgré même une éruption générale à caractères mal définis, qui se manifesta le troisième jour après l'opération, il n'y eut du côté du vagin aucune complication sérieuse.

Le septième jour trois fils furent enlevés; à ce moment la réunion médiane était complète, mais la cicatrice ne parut pas assez solide à M. Jobert pour enlever les deux autres. L'un est resté en place jusqu'au dix-septième jour, l'autre jusqu'au vingt-quatrième. Exemple remarquable de l'immunité des fils de soie dans les tissus, ils n'avaient nullement sectionné les parties voisines, et ne laissaient après leur section aucune trace de leur passage.

Le lendemain de l'enlèvement du dernier fil, la malade urina seule, et la vessie retrouva si bien et si promptement ses fonctions et sa capacité que dans la première journée la miction, qui s'était faite huit fois, ne se fit que six la seconde et cinq la troisième.

Ainsi, en moins d'un mois, une fistule vésico-utéro-vaginale profonde, d'une étendue effrayante, était complétement fermée; la vessie reprenait ses fonctions et tout était rentré dans l'ordre.

Cet exemple, dont le résultat ne laisse rien à désirer, est remarquable d'abord par l'oblitération du canal de l'urèthre; en second lieu par la communication directe établie désormais entre le conduit utérin et la vessie; la lèvre postérieure du col ayant été utilisée à la manière d'un lambeau et faisant désormais partie de la cloison; enfin par le long séjour des fils au milieu des tissus et leur immunité complète.

Écrasement du pied; tétanos; mort. — De quelques moyens de traitement récemment préconisés contre le tétanos.

Un cas de mort à la suite d'un tétanos en apparence léger, vient d'avoir lieu dans le service de M. Demarquay, à la Maison municipale de santé. Nous devons à M. le docteur Parmentier la relation de ce fait, qui présente sous plusieurs rapports des particularités intéressantes, ainsi que les réflexions très-justes qui suivent, sur la valeur de quelques moyens récemment préconisés contre cette affection, et en particulier le curare.

Un homme âgé de cinquante ans descend d'un wagon de chemin de fer avant que le train soit complétement arrêté; son pied droit se trouve engagé entre les rayons d'une roue, et il en résulte un écrasement du pied, produit sans doute par le mouvement de rotation encore assez rapide.

Transporté aussitôt à la Maison municipale de santé, le blessé fut placé dans le service de M. Demarquay, qui constata une plaie contuse et une contusion du pied droit au quatrième degré, c'est-à-dire une gangrène de cette extrémité. Le sphacèle remontait jusqu'au niveau des articulations tarso-métatarsiennes, et comprenait une étendue presque aussi considérable du côté de la plante du pied. Le membre, placé sur un plan incliné construit au moyen de coussins, fut mis sous l'appareil à irrigation continue.

Quelques jours après, M. Demarquay détacha avec des ciseaux les orteils gangrenés. L'état général du malade était très-satisfaisant; déjà apparaissait le liséré de réparation de la partie sphacélée, lorsque vers le onzième jour le malade fut pris de trismus. M. Demarquay prescrivit de suite 10 pilules d'extrait de belladone de 1 centigramme chacune.

Le lendemain 13 juillet, le trismus persistait toujours, mais avec des intermittences, et il y avait de la dysphagie. Le cou du malade fut entouré de ouate, et l'on continua l'usage d'extrait de belladone à la dose de 10 centigrammes.

Le 14, on constate, à la visite, du trismus; le malade ne peut desserrer les mâchoires; les commissures labiales sont fortement attirées en arrière, et les traits du visage sont contractés. Depuis la veille, le malade a eu plusieurs accès convulsifs. Quelque temps après le trismus disparaît, et le malade lui-même fait remarquer qu'il peut alors ouvrir aisément la bouche. On profite de cet instant pour le faire boire, et il avale aisément la tisane qui lui est présentée. (10 pilules d'extrait de belladone de 2 centigrammes chacune, trois quarts de lavement laudanisé (10 gouttes par quart); ouate autour du cou; bain de vapeur.) M. Demarquay se propose d'employer le curare dès qu'il aura pu s'en procurer.

A une heure, M. Gentilhomme, l'un des internes du service de M. Demarquay, se rend auprès du malade et lui propose de boire; il refuse d'abord, mais on insiste, et au moment où on lui présentait le verre, il est pris d'un accès convulsif débutant par la gorge, et il meurt sans avoir présenté aucun spasme du côté des muscles de la nuque ou du dos.

A l'autopsie, on constate que l'encéphale était sain: peut-être y avait-il seulement un très-léger piqueté rouge de la substance cérébrale; la moelle n'a présenté aucune altération. Les poumons sont noirs, gorgés de sang, mais surnagent. Le cœur est volumineux, toutefois ses parois ne sont pas augmentées d'épaisseur, il y a amplitude des cavités ventriculaires; les valvules sont souples, mais on remarque à la surface interne de l'aorte et sous la membrane interne de nombreuses plaques athéromateuses; on en trouve un grand nombre à la naissance de l'aorte et au niveau de la crosse aortique, immédiatement au-dessous de l'origine des vaisseaux carotidiens et de l'artère sous-clavière; l'aorte descendante présente aussi une certaine quantité de plaques athéromateuses.

En résumé, cette observation est un cas de tétanos, en apparence léger, puisque la rigidité était bornée aux masseters et aux muscles qui président à la déglutition, et que les contractions spasmodiques ne se sont pas montrées du côté des muscles du tronc. Tout faisait présumer que l'on parviendrait à triompher de cet accident au moyen des préparations opiacées et belladonées, jointes à l'usage des bains de vapeur. M. Cazalis, qui a vu ce malade, disait avoir toujours vu guérir ceux qui étaient dans une situation pareille.

Plusieurs fois M. Demarquay avait eu occasion d'observer à la Maison de santé des cas de tétanos limité au trismus, et toujours il en avait obtenu la guérison au moyen de la belladone à haute dose. Aussi avait-il eu de suite recours à cet agent thérapeutique, décidé toutefois à employer le curare, s'il survenait de l'opisthotonos et de la rigidité des membres, bien que ce moyen n'ait pas donné jusqu'à présent des résultats bien satisfaisants. En effet, depuis que ce moyen a été proposé par M. Vella (de Turin), en 1859, il a été plusieurs fois expérimenté, et presque toujours sans succès; sur trois cas où il a été employé par M. Vella, il y eut deux morts. Dans un cas de Sagre (de New-York), communiqué par M. Brown-Séquard, le curare, employé à la dose de 20 centigr. sur 30 grammes d'eau, améliora d'abord l'état spasmodique; mais les convulsions ne tardèrent pas à reparaître, et la mort survint (*New-York of medicine*, marsh 1858, p. 252).

Ce fait démontre aussi que la priorité de l'emploi du curare n'appartient pas à M. Vella, puisque un an auparavant cet agent avait été employé à New-York par M. Sagre. Dans un autre fait, communiqué à l'Académie des sciences le 19 septembre 1859 (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 27 septembre), M. Manec employa sans succès 17 centigrammes de curare; les accès se multiplièrent, et le malade succomba trente heures après le début du tétanos.

On doit se rappeler aussi que le jour même de cette communication, le 19 septembre de la même année, M. Chassaignac, appelé en consultation auprès d'un malade affecté de tétanos, employa le curare en potion, et en même temps il fit arroser la plaie avec une solution de 20 centigrammes de curare dans 200 grammes d'eau; sa potion contenait 10 centigrammes de curare pour 120 grammes de liquide; on en donna une cuillerée à bouche toutes les heures.

Plus tard la dose de curare fut augmentée; on la porta successivement à 30 et à 40 centigrammes pour la solution, puis à 15 et 25 centigrammes pour la potion.

Six jours après ce traitement, il y avait une amélioration notable dans tous les symptômes; mais lorsque M. Chassaignac fit sa communication à la Société de chirurgie le 5 octobre 1859, c'est-à-dire seize jours après le début du tétanos, le malade avait encore un peu de tétanos; il n'était donc pas encore guéri; de sorte qu'il est permis de douter de l'efficacité du curare. On sait qu'il existe des cas de tétanos primitivement chronique, qui finissent par céder spontanément après avoir résisté à tous les moyens employés. Peut-être le fait de M. Chassaignac en est-il un exemple; c'est du moins une opinion qui fut émise à la Société de chirurgie.

Dans le fait communiqué à la même Société par M. Follin, le malade mourut deux jours après le début du tétanos, bien que l'on eût injecté 50 centigrammes de curare dans le tissu cellulaire dans l'espace de dix-huit heures. A cette occasion même, M. Follin se demandait si l'on ne devrait pas renoncer désormais à employer le curare, puisque, d'après une communication que lui aurait faite M. Cl. Bernard, il résulterait que les animaux mutilés, ceux qui sont dans un état de souffrance, ne sont plus soumis aux mêmes conditions relativement à l'action du curare que les animaux bien portants. M. Gintrac, de Bordeaux, injecta aussi sans succès en cinq jours 70 centigrammes de curare dans le tissu cellulaire d'un tétanique (*Union médicale*, 1859, t. IV, p. 346). M. Broca ne fut pas plus heureux dans un cas qu'il a cité cette année à la Société de chirurgie (16 avril 1862), et M. Velpeau, qui eut aussi l'occasion d'employer le curare, n'obtint pas un meilleur résultat; son malade succomba également. Il paraît toutefois que M. Tiercelin avait guéri un cas de tétanos en appliquant sur un vésicatoire 15 milligrammes de curare mélangé avec du sucre; mais ce mode d'administration ne réussit pas à M. Gosselin, pas plus que les injections de sulfate d'atropine à la dose de 30 centigrammes pour 30 grammes d'eau (*Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 317), qui cependant ont donné un cas de guérison à M. Fournier (*Gazette hebd.*, 1860, p. 442). Ces injections avaient aussi été employées avec succès dans un cas de tétanos par M. Pescheux, de Verneuil (Eure), qui injecta dans le tissu cellulaire du dos les deux tiers d'une seringue de Pravaz remplie d'une solution de sulfate d'atropine au centième. Il y eut pendant douze heures tous les phénomènes physiologiques déterminés par l'atropine, mais la malade obtint une amélioration notable; une seconde injection fut faite après vingt-quatre heures, l'intoxication fut moins marquée, et les dernières traces de tétanos disparurent.

Dernièrement enfin, on a publié plusieurs observations de tétanos guéri par l'ivresse. Dans un cas, elle fut obtenue par le punch (eau et alcool; malade de M. Hutchiuson, *Dublin med. Press*); mais dans les deux autres, l'ivresse fut obtenue par l'opium (*Lancet*, n° XIV, 1862), et par le chloroforme (docteur May-Figueira (de Lisbonne), *Gaz. med. de Lisboa*, n° 7). Les malades ont guéri. (*Union méd.*, 1862, t. XIV, p. 319.) Enfin M. Gaillard (de Poitiers) vient de guérir un tétanique en lui administrant de l'opium à haute dose, en même temps que l'atmosphère de la chambre du malade était constamment tenue à une température élevée. De plus, il donna le chloroforme à la dose de 1 gramme en potion, et fit dans la même journée jusqu'à sept inhalations de chloroforme qui duraient chacune vingt à vingt-cinq minutes. (*Union méd.*, 1862, t. XV, p. 110.) Ce traitement dura quinze jours, ce qui fait penser qu'il ne s'agissait pas d'un tétanos aigu à marche rapide. Aussi peut-on émettre sur le fait de M. Gaillard la même opinion que celle qui fut exprimée à la Société de chirurgie à propos du malade que M. Chassaignac avait traité par le curare; c'était un cas de tétanos chronique. De même, si l'on examine les observations des malades guéris du tétanos par l'ivresse, on voit qu'ils appartiennent à la même catégorie. De plus, les symptômes du tétanos étaient bornés à la face et aux organes qui concourent à la déglutition. Toutefois, le fait qui vient d'être rapporté prouve que l'on doit toujours être très-réservé sur l'issue d'un tétanos en apparence léger, puisque le malade succomba brusquement dans un accès convulsif. Il est vrai que l'autopsie a permis de reconnaître que les organes circulatoires n'étaient pas à l'état normal; le cœur était volumineux, les cavités ventriculaires étaient dilatées, et l'on constatait dans l'aorte le développement de nombreuses plaques athéromateuses, de sorte qu'il est peut-être permis de se demander si ces altérations n'ont pas eu une certaine influence pour amener subitement la mort de ce malade.

On voit, d'après tout ce qui précède, que l'art ne possède pas encore un moyen d'une bien grande efficacité contre le tétanos, ce terrible accident des lésions traumatiques; et que peut-être devrait-on abandonner le curare pour recourir exclusivement aux injections de sulfate d'atropine dans le tissu cellulaire, en même temps que l'on administrerait des pilules d'extrait de belladone. Quant au chloroforme, c'est un excellent moyen à employer dans le but de calmer momentanément les accès convulsifs; mais il ne paraît pas avoir une grande influence pour empêcher leur retour; il ne peut donc être considéré que comme un auxiliaire fort utile, mais rien de plus. M. Demarquay l'a souvent employé dans des cas de tétanos extrêmement graves; il est parvenu à faire cesser momentanément les convulsions, mais celles-ci n'ont pas tardé à reparaître; en même temps elles se rapprochaient de plus en plus, et les malades ont succombé.

Le service de la Clinique d'accouchements, dont M. Blot vient de prendre tout récemment la direction, présente en ce moment plusieurs cas intéressants qui méritent d'être signalés à l'attention des élèves et des médecins qui suivent ce service. Il y avait, le jour même où M. Blot a ouvert sa clinique, plusieurs cas de fièvre puerpérale, commençant la plupart, comme on l'a déjà remarqué dans plusieurs épidémies, par des eschares de la vulve.

Tel est le cas d'une femme entrée le 3 avril, étant déjà en travail. Cette femme avait le bassin rétréci, ce que sa petite taille, le volume proportionnellement exagéré de sa tête et l'incurvation de ses membres inférieurs, avaient déjà fait pressentir avant l'exploration; l'examen fit constater une procidence d'un bras, le bras droit; l'enfant était vivant, — il en donnait des preuves manifestes en saisissant la main de l'accoucheur; — l'orifice ne présentait encore qu'une dilatation de 2 centimètres tout au plus. Quelques heures après, M. Blot trouva la dilatation assez complète pour appliquer le forceps. Cette application fut très-longue et très-difficile. C'est à la suite de cette délivrance pénible que se sont manifestées des eschares à la vulve, puis des frissons bientôt suivis de l'explosion de tous les symptômes de la fièvre puerpérale.

Deux femmes sont entrées le même jour, présentant toutes deux une insertion du placenta sur le col, accusée par des hémorrhagies répétées. Nous reviendrons sur ces deux cas, qui ne peuvent manquer de présenter de l'intérêt.

Une femme placée au n° 27, accouchée récemment, présente un accident que l'on observe assez souvent dans les grands hôpitaux, mais rarement à la Clinique, à cause de l'époque de la période puerpérale où il se manifeste habituellement; nous voulons parler d'une *phlegmatia alba dolens*. On sait, en effet, que cet accident ne se produit en général que plusieurs semaines après l'accouchement. Dans ce cas-ci, il s'est manifesté après quelques jours seulement. La *phlegmatia* est double, à bascule, comme l'appelle M. Blot, passant d'un côté à l'autre. C'est un de ces cas à surveiller à cause de la prédisposition particulière à l'embolie.

Nous signalerons enfin la naissance d'un petit monstre pseudencéphale, dont nous aurons probablement l'occasion d'exposer plus tard les principaux caractères. La mère de cet enfant monstrueux présentait cette circonstance assez ordinaire dans les cas de ce genre, d'une très-grande abondance de liquide amniotique. Elle a eu après sa délivrance un thrombus volumineux de la vulve, qui s'est ouvert spontanément le surlendemain.

GRIPPE, TOUX CONVULSIVE; INFUSION DE SERPOLET.

Si nous ouvrons le *Traité des plantes médicinales indigènes*, par M. Cazin, nous y voyons que le serpolet est donné avec avantage en infusion aqueuse miellée dans l'asthme humide et les catarrhes chroniques, comme l'hysope, le lierre terrestre et autres plantes du même genre. Capuron conseillait aussi cette infusion contre la coqueluche. Le serpolet n'est donc pas un médicament nouveau, mais il a été oublié, et bien à tort, si nous en croyons un article de la *France médicale*, dans lequel M. le docteur Joset affirme que la simple administration d'une infusion de cette plante, légèrement gommée et édulcorée, a calmé, *guéri* même quelquefois, comme par enchantement, des coqueluches prises à toutes les époques de leur évolution. Il en a été de même, ajoute ce médecin, pour les angines striduleuses, les toux quinteuses, grippales, convulsives, etc.

La préparation à laquelle M. Joset donne la préférence est l'infusion faite avec 10 à 15 grammes de la plante pour 1 litre d'eau bouillante. On passe, on édulcore et l'on fait boire de cette tisane à volonté. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juillet 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. FOLLIN présente à la Société un enfant âgé de douze ans, qu'il a opéré d'un épispadias complet.

Avant l'opération on ne trouvait qu'une très-petite verge, dont la longueur ne dépassait pas 15 millimètres. L'organe avait éprouvé un mouvement de torsion sur son axe, de telle sorte que sa face supérieure regardait en haut et à gauche. Il existait un gland fendu aussi vers le haut et un frein assez long, qui se continuait avec un prépuce allongé.

Lorsqu'on exerçait une traction sur la verge, on trouvait une gouttière uréthrale de 3 centimètres d'étendue, qui avait tous les caractères de la face inférieure de l'urèthre; l'extrémité postérieure de cette gouttière uréthrale se continuait avec un infundibulum limité en bas par l'extrémité de cette gouttière, et en haut par la peau de la région pubienne, très-lisse et dépourvue de poils.

Les corps caverneux n'étaient pas séparés; la symphyse pubienne était réunie.

Le cathétérisme conduisait facilement dans la vessie, qui, contrairement à ce qui a été écrit, a paru d'une très-petite dimension; elle ne contenait qu'une fort petite quantité d'urine.

Dans la station debout l'incontinence d'urine était absolue; le malade perdait son urine goutte à goutte toute la journée; s'il faisait un effort pour uriner, il pouvait lancer un jet d'urine ascendant, qui éparpillait du liquide de tous côtés. Pour bien apprécier l'état déplorable de cet enfant, il faut dire que malgré un urinal ses pantalons étaient complétement souillés. On le changeait quatre ou cinq fois par jour de pantalon. Dans la nuit les urines étaient un peu mieux retenues que pendant le jour, et en réveillant l'enfant quatre ou cinq fois par nuit, sa mère parvenait à empêcher qu'il ne mouillât son lit.

Sous l'influence de cet écoulement habituel d'urine, la peau de la verge et du scrotum avait acquis une rougeur et une sensibilité très-vives.

Dans ces conditions, M. Follin a proposé aux parents une opération, en ayant soin d'établir :

1° Que cette opération n'avait pas pour but de reconstituer un appareil pouvant servir aux fonctions de la génération ;

2° Qu'en opérant cet enfant, le but du chirurgien était, soit dans le cas le plus heureux, d'empêcher l'incontinence absolue d'urine; soit dans le cas où il resterait encore un certain degré d'incontinence, de disposer les parties de façon à pouvoir appliquer un appareil mécanique qui retiendrait absolument les urines.

L'opération a été faite le 29 mai, suivant le procédé de M. Nélaton, après avoir soumis l'enfant au chloroforme.

M. Follin a pratiqué de chaque côté de la gouttière uréthrale, à la limite de la peau et de la muqueuse, une incision longitudinale qui s'étendait du gland jusqu'au point le plus éloigné qu'on pût atteindre en arrière. Les bords de cette incision ont été disséqués en dedans et en dehors de façon à constituer là deux lèvres de 2 ou 3 millimètres de largeur environ. Cela fait, les incisions ont été prolongées du côté du ventre dans l'étendue de 6 centimètres, et, réunissant par une incision transversale ces deux incisions longitudinales, on a séparé ainsi un lambeau qu'on a disséqué jusqu'au niveau de la gouttière sous-pubienne.

Ce lambeau ainsi disséqué a été rabattu sur la verge de façon à former une première couche de la nouvelle paroi supérieure de l'urèthre; on fixa les bords de ce lambeau à la lèvre externe de l'incision faite de chaque côté de l'urèthre.

Ce premier lambeau fixé, M. Follin tailla le lambeau scrotal par deux incisions, l'une à la racine de la verge, au niveau de l'angle péno-scrotal, l'autre à 2 centimètres et demi en arrière. Ainsi fut fait aux dépens du scrotum un pont cutané, libre au milieu et adhérent à ses deux extrémités vers la région inguinale; il fut alors possible de glisser sous ce pont la verge déjà recouverte de son lambeau pubien. La face cruentée du lambeau scrotal est alors venue complétement recouvrir la face cruentée du lambeau pubien. La grande circonférence du lambeau scrotal a été fixée par six points de suture : 1° à la lèvre externe des incisions latérales de l'urèthre, 2° à l'extrémité antérieure du lambeau pubien. Il a paru à M. Follin qu'il était difficile de réunir très-régulièrement le lambeau scrotal aux lèvres externes des incisions uréthrales; mais, d'après lui, cette suture n'a pas une importance capitale, l'adhésion se faisant par les faces cruentées des lambeaux.

Le malade a été pansé par l'eau froide, et une sonde a été placée dans la vessie.

Les plaies des lambeaux se sont peu à peu cicatrisées, et aujourd'hui (9 juillet) on constate l'état suivant : la verge forme un appendice assez saillant au dehors, dirigé en avant, et sur lequel on peut au besoin appliquer facilement un urinal. Le gland et le prépuce ont la disposition que nous avons déjà signalée; mais la gouttière uréthrale est recouverte aujourd'hui par un lambeau solide sur le milieu duquel on aperçoit le raphé médian et les rides transversales du scrotum. Ce lambeau est solidement uni aux parties voisines dans toute sa circonférence postérieure; mais, en avant, il est un peu séparé du gland, de façon à former une sorte de valvule qui recouvre cette partie.

Au pubis et sur les parties latérales du scrotum, on découvre les cicatrices des plaies de l'opération.

L'opération n'a pas jusqu'alors empêché absolument la sortie des urines; mais elle a déjà heureusement modifié l'état de l'enfant. Aussi ce garçon peut durant la nuit garder ses urines quatre ou cinq heures sans souiller son lit; mais comme la vessie est encore peu distendue, au bout de ce temps la miction devient nécessaire.

Durant le jour les choses ne se passent pas aussi bien; car, quoique l'opéré puisse garder pendant une heure et demie ou deux heures la plus grande partie de ses urines, de temps en temps quelques gouttes de liquide s'échappent au dehors et viennent encore souiller un peu le pantalon : cela n'est pas comparable à ce qui existait auparavant, et l'enfant peut toutes les heures et demie ou les deux heures au plus expulser ses urines en un jet assez large. C'est pour combattre ce léger écoulement d'urine, et pour contribuer à distendre peu à peu la vessie, que l'enfant porte une pelote périnéale, qui comprime l'uréthre en rapprochant ainsi ses deux parois.

M. Follin tiendra la Société au courant des modifications qui pourront se produire plus tard dans l'état de cet enfant.

DISCUSSION.

M. RICHARD. Le résultat qu'a obtenu M. Follin chez son petit malade est satisfaisant; cependant il me semble qu'il sera utile de faire une opération de perfectionnement, dans le but de rétrécir l'orifice uréthral.

Cet orifice est, en effet, plus large que chez les opérés que j'ai vus; cela tient sans doute à ce qu'il n'existe qu'un canal incomplet, et que la portion glandaire est encore tout à fait à découvert. Peut-être eût-on pu porter le lambeau pubien plus en avant. Quant à la suture latérale, elle me semble plus utile que ne le pense M. Follin. Par les cautérisations, il sera possible de diminuer les dimensions du canal et en même temps l'incontinence d'urine, car la pelote périnéale est très-gênante.

M. DOLBEAU. Le malade de M. Follin offre une similitude parfaite avec ceux dont j'ai parlé dans mon mémoire sur l'*épispadias*, et il vient à l'appui des opinions que j'y ai soutenues. Je remarque d'abord que chez ce malade les corps caverneux sont réunis, contrairement à l'assertion de M. Richard, qui a prétendu que l'épispadias s'accompagne toujours d'un écartement des corps caverneux. Je ferai observer, en outre, que le lambeau pubien ne se soude pas avec la verge, parce qu'il n'est en contact avec elle que par un bord saignant; il faut replier en dedans la surface saignante, et réunir par la suture de Gély, si l'on veut former un canal et non pas un simple opercule. Je trouve que le résultat obtenu par M. Follin n'est pas suffisant, et j'en ai obtenu de meilleurs. Quant à l'opération complémentaire qui sera utile ici, je dois dire que les cautérisations au fer rouge ne m'ont paru avoir aucun avantage; il faut aviver les parties latérales de l'opercule pour rétrécir le canal. Il serait possible, chez le malade de M. Follin, de recouvrir le gland avec le prépuce, qui est fort long. Chez le Suédois opéré par M. Nélaton, les cautérisations ont produit peu de chose, et le malade a conservé de l'incontinence. Du reste, je ne comprends pas bien par quel mécanisme l'opération qui n'agit pas sur le col de la vessie peut guérir l'incontinence; malgré cela, chez un de mes opérés, elle a cessé complétement.

M. FOLLIN. Je n'ai pas épuisé ici toutes les ressources dont nous disposons, et je me propose de faire un léger avivement des bords du canal, et d'y pratiquer une suture pour en diminuer l'ouverture, quoique je sois convaincu que ce n'est pas en diminuant cette ouverture extérieure que l'on guérit l'incontinence. Je maintiens que la suture latérale dont a parlé M. Dolbeau, et par le procédé de Gély, est ici d'une application très-difficile.

M. RICHARD. Je crois que M. Follin aurait tort de désespérer de guérir l'incontinence d'urine chez son petit malade. M. Dolbeau a obtenu un succès complet. Les malades de M. Nélaton ont été notablement améliorés. Et d'ailleurs, ne ferait-on que rendre les fonctions génitales moins imparfaites, ce résultat ne serait pas à dédaigner.

M. VERNEUIL. Je crois aussi que la suture de Gély serait ici d'une application difficile, et il n'est pas commode de replier les lambeaux dans un espace aussi étroit. Quant à ce qui est de l'incontinence d'urine, le plus ou moins d'étroitesse du canal ne peut rien y faire, car ce canal ne saurait être contractile; c'est toujours de la peau et une muqueuse qui le forment.

Je crois que lorsque l'incontinence guérit, cela est dû à la rétraction du lambeau scrotal, qui, recouvrant la verge comme une sorte de cravate, finit par former une bride qui joue le rôle d'une valvule analogue à celles du col de la vessie.

M. BROCA. Les anatomistes ont décrit le sphincter du col de la vessie, mais ceux qui l'ont cherché ont bien vu que ce sphincter n'existe pas, et cependant nous conservons nos urines. Les physiologistes l'expliquent par l'action des fibres musculaires obliques, qui s'entre-croisent autour du col vésical. Ici, après l'opération, en donnant à l'uréthre une paroi supérieure, on a fourni un point d'appui à la partie musculaire du canal, et celle-ci, se trouvant dans des conditions nouvelles, peut produire un résultat qu'auparavant il n'était pas possible d'obtenir.

M. DOLBEAU. M. Sappey a décrit le sphincter de la vessie; l'un des moyens de le voir consiste à insuffler la vessie d'un enfant, à la sécher, et l'on voit par transparence les fibres circulaires qui entourent le col. Il faut ajouter à l'action de ces fibres celle de la portion membraneuse de l'urèthre, qui contribue à retenir l'urine. J'ai d'ailleurs remarqué que tous les malades atteints d'épispadias avaient la verge rétractée, et que pour uriner ils exerçaient une traction sur elle, probablement dans le but de désobstruer le canal; c'est pour cela que je suis arrivé à penser que chez ces individus la vessie ne se vidait pas, et que l'incontinence avait lieu par regorgement. Après l'opération, la vessie se vide, et l'incontinence a lieu goutte à goutte.

M. BROCA. Je ne conteste pas l'existence des fibres musculaires de l'urèthre, ni le rôle considérable qu'elles ont dans l'expulsion de l'urine; mais ce n'est pas par elles que la vessie est fermée, et, physiologiquement, c'est l'occlusion du col qui maintient l'urine.

Eh bien, on ne trouve là que des fibres obliques se rendant derrière les uretères, et qui ne font pas le tour de l'orifice vésical. Je n'admets pas le mode de démonstration indiqué par M. Dolbeau; car en regardant une vessie par transparence, on a des apparences trompeuses.

M. DOLBEAU. Je suis convaincu que les urines sont retenues dans la vessie de deux façons, c'est-à-dire par la contraction du col, à laquelle s'ajoute la contraction de la portion membraneuse de l'urèthre lorsque le besoin d'uriner est violent.

M. FOLLIN. Je ne crois pas, comme M. Dolbeau, que l'incontinence d'urine ait lieu par regorgement chez les malades atteints d'épispadias. Toujours est-il que tous les individus opérés retiennent difficilement leurs urines.

— M. MARJOLIN donne lecture du discours qu'il a prononcé à Lyon, à l'occasion de l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Bonnet.

La Société vote l'insertion de ce discours au *Bulletin*.

Discours de M. Marjolin.

Messieurs, chargé dans cette grande solennité de porter la parole au nom de la Société de chirurgie de Paris, ce n'est pas sans une crainte bien naturelle que je viens m'acquitter de cette honorable mais périlleuse mission, devant une assemblée aussi imposante.

Après les adieux si touchants prononcés sur la tombe d'Amédée Bonnet, les appréciations si justes de la presse littéraire et médicale, et les biographies si complètes lues devant les corps savants dont il était une des illustrations, que vous dire de cet éminent collègue qui n'ait déjà été répété avec ce choix et ce bonheur d'expressions que l'éloquence du cœur peut seule donner?

Pour aborder une tâche aussi difficile, j'ai dû, Messieurs, compter sur votre extrême indulgence, et j'ai pensé que, protégé par le souvenir de cet homme de probité et de talent, qui sera pour la ville de Lyon une nouvelle gloire et pour tous un exemple, je pourrais encore fixer votre attention, en vous entretenant quelques instants de sa vie et de ses œuvres.

Né à Ambérieux, petite ville du département de l'Ain, Amédée Bonnet fut à même de juger dès sa jeunesse ce qu'était la rude profession à laquelle il devait se livrer un jour avec tant d'ardeur et de dévouement. Ce fut de son père, qui était médecin, qu'il reçut les premiers conseils qui décidèrent de sa vocation, et loin de se laisser effrayer par l'avenir d'une carrière pénible, il suivit celle qui lui était indiquée, justifiant dès lors par sa conduite ce principe, qu'il devait développer plus tard dans des pages aussi éloquentes que morales, que les fils doivent, autant que possible, ne pas abandonner la profession paternelle.

Je ne suivrai pas Bonnet pendant son court séjour dans cette ville, où il commença ses études médicales, ni pendant ses années d'internat à Paris : je vous rappellerai seulement que l'élève interne, qui s'était fait aimer de tous ses collègues et de tous ses chefs, couronna dignement ses études en remportant, en 1831, la grande médaille d'or de l'École pratique.

Quelle allait être la vocation du jeune lauréat? Opterait-il pour la médecine ou pour la chirurgie? Peut-être, et très-vraisemblablement ses premiers travaux faits en collaboration avec l'un de nos maîtres, M. le professeur Trousseau, l'eussent-ils fait incliner vers la première de ces deux branches de l'art de guérir, mais une circonstance fortuite en décida autrement. Une place de chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu de Lyon ayant été mise au concours, il sentit naître en lui la noble ambition d'occuper un jour ce poste qu'avaient illustré les M. A. Petit, les Pouteau, et plus récemment Véricel, Bouchet, Janson et Gensoul.

Dès ce moment sa vocation fut décidée; il se hâta de passer sa thèse de docteur pour se préparer au concours. Vous savez tous par tradition combien ces luttes pour le majorat ont toujours été remarquables par le talent de ceux qui les ont soutenues. Bonnet ne craignit pas d'entrer dans la lice, et, malgré le mérite de ses compétiteurs, malgré son extrême jeunesse, il sortit vainqueur.

Le voilà donc, à peine âgé de vingt-cinq ans, nommé chirurgien du plus grand hôpital de la seconde ville de France. Quel triomphe pour un jeune homme! S'endormira-t-il sur ses lauriers? Nullement, Messieurs. Aussi sage que modeste, il s'ensevelit dans la retraite et met à profit ses cinq années de stage pour étudier sans relâche; aussi, lorsqu'il reparaît pour prendre possession de cette charge ennoblie par tant d'illustrations, bien que déjà précédé par la réputation d'infatigable travailleur, ce ne fut que dans ses fonctions définitives comme chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu qu'on put apprécier ses connaissances et son mérite. Déployant dans ses nouvelles attributions une ardeur et un zèle peu communs, il se donna tout entier à ses malades et à l'enseignement. Bonnet, qui réunissait les trois qualités essentielles du professeur, la parfaite connaissance de la science qu'il enseigne, la clarté dans l'expression et l'affection pour les élèves, ne tarda pas à en attirer un grand nombre à ses leçons.

Mettant à profit le peu de temps que lui laissaient ses cours et le soin de ses malades, il le consacra à de nombreuses publications, parmi lesquelles on doit surtout citer son *Traité des sections tendineuses*. Je ne vous parlerai pas de cet ouvrage, que notre savant secrétaire général M. Broca a si bien apprécié dans son éloge.

Ce n'est pas d'ailleurs dans une solennité de ce genre, mais seulement dans les réunions académiques, que de semblables analyses peuvent se faire.

Ce travail était à peine achevé que Bonnet, dont les cinq années de majorat expiraient, allait par suite du règlement être forcé de quitter l'Hôtel-Dieu et de cesser son enseignement; heureusement pour lui, et plus heureusement encore pour les malades et les élèves, Lyon, qui venait enfin d'obtenir une Ecole de médecine, put conserver son professeur de clinique dans toute la force et tout l'éclat de son talent.

C'est à cette seconde période de son enseignement que se rattache la publication des Traités sur les maladies articulaires et leur thérapeutique, ouvrages qui, en fixant de nouveau l'attention des chirurgiens sur ce point si difficile de l'art de guérir, seront toujours pour Bonnet, n'importe à quelle époque, un véritable titre de gloire.

Je puis d'autant moins rappeler devant vous les nombreuses et utiles publications de notre regrettable collègue que leur énumération seule comprendrait plusieurs pages; qu'il vous suffise de savoir que toutes témoignent de ce zèle et de cette ardeur infatigable qu'il apportait au culte de la science et au soulagement des malheureux.

De tels travaux, vous le comprendrez, et une existence si noblement remplie, devaient trouver leur récompense; aimé de ses collègues, adoré par ses élèves, justement entouré de la considération publique, recherché par toutes les sociétés savantes, Bonnet vit venir à lui les honneurs dus à son talent, à son mérite, et disons-le aussi, à la noblesse de son caractère. Successivement nommé chevalier de la Légion d'honneur, membre titulaire et président de l'Académie des sciences et lettres de Lyon, correspondant de l'Institut, président de l'Académie de médecine de Lyon, associé de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, il avait, comme vous le voyez, réuni tous les titres qu'un savant peut ambitionner; mais, bien différent de ceux qui ne les considèrent que comme des couronnes qui leur sont dues, ils étaient devenus pour lui autant d'obligations nouvelles, et les lectures qu'il fit devant ces différentes sociétés sont autant de preuves irrécusables que dans cette intelligence d'élite il n'y avait ni trêve ni repos tant qu'il restait du bien à faire.

Ce fut au sein de la Société de chirurgie, dans laquelle il comptait, outre plusieurs anciens condisciples, tant d'appréciateurs de son talent, qu'il vint faire sa dernière communication. C'était sur un de ses sujets favoris et en même temps un des plus difficiles de la chirurgie, l'application des sections tendineuses au traitement des tumeurs blanches.

En l'entendant parler avec cette conviction chaleureuse qu'il apportait dans le développement de ses idées, il était bien difficile de ne pas se laisser entraîner par le charme de sa parole. Son voyage à Paris fut une véritable ovation, et en le voyant si heureux au milieu de nous, et en apparence si plein de santé, qui eût pu croire que déjà peut-être il portait en lui le germe de cette funeste maladie qui devait l'enlever si rapidement!

Lorsque la nouvelle de sa mort parvint à la Société de chirurgie, nous fûmes tous atterrés et remplis de tristesse, et nous sentîmes le

vide immense que cette dernière perte laissait dans l'École de médecine de Lyon, naguère encore si cruellement éprouvée par la mort de Gensoul.

Nos regrets étaient bien vifs, bien sincères ; mais que pouvaient-ils être auprès de ceux d'une famille chérie, et des vôtres, Messieurs, vous, ses collègues, ses amis, ses élèves, et vous tous habitants de cette grande cité qui l'avez pleuré comme un fils, comme l'une de vos plus grandes gloires !

En présence de ce deuil général qui fut pour sa mémoire un véritable triomphe, nous avons compris que ce n'était pas seulement au savant illustre qui avait cessé de vivre que ces honneurs étaient rendus, mais à l'homme de bien qui, ne reculant jamais devant l'accomplissement de son devoir, avait plus d'une fois dans sa carrière donné l'exemple d'une noble indépendance. Jamais on n'oubliera avec quel talent, avec quelle dignité il s'éleva contre le décret du 10 avril 1852, qui, renversant toute l'organisation des études, était, suivant ses propres paroles, une œuvre de destruction, rappelant les plus mauvais jours de notre histoire. Inquiet de l'avenir de la jeunesse et de la dignité professionnelle, il développa dans cet éloquent plaidoyer les considérations les plus supérieures et les plus sensées pour démontrer que cette séparation des lettres et des sciences aurait les conséquences les plus désastreuses pour l'éducation. Certes, dans cette époque d'indifférence, la conduite de notre collègue était un acte de courage ; combattre publiquement les délibérations du conseil de l'Université, c'était s'exposer à un blâme, et peut-être à quelque chose de plus sévère ; mais rien ne l'arrêta, il n'obéit qu'à la voix de sa conscience, et on peut dire aujourd'hui que c'est en grande partie grâce à son influence que l'ancien programme des études a été heureusement rétabli.

Ce n'est donc pas seulement par la science que Bonnet avait su se distinguer, mais aussi par la grandeur de son caractère. Entièrement dévoué à son pays, il ne put voir d'un œil indifférent l'oisiveté s'étendre comme une contagion sur la jeunesse, et voulant s'opposer aux ravages de cette hideuse maladie, il lut devant l'Académie de Lyon un discours dans lequel on put voir tout ce que ce cœur renfermait de noble et de généreux.

En relisant ces pages si pleines d'élévation et de salutaires avis, involontairement mes souvenirs se sont reportés avec émotion à vingt ans en arrière, et il me semblait encore entendre une voix chère s'adresser aussi dans une circonstance solennelle à la jeunesse de l'École de médecine, et la prémunir contre les dangers de l'oisiveté dans des termes si dignes et si fermes, que, par un sentiment tout filial que vous excuserez, j'espère, je ne puis résister à vous les faire connaître :

« L'homme, Messieurs, a été créé pour le travail ; le pauvre y est » forcé pour subvenir à ses pressants besoins, et trop souvent pour » lui la mesure du travail excède celle de ses forces. L'homme aisé, » l'homme riche, celui-là même que la fortune a le plus largement » comblé de biens, ne s'appartient pas ; il se doit aussi au travail. » L'obligation ne lui est-elle pas impérieusement imposée de coopé- » rer au bien-être physique ou à l'amélioration morale des autres ? » Il ne peut vouloir se soustraire à cette obligation conservatrice de » la société sans encourir la honte, sans s'exposer au mépris. Pour » lui, d'ailleurs, l'obligation au travail est bien plus facile ; loin » d'être un poids difficile à supporter, elle devient l'élément princi- » pal de son bonheur ; elle entretient sa santé et développe ses fa- » cultés intellectuelles ; le préserve de l'ennui, cette lente torture de » l'âme ; chasse loin de lui l'oisiveté, cette mère trop féconde des » désordres, des vices, des regrets inutiles. »

En entendant ces paroles, n'êtes-vous pas aussi frappés de cette similitude de pensées ; c'est que tous deux aimaient la jeunesse, et voulaient lui communiquer cet amour du travail et du devoir dont ils avaient constamment donné l'exemple ?

Religieux par conviction et non par calcul, Bonnet a puisé toute sa force, toute sa puissance morale dans une foi vive, dans une charité sans bornes et dans le sentiment de ses devoirs. Aimant sa profession avec ardeur, il a eu une immense ambition, mais la plus belle, la plus pure de toutes, celle du bien pour le bien seul. Voilà ce qui lui a valu cette grande considération dont il a joui de son vivant et ces honneurs qui lui sont rendus aujourd'hui ; et en présence de cette éclatante manifestation, nous ne pouvons nous empêcher de dire : Heureuses les villes qui renferment de pareils hommes, et qui, mues par un juste sentiment de reconnaissance, savent ainsi récompenser les talents et les vertus de ceux qui ont si bien mérité du pays !

Le secrétaire, FOUCHER.

Le 2 juillet dernier, la ville de Lyon a rendu à l'une de ses illustrations le plus grand honneur auquel puisse aspirer l'homme de génie. Une statue consacre à jamais la mémoire d'Amédée Bonnet, ce chirurgien éminent qu'hier nous applaudissions encore dans nos Sociétés savantes.

Le concours immense de spectateurs, la présence des personnes les plus haut placées dans les divers ordres de la société, donnaient à cette cérémonie une expression des plus imposantes. De nombreux discours ont représenté Bonnet homme de génie et homme de travail, professeur aimé de ses collègues, adoré par ses élèves, justement entouré de la considération publique, recherché par toutes les sociétés savantes. Président de la Société des sciences, arts et lettres de Lyon, correspondant de l'Institut, président de la Société de médecine de Lyon, associé national de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, Bonnet avait obtenu toutes les distinctions accordées au savant. Est-il besoin d'ajouter qu'à défaut de l'éclatant hommage que lui rend la ville à laquelle il consacra toutes ses veilles, ses travaux sur les *maladies des articulations* assuraient à son nom une place hors ligne dans l'histoire de la chirurgie ?

La *Gazette médicale de Lyon* reproduit huit discours des divers délégués des sociétés savantes.

Le premier est celui de M. Bouillier, doyen de la Faculté des lettres et président du Comité de souscription. Nous remarquons dans ce discours un fait auquel nous applaudissons de grand cœur :

« Pour assurer davantage encore, a dit M. Bouillier, l'immortalité de son nom et perpétuer cette influence si féconde qu'il exerçait sur les étudiants en médecine, avec l'excédant de la souscription nous avons fondé un prix Bonnet qui sera donné chaque année aux élèves internes des hôpitaux. »

M. le professeur Nélaton, délégué par l'Académie de médecine ; M. le docteur Marjolin, au nom de la Société de chirurgie ; M. Teissier, comme professeur de l'École de médecine de Lyon ; M. Barrier, président de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts ; M. Diday, secrétaire général de la Société impériale ; M. Ollier, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de cette ville, et M. Chauveau, vice-président de la Société des sciences médicales, ont tour à tour rendu hommage à la mémoire d'Amédée Bonnet.

Nous ne saurions terminer ces lignes sans complimenter le sculpteur M. G. Bonnet, dont l'habile ciseau a su reproduire avec talent son savant homonyme dans la seule position qui lui convenait : « Debout, le front penché, la physionomie méditative et sereine, dans l'attitude de cet enseignement persuasif et persuadé qui fit sa gloire, le professeur respire ! »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 11 juillet, M. Robert, professeur suppléant de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de Poitiers, est nommé suppléant pour les chaires de médecine à la même École, en remplacement de M. Jallet.

M. Jallet, suppléant pour les chaires de médecine à la même École, est nommé suppléant de chirurgie et d'accouchements à ladite École, en remplacement de M. Robert.

— M. Danner, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Tours, est maintenu pour une nouvelle période triennale dans lesdites fonctions.

— Comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs le nom des lauréats de l'Exposition universelle de Londres, et la nature des produits qui leur ont mérité une médaille.

La 3e classe (substances alimentaires) présente un nombre considérable de lauréats, et méritera d'arrêter particulièrement notre attention. Nous en ferons l'objet d'une petite revue.

La section des *améliorations sanitaires* a couronné parmi les exposants français : MM. Degousée et Laurent (appareils de sondage) ; Fortin-Hermann frères (tuyaux de conduits pour écoulement des eaux) ; Kind, Mulot père et fils et Dru (forage des puits artésiens) ; Nadault de Buffon (filtres tubulaires), Sebille (tabacs).

La 17e classe (instruments de chirurgie) compte parmi ses lauréats nos plus célèbres fabricants : MM. Charrière, Lüer, Matthieu, Mericant (instruments de chirurgie humaine et vétérinaire) ; Béchard (bandages, membres artificiels) ; François et Fouquet (appareils de bains) ; Galante (instruments et appareils chirurgicaux de caoutchouc vulcanisé) ; Grandcollot (pessaire articulé) ; Lebelleguic (appareils orthopédiques) ; Wickham frères (bandages) ; Thiers (appareils d'hygiène et d'allaitement). — M. Charrière a reçu également une médaille comme fabricant de coutellerie.

Dans cette même classe, nous trouvons encore MM. Auzoux et Lami (anatomie clastique et modèles d'anatomie musculaire de l'homme) ; Duchenne (photographies représentant les différents modes d'expression de la physionomie sous l'action de l'électricité), Hackerbauer (aquarelles, dessins, lithographies, etc., pour les sciences naturelles et médicales) ; Nachet et fils (instruments d'optique pour l'anatomie) ; Lavezzari (projet d'hôpital fondé sur un système de construction à double enveloppe, sans interposition de matériaux ; Dr Marey (sphygmographe, hémo-manomètre) ; Préterre (prothèse dentaire) ; Sales-Girons (appareils à pulvériser les eaux médicamenteuses).

Enfin, nous sommes heureux de clore cette liste par le nom de notre imprimeur, M. H. Plon, dont les matrices de caractères, les planches et vignettes obtenues au moyen de la galvanoplastie, et les beaux produits d'impression, ont été justement appréciés par le jury.

— La Société impériale de médecine de Lyon a, dans sa séance du 7 juillet, nommé membres correspondants MM. les docteurs Delaporte, médecin aux eaux de Luxeuil, Laissus fils, médecin aux eaux de Brides, Billod, médecin de l'établissement d'aliénés de Sainte-Gemmes, et Onetti, à San-Remi, près de Gênes.

— La Société centrale de médecine du Nord vient de conférer le titre de membre correspondant à MM. les docteurs Landouzy, directeur de l'École de médecine de Reims, et Viaud Grand-Marais, professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes.

— Dans sa séance du 11 juillet, la Société des sciences, arts et belles-lettres de Paris, siégeant à l'hôtel de ville, a décerné à M. Ch. Le Perdriel, pharmacien à Paris, une *médaille d'argent* pour son travail intitulé *De l'ergot de froment, de ses propriétés médicales et de ses avantages sur le seigle ergoté.*

— La Société médico-pratique de Paris avait choisi pour sujet de prix à décerner en 1862, la question suivante : *De l'eczéma.*

Trois mémoires sont arrivés en temps utile à la Société. Ces mémoires ont été renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Collineau, Homolle, H. Labarraque, Perrin, Pouviez, Simonnot, et Ameuille, rapporteur.

La Société, conformément aux conclusions de la commission, a déclaré qu'il y avait lieu d'accorder le prix de 300 francs à l'auteur du mémoire no 1 ; et une mention très-honorable à l'auteur du mémoire no 2, M. le docteur Lafont-Gouzy, médecin du Lycée impérial et de l'École vétérinaire de Toulouse.

Le pli cacheté qui accompagnait le mémoire no 1, ayant pour épigraphe : *Jure meritoque inter difficilia artis opera*, etc., ayant été égaré, M. le président espère que la presse médicale voudra bien donner de la publicité à cette note, dans le but d'arriver à découvrir le nom de l'auteur.

— La commission administrative de l'Association de prévoyance du Nord a reçu les adhésions de MM. les docteurs Ladureau, médecin-major à l'hôpital militaire de Lille ; Jacquart, à Lille ; Beck, à Steenwoorde ; Hautefeuille, à Gravelines, et de MM. Mathias, médecin à Fretin ; Meurillon, à Neuville-en-Ferrain ; Carette, à Nieppe ; Hermand, à Templeuves ; Marchand, à Doucby ; Deleflie, à Watten ; Bury, à Loon ; et de M. Anache, médecin et maire à Sin.

— Nous avons annoncé, d'après le *Journal de la Meurthe et des Vosges*, dans le numéro du 5 juillet, la mort de M. Gérardin, membre de l'Académie de médecine. Une lettre adressée au secrétariat de l'Académie par le fils de cet honorable confrère, nous met à même de rectifier une erreur commise par ce journal. Ce n'est pas M. Gérardin membre titulaire de l'Académie qui est mort, mais son frère, correspondant de cette Compagnie.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 JUILLET 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Flourens a communiqué à l'Académie une série d'expériences qui ont un but directement pratique, celui d'éclairer la question de la curabilité des plaies du cerveau. Il ressort, en effet, des expériences rapportées dans ce travail, non-seulement la preuve de la curabilité des plaies du cerveau, ce que l'observation clinique a depuis longtemps établi, mais encore la facilité extrême avec laquelle cette guérison s'obtient.

M. Serres a rappelé à cette occasion les observations qu'il a faites, il y a aujourd'hui quarante-trois ans, sur la cicatrisation des foyers apoplectiques, et sur la manière dont se comportent ces cicatrices.

On trouvera dans le compte rendu la relation des expériences de M. Flourens, ainsi que les observations de M. Serres. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Du rhumatisme articulaire aigu des enfants, traité par la vératrine.

(Leçon recueillie par M. A. DUBUC, interne du service.)

Mon intention n'est point de vous faire l'histoire détaillée du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. Il présente comme nature, comme symptômes et comme terminaisons, la plus grande analogie avec le rhumatisme articulaire de l'adulte. Sa durée seule est peut-être un peu moins longue. Je veux en ce moment appeler toute votre attention sur les propriétés curatives vraiment merveilleuses de la vératrine, et comme la jeune fille couchée au n° 24 de la salle Sainte-Marguerite nous offre un exemple-type de la façon dont se passent habituellement les choses sous l'influence de ce médicament, je vais vous rapporter son histoire en entier.

B... (Marie), douze ans et demi, entrée le 3 juin 1862. Cette enfant, dont le père est mort de pleurésie et la mère de pneumonie, a eu des gourmes, des glandes, des ophthalmies et des rhumes fréquents.

Le jeudi 29 mai, elle a été prise de saignements de nez répétés, avec un peu de fièvre et de courbature. L'appétit toutefois s'est conservé jusqu'au lundi 2 juin, époque de l'apparition des douleurs articulaires. L'enfant est admise à l'hôpital le 3 juin, et nous la trouvons dans l'état suivant le 4, à la visite du matin :

Enfant assez forte et bien développée, non pubère; la langue est blanche, villeuse; la soif peu marquée; il existe un peu d'appétit; pas de vomissements; une seule garde-robe depuis huit jours.

Les articulations coxo-fémorales droite et gauche sont douloureuses; il en est de même de celles des genoux et des pieds, où existent de plus de la rougeur et du gonflement. Les plus légers mouvements sont impossibles dans les membres inférieurs, à cause des vives douleurs qu'ils réveillent. Les articulations des membres supérieurs sont toutes indemnes.

La région précordiale n'est pas douloureuse et présente la matité normale; on trouve à l'auscultation un bruit de souffle peu intense, mais bien caractérisé au premier temps; il est plus marqué à la pointe qu'à la base. Le pouls est petit, un peu irrégulier, avec quelques intermittences; 84 pulsations.

La respiration est facile; rien d'anormal du côté de l'appareil respiratoire. On prescrit : deux pilules contenant chacune 5 milligrammes de vératrine et 5 milligr. d'extrait thébaïque; un grand lavement avec 15 gr. de séné en décoction; du tilleul sucré pour tisane.

Le 5, les douleurs sont un peu moins fortes, la rougeur des pieds moindre, mais les genoux sont très-tuméfiés, avec un peu d'hydarthrose. Le bruit de souffle au premier temps, pointe et base, est plus manifeste; peu d'impulsion du cœur; pouls régulier, 76 pulsations. — Trois pilules de vératrine et opium, formulées comme les précédentes; tilleul sucré; lavement émollient.

Le 6, les douleurs et le gonflement ont été en décroissant. — Quatre pilules de vératrine et opium; lavement émollient.

Le 8, la malade a pris hier cinq pilules de vératrine et opium, ce qui a déterminé quelques coliques et un peu de diarrhée. Les douleurs ont disparu, à l'exception de celles du pied droit. Le pouls est à 56, bien frappé, régulier; le bruit de souffle du premier temps s'entend toujours à la pointe et à la base, mais il est moindre; peau fraîche. — Trois pilules seulement; lavement émollient, bouillon et potages.

Du 8 au 11, l'état de la malade s'est montré très-satisfaisant; les douleurs et le gonflement ont quitté le pied droit; le pouls s'est maintenu de 56 à 60. On a continué trois pilules, qui ont été très-bien supportées.

Le 11, les douleurs n'ont pas reparu; le bruit de souffle du cœur perd de son intensité. — Une portion, trois pilules.

Le 15, la malade a pris tous les jours trois pilules; les douleurs ont complétement disparu, et le bruit de souffle a notablement perdu de son intensité.

Le 16, la jeune fille obtient la permission de se lever. Elle reste debout toute la journée, joue avec ses petites camarades; on entend encore un peu de souffle doux au premier temps, qui pourrait bien être anémique. — Deux pilules; deux portions d'aliments.

Le 17 juin, la guérison est considérée comme définitive; suppression de la vératrine.

En résumé, voici un rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé, avec complication sérieuse d'endocardite aiguë, qui cède rapidement sous l'influence de la vératrine.

Je possède environ trente observations dans lesquelles les phénomènes ont suivi une marche absolument identique. Trois à douze jours ont suffi pour la guérison de la maladie quand elle était simple, sans complication de rhumatisme viscéral ou d'un état morbide étranger. Rarement elle a duré plus longtemps.

Une circonstance à noter, c'est que l'amélioration est déjà très-manifeste le deuxième ou le troisième jour de l'administration de la vératrine.

Dans le cas qui nous occupe, le traitement a été institué le 4 juin, et dès le 8 la douleur et le gonflement avaient disparu de presque toutes les articulations primitivement attaquées. J'ai continué la vératrine pendant plusieurs jours encore, mais en modérant les doses; je voulais ainsi obtenir une guérison solide, et mettre l'enfant à l'abri de toute rechute.

Une des conséquences les plus remarquables de l'action de la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu, c'est le ralentissement du pouls. Le pouls, quelle qu'ait été sa fréquence dans les jours précédents, tombe rapidement à 60 ou au-dessous. Nous l'avons vu fréquemment descendre à 56 et même à 50.

Cet effet sédatif sur le système circulatoire est constant, et beaucoup plus marqué que celui fourni par la digitale dans les mêmes circonstances.

En même temps, le pouls devient plus serré, il peut même devenir filiforme, difficile à sentir, par l'usage prolongé de la vératrine à des doses assez élevées; nous avons constaté ce phénomène sur plusieurs malades, qui n'accusaient aucune sensation de malaise ni d'angoisse; c'est là une limite d'effets qu'il y aurait probablement danger à dépasser, et dans ces cas nous avons toujours diminué notablement les doses.

Quand il existe des complications cardiaques, la vératrine n'agit pas directement sur elles; mais en enrayant le rhumatisme, elle arrête du même coup la complication, et la rend par cela même beaucoup plus légère. Rien n'empêche d'ailleurs de recourir aux moyens locaux employés en pareille circonstance.

La vératrine produit parfois des vomissements, mais surtout des coliques avec diarrhée; cela peut tenir à l'intolérance de certains organismes, ou bien à ce que le médicament a été administré sans précaution.

Quoi qu'il en soit, voici le mode d'administration que je recommande :

Vératrine. . . . . } āā 0,05 centigr.
Extrait thébaïque. . . . . . }

pour 10 pilules argentées.

Deux pilules le premier jour, trois le second, quatre le troisième, cinq le quatrième, et ainsi de suite, en augmentant d'une chaque jour, à moins que les coliques et les vomissements ou bien l'état du pouls ne forcent d'interrompre.

L'association de l'opium a pour but de prévenir les coliques; mais il est un autre moyen plus efficace peut-être que j'emploie concurremment, je veux parler des lavements émollients; je serais embarrassé d'expliquer théoriquement leur action, mais j'en ai constaté l'excellent effet dans un grand nombre de cas, et cela me suffit.

Le régime des enfants varie avec la période et le degré d'acuité de la maladie; on leur donne d'abord du bouillon et du lait coupé, pour boisson de la tisane de chiendent, de bourrache, de limonade ou de groseille, à leur choix. Plus tard on passe aux potages et aux aliments solides : l'usage de la vératrine peut être continué concurremment avec l'alimentation sans qu'il en résulte aucun inconvénient.

Je ne terminerai pas sans vous dire quelques mots du sulfate de quinine et sans vous donner les motifs de la préférence que j'accorde à la vératrine.

Le sulfate de quinine est certainement très-efficace dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, aussi efficace peut-être que la vératrine, mais il présente des inconvénients sérieux. Une des principales conditions de succès par la médication quinique, c'est de donner le médicament à des doses élevées jusqu'à 2 et 3 grammes par jour; or tout le monde sait qu'à doses élevées le sulfate de quinine produit des accidents toxiques du côté du système nerveux central : délire, vertiges, bourdonnements d'oreilles, surdité, amaurose; l'amaurose et la surdité, ordinairement passagères, peuvent dans certains cas devenir des infirmités persistantes. On a même accusé le sulfate de quinine des complications cérébrales qui surviennent parfois dans le cours du rhumatisme articulaire aigu et tuent rapidement les malades. Je suis tout disposé à l'absoudre de ce méfait, très-problématique à mon avis; mais il est un dernier reproche sérieux qu'on peut adresser au sulfate de quinine, je veux parler de la cherté de la médication quinique.

La question du prix est sans importance dans les familles riches, mais il en est tout autrement dans la médecine des pauvres.

La vératrine, en raison de la petitesse des doses, est presque sans valeur vénale; comme elle possède dans le traitement du rhumatisme des vertus thérapeutiques au moins égales sinon supérieures à celles du sulfate de quinine, sans présenter aucun des inconvénients qu'on peut reprocher à cet agent, je lui accorde hautement la préférence dans ma pratique journalière, et je ne saurais trop vous engager à suivre mon exemple.

NOSOPHTHORIE.

TRAITÉ DE L'EXTINCTION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

Par Aug. Théodore STAMM, docteur en médecine et en philosophie, membre de la Faculté de médecine de Santiago du Chili, de la Société des sciences naturelles de la Plata, etc. Première partie (1).

Nous avons sous les yeux la première partie d'un ouvrage d'un caractère tout à fait nouveau, et qui est de nature non-seulement à exciter toute l'attention du monde médical, mais à intéresser encore par les données importantes d'hygiène publique qu'il renferme, les gouvernements, ces préposés naturels au bien être physique et moral des peuples.

Cet ouvrage a pour but la recherche de l'origine, des causes et des voies de propagation des maladies épidémiques et des moyens d'en obtenir l'extinction complète.

Si M. Stamm n'est pas arrivé à démontrer la substance même de ce poison subtil, de ces atomes infectieux qui engendrent ces maladies (chose peut-être pour jamais impossible), il nous a indiqué du moins ses causes premières, les conditions nécessaires à son développement, les principes enfin de sa vie et de sa mort; il nous enseigne, ce qui est mieux encore, à le détruire, en détruisant ses causes premières, ou à arrêter sa marche envahissante par une saine application des moyens préventifs.

La découverte de ces foyers d'infection n'est plus une spéculation philosophique stérile, une théorie infructueuse combinée avec plus ou moins de sagacité et de vraisemblance; l'auteur, par ses investigations, en a prouvé l'évidence : parlant de faits ignorés ou mal interprétés, il a enrichi la science d'autant de vérités, dont quelques-unes se formulent en loi.

L'auteur commence par se transporter sur les lieux d'où partaient ces fléaux terribles qui ont dévasté tant de fois l'ancien et le nouveau monde; il observe par lui-même pendant des années, dans presque tous les climats des diverses parties du monde; il suit la trace de ces maladies à travers les siècles; les resserrant toujours à mesure qu'il avance, il arrive enfin à les circonscrire dans leur foyer natal, et à assigner des limites à leurs causes.

La nosophthorie est donc la science prophylactique par excellence; ce n'est pas la médecine de l'individu, c'est celle du genre humain.

La première partie de l'ouvrage se compose de cinq traités spéciaux qui ont pour sujet :

1° La peste orientale;
2° La fièvre jaune;
3° Le choléra asiatique;
4° Les fièvres typhoïdes;

(1) Leipzig, chez Christian Ernst Kollman, 1862.

5° La solidarité du genre humain par rapport aux maladies épidémiques.

Nous examinerons successivement chacune de ces parties :

1° *De la peste orientale.* — Les grandes épidémies de peste qui dévastaient l'Europe pendant des siècles avaient peu à peu disparu sous l'influence du cordon protecteur, qui était parvenu à renfermer cette maladie dans son pays natal, l'empire ottoman, d'où elle n'a jamais complétement disparu. Constantinople, Trébizonde, Alep, le Caire, les terrains bas du Danube, s'accusèrent l'un l'autre de l'avoir engendrée.

Les recherches des savants, chargés par le gouvernement français d'étudier cette maladie dans son pays originaire, nous apprirent bientôt que l'Egypte était la véritable source du mal ; mais à quelle partie, à quel lieu particulier rapporter la production du poison? D'où l'épidémie se serait-elle propagée tout d'un coup sur la totalité du pays?

Les renseignements fournis par les indigènes indiquent le Caire et les villages les plus rapprochés du Delta comme étant envahis très-souvent les premiers et comme ayant eu toujours le plus à souffrir de la maladie.

Partant de ces données, l'auteur se demande s'il est vrai qu'un grand nombre des épidémies antérieures aient pris leur point de départ au Caire ou dans les environs ; comment il se fait que la peste ait diminué dans ces dernières années d'une manière si frappante dans l'Egypte et dans tout l'empire ottoman.

Pour résoudre cette question, il fallait étudier la position géographique, le climat, l'hygiène, les usages des habitants ; on sait que le Caire, avec une population de plusieurs centaines de mille âmes, était, ayant les réformes qui y ont été introduites récemment, plein de boue et d'immondices ; on y enterrait les morts en grande partie dans les maisons et très-superficiellement ; la ville était traversée par un canal, réceptacle d'immondices, et dont les abords furent longtemps réputés les plus malsains et les plus fréquentés par la peste. L'expérience a ensuite démontré que l'épidémie commençait avec le retrait des eaux, qui, inondant le pays pendant quelques mois, laissent à leur départ une grande quantité de matières animales et végétales qui se décomposent et se putréfient au soleil ; à ces miasmes venaient se mêler les exhalaisons des cadavres macérés et presque à fleur de sol.

Tous ces graves inconvénients ne rendent cependant pas encore suffisamment compte de la véritable cause de la maladie. On observe, en effet, des épidémies longtemps encore après l'introduction de mesures hygiéniques mieux réglées dans la capitale, et d'autre part, bien que l'usage d'enterrer superficiellement les cadavres persistât encore dans les petites villes et les villages, à l'époque de ces recherches (1845), la peste néanmoins y avait complétement disparu depuis plusieurs années. Il fallait donc chercher ailleurs la cause de cette heureuse transformation.

En visitant le désert qui avoisine la vallée limoneuse du Nil, on y trouve un air pur, très-sec, absorbant l'humidité et les exhalaisons avec une grande énergie ; grâce à cet élément purifiant du désert, l'Egypte est même la plus salubre de toutes les vallées basses qui se trouvent exposées aux inondations et situées sous le même isotherme.

L'auteur conclut de là que les miasmes produits par l'inondation, combinés avec les émanations des cadavres macérés et mal enterrés, ne pouvaient pas à eux seuls engendrer la peste ; ces miasmes, se produisant encore aujourd'hui aussi bien qu'autrefois, sont entraînés pour la plupart par les vents dans le désert desséchant. Le Caire participe aux mêmes avantages, bien qu'une saillie de rochers, de la montagne de Mokkatam et des collines y attenantes, empêche en partie l'accès des vents.

Il devenait donc évident que des changements essentiels avaient dû être opérés au Caire même ; l'auteur fait remarquer en effet que la ville fut autrefois entourée par une chaîne de collines beaucoup plus étendue qui l'encaissait presque complétement. Ces collines, s'élevant de 150 à 200 mètres, empêchaient non-seulement l'accès des vents purifiants, mais elles renfermaient encore un terrain marécageux tout près de la ville. Le vice roi Mehémet Ali, qui s'occupait beaucoup de l'embellissement de la ville, prit la détermination hardie de faire raser cette chaîne de collines, de faire combler par les déblais de terre provenant de cet abaissement les champs marécageux, et d'y élever à la place des jardins et des plantations. Ibrahim-Pacha, son fils aîné, mit la main à l'œuvre, et en cinq ans les deux collines les plus considérables furent transportées dans le bas-fond des marécages ; on en fit autant des autres dans la suite, de sorte que les champs marécageux, miasmatiques, se changèrent en plantations d'oliviers et en vergers magnifiques, dont l'influence heureuse sur l'hygiène publique ne tarda pas à se faire sentir. Laissons l'auteur lui-même raconter ce qui résulta de ses changements :

« Déjà en 1844 mon attention fut éveillée au plus haut degré par ce fait qu'à mesure que les collines disparurent par le double effet de l'élévation des terrains bas marécageux et de l'accès des vents et de l'air du désert, la peste avait diminué non-seulement au Caire, mais encore dans toute l'Egypte et dans tout l'Orient. En 1843, il n'y avait plus que des cas épars ; à Constantinople et dans les autres points de la Turquie, elle avait entièrement disparu. De la fin de l'année suivante et du commencement de 1845 jusqu'à ce jour, il n'arrivait plus un seul cas authentique de peste ni en Egypte ni en quelque autre lieu de l'Empire ottoman.

» Par ce qui précède, je crois avoir démontré jusqu'à l'évidence que le terrain qui est occupé aujourd'hui par le Caire fut le vrai et principal foyer de la peste ; de même je crois avoir fait ressortir clairement les causes de son extinction. »

Nous ne pouvons pas suivre l'auteur plus longuement dans les intéressants détails de ce fait, non plus que dans les déductions qu'il en tire pour le mode de propagation du poison ; nous n'aurons à ajouter que quelques mots sur la différence établie entre les miasmes paludéens et le miasme pestifère. Le mode de génération des miasmes paludéens par la décomposition humide des matières végétales est trop connu pour nous y arrêter ; nous ne voulons fixer l'attention que sur ce que les miasmes paludéens, confinés aux lieux qui les ont fait naître, ne sauraient se propager hors de ces limites ; leur génération spontanée est indépendante de l'influence des habitations et de l'atmosphère humaines. Il en est tout autrement du miasme pestifère, qui non-seulement peut se propager spontanément, mais qui encore ne peut se passer pour sa pathogénie d'une atmosphère humaine plus ou moins corrompue, jointe à des exhalaisons de corps en putréfaction.

« La nature, sans le concours de l'homme, n'engendre jamais et nulle part la peste ; l'homme lui-même doit concourir à sa génération. »

Résumons ce chapitre par ces paroles de l'auteur :

« Quoique je n'aie pas la prétention de pouvoir donner une analyse de la nature spécifique du poison de la peste, néanmoins je crois avoir fait une découverte scientifique très-importante, en ce que j'ai réussi à démontrer où et comment ce poison s'est incessamment engendré et de quelle manière il a été détruit. La portée de cette découverte est presque incommensurable pour le bien-être du genre humain, car si j'ai réussi en effet à découvrir le foyer principal, les causes de la génération et la cause de la disparition de la maladie épidémique la plus redoutable, quelle maladie épidémique pourrait rester encore invincible dans l'avenir ? »

Dr Jules KAEMMERER.

DE LA GASTRITE AIGUE.

Par M. le Dr A. LEGRAND.

(Note communiquée à la Société de médecine pratique dans sa séance du 5 juin.)

« On peut se demander ce qu'est devenue aujourd'hui la *gastrite* » si fréquemment annoncée au lit des malades, il y a une trentaine » d'années, par les médecins imbus des doctrines de Broussais. C'est » que cette affection est en réalité très-rare, principalement hors » des hôpitaux, et que l'on ne croit plus à son existence toutes les » fois qu'il y a vers l'estomac des troubles plus ou moins graves. »

Ce n'est pas sans motifs que j'ai commencé cette note par les lignes qui précèdent, empruntées à un livre tout récemment publié (*Dictionnaire du diagnostic médical* ; Paris, 1862) par M. le docteur E. J. Woillez, médecin des hôpitaux, représentant fort bien par ses tendances scientifiques et ses relations les doctrines médicales de l'époque actuelle.

C'est cette opinion, à mes yeux trop absolue, que je veux combattre aujourd'hui, non pas avec l'intention de ramener les esprits de notre époque aux idées exclusives du grand agitateur du Val-de-Grâce, mais dans le but de prouver seulement, autant qu'il dépendra de moi, que la muqueuse gastro-intestinale peut aussi bien devenir le siége d'une inflammation franche que la muqueuse bronchique dans le *catarrhe pulmonaire*, que la muqueuse uréthrale dans l'*uréthrite*.

Parmi un assez grand nombre de faits que j'ai eu l'occasion d'observer dans ma longue pratique, je n'en citerai que deux, l'un qui m'a presque reporté à l'époque de mon entrée dans la carrière médicale, et par conséquent déjà fort ancien, l'autre, au contraire, tout récent, mais qui m'ont paru tous deux d'une interprétation aussi nette que facile.

Je fus appelé, en 1840, auprès d'un négociant de la rue Quincampoix. C'était un homme de trente à trente-deux ans, grand et fortement constitué, quoique d'un tempérament lymphatique et jouissant habituellement d'une bonne santé : celle-ci venait de se déranger sous l'influence de quelques écarts de régime. Mon malade m'offrit tous les symptômes de l'embarras gastrique. Je me hâtai de lui donner un vomitif d'abord, et je le purgeai deux ou trois fois les jours suivants. Sous l'influence de cette médication, qui me paraissait très-rationnelle, la maladie s'exaspéra, et les parents demandèrent que je m'adjoignisse un ou deux consultants. Vivaient à cette époque deux hommes ayant des opinions médicales assez conformes, mais l'un sage et prudent autant que l'autre était absolu et excentrique : n'ai-je pas suffisamment désigné les docteurs Kapeler et Récamier ? Je les réunis tous deux, je leur exposai ce qui s'était passé et ce que j'avais fait ; puis concurremment nous examinâmes le malade.

Voici les symptômes qu'il nous offrit :

Pouls fréquent (120 à 125 pulsations) et vibrant ; peau très-chaude et sèche ; langue chaude, séchant facilement, et extrêmement rouge ; hoquets fréquents, nausées continuelles, vomissements de matières bilieuses et des boissons revenant avec la plus grande facilité ; inappétence absolue, mais soif intense ; sensibilité dans toute l'étendue du ventre, mais surtout au-dessus du nombril et à l'épigastre, où elle était extrêmement vive et intolérable à la moindre pression, qui excitait immédiatement un redoublement de vomissements ; garde-robes rares et difficiles. Cet ensemble de symptômes, qui limitait le siége de la maladie dans la portion supérieure de l'organe de la digestion, s'accompagnait de manifestations nerveuses qui s'expliquent facilement par les nombreuses sympathies que l'estomac exerce sur les autres organes de la vie animale : palpitations fréquentes, accélération de la respiration et oppression momentanée ; lipothymies se représentant de loin en loin ; absence presque absolue de sommeil.

Ces derniers symptômes, qui avaient surtout attiré mon attention, exercèrent la même influence sur les médecins consultants, qui conséquemment me firent insister sur la médication que je faisais suivre depuis les évacuations, *médication antispasmodique et calmante*.

Les jours suivants, les symptômes énumérés plus haut s'exaspérèrent encore ; le malade s'affaiblissait et maigrissait rapidement, et un matin je le quittai fort inquiet de son état. Mais je revins presque immédiatement auprès de lui, et je réduisis son traitement à l'usage de l'eau gommée froide peu sucrée et aiguisée avec un quart d'eau de Seltz naturelle, aux cataplasmes émollients et calmants fort humides et peu chauds maintenus jour et nuit sur toute l'étendue du ventre, aux demi-lavements d'eau de son matin et soir.

Trois jours après que cette nouvelle médication eut été instituée, il y avait déjà dans l'état de mon malade une amélioration telle, que je pus permettre du bouillon de poulet fort léger, puis plus fort, ensuite coupé avec du bouillon de bœuf, et enfin des potages dont la digestion facile signala une entrée en convalescence franche, bientôt suivie d'un retour complet et assez rapide à la santé.

Dans le cas suivant, qui date d'hier, la maladie dont je vais tracer le tableau a offert avec la précédente la plus grande analogie, mais n'a pas présenté dans sa marche la même simplicité, et a gravement compromis la vie du sujet.

Il s'agit de la femme de charge d'une dame d'une grande naissance, et qui, par suite de son alliance avec un prince français, porte un des noms les plus illustres de notre pays. Ma malade, Mme G..., étrangère comme sa maîtresse, est aujourd'hui âgée de quarante-deux ans et encore bien réglée ; elle est d'une constitution maladive et d'un tempérament irritable. Aussi j'ai-je toujours connue gastralgique, et toutes les fois qu'elle a été malade, ai-je toujours vu chez elle dominer l'élément nerveux.

Dans les premières semaines de cette année, elle fut atteinte d'une légère fièvre catarrhale, qui céda assez facilement aux moyens ordinaires, mais fut suivie d'une inappétence marquée, qui, au commencement de mars, se compliqua de douleurs épigastriques assez vives. La malade y était sujette, et elles cédaient généralement avec assez de facilité à une potion dont l'extrait aqueux de noix vomique était le principal agent, et que j'édulcorai dans ce dernier cas avec le sirop de codéine. Mais cette fois elle ne procura aucun soulagement ; ce fut pour moi un avertissement que l'élément inflammatoire allait venir compliquer l'état nerveux, et le 11 je m'adjoignis, sur la demande de la princesse, un médecin allemand.

Nous constatâmes l'état suivant : pouls fréquent (90 à 100 pulsations) ; langue rouge et tendant à se sécher ; soif ardente ; nausées continuelles et vomituritions ; sensibilité au toucher dans toute l'étendue du ventre, mais exquise à l'épigastre, avec battements exagérés de l'aorte abdominale ; constipation.

Mon confrère ne vit là qu'une névrose, et me fit persévérer dans la médication commencée ; nous fûmes parfaitement d'accord pour nourrir la malade, qui s'affaiblissait et maigrissait rapidement : on lui donna du lait d'ânesse, du bouillon de poulet, de la glace, de l'eau froide coupée avec l'eau de Seltz naturelle, et on pratiqua des applications froides sur le ventre.

Le 15, ce dernier moyen fut remplacé par un emplâtre de thériaque sur l'épigastre, et nous donnâmes la codéine à très-petites doses à l'intérieur.

Le 17, nous remplaçâmes l'emplâtre de thériaque par un vésicatoire, qui fut pansé avec une pommade renfermant de l'hydrochlorate de morphine, et nous fîmes prendre une potion où l'eau distillée de laurier-cerise était combinée avec le sirop de codéine.

Sans que l'état de la malade s'améliorât sensiblement sous l'influence de ces moyens, il s'empirait peu, quand il se manifesta le 22 mars une crise de douleurs de reins si violente, que la malade poussait des cris navrants.

Un professeur éminent que nous nous étions adjoint, crut à la possibilité de coliques hépatiques, et les garde-robes, difficilement obtenues à l'aide de demi-remèdes émollients et laxatifs, furent examinées avec soin et sans résultat. On combattit les douleurs de reins avec un liniment chloroformé. Mais celles-ci nous furent expliquées par l'irruption des règles, qui furent abondantes et qui ne procurèrent d'autre amendement que la cessation des douleurs lombaires.

Ainsi l'état de l'estomac ne s'améliorait pas ; la langue était si rouge qu'elle était comparable à celle des scarlatineux ; la fièvre augmentait chaque jour, et le pouls s'élevait souvent jusqu'à 140 pulsations ; la peau était brûlante ; la soif inextinguible et difficile à satisfaire, à cause de la facilité avec laquelle les tisanes étaient vomies ; quant à la sensibilité de tout l'abdomen, on ne pourrait la comparer qu'à celle qui se manifeste dans la péritonite puerpérale. Quoiqu'on nourrît la malade avec du bouillon, avec des gelées de viande et du lait coupé, on la voyait maigrir et s'affaiblir rapidement, et nous commençâmes à redouter une issue fatale.

Comme chaque soir il se manifestait un redoublement accompagné d'une agitation nerveuse allant souvent jusqu'au délire, nous fîmes administrer tous les deux jours des quarts de remède avec le sulfate de quinine, puis avec la décoction de valériane ou l'assa-fœtida. On adjoignit encore à ces médicaments, qu'on alternait, le sulfate de quinine : en même temps, on essaya des gouttes noires à l'intérieur. On le voit, nous étions tous trois préoccupés des accidents nerveux, qui à la vérité étaient formidables ; mais, des *accidents inflammatoires*, malgré leur évidence, c'est à peine si nous paraissions en tenir compte ; et cependant *ils nous aveuglaient*. Ainsi, les vomissements devenaient si fréquents, qu'il fallut les combattre avec la potion de Rivière, qui procura quelque soulagement ; mais une potion avec l'extrait thébaïque et l'éther sulfurique exaspéra évidemment le mal, que n'amenda en aucune façon l'oxyde de zinc, donné à très-petites doses.

Le 11 avril, en présence de l'impuissance notoire de toute médication interne, qui la plupart du temps faisait évidemment plus de mal que de bien, nous tombâmes d'accord d'y renoncer, et nous nous bornâmes à faire continuer l'eau gommée fraîche, édulcorée avec les sirops de groseille, de framboise ou de cerise ; nous prescrivîmes une mouche de Milan sur la région épigastrique, des frictions sur le bas-ventre, qui était devenu aussi sensible que l'estomac, avec le baume Tranquille additionné de chloroforme, et des applications d'espèces émollientes et calmantes. En même temps, nous essayâmes de nouveau d'empêcher les crises qui se représentaient chaque nuit, avec les lavements au sulfate de quinine déjà prescrits, et fîmes panser le second vésicatoire de la même façon que le premier. Je ne dois pas négliger d'ajouter qu'on tâchait, à l'aide de remèdes d'eau de son, de provoquer tous les trois ou quatre jours des garde-robes toujours difficiles, tant les matières rendues étaient dures et dans les premiers temps décolorées.

Le 14, au moment où nous apportions au traitement cette impor-

tante modification, la malade était tombée dans un effrayant état de maigreur et de prostration, quoique nous nous fussions toujours efforcés de l'alimenter; elle avait fréquemment des syncopes, par moment des absences avec un léger délire, et elle perdit absolument la mémoire, de telle façon que nous la considérâmes comme perdue.

Cependant le 18, Mme G..., était un peu moins mal, et, sur le désir qu'elle exprima en causant de ce qu'on pourrait lui donner à manger, on essaya d'un peu de chocolat froid (*théreobrome*), puis de petits bouillons avec l'arrow-root, d'un peu de bouillon tiède, le bouillon froid lui étant antipathique.

A cette époque, il se produisit un phénomène vraiment singulier, mais caractéristique : la salive que la malade avait sans cesse dans la bouche, ainsi que les mucosités qui y affluaient sans y être amenées par de la toux, *devinrent rosées!* Il fut évident pour nous que l'épithélium pavimenteux avait été détruit par le travail inflammatoire, et que la muqueuse gastrique en avait été dépouillée de même que la peau est dépouillée de son épiderme après l'application d'un vésicatoire, et que c'était la surface de cette même muqueuse ainsi privée de son épiderme qui était l'origine de cette exsudation sanguine.

Il en était évidemment de même pour la langue; cet organe n'offait sans doute plus cette coloration animée que j'ai signalée plus haut, mais il n'en restait pas moins toujours rouge. Cet fut cet état que put constater (29 avril) un professeur célèbre d'une université allemande.

Ce n'est pas que cette convalescence ne fût encore entourée de bien grandes difficultés : le pouls restait très-fréquent et les nuits étaient très-agitées par le retour de crises nerveuses que nous étions devenus impuissants à soulager, et qui, le 2 mai, avaient encore été jusqu'à un délire assez prononcé pour me faire revenir à l'idée d'une réaction fâcheuse sur le cerveau, que je crus devoir combattre par l'application de deux vésicatoires aux cuisses. Depuis ce moment les symptômes nerveux devinrent moins violents; la tête parut plus libre; mais il faut dire qu'on avait eu en même temps une heureuse idée, celle d'administrer chaque jour deux quarts de lavement de consommé, qui nourrissaient la malade sans la fatiguer, et en même temps augmentaient l'action péristaltique des intestins; de sorte que les garde-robes, toujours favorisées par des demi-lavements de décoction de son, devenaient plus rapprochées et de moins en moins pénibles.

L'état du cerveau s'améliorait, quoique la mémoire ne revînt point encore.

Ce ne fut que le 15 mai qu'on donna des aliments solides, dont les premiers essais avaient été très-malheureux.

A cette même date, la langue reprit sa coloration normale, en se recouvrant d'un nouvel épithélium, et c'est alors seulement que je permis de rougir l'eau gommée et sucrée, qui avait toujours été jusqu'alors la boisson de la malade, avec un peu de vieux vin de Bordeaux.

A dater du 25, je permis un peu de volaille.

J'ai vu encore aujourd'hui (5 juin) Mme G..., qui se dispose à partir pour aller passer un mois à la campagne.

HYDROCÈLE GUÉRIE PAR LE DRAINAGE.

Par M. le docteur SICARD (de Nice).

Il est peu de maladies qui aient donné naissance à des procédés opératoires plus nombreux que l'hydrocèle; on a dû modifier les moyens employés pour obtenir sa guérison selon les causes, l'état de la tunique vaginale et du testicule, selon son siége autour de cet organe ou dans le cordon spermatique. Je ne viens pas rappeler au souvenir du lecteur de cette observation tout ce qui a été proposé; tant de choses diverses ont réussi! Cependant j'ai reconnu, comme on le verra plus bas, qu'on peut encore, au milieu des ressources nombreuses de la thérapeutique chirurgicale, éprouver quelque embarras, car il est bien rare qu'on ne finisse pas par rencontrer chez certains malades des indications particulières qui excluent tout ce qui a été fait.

Parmi les procédés appliqués à l'hydrocèle, celui qui consiste dans l'introduction des corps étrangers dans la tunique vaginale s'applique surtout aux circonstances assez nombreuses dans lesquelles on peut trouver de la difficulté à produire un degré d'inflammation adhésive suffisant. On n'en fait pas de nos jours une méthode générale comme au temps de G. de Salicet, de Franco et de Fabrice d'Aquapendente. Il est réservé à certaines circonstances exceptionnelles. Larrey père avait proposé le séjour d'une sonde de gomme élastique. Cet instrument me paraît bien préférable à la tente et au seton, et le procédé de Larrey, quelquefois modifié, me semble devoir être préféré dans une foule de cas où l'état reel des organes environnants ne peut être bien déterminé.

J'ai vu à Marseille M. le professeur Roux (de Brignoles) chercher à compléter par ce moyen l'inflammation adhésive provoquée par l'injection iodée, toutes les fois que le volume de la tumeur ou son défaut de transparence faisaient supposer un état pathologique réfractaire à l'inflammation désirée.

En général, la sonde suffit, mais il faut la surveiller; car elle peut sortir ou tomber en entier dans la tunique vaginale, et par conséquent manquer le but ou le dépasser. Nous avons eu l'occasion d'observer des faits de ce genre. Il faut aussi faire choix d'une sonde assez grosse et munie de plusieurs ouvertures assez larges pour permettre l'écoulement continu du liquide qui peut se former après la ponction. Le trocart dont on se sert doit donc être proportionné, et sa canule pouvoir contenir la sonde n° 4 ou n° 5.

M. Roux est tellement persuadé qu'une sonde de moyenne grosseur introduite dans la tunique peut par sa présence et par l'évacuation continue du liquide amener la guerison, qu'il conseille de se dispenser de toute injection, iodee ou autre. En voici un exemple :

M. L... de Paris, âgé de soixante-douze ans, est atteint de dyspnée occasionnée par une affection chronique du cœur que je soupçonne fort être une dégénérescence graisseuse de cet organe, avec ralentissement notable du pouls, qui ne donne que 28 à 32 pulsations bien comptées aux diverses heures de la journée.

M. L..., atteint l'an dernier d'hydrocèle du côté droit, fut opéré par un praticien fort recommandable au moyen de l'injection iodée. Une syncope suivit la douleur inséparable de toute injection; la famille et le médecin lui-même en furent alarmés un instant. Bientôt le malade reprit ses sens, et l'hydrocèle sembla guérie. Elle reparut néanmoins au bout de quelque temps, et pendant le séjour de M. L... à Nice, où il était venu chercher un climat plus doux que celui de Paris, elle redevint plus volumineuse que jamais. Incommodé par son poids, M. L... désirait vivement s'en débarrasser; mais il appréhendait pourtant de s'exposer à une nouvelle syncope. On comprend, en effet, combien cet accident, si peu important dans toute autre circonstance, pouvait avoir de gravité chez un vieillard dont l'existence est toujours menacée par la maladie du cœur.

M. Roux (de Brignoles), consulté, pensa que le succès pourrait être complet, et la syncope évitée en plaçant une sonde munie de larges ouvertures dans la tunique vaginale et en supprimant toute injection. Une sonde munie de trois ou quatre ouvertures pourrait être fabriquée exprès pour cette opération, et rendrait peut-être de si grands services qu'on adopterait ce procédé d'une manière presque générale.

Le 11 décembre, l'opération fut pratiquée en présence de M. le docteur Chabannes, de Bordeaux, ami intime et conseil éclairé de la famille. Une assez grande quantité de liquide citrin fut évacuée, et le testicule, que l'on croyait plus volumineux, nous apparut dans son état normal. La ponction avait été faite avec un trocart moyen, et dont la canule pouvait recevoir une sonde n° 4, munie de deux larges yeux et enduite d'huile, qui fut conduite jusque sur l'épididyme. Elle fut alors coupée de manière à laisser retirer la canule, et des fils furent fixés à son extrémité, longue de 5 ou 6 centimètres, et retenus avec de la cire d'Espagne que l'on fit couler tout autour, afin de remplacer celle qui avait été enlevée. Les fils furent eux-mêmes arrêtés par l'autre bout sur divers points d'un suspensoir.

Durant les premières heures quelques gouttes de liquide transparent, puis un peu sanguinolent, tachèrent les linges; mais bientôt l'ouverture de l'extrémité de la sonde resta sèche. Après quarante-huit heures, le testicule eut un volume suffisant et assez de sensibilité pour permettre de retirer le corps étranger. Le scrotum fut badigeonné avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode pendant trois ou quatre jours.

Après l'enlèvement de la sonde, le malade put se lever et marcher dans son appartement. Bientôt il reprit toutes ses habitudes, se promena dans son jardin, et le testicule, qui avait acquis un volume assez considérable, revint sur lui-même et reprit son état normal. Aujourd'hui la guérison est complète depuis quatre mois, et rien ne fait craindre une récidive.

Les résultats de cette opération si simple ont été trop satisfaisants pour que je les passe sous silence. Nous avons pratiqué ici un véritable drainage, qui nous a permis d'evacuer toute sécrétion consécutive à la ponction, et de faire developper une inflammation que nous avons pu surveiller et diriger à notre gré. Bien que l'on se trouve rarement dans l'obligation de ménager les malades au point de leur éviter toute douleur, nous croyons néanmoins que cette considération n'est pas indifférente quand il s'agit d'hommes du monde, toujours un peu pusillanimes en fait d'opérations.

PLAIE CONSIDÉRABLE DE LA TÊTE

avec décollement complet du périoste. Division profonde de toute la joue droite intéressant l'angle de l'œil droit et le tiers externe de la bouche. Guérison.

Par M. le docteur JOLICLERC, de Passy.

Le dimanche 13 avril 1862 je fus appelé en toute hâte, à huit heures du soir, à la caserne des sapeurs-pompiers de Passy. L'enfant de l'un d'eux, le jeune S..., âgé de sept ans, venait d'être victime d'un grave accident causé par son imprudence. Il s'était accroché par les pieds et les mains derrière une voiture qui descendait très-vite la côte rapide de la rue Franklin.

Arrivé à peu près à moitié de la rue, l'enfant, craignant sans doute que le cocher s'aperçût de sa présence, voulut abandonner la voiture. Malheureusement une de ses jambes fut retenue entre l'essieu et la caisse, et il tomba à la renverse.

Sa tête porta naturellement avec violence sur le pavé, et comme le cocher ne pouvait entendre les cris de l'enfant, à cause du roulement de la voiture, ce petit malheureux fut traîné pendant au moins trente mètres. A ce moment, par un bonheur providentiel, sa jambe se dégagea, et il resta étendu sur le bord du trottoir. On conçoit que dans l'intervalle qui sépara la chute du moment où l'enfant put se dégager, sa tête porta plusieurs fois et sur la roue et sur le bord du trottoir.

Arrivé auprès du petit malade, je le trouvai baigné dans son sang, et au premier abord je ne pus apercevoir qu'une masse informe et meurtrie.

Je commençai par laver la tête avec soin, et je découvris les plaies suivantes :

1° Une plaie partant du milieu de l'occipital, et venant aboutir à la partie externe du coronal; cette plaie était des plus profondes; la peau et même le périoste étaient décollés dans toute l'étendue, laissant voir à nu le crâne, et offrant une ouverture béante d'un travers de doigt;

2° Au sommet de la tête, premier point du choc, une petite plaie de peu d'importance;

3° Une dernière plaie, et ce n'était pas la moins grave, partait de l'angle externe de l'œil droit, dont les paupières étaient fendues, et l'on eût dit que l'œil allait sortir de son orbite. De là, cette plaie se prolongeait de plus en plus profonde à travers la joue, laissant voir les dents molaires de ce côté, et elle se terminait à l'angle de la mâchoire.

Il était évident que dans un cas aussi grave la suture était le seul moyen d'espérer la réunion; mais, d'un autre côté, n'y avait-il pas à craindre une résorption que devait probablement amener l'abondante suppuration causée par de telles plaies? Cependant, je me décidai à prendre le premier parti, et je fis, à l'aide d'une aiguille appropriée, *cinquante-deux points de suture*, ayant soin de laisser à la partie déclive de chacune des plaies une ouverture suffisante pour l'écoulement du pus.

Un pansement à plat fut ensuite appliqué, et je terminai le tout en faisant le bandage dit de la *capeline*.

Craignant avec raison, à la suite d'un tel accident, une violente réaction et une fièvre d'inflammation considérable, je prescrivis quelques boissons mucilagineuses, des sinapismes aux deux poignets renouvelés de quart d'heure en quart d'heure; enfin, je fis administrer une potion dont la base était le sulfate de quinine à la dose de 40 centigrammes mélangés à 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le lendemain 14, à la visite du matin, je trouvai mon petit malade aussi bien que possible; la nuit avait été bonne; il n'y avait point eu de coma, et la langue, quoique un peu sèche, ne présentait cependant rien d'inquiétant. Continuation du même traitement, avec addition de deux ou trois tasses de lait coupé pour alimentation. Le soir, l'état est toujours à peu près le même; seulement la peau est plus chaude, et la face un peu animée. Je fais de nouveau appliquer les sinapismes; le reste *ut suprà*.

Le 15, ce matin, le jeune S... ne me paraît pas dans d'aussi bonnes conditions qu'hier soir. Une complication d'embarras gastrique se présente. La langue est épaisse et saburrale. L'enfant se plaint, en outre, d'une forte douleur au creux de l'estomac.

Je conseille à sa mère de lui faire prendre de suite une once d'huile de ricin dans une tasse de bouillon de veau, et de le maintenir à la diète la plus sévère.

Le soir, la médecine avait déjà opéré d'une manière très-satisfaisante. Il y avait eu plusieurs selles dans la journée, et la douleur au creux de l'estomac avait disparu. La potion de sulfate de quinine étant terminée, j'engageai Mme S... à donner chaque soir jusqu'à nouvel ordre un paquet de sulfate de quinine de 0,30 centigrammes dans un demi-verre d'eau sucrée.

Le 16, M. le docteur Morazzani, médecin aide-major des sapeurs-pompiers, se trouvant à la caserne au moment de ma visite, je le priai de vouloir bien me prêter son concours pour lever l'appareil appliqué trois jours auparavant. Il fut, comme moi, étonné du bon aspect que présentaient les plaies, et surtout du peu de fièvre qui accompagnait le travail éliminatoire. Le pus coulait avec abondance par les trois issues que je lui avais ménagées. Je refis un nouveau pansement composé de linge cératé et de charpie. Le traitement interne suivi jusqu'à ce jour fut continué.

Les choses allèrent ainsi toujours de mieux en mieux, la suppuration étant cependant moins abondante. Malheureusement, dans ses brusques mouvements sur l'oreiller, l'enfant brisa plusieurs points de suture; j'eus donc dès lors affaire à une plaie par seconde intention, ce qui modifia le pansement adopté jusque-là.

Vers les premiers jours de mai, je m'aperçus qu'une accumulation purulente se faisait à la partie postérieure et inférieure de la tête.

J'essayai de la compression pour la réduire, espérant que le pus sous-jacent viendrait aboutir à la plaie voisine. Déçu dans mon espoir, je me décidai à faire une contre-ouverture derrière et au-dessous de l'apophyse mastoïde. Une quantité de pus s'en échappa, et je commençai de suite à injecter dans la plaie un mélange de teinture d'iode et d'eau.

A dater de ce moment, les plaies marchèrent rapidement vers la guérison. Un peu plus tard, j'eus, comme toujours, à réprimer avec le nitrate d'argent les bourgeons charnus. Enfin, depuis les premiers jours de juin j'ai cessé de voir mon petit malade, qui a repris aujourd'hui ses classes comme avant l'accident dont il avait failli être victime.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 juillet 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Curabilité des blessures du cerveau. — M. FLOURENS lit, sous ce titre, la note suivante :

M. Cuvier, dans un de ses rapports sur mes expériences, s'exprime ainsi : « M. Flourens, obligé de faire tant et de si grandes plaies aux cerveaux des animaux pour arriver à résoudre des questions si importantes pour l'humanité, a eu l'occasion de faire de nombreuses observations sur la cicatrisation des plaies de cet organe, ainsi que sur les phénomènes correspondants qu'offre l'animal dans ses facultés à mesure que cette cicatrisation avance. Pour analyser ces observations, faites jour par jour, il faudrait les copier, et les détails en seraient assez curieux pour cela, si les bornes prescrites à notre travail le permettaient. »

Le travail que je faisais alors pour la détermination des fonctions des diverses parties de l'encéphale, je l'ai repris depuis dans la vue expresse d'étudier la cicatrisation des plaies de cet organe.

Nos livres de chirurgie sont pleins d'observations importantes sur les plaies du cerveau. Que dis-je, nos livres de chirurgie? Nos simples livres d'histoire en contiennent souvent, et de très-curieuses. Je me souviens d'avoir lu, dans une histoire des guerres de la Fronde, qu'un jeune officier que connaissait Mazarin, mais que Mazarin refusait d'avancer, parce que, disait-il, il ne lui trouvait pas assez de cervelle, reçut une énorme blessure sur le crâne. Le chirurgien qui le soignait, étonné de la quantité de cervelle qui sortait de la blessure, la recueillit dans un vase, et dès que son jeune malade fut guéri, il la lui montra. « Oh! s'écria celui-ci, envoyez bien vite cela au cardinal : il verra que j'ai plus de cervelle qu'il ne le croit. »

Mais, à s'en tenir même à nos livres de chirurgie, les cas fourmillent : ici c'est une balle qui est entrée dans le cerveau, ou dans le cervelet, ou dans toute autre partie de l'encéphale; là c'est une lame de couteau ou d'épée qui a pénétré dans le cerveau, s'est rompue et y a laissé un de ses fragments. Quant aux symptômes, ils ont été différents selon la diversité des siéges, et quelquefois il n'y en a point eu.

Parmi les observations de ce genre, celle-ci m'a toujours paru une des plus curieuses. Je la tire du beau mémoire de Lapeyronie sur le *Siége de l'âme*, siége qu'il plaçait dans le corps calleux.

« Un jeune homme de seize ans, dit Lapeyronie, fut blessé d'un coup de pierre au haut et au-devant du pariétal gauche; l'os fut contus et ne parut point fêlé; il ne survint point d'accident jusqu'au vingt-cinquième jour, ce qui fit qu'on n'eut en vue dans les panse-

ments que de procurer l'exfoliation de l'os. Le malade commença alors à sentir que l'œil droit s'affaiblissait... Au bout de trois jours, il perdit la vue de cet œil, et presque en même temps l'usage entier de tous les sens, et il tomba dans un affaiblissement absolu de tout le corps. »

Lapeyronie fit plusieurs incisions sur le crâne et pratiqua jusqu'à trois trépans ; la dure-mère fut débarrassée de quelques esquilles qui la pressaient ; enfin l'habile chirurgien se détermina à l'ouvrir. Beaucoup de pus sortit, et dès que ce pus, qui pesait sur le corps calleux, fut vidé, l'assoupissement cessa, la vue et la liberté des sens revinrent. Et ce ne fut pas seulement une fois que cette alternative de perte et de retour des sens se manifesta. Les *fonctions de l'âme*, comme on disait alors, étaient alternativement et comme à volonté, de la part du chirurgien, suspendues ou rétablies, selon qu'avant ou après le pansement le corps calleux se trouvait surchargé ou délivré de la matière étrangère qui le pressait. C'est Lapeyronie lui-même qui faisait les pansements et qui vit ainsi plusieurs fois, comme je viens de le dire, la raison et le sentiment du malade s'éclipser et reparaître. « Au bout de deux mois, dit enfin Lapeyronie, le jeune homme fut entièrement guéri ; il eut la tête entièrement libre et ne ressentit plus la moindre incommodité, quoiqu'il eût perdu une portion très-considérable de la substance du cerveau. »

Mais à propos de perte plus ou moins considérable du cerveau, rien n'a été fait, je crois, de comparable à ce qu'on a vu dans mes expériences de 1822. Le cerveau proprement dit se compose, comme chacun sait, de deux lobes ou hémisphères, un hémisphère ou lobe de chaque côté, un droit et un gauche. Eh bien, j'ai enlevé un lobe entier sur plusieurs animaux. L'animal a parfaitement survécu et n'a perdu que la vue du côté opposé. Toutes les autres fonctions du cerveau se sont conservées. Un seul lobe suffit donc à l'animal ; un seul peut suppléer aux deux.

Mais le fait le plus remarquable et même le plus étonnant de mutilation, ç'a été quand j'ai enlevé le cerveau proprement dit tout entier, les deux lobes. L'animal, privé de son cerveau tout entier, a survécu plus d'une année. Il avait perdu tous ses sens, toute son intelligence ; il était réduit à l'état de pur automate.

Un fait du même ordre a été celui où j'ai enlevé le cervelet tout entier. L'animal a parfaitement survécu aussi, et pendant plus d'une année. Il n'a jamais réacquis la régularité de ses mouvements ; il était réduit à l'état d'un homme ivre.

La perte du cerveau avait fait perdre l'intelligence, et la perte du cervelet l'équilibre ou la régularité des mouvements. Quand on a saisi le fil du labyrinthe, le fil de la physiologie expérimentale, on sépare les facultés par les organes, et c'est là le dernier terme de la science.

Je citerai encore une observation de Lapeyronie. Un enfant de huit ans reçut par une chute un coup au pariétal droit, à côté de la fontanelle. L'os fut considérablement fracturé ; on eut recours au trépan ; on débarrassa la dure-mère des esquilles qui la pressaient ; malgré cela, l'enfant tomba dans un assoupissement continuel. Lapeyronie ouvre la dure mère ; il soupçonnait un épanchement comme celui qu'il avait trouvé dans son précédent malade ; mais il n'en trouva point, et il n'osa poursuivre plus loin son opération. L'enfant mourut au bout de trois mois, ayant totalement perdu pendant le dernier mois l'usage de tous ses sens et de la raison.

Après la mort, le cerveau fut ouvert, et l'on trouva un abcès situé sous le *corps calleux*. « Je m'aperçus alors, mais trop tard, s'écrie le grand chirurgien, ou plutôt le grand homme, car ce sont de grands hommes que ceux qui tiennent ainsi nos vies dans leurs mains habiles, que si, lorsque j'avais ouvert la dure-mère, j'avais plongé, comme j'en avais eu en effet le dessein, une lancette dans le lieu où j'avais soupçonné un abcès, j'aurais peut-être sauvé la vie à cet enfant, ce qui fait voir que ces observations ne sont pas simplement curieuses, mais qu'elles peuvent être outre cela très-utiles. »

Qui pourrait en douter? Si Lapeyronie eût connu mes expériences, il n'eût pas hésité à plonger sa lancette à travers le corps calleux, assuré, d'une part, de l'innocuité parfaite d'une telle blessure, et certain, d'autre part, de sauver la vie à son malade.

J'ai fait dans ces derniers temps une suite d'expériences qui méritent, je crois, d'être ajoutées à celles qui précèdent.

J'ai eu l'idée d'introduire une ou plusieurs balles de plomb du poids de 4 à 20 grammes dans le cerveau de lapins et de chiens. Ces balles ont été placées sur divers points de la région supérieure de l'encéphale, tantôt sur la région supérieure des lobes cérébraux, tantôt sur la région supérieure du cervelet, etc.

Voici le procédé suivi pour ces expériences :

On pratique un trépan sur le crâne, et sous le trépan on fait une incision de la dure-mère ; puis, sous cette incision de la dure-mère, on en fait une autre très-légère dans la substance même du cerveau, et c'est dans cette incision de la substance du cerveau qu'on place la balle.

Là la balle, abandonnée à son propre poids, pénètre peu à peu dans la substance du cerveau, s'y fraye un chemin en écartant ou divisant lentement le tissu cérébral, et au bout de quelques jours elle se trouve sur la dure-mère qui recouvre le plancher du crâne. L'espèce de fistule faite par son trajet reste canal pendant quelque temps, et puis se referme et se cicatrise. Et ce qu'il y a de plus curieux, c'est que, si la balle n'a pas été trop grosse, toute l'épaisseur de l'organe, lobe du cerveau ou lobe du cervelet, a été traversée sans avoir été accompagnée ou suivie d'aucun symptôme, d'aucun accident, d'aucun trouble des fonctions (1).

Le vase n° 1 contient un cerveau de chien sur lequel une balle du poids de 4 grammes a été mise sur la partie supérieure du lobe cérébral gauche; la balle a traversé toute l'épaisseur du lobe, et maintenant on la voit sur le plancher du crâne, où elle est encore recouverte par la pie-mère. Pendant le trajet de la balle, nul symptôme n'a paru.

Le vase n° 2 contient un cerveau de chien; sur le cervelet duquel une balle a été mise au côté gauche; la balle n'a pénétré qu'à peine la substance du cervelet, et son passage n'a produit encore aucun symptôme. Dans d'autres expériences, à mesure que la balle a avancé dans son trajet, des symptômes de locomotion irrégulière ont paru.

Le vase n° 3 contient un cerveau de lapin, sur le cervelet duquel une balle a été mise tout à fait à la partie postérieure de cet organe, perpendiculairement sur le *nœud vital*. Dès que la balle est arrivée sur le *nœud vital* et a pu y exercer une certaine pression, l'animal est mort.

Les vases n°s 4 et 5 contiennent des cerveaux de chien dont il a été retranché une certaine portion. On voit, sur ces pièces, la cicatrisation qui s'est faite, et le tissu cicatriciel, qui est jaunâtre, dur et résistant.

Je me borne à cette simple indication de mes nouvelles expériences ; le travail entier paraîtra dans les *Mémoires de l'Académie*.

Ce qui m'attache à un degré que je ne puis dire, à ces expériences, c'est que j'y acquiers à chaque instant de nouvelles preuves de la *curabilité* des plaies du cerveau, et de la facilité singulière avec laquelle elles se guérissent.

Je me représente la physiologie une sonde à la main, et fouillant avec ardeur un sol inconnu, pour y découvrir les sources de la vie, et les en faire jaillir au profit de l'humanité.

M. SERRES. A l'occasion de la note qui vient d'être lue par M. Flourens, je demande à l'Académie la permission de lui rappeler les études si anciennes que j'ai publiées sur la cicatrisation du cerveau.

On sait que dans un long mémoire, inséré en 1819 dans l'*Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux*, j'ai divisé les apoplexies en deux classes, celles, d'une part, qui ont leur siége spécial sur les enveloppes du cerveau, et qui généralement n'affectent pas les mouvements volontaires, et, d'autre part, celles qui ont leur siége dans la substance même de cet organe, et qui toujours sont accompagnées de la perte de ces mouvements.

Or, l'étiologie de ces dernières apoplexies que j'ai nommées *cérébrales*, réside dans un épanchement sanguin qui s'effectue dans la substance de l'encéphale, et leur guérison ou le retour des mouvements volontaires n'a lieu que lorsque l'épanchement sanguin est résorbé et remplacé par une cicatrice formée par une reproduction de la matière cérébrale.

La reproduction de la matière cérébrale qui doit former la cicatrice est précédée par la formation d'une membrane vasculaire sur laquelle Riobé et Marandel ont appelé l'attention des physiologistes, membrane qui sert en quelque sorte de support aux nouvelles fibres nerveuses qui opèrent la cicatrisation.

D'après ce qui précède, toute paralysie à la suite d'apoplexie cérébrale coïncidant avec une solution de continuité des fibres de l'encéphale, le mouvement ne se rétablit que lorsque la réunion des fibres divisées est opérée. Cette réunion est le but final de la cicatrisation.

Il suit de là que si un paralytique recouvre l'exercice des mouvements et qu'il succombe à une autre maladie, on trouve la cicatrice dans le lieu où s'était produite la division ou la rupture de la substance de l'encéphale. J'en ai rapporté des exemples dans le second volume de l'*Anatomie comparée du cerveau dans les quatre classes des animaux vertébrés*, ainsi que dans le mémoire sur la guérison des paralysies par la cicatrisation du cerveau.

Les cicatrices du cerveau sont plus ou moins fermes, les lèvres de la division sont plus ou moins bien rapprochées, selon que les mouvements volontaires sont devenus plus ou moins libres.

Les cicatrices sont, ou linéaires : la guérison est alors complète, et les mouvements volontaires reviennent dans leur état normal ; ou elles sont aréolaires, et alors la guérison est imparfaite et les mouvements sont plus ou moins gênés.

Une paralysie étant complétement guérie, il arrive quelquefois que, sans cause connue et sans une nouvelle attaque d'apoplexie, la perte du mouvement reparaisse. Dans ce cas il y a infiltration de la cicatrice qui s'était produite. De linéaire qu'elle était, la cicatrice devient aréolaire ; les aréoles se remplissent d'une sérosité jaunâtre, les lèvres de la plaie de l'encéphale sont alors imparfaitement réunies. Ces cas ne sont pas rares, surtout chez les vieillards affaiblis.

D'autres fois une nouvelle attaque d'apoplexie, une chute ou un coup porté sur la tête, rompent la cicatrice, et aussitôt la paralysie se reproduit. Cet effet n'a lieu que dans les cicatrices récentes. En général, les cicatrices anciennes résistent plus que les parties de l'encéphale qui les avoisinent. J'ai rencontré quelquefois des foyers sanguins récents creusés à côté de cicatrices qui avaient résisté aux efforts par lesquels avaient été rompues les fibres du cerveau qui les avoisinaient. On ne saurait trop admirer à ce sujet les ressources de la nature.

— M. MARMISSE adresse un travail intitulé : *Mortalité par affection diphthéritique (angine et croup) dans la ville de Bordeaux pendant les années* 1858-61.

Ce mémoire est renvoyé à la commission de statistique déjà saisie (séance du 26 juin) d'un Mémoire de l'auteur sur la mortalité des enfants au-dessous de deux ans dans la même ville de Bordeaux.

— M. M. CARVALHO transmet deux ouvrages publiés à Coïmbre par deux de ses collègues, professeurs à la Faculté de médecine : un *Traité de toxicologie*, par M. Macedo Pinto, et la première partie d'un *Traité de physiologie de l'homme*, par M. Da Costa Simões. Ces ouvrages sont renvoyés pour rapports verbaux, le premier à M. Rayer, et le second à M. Bernard.

— M. BENVENISTI, en adressant deux opuscules écrits en italien et intitulés : *Sur la formation par métamorphose régressive du sucre et de l'amidon*, et *Etudes ultérieures sur les opérations assimilatives*, y joint une analyse en français de ce double travail.

Renvoi à M. Bernard, qui jugera s'il y a lieu de faire de ces deux opuscules l'objet d'un rapport verbal ou de les réserver pour le futur concours du prix de physiologie expérimentale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Adelon, professeur honoraire à la Faculté de médecine, commandeur de la Légion d'honneur et membre de l'Académie de médecine, l'un des vétérans de l'enseignement médical et l'un des plus honorables et des plus dignes représentants de notre profession, vient de mourir à la suite d'une courte maladie, dans sa quatre-vingt-troisième année.

Ses obsèques auront lieu demain mardi, 22 juillet, à onze heures très-précises. On se réunira à son domicile, rue du Bac, 32.

— Le 27 octobre prochain, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour la nomination de douze élèves internes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de cette ville, et dans l'hospice du Perron, à Oullins.

Les élèves internes titulaires sont logés et nourris dans l'hospice auquel ils sont attachés. Ils reçoivent en outre, à titre de traitement annuel, savoir: les internes de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital de la Croix-Rousse, de la Charité et de l'Antiquaille, 260 fr. ; ceux du Perron, 400 fr.

Les internes suppléants jouissent du traitement et des avantages réservés aux internes titulaires dont ils feront le service.

— Par décret du 14 juillet, M. Delafont, médecin-major, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La commune d'Haussy, canton de Solesmes (Nord), qui compte une population de 3,200 âmes, est actuellement sans médecin.

(1) Si la balle est trop grosse ou s'il y en a plusieurs, il survient des abcès. Je parlerai des abcès dans une autre note, et plus tard des apoplexies.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 86. — JEUDI 24 JUILLET 1862. (35e ANNÉE.) N° 86. — JEUDI 24 JUILLET 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 JUILLET 1862

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Piorry a engagé la discussion sur le rapport de M. Trousseau, relatif à la question du goître exophthalmique. On peut prévoir presque à coup sûr l'intervention de M. Piorry chaque fois que M. Trousseau prend la parole. Il est dans la nature de ces deux esprits d'être en perpétuelle contradiction. C'est qu'il est difficile, en effet, de voir un plus complet antagonisme, — si ce n'est toutefois entre M. Piorry et M. Bousquet, — dans la manière d'envisager toutes les grandes questions de pathologie. Cette situation n'est pas sans quelques périls, et le ton de la discussion s'en ressent plus d'une fois; mais elle a aussi ses avantages pour la galerie et pour la critique en particulier, à qui elle fournit l'occasion facile de saisir du premier coup les côtés faibles du sujet.

Ainsi, sans que cela engage le moins du monde à accepter les conséquences du point de vue purement anatomique auquel s'est placé, comme toujours, M. Piorry, — ce qui, par parenthèse, conduirait à se demander comment il se fait qu'on n'observe pas plus souvent l'exophthalmie chez les goîtreux, — il est certain qu'on trouvera dans son argumentation quelques objections assez sérieuses contre l'admission de la nouvelle entité morbide dont M. Trousseau s'est constitué le défenseur et parrain... Mais l'espace nous manque aujourd'hui pour exposer les réflexions que nous a suscitées ce début de la discussion. Le même motif nous oblige à renvoyer les quelques développements que nous nous proposions de donner aujourd'hui sur cette question, au sujet de l'observation de M. Hiffelsheim, que nous avons publiée dans le numéro de samedi. Nous reviendrons sur ces divers points.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un secrétaire annuel, en remplacement de M. Ch. Robin, que ses nouveaux devoirs auprès de la Faculté ont éloigné du bureau. La presque unanimité des suffrages s'est portée sur M. J. Béclard, l'un des plus jeunes et des derniers venus à l'Académie. M. le secrétaire perpétuel a fait remarquer, avec un heureux à-propos, qu'il y a quarante ans, lors de la création de l'Académie de médecine, le père du nouveau secrétaire annuel a été également appelé par les suffrages de ses collègues à occuper, le premier, ces fonctions.

Dr Brochin.

Les obsèques de M. Adelon ont eu lieu hier 22 juillet, ainsi que nous l'avions annoncé; la Faculté de médecine presque tout entière et une députation nombreuse de l'Académie de médecine y assistaient. Des discours ont été prononcés sur sa tombe au nom des différents corps auxquels il a appartenu.

Nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs celui que M. le docteur Jules Béclard a prononcé au nom de l'Académie de médecine. On y trouvera une appréciation aussi juste que délicate des éminentes qualités par lesquelles M. Adelon s'est recommandé au respect et à la vénération de toute la génération médicale actuelle.

Messieurs,

Je viens, au nom de l'Académie de médecine, rendre un dernier hommage à un maître excellent, à un éminent confrère.

Le collègue dont l'Académie déplore la perte ne fut pas seulement, Messieurs, un savant de premier ordre, il fut aussi un rare modèle de fidélité et de dévouement à ses convictions et à ses amis. Dans toutes les questions qui touchent à l'honneur, et au milieu de la faiblesse croissante des caractères, nul n'a porté plus haut le sentiment de la dignité humaine. Inébranlablement attaché au culte du bien, du beau et de l'utile, nul n'a su allier plus de simplicité à plus de droiture.

Nicolas-Philibert Adelon est né à Dijon le 20 août 1782. A cette époque l'Académie de Dijon venait d'attirer dans son sein, pour le charger de l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie, un homme d'un rare talent, qui devait plus tard s'illustrer sur un plus grand théâtre, je veux parler de Chaussier. Les souvenirs d'enfance ne furent pas étrangers sans doute à la vocation du jeune Adelon que nous retrouvons à Paris, auprès de Chaussier, son compatriote, son maître, et bientôt son ami.

Encouragé par des conseils bienveillants, entraîné d'ailleurs par la pente naturelle de son esprit, M. Adelon s'adonna avec toute l'ardeur de la jeunesse à l'étude de la physiologie. Bichat, dont l'amour pour le travail alla jusqu'au sacrifice de la vie, venait, en France, de renouveler les bases de la science; et un homme moins grand par le génie, mais grand aussi par la renommée, le docteur Gall, occupait alors tous les esprits. M. Adelon fut captivé, comme tout le monde, par l'attrait de la nouveauté, et surtout par le côté merveilleux et pour ainsi dire divinatoire du système. Il n'était pas encore docteur, et déjà il publiait, sans nom d'auteur, un volume intitulé : *Analyse d'un cours du docteur Gall, ou physiologie et anatomie du cerveau d'après son système.*

« Nous n'entendons pas nous prononcer, dit M. Adelon, nous ne sommes ni de ceux qui considèrent la phrénologie comme une innovation dangereuse qu'il faut étouffer, ni de ceux qui la regardent comme un des résultats les plus brillants dont l'esprit humain puisse s'honorer. — Nous voulons seulement mettre le public en mesure de formuler son jugement. »

Ce refus de juger le système était à lui seul un jugement. La doctrine phrénologique était alors dans sa primeur, car l'ouvrage de Gall ne parut que l'année suivante, et le jeune critique portait par avance à la phrénologie un coup d'autant plus redoutable qu'il était plus mesuré.

Le 8 juin 1809, M. Adelon soutenait sa thèse de docteur. Le candidat avait choisi un sujet de physiologie, il traitait des fonctions de la peau. Ce n'est point ici le lieu d'examiner ce travail; mais je ne puis passer sous silence la dédicace qui le précède; elle peint M. Adelon mieux que je ne pourrais le faire moi-même :

A mon père, le premier de mes amis. Puissiez-vous trouver à recevoir l'hommage de mon premier travail, le même bonheur que j'éprouve à vous l'offrir.

M. Adelon n'était encore qu'un élève; il va devenir un maître. A peine est-il descendu des bancs qu'il monte en chaire, et ses condisciples de la veille deviennent ses élèves du lendemain. Pendant seize années, le jeune professeur ne cessa de se distinguer par des succès d'enseignement. Enfin, en 1826, M. Adelon fut appelé à la chaire de médecine légale de la Faculté de Paris, fonctions qu'il a remplies jusqu'en 1861, c'est-à-dire pendant trente-cinq ans.

Dès l'année 1821, M. Adelon entrait à l'Académie de médecine, fondée l'année précédente par le roi Louis XVIII. En vertu des statuts de constitution de l'Académie, la section de médecine devait être composée de quarante-cinq membres. Vingt-deux furent nommés par ordonnance. M. Adelon eut l'honneur d'être l'un des vingt-trois membres titulaires que la section de médecine choisit, au scrutin, pour se compléter.

Pendant les années 1826, 1827, 1828 et 1829, M. Adelon remplit à l'Académie les fonctions de secrétaire annuel, et remplaça à plusieurs reprises le secrétaire perpétuel, M. Pariset, chargé de missions scientifiques. En l'année 1831, M. Adelon fut appelé, par les suffrages de ses collègues, au fauteuil de la présidence.

L'œuvre capitale de M. Adelon est son *Traité de physiologie de l'homme*. Les premières années de sa vie scientifique furent consacrées à la rédaction de ce livre, accueilli dès son apparition par un rapide succès.

On était alors en 1823. Nul doute que M. Adelon n'eût largement contribué plus tard au progrès d'une science que des recherches incessantes, entreprises depuis un demi-siècle sur tous les points de l'Europe scientifique, ont presque entièrement transformée de nos jours. Mais, homme de devoir avant tout, et plus soucieux des intérêts qui lui étaient confiés que de ses propres inclinations, il consacra désormais tous ses efforts au nouvel enseignement auquel il avait été appelé.

Dans cette voie nouvelle, et pendant plus de trente années, M. Adelon n'a cessé d'accumuler d'innombrables matériaux, dans la pensée d'élever à la médecine légale un monument digne de lui. Sciences physiques et chimiques, science du droit, sciences morales, sciences économiques, il voulait tout connaître, tout savoir. Cette œuvre qu'il rêvait, et dont il m'entretenait souvent, devait avoir d'immenses proportions; trop immenses, hélas! car elle devait rester inachevée.

M. Adelon a enrichi de nombreux articles les recueils scientifiques, tels que le *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, le *Dictionnaire de médecine*, les *Annales d'hygiène publique*, dont il fut l'un des fondateurs : il a collaboré avec Michaux, son ami, à la rédaction de la *Biographie universelle*.

M. Adelon appartenait à la génération lettrée du commencement de ce siècle. Tous les instants qu'il dérobait à la science, il les consacrait au culte des lettres. Il compta d'illustres amitiés parmi les écrivains de son temps et parmi ceux de nos jours, et il s'y rattacha encore par des liens plus tendres.

Animé jusqu'à la fin par la noble passion de la science, il était heureux de venir parmi nous pour écouter et pour applaudir ceux qui naguère avaient été ses élèves.

Simple dans ses manières, modeste dans ses goûts, il ne fut jamais infidèle à aucune de ses affections ni incertain sur aucun de ses devoirs. Uni à la digne fille de Sabatier, dont la raison élevée et les grâces modestes ont fait le charme de sa vie, entouré d'une famille qu'il chérissait et dont il était tendrement aimé, il a connu le prix du foyer domestique et il en a goûté toutes les jouissances.

Ainsi s'est éteint cet homme d'élite, au milieu des siens, à l'âge de près de quatre-vingts ans.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Tumeur fibreuse du maxillaire inférieur. — Résection de la partie moyenne de l'os. — Guérison.

(Observation recueillie par M. A. BLOT, interne du service.)

Le 26 février 1862, est entrée au n° 27 de la salle Saint-Maurice une nommée M... (Anne), âgée de trente-six ans, journalière, demeurant rue Basfroid, 45, née à Livraux (Cantal).

Cette malade nous raconte, à son entrée à l'hôpital, que sa mère est morte de la phthisie pulmonaire, et que son père a succombé à un cancer du pylore.

Dans son enfance, elle a eu de fréquentes ophthalmies, et elle en a gardé une blépharite occupant les bords ciliaires des paupières inférieures. Jamais il n'y a eu d'engorgement ganglionnaire, jamais aucune autre maladie.

A dix-huit ans, les règles apparaissent pour la première fois; mais elles furent très-douloureuses, et ne se montrèrent pas régulièrement tous les mois.

A vingt ans, les règles s'établirent définitivement avec régularité, et depuis elles ont toujours conservé leur cours, interrompu seulement par des grossesses.

Mariée à trente-deux ans, elle eut trois grossesses. Les deux premiers enfants sont morts, l'un à six semaines, l'autre à deux jours. Quant au troisième, il a huit mois, et se porte très-bien.

Aucun antécédent syphilitique.

Sept mois avant son entrée à l'hôpital, elle remarqua à sa mâchoire inférieure la présence d'une petite tumeur du volume d'une noisette, tumeur qui ne s'accompagnait d'aucune douleur; aussi ne s'en inquiéta-t-elle nullement.

Trois semaines avant son entrée dans le service, la tumeur prit un accroissement très-rapide, sans cause apparente aucune. En même temps, la malade se voyait maigrir; ses forces avaient considérablement diminué. Ce fut dans ces conditions qu'elle s'adressa à M. Jobert.

A son entrée, nous la trouvons dans l'état suivant :

Amaigrissement considérable; coloration jaune paille de la peau.

Au premier coup d'œil, la malade paraît beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est en réalité; cet aspect est dû à la présence d'une tumeur qui occupe la portion médiane du maxillaire inférieur, et qui forme par sa projection en avant un véritable menton de galoche. En effet, le corps du maxillaire inférieur est le siége d'une tumeur qui a débuté, il y a sept mois, par sa partie médiane.

Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, s'étend de la première petite molaire droite à la première petite molaire gauche; en arrière, elle s'étend jusqu'au frein de la langue; en avant, le maxillaire inférieur déborde l'arcade dentaire supérieure d'environ un centimètre. Partout les limites de cette tumeur sont parfaitement arrêtées; elle est complétement indépendante de la peau et des parties molles du menton, qui glissent parfaitement sur elle.

La tumeur est régulière dans sa forme en avant; en arrière, elle présente deux bosselures; partout sa consistance est la même, élastique et rénitente; indolente par elle-même, la pression n'y détermine aucune souffrance. Elle est recouverte par la muqueuse, qui lui donne une coloration rosée : elle porte, à sa partie supérieure, les incisives et les canines, qui sont mobiles dans leurs alvéoles.

Il n'y a aucun engorgement ganglionnaire dans les régions sous-maxillaires et sus-claviculaires. Le ganglion mylo-hyoïdien seul est un peu augmenté de volume et douloureux à la pression; mais M. le professeur Jobert (de Lamballe) ne croit pas à une dégénérescence du ganglion; c'est pour lui une adénite subaiguë, qu'il espère résoudre au moyen de cataplasmes.

L'articulation des mots est gênée, la mastication difficile; la malade ne peut prendre que des aliments semi-liquides.

L'opération est fixée pour les premiers jours de mars.

Le 2 mars, la malade est prise de bronchite, qui est combattue avec une potion au sirop de morphine.

Cette bronchite fait ajourner l'opération.

Le 10, la bronchite a complétement disparu. Cependant la tumeur a fait des progrès, surtout en arrière, du côté de l'intérieur de la bouche. En même temps a disparu l'engorgement du ganglion mylo-hyoïdien.

Le 15, extraction des deux canines et des deux premières petites molaires de chaque côté.

Le 19, l'opération est pratiquée sans anesthésie.

Une incision médiane est faite du bord libre de la lèvre inférieure jusqu'au niveau du cartilage thyroïde; il y a ainsi deux lambeaux latéraux qui sont disséqués dans toute l'étendue de la tumeur.

Une petite scie ordinaire sert à détacher la tumeur; la section de l'os est faite de chaque côté entre les première et deuxième petites molaires. L'écoulement de sang est arrêté au moyen de ligatures nombreuses.

Quatre épingles et quatre fils servent à rapprocher les lèvres de la

plaie, et la malade est reportée à son lit. (Potion avec 20 grammes de sirop de morphine.) Des rondelles d'amadou sont appliquées sur la plaie et maintenues par une mentonnière. (L'opération n'a pas duré plus de dix minutes.)

Pendant les premières heures qui suivent l'opération, il y a un sentiment de constriction laryngée, phénomène purement nerveux, car il n'y a aucun écoulement de sang, et la langue n'a pas été entraînée en arrière.

A la visite du soir, la malade est calme; elle ne se plaint d'aucune souffrance; la peau est chaude et moite; le pouls est à 95; il ne s'écoule par la bouche qu'une salive incolore.

Le 20, la nuit n'a pas été mauvaise; trois heures de sommeil; aucune souffrance; nulle chaleur à la peau; le pouls est à 70. Ecoulement d'une grande quantité de salive par la bouche. Le pansement est à peine taché; aussi est-il laissé en place. — Bouillon.

Le 21, état général très-satisfaisant; sommeil la nuit.

Le 22, état général excellent; le pansement est changé. La plaie est parfaitement réunie; elle est lavée avec un mélange d'eau tiède et d'alcool camphré. La malade est pansée avec un linge cératé, de la charpie et une mentonnière. — Bouillons et potages.

Le 23, l'état général est toujours le même; il y a toujours par la bouche un écoulement de salive incolore. L'introduction du doigt dans la bouche permet de voir que les deux moitiés de l'os ne sont séparées que par quelques lignes d'intervalle.

Le 24, les épingles sont enlevées. La plaie est parfaitement réunie, excepté dans son angle inférieur. Des bandelettes de diachylon maintiennent la réunion.

Le 25, même état général satisfaisant; il n'y a de changement que dans l'écoulement de la salive, qui a été moins abondant.

Le 26, l'angle inférieur de la plaie s'est un peu rétréci; en même temps que l'écoulement de salive par la bouche a diminué, il s'écoule par l'angle inférieur non réuni un liquide séro-purulent.

Du 27 au 31, l'état général est toujours excellent; l'écoulement de salive par la bouche va en diminuant; l'angle inférieur va en se resserrant et laisse écouler un liquide filant.

Le 1er avril, la veille au soir, la malade a eu un frisson assez violent; la nuit a été agitée; le matin il y a eu un vomissement bilieux; la peau est chaude, moite; pouls à 85; langue blanche; anorexie. La présence d'érysipèles dans la salle fait craindre une manifestation de ce genre pour notre malade; mais à la levée du pansement, la plaie n'a pas changé d'aspect; l'angle inférieur laisse toujours écouler un liquide visqueux. La malade se plaint de souffrir au niveau de l'angle droit de la mâchoire inférieure, où en effet la pression est un peu douloureuse.

Le 2, fièvre, langue blanche, anorexie; pas de vomissement. La plaie ne présente aucun indice de poussée érysipélateuse. Douleur au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure.

La malade se plaint d'un sentiment de douleur chaque fois que la langue vient presser la moitié droite du maxillaire inférieur.

M. le professeur Jobert (de Lamballe), introduisant le doigt dans la bouche de la malade, y trouve un petit séquestre qu'il en retire facilement.

Le 3, les symptômes généraux sont tombés; la malade a dormi la nuit et a beaucoup transpiré; la douleur du cou a disparu. L'état de la plaie est toujours le même; l'angle inférieur est rétréci; au niveau de l'os hyoïde il reste un pertuis fistuleux qui donne écoulement à un liquide filant en petite quantité. L'écoulement de salive par la bouche a beaucoup diminué.

Qu'étaient ces symptômes généraux? Pour le savant professeur de clinique, il y a eu là ce qu'il appelle une fièvre érysipélateuse sans érysipèle.

Le 4, la malade a repris son appétit; elle demande de la soupe. Le pansement est toujours fait avec des bandelettes de diachylon.

Le 5, état général excellent. La plaie, réunie dans les trois quarts de son étendue, n'offre plus qu'au niveau de l'os hyoïde un petit pertuis par où s'écoule maintenant un peu de liquide séreux. Les deux portions de l'os maxillaire sont très-rapprochées sur la ligne médiane et unies l'une à l'autre par un tissu fibreux qui n'est pas encore assez résistant pour empêcher des mouvements anormaux. Pour tout pansement, il n'y a plus qu'une seule bandelette de diachylon qui soutient le menton.

Du 6 au 10, même état local, même état général, même pansement.

Le 11, la malade a repris des couleurs; le teint n'a plus ce fond terreux qu'il avait avant l'opération. Sur la ligne médiane du menton et du cou existe une cicatrice linéaire très-résistante. Au niveau de l'os hyoïde, il y a toujours un pertuis qui laisse écouler une petite quantité de liquide séreux. Le menton est plus pointu, plus effilé qu'à l'état normal; la bouche est plus étroite. La malade est mise à une portion d'aliments solides.

Le 12, la mastication s'est faite sans trop de difficulté.

Le 16, la malade se plaint de douleur au niveau de la région sous-maxillaire gauche. La main y sent un petit ganglion roulant sous le doigt. — Cataplasme.

Aucun symptôme fébrile, appétit; toujours un petit pertuis au niveau de l'os hyoïde, par où s'écoule toujours une petite quantité de liquide séreux.

Le 17, même état.

Le 18, le ganglion a augmenté de volume; il est plus douloureux; pas de fièvre.

Le 19, le ganglion a diminué de volume, en même temps il est moins douloureux. Le tissu cicatriciel, qui réunit les deux moitiés du maxillaire, ne permet que de légers mouvements entre elles. Toujours écoulement séreux par la fistulette.

Le 20, le ganglion a disparu.

Le 21, état général excellent. Les bords de la fistule hyoïdienne ont bourgeonné et forment un véritable petit cul-de-poule.—Attouchement avec le nitrate d'argent.

Le 22, même état général et local. La malade mange comme les autres, sans s'apercevoir que la portion médiane de son maxillaire lui a été enlevée. Le pertuis fistuleux qui siége au niveau de l'os hyoïde est de nouveau touché au nitrate d'argent.

Le 23, état de santé excellent. La malade va, vient et se promène dans la salle.

Du 24 au 30, état de santé excellent; la petite fistule hyoïdienne donne toujours un léger suintement séreux.

Les 1er et 2 mai, même état.

Le 3, la malade demande son *exeat* pour retourner dans son pays; mais ses moyens pécuniaires ne le lui permettant pas, une demande de secours est adressée à l'administration de l'Assistance publique et la retient dans nos salles jusqu'au 9 mai.

Au moment de sa sortie, elle est dans l'état suivant:

Embonpoint revenu comme il était avant le début de l'affection; la peau a repris sa coloration normale, au lieu du teint jaunâtre et terreux qu'elle avait avant son entrée dans les salles. Ce qu'il y a de plus intéressant, c'est la transformation qu'a subie le visage: c'est un véritable rajeunissement qu'a procuré l'opération. Ainsi cette malade, qui auparavant avait un air de caducité avancée par suite de saillie en menton de galoche que formait la tumeur, paraît à peine son âge de trente-six ans.

L'orifice buccal est plus étroit que dans l'état naturel, et le menton plus effilé.

Du bord libre de la lèvre inférieure au bord supérieur du cartilage thyroïde s'étend une ligne cicatricielle bien solide, interrompue seulement au niveau de l'os hyoïde par une petite fistule dont l'orifice est élevé en cul-de-poule, et par laquelle se fait un léger écoulement séreux.

Les deux moitiés de l'os maxillaire sont réunies sur la ligne médiane par un tissu fibreux fort et résistant qui ne laisse que très-peu de mobilité à ces deux moitiés, et qui n'apporte aucune gêne à la mastication.

L'articulation des sons a repris son timbre et sa clarté normales.

Examen de la pièce, fait par M. A. Marcovitz, interne du service. — La tumeur a la forme irrégulièrement cubique; elle occupait la portion médiane du maxillaire inférieur et correspondait aux dents incisives, canines et aux deux premières petites molaires. Son diamètre transversal est de 6 centimètres, l'antéro-postérieur de 4 et demi, le vertical de 5. En avant et en arrière de l'arcade dentaire, on voit deux bourrelets considérables qui sont presque à fleur des dents, et qui sont ulcérés superficiellement par les dents de la mâchoire supérieure.

Sa couleur est actuellement pâle, de rouge qu'elle était sur le vivant.

La consistance en est dure, rénitente, élastique, partout la même.

De chaque côté la tumeur finit brusquement, de sorte que latéralement les limites sont aussi nettes qu'en haut et en bas. A chaque extrémité latérale, les tissus sont sains; on y aperçoit la coupe de l'os scié.

La dissection de la tumeur nous a offert les particularités suivantes:

La muqueuse est saine et s'enlève avec facilité; elle fait défaut dans les points ulcérés que nous avons notés plus haut; le tissu cellulaire sous-muqueux est également sain.

Le périoste est épaissi, très-adhérent; on ne peut le séparer qu'avec la plus grande peine et en disséquant contre la tumeur, dont on enlève en même temps des lambeaux.

Une coupe parallèle aux lames de l'os et une autre d'avant en arrière permettent de constater que la tumeur est formée d'un tissu dur, homogène, d'apparence fibreuse, composé de faisceaux résistants et blanchâtres, entre-croisés dans différentes directions, et circonscrivant ainsi de distance en distance de petites vacuoles de 1 ou 2 millimètres de diamètre, remplies d'un liquide citrin légèrement rosé et parfaitement transparent. L'os occupe la partie moyenne de la tumeur; il a été détruit de la superficie vers la profondeur, car il a la forme de deux coins, dont les sommets occupent la place de la symphyse du menton complétement détruite et dont la base regarde en dehors.

En râclant la tumeur avec le dos du scalpel, on fait suinter un peu de sérosité sanguinolente.

Examen microscopique. — Toute la masse de la tumeur est constituée par des fibres lamineuses, dont un certain nombre très-granuleuses, se dissolvant parfaitement dans l'acide acétique, qui commence par les ramollir et les gonfler. On y trouve encore quelques corps fusiformes fibro-plastiques, dont le noyau devient également très-apparent par l'action du même réactif sur les parois de la cellule. Le liquide des vacuoles, de nature albumineuse, contient quelques globules rouges déformés et un très-petit nombre de leucocytes.

CONSULTATION OBSTÉTRICALE.

Nous avons reçu, il y a quelques jours, de M. le professeur Finizio (de Naples), la lettre suivante:

Monsieur le Rédacteur,

En ce moment, j'ai dans ma clinique d'accouchement quatre femmes enceintes affectées de vices extraordinaires de conformation du bassin, dont les diamètres antéro-postérieurs sous-pubiens sont de 5 à 7 centimètres. La grossesse d'une de ces femmes est arrivée à six mois, les autres sont de trois à quatre mois.

Ici, à Naples, il y a encore des chirurgiens qui voudraient attendre l'époque ordinaire de l'accouchement pour pratiquer l'opération césarienne. Je suis de l'avis contraire, et je préfère l'avortement obstétrical. Pour éviter toute responsabilité, j'ai annoncé une consultation publique pour discuter le mode de traitement applicable à ces quatre femmes.

Dans l'intérêt de l'humanité, et pour combattre les vieux préjugés, soyez assez bon, Monsieur le Rédacteur, pour en dire quelques mots dans votre journal.

De jeunes chirurgiens fort instruits ont pris part à cette discussion; mais ils se sont préoccupés exclusivement de l'enfant. Ils savent bien qu'en le sacrifiant ils peuvent sauver la mère; mais ils n'hésitent pas à soutenir qu'il faut attendre l'époque régulière de l'accouchement, et ils préfèrent agir sur elle, avec l'espérance illusoire de sauver les deux individus.

Si vous pouvez en parler à M. Pajot ou à quelque autre éminent praticien, soyez assez bon pour le faire, et veuillez me donner son opinion dans votre *Gazette* le plus tôt possible.

Recevez, etc. Dr A. Finizio.

Selon le désir de notre distingué confrère, nous avons soumis sa lettre à M. le docteur Pajot. La juste autorité dont jouissent les opinions du savant agrégé de notre Faculté aura, nous l'espérons, pour résultat de changer un peu les idées des jeunes et savants chirurgiens dont parle M. Finizio.

Voici la lettre de M. Pajot:

Monsieur le Rédacteur,

Vous voulez bien me demander mon avis sur la question soulevée par M. le docteur Finizio (de Naples).

Au-dessous de 6 centimètres, l'avortement me paraît la seule opération proposable. Bien peu d'accoucheurs en France aujourd'hui sont d'une opinion différente.

A terme, avec un rétrécissement au-dessous de 6 centimètres, je pratique la céphalotripsie d'après ma méthode, c'est-à-dire que je commence l'opération dès que l'orifice est assez dilaté. Je répète la céphalotripsie autant qu'il est nécessaire, *sans jamais tirer*.

L'expulsion se fait spontanément après la troisième ou quatrième céphalotripsie en général. J'en ai fait cependant jusqu'à onze : la femme a guéri.

Quant à l'opération césarienne (enfance de l'art), il faut la réserver pour les cas où le céphalotribe ne peut plus passer. Ces rétrécissements-là sont extrêmement rares.

Laisser aller *à terme* une grossesse de quatre mois dans un rétrécissement de 5 centimètres me paraît non-seulement une mauvaise chirurgie, mais une mauvaise action.

Agréez, etc. Pajot,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

LES CURES DE PETIT-LAIT ET DE RAISIN,

Par M. le docteur Ed. Carrière.

Le lait se divise chimiquement en parties alimentaires et en parties qui contiennent seulement une faible quantité de principes nutritifs. Dans les premières sont les éléments coagulables; dans les secondes, les sels et le sucre en dissolution dans le sérum. Si le lait, qui est un aliment, est aussi un médicament, comme il serait difficile d'en douter d'après la pratique des anciens, fortifiée de l'expérience des modernes, la question suivante se pose d'elle-même à l'esprit. Les propriétés médicamenteuses résident-elles dans le lait tout entier, c'est-à-dire dans le lait en puissance de ses qualités nutritives, ou résident-elles dans le sérum? Les Allemands l'ont résolue à l'avantage de ce dernier liquide; on s'assurera bientôt que ce n'est pas sans fondement.

J'omets les théories qui souvent obscurcissent les faits au lieu de les éclairer. Je ne parlerai que des résultats obtenus non-seulement par des expériences récentes, qui se poursuivent chaque année dans une multitude de centres de traitement, mais aussi par des expériences qui appartiennent aux divers âges de la médecine.

Le liquide séro-lacté (*serum lactis*) a été connu de tout temps, et tout au moins depuis Hippocrate, pour ses propriétés laxatives et dépuratives. L'usage en est entré dans les mœurs; c'est un médicament d'ordre familier, dont l'ubiquité d'emploi prouve assurément que, en général, il ne trompe l'attente de personne. Qu'on suppose cet effet laxatif et dépuratif longtemps et méthodiquement entretenu, il doit en résulter des changements importants dans des états pathologiques graves. La pléthore abdominale et l'obésité cèdent à l'espèce d'entraînement maintenu par l'emploi bien compris et bien dirigé du petit-lait. Les engorgements du foie, ceux de la rate, reçoivent aussi de favorables influences et finissent même par se résoudre par cette simple médication. Les ascites, libres de toute lésion organique grave, trouvent également un excellent remède dans le traitement séro-lacté. J'en ai cité dans mon livre un curieux exemple tout contemporain, et qui a l'avantage d'avoir été observé en France. Il est vrai que c'est du lait lui-même dont on a fait usage, et non spécialement de sa partie séreuse; mais il faut bien croire que le résultat n'a pas été dû à la partie alimentaire de ce produit, car certainement le malade n'eût jamais guéri si on se fût borné à le bourrer de beurre et de fromage.

Ceci n'est pas de la théorie comme on pourrait le croire. Les faits d'expérience se poursuivent en Allemagne dans une immense clinique représentée par les nombreux lieux de cure qui couvrent ce vaste territoire. Il n'y a là, d'ailleurs, rien de nouveau. Il ne se passe que ceci: les opinions et les pratiques des anciens sont soumises à l'épreuve de la science moderne.

On ne pourrait que s'accorder touchant ce qui précède. Il est tout naturel en effet, car, je le répète, l'expérience a dit depuis longtemps son mot sur cette question, il est tout naturel de croire à l'utilité, sinon à l'efficacité absolue du petit-lait dans les maladies dont il vient d'être fait mention, et dans leurs analogues, comme les hémorrhoïdes, par exemple, dues au défaut de circulation du sang, dans les organes contenus dans le bassin. Mais la phthisie, cette maladie terrible qui dépose le tubercule dans le tissu pulmonaire pour y créer des foyers de suppuration; la phthisie, qui jusqu'ici se distingue par sa résistance aux efforts constants de la thérapeutique, est-elle de nature à céder à une médication d'une importance apparente aussi faible que celle qui se trouve représentée par le petit-lait? Et d'abord, toujours le lait a été prescrit dans la phthisie pulmonaire; les plus anciennes autorités ne manquent pas d'en ordonner l'usage. Ce n'est pas seulement comme aliment de facile digestion qu'il est recommandé, mais aussi pour ses propriétés calmantes, pour l'effet qu'il produit sur cet état fébrile du soir, phénomène qui donne jusqu'à un certain point la mesure du degré d'acuité de la maladie. De nos jours, il n'y a pas de médecin qui n'ait ordonné ou n'ordonne le lait d'ânesse, si pauvre en matériaux solides qu'il est le moins nourrissant de tous les laits, et si riche en sucre qu'il représente, comme l'analyse chimique en fait foi, le plus sucré de tous ses analogues. Donc, prescrire le lait d'ânesse à un phthisique, c'est lui ordonner une cure de petit-

lait. Or, si on retire un avantage plus ou moins marqué de cette médication, à quoi, à quels principes le devra-t-on, si ce n'est à ceux qui sont représentés par le sérum lui-même? Il ne faut donc pas s'étonner que les Allemands aient fait un pas de plus, c'est-à-dire qu'ils aient séparé thérapeutiquement le petit-lait du produit naturel à la formation duquel il concourt. Nous n'avons pas fait autrement en chimie organique pour employer les alcalis végétaux, au grand avantage de notre art.

Maintenant, quels sont les résultats obtenus, car il faut être aussi précis que possible dans les questions de thérapeutique, afin de ne pas pousser des imitateurs à l'aventure, vers un but qu'on n'aurait pas atteint? Je l'ai déjà dit : Depuis plus d'un siècle, une clinique est ouverte sur le vaste continent de l'Allemagne, en ce qui concerne le traitement de la phthisie par le *lacto-sérum*. Généralement, il faut de sérieux, de visibles succès pour que de tels établissements prospèrent; non-seulement ceux-ci vivent toujours, mais ils s'agrandissent et se multiplient. Il ne faut pas craindre d'avouer que voilà déjà un argument favorable à la valeur du remède. Cependant le meilleur, le plus concluant est dans les faits; ces faits, où sont-ils? Il faut les prendre dans les traités de diététique balnéaire les plus en faveur dans les pays où se poursuivent ces expériences. Là, on les trouve réduits à leur expression la plus sincère, c'est-à-dire à celle qui peut donner le plus de garanties contre l'erreur.

On n'y présente pas le *lacto-sérum* comme une panacée propre à toutes les périodes de la maladie. Dans la phthisie non diathésique, la phthisie acquise et commençante, dans la phthisie de tempérament scrofuleux, et toujours au début, c'est-à-dire avant la période suppurative ou du moins tant que cette phase n'est pas trop avancée, le moyen est bon; il a même produit des succès inespérés. Ces affirmations ne sont pas données à la légère. Quelque portés que soient les Allemands aux élans de la théorie et par conséquent exposés aux écarts de la logique, ils savent observer aussi, ils savent bien voir; ils ont l'art de pousser très-loin, et souvent dans des voies originales, leurs études de thérapeutique. En ce qui concerne, en effet, le *lacto-sérum*, ils sont parvenus, par des expériences comparatives, à trouver que celui tiré du lait de brebis était le plus apte au traitement de la tuberculose, et c'est précisément un des plus sucrés et des plus riches en éléments minéralisateurs.

La question que j'ai soulevée, et sur laquelle je n'ai dû donner maintenant qu'un aperçu aussi incomplet que rapide, mérite donc de fixer tout particulièrement l'attention. Au point où elle est arrivée, le moment est venu, ce me semble, de poursuivre dans notre pays les mêmes expériences qui ont abouti depuis longtemps dans notre voisinage à de favorables conclusions.

Je n'ignore pas que les préventions, les habitudes, ont une singulière vitalité dans notre pays. Un homme dont l'honnêteté du cœur et l'élévation de l'esprit resteront assurément dans la mémoire de ceux qui l'ont connu, Aran, dont je m'honorerai toujours d'avoir été l'ami, avait conclu contre l'établissement de cures de petit-lait en France, dans des articles qui ont paru dans le *Bulletin de thérapeutique*, à l'occasion de mon travail. Lui aussi s'est trop hâté de se faire une opinion, et de s'efforcer de la faire partager à d'autres. Son incontestable autorité a nui à la cause qu'elle aurait pu si bien servir. Le lecteur n'est pas loin, j'espère, de se ranger de notre côté. Il demeurera convaincu, j'en suis assuré, des avantages qu'on peut retirer de l'emploi du petit-lait dans la phthisie comme dans d'autres maladies, lorsque j'aurai traité de l'alliance de ce produit avec les eaux minérales, et de son rôle comme menstrue de médicaments réputés plus actifs.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juillet 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Génieys; de Sylvanès (Aveyron), par M. le docteur Calvet; d'Aulus et d'Ussat (Ariége), par MM. les docteurs Bordes-Pagès et Ourgaud. (Commission des eaux minérales).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de l'Ardèche et de Loir-et-Cher. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Laborie, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'accouchements.

2° Une note de M. le docteur Charles Rouhier, de Recey-sur-Ource, relativement à la fièvre typhoïde observée dans l'enfance.

3° Un travail intitulé *Quelques considérations sur la fièvre typhoïde*, par M. le docteur Labalbary, de Bourg-la-Reine. (Commission des épidémies.)

4° MM. Robert et Collin présentent à l'Académie un uréthrotome auquel, sur les indications de M. Maisonneuve, ils ont adapté une lame à deux tranchants latéraux, tout en conservant l'ancienne lame à tranchant unique.

Goître exophthalmique. — M. LE Dr HIFFELSHEIM, à l'occasion du rapport de M. Trousseau sur le goître exophthalmique, adresse la lettre suivante :

« 1° Dans son savant rapport, M. Trousseau a bien voulu prêter quelque attention à mon mémoire, très-concis en comparaison du travail étendu de M. Aran. M. Aran a étendu et développé les leçons de M. Trousseau, tandis que j'en ai contredit les conclusions au point de vue de la *subordination* relative des divers phénomènes morbides.

» 2° Toutefois, j'ai contesté l'analogie des *symptômes* et des *causes* que MM. Trousseau et Aran ont cru voir entre les effets de section du sympathique et le goître exophthalmique.

» Pour les symptômes, j'ai fait observer :

» 3° Que la dilatation vasculaire invoquée n'est pas un effet définitif, notable, car elle disparaît presque le second jour; qu'il n'y a pas d'exophthalmie, mais au contraire rétraction; que le seul fait notable, dominant et caractéristique de la découverte de M. Bernard, c'est l'élévation de température. (*Mémoires de la Société de biologie*, 1853, p. 80 et 103.)

» 4° Les causes, ai-je dit, n'ont pas de rapport, quoique dans les deux cas elles soient organiques à leur origine. Si les maladies doivent être rattachées au trouble organique ou fonctionnel initial, le *goître exophthalmique* n'est pas une névrose. Succédant à une diathèse, de même que les phénomènes de névrose qui l'accompagnent, c'est dans son essence une diathèse, altération de qualité ou de quantité du sang.

» 5° A ce titre, l'hystérie n'est pas une névrose pour des raisons diverses. Il y a des névroses primitives et secondaires, comme il y a des diathèses primitives et consécutives ou secondaires. L'hystérie s'accompagne d'une diathèse, dans l'acception ci-dessus, mais elle part le plus souvent d'un trouble utéro-ovarique, provoquant des phénomènes dits *névroses* par voie réflexe. Je ne suis pas seul de mon avis : la plupart des grands cliniciens de l'Europe pensent ainsi. »

— **M. WURTZ** offre en hommage à l'Académie, au nom des auteurs :

1° Un *Traité de toxicologie*, par M. le docteur José Ferreira de Macedo Pinto (de Coimbra);

2° *Des éléments de physiologie humaine*, par M. le docteur Antonio-Augusto da Costa Simões (de Coimbra).

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. le professeur Adelon, membre titulaire. Une députation de l'Académie assistait à ses obsèques. M. Béclard y a porté la parole en son nom.

Sur la demande de M. le président, M. Béclard donne lecture du discours (voir plus haut) qu'il a prononcé à cette occasion. Cette lecture est accueillie par des marques unanimes d'approbation.

RAPPORT.

Traitement de la diarrhée chronique des aliénés par la viande sèche. — M. H. ROGER lit un rapport sur une communication de M. le docteur Berthier, intitulée : *Traitement de la diarrhée chronique des aliénés par la viande sèche.*

M. Berthier rappelle que les asiles d'aliénés, indépendamment des maladies nosocomiales qu'on y observe, sont décimés par une affection qui semble leur être particulière, la diarrhée chronique. Suivant l'auteur, cette diarrhée n'est point une entérite : « C'est un flux atonique dépendant d'un défaut d'innervation qui a lui-même sa source dans la dépression physique et morale. » Il a adopté le mode de traitement suivant : Dans la période de réaction, alimentation douce, bonne hygiène, lavements amylacés, et, dans le cas d'embarras gastrique, légers laxatifs; dans la période d'atonie, nourriture fortifiante, parfois avec addition de pilules d'alun ou de nitrate d'argent. M. Berthier dit avoir obtenu ainsi la guérison de 7 malades sur 8; et il recommande cette médication, sinon comme infaillible, du moins comme la meilleure de toutes.

Le fait pratique signalé par M. Berthier, dit M. le rapporteur, est digne d'attention; mais le nombre des observations à l'appui est insuffisant, et des expériences comparatives auraient été nécessaires pour discerner exactement quelle fut, dans les guérisons citées, la part de la diète animale, celle des médicaments et celle des conditions hygiéniques.

M. le rapporteur termine en proposant de remercier l'auteur de la communication, et de l'engager à poursuivre les expériences commencées. (Adopté.)

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un secrétaire annuel, en remplacement de M. Ch. Robin, démissionnaire.

Le nombre des votants est de 59; majorité, 30.

Au premier tour de scrutin, M. Béclard a obtenu 52 voix.

Les autres voix ont été réparties entre MM. Roger, Poggiale et Piorry.

M. Béclard ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé secrétaire annuel pour la fin de cette année; et sur l'invitation de M. le président, il prend place au bureau.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait remarquer, à cette occasion, qu'il y a quarante ans, lors de la création de l'Académie de médecine, Béclard, le père du nouvel élu, était également appelé par le suffrage de ses collègues à remplir les mêmes fonctions. Il a été le premier secrétaire annuel de la Compagnie. L'Académie ne verra pas sans intérêt ce rapprochement.

— L'ordre du jour appelle ensuite la discussion sur le rapport de M. Trousseau. La parole est à M. Piorry.

Discussion sur le goître exophthalmique.

M. PIORRY. Pour apprécier la valeur des opinions que l'on a émises sur la collection des symptômes dits goîtres exophthalmiques, il est indispensable de parler d'abord des rapports du corps thyroïde sain ou malade avec les organes qui l'entourent.

1° Le corps thyroïde, alors qu'il est augmenté de volume, tend à comprimer la trachée, comme cela est arrivé à l'hôpital de la Pitié chez des malades qui portaient des goîtres cancéreux; la dyspnée est évidemment alors le caractère principal d'une telle lésion; cette dyspnée, bien que continue, est sujette cependant à des redoublements qui sont la conséquence des congestions sanguines dont les parties du corps thyroïde restées saines peuvent être de temps en temps le siége.

2° Ce même corps hypertrophié s'étend assez fréquemment par en bas et envahit la partie la plus élevée du médiastin antérieur; alors il presse plus ou moins, soit le tronc veineux brachio-céphalique, soit les deux veines jugulaires internes, et principalement celle qui correspond au côté de l'organe le plus augmenté de volume, soit les veines sous-clavières, soit enfin quand la tuméfaction est portée très-loin, la veine-cave supérieure elle-même. Alors voici ce qu'a fait voir, pendant la vie, l'observation basée sur le plessimétrisme et sur la limitation graphique des organes guidant la pathogénie.

Dans deux cas, le corps thyroïde s'étendait au loin sur le sternum et les côtes, et jusqu'à la région occupée par la veine-cave supérieure. En même temps existait un gonflement des veines de la tête et de la face; un œdème stasique avec rougeur violacée de ces parties et des membres supérieurs, ainsi qu'une distension des branches veineuses et anastomotiques qui rampent sous les téguments du thorax, etc.

Ces phénomènes fonctionnels, rapprochés du dessin plessimétrique, me firent annoncer que le corps tyroïde augmenté de volume comprimait la veine-cave inférieure.

3° Dans deux autres cas de développement anormal du corps thyroïde, les veines sous-clavières et jugulaires internes étaient comprimées par la tumeur goitreuse; alors les veines jugulaires (internes et externes), celles de la tête, étaient distendues, et il existait une tuméfaction marquée du cou, de la face, qui était violacée, en même temps qu'il existait une gêne évidente dans la circulation intra-crânienne.

Cette compression des veines jugulaires externes et internes par un goître est la conséquence forcée du développement que le corps thyroïde cancéreux ou irrégulièrement hypertrophié prend latéralement. Dans ce cas particulier, il y a stase sanguine et forcée dans les branches des veines jugulaires internes et par suite dans les veines nasales.

Les veines de l'orbite doivent fréquemment devenir alors le siége d'une stase d'où résulte nécessairement la tuméfaction œdémateuse du tissu cellulaire intra-orbitaire et peut-être de l'œil lui-même; de là ce symptôme inattendu, propre à certains goîtres dans lesquels le globe oculaire écarte les paupières en sortant de la cavité qui le loge, ce qui l'a fait désigner sous le nom absurde de goître exophthalmique.

4° Quand le corps thyroïde, étendu et prolongé par en bas, vient à comprimer les gros vaisseaux qui partent du cœur ou qui s'y rendent, soit que cela ait lieu médiatement, soit qu'il existe une compression directe, alors la circulation est démesurément gênée. Il y a des hémostases pneumoniques ou cardiaques; les oreilles et les ventricules du cœur se dilatent. L'oreillette droite acquiert, surtout dans quelques cas, une dimension double ou triple de l'état ordinaire, et diminue à peine par les soupirs profonds et réitérés. La face prend souvent, dans ces circonstances, un développement considérable; toute une série de symptômes : dyspnée, anxiété, sentiment de suffocation, palpitations, pouls irrégulier ou intermittent, coloration brune des capillaires et bien d'autres phénomènes encore qu'il est inutile d'énumérer, se déclarent. Ces phénomènes sont les conséquences des états anatomiques qui viennent d'être signalés et qui constituent les symptômes que Morgagni, Senac et Corvisart ont assignés aux maladies du cœur; et cela, bien qu'ils aient lieu toutes les fois qu'il existe dans les organes centraux de la circulation ou de la respiration des rétrécissements, des obstructions qui gênent le cours du sang.

5° Le corps thyroïde, augmenté de volume dans sa totalité ou dans une de ses parties, peut presser, soit sur l'œsophage, et gêner la déglutition, soit sur le larynx, et déterminer de la toux et des troubles dans la phonation.

6° Les nerfs laryngés inférieurs se trouvent dans le voisinage de l'organe thyroïdien, et il doit arriver que ces nerfs comprimés donnent lieu à des phénomènes du même genre et à une toux quinteuse ou férine.

7° La huitième paire de nerfs elle-même, lésée d'une façon semblable, n'agit plus sur l'estomac et sur le cœur avec la régularité accoutumée, et de là des troubles variés dans la digestion, de là des palpitations, etc.

8° Le nerf grand sympathique, dont M. Claude Bernard a si bien étudié les influences pathologiques, venant aussi à être affecté, est probablement pour quelque chose dans les accidents dont il vient d'être fait mention.

9° Bientôt, par suite de toutes ces souffrances, l'hématose se fait mal ou incomplétement; la nutrition languit et l'amaigrissement survient, et consécutivement à l'altération ou à la déperdition des liquides, les règles coulent mal ou ne coulent pas.

10° Les souffrances habituelles, la gêne dans l'accomplissement des grandes fonctions, parfois des congestions cérébrales, résultat de la gêne de la circulation vers la tête, rendent irritable, violent, causent une excitation mentale habituelle et prédisposent à la colère.

11° Ces phénomènes si nombreux et si variés dans lesquels le système nerveux est puissamment modifié, doivent nécessairement se manifester avec une sorte de périodicité, analogue d'ailleurs à celle que l'on observe dans la plupart des grandes lésions organiques, et notamment dans celles qui affectent des parties très-vasculaires et surtout érectiles, telles que paraît être le corps thyroïde.

Ces considérations à la fois anatomiques, physiologiques et cliniques, conduisent tout d'abord à comprendre ce que peut être l'ensemble de symptômes désigné sous le nom de goître exophthalmique; cet ensemble, cette unité morbide, consistent, d'après les auteurs, dans la coexistence d'une augmentation de volume survenue dans le corps thyroïde, accompagnée de saillie des yeux au dehors, double phénomène auquel on a joint nosologiquement des accidents cardiaques, des modifications dans la menstruation, des digestions difficiles, une toux particulière, des troubles variés dans l'action cérébrale, etc., en un mot des accidents si nombreux, qu'il faudrait presque rapporter au goître exophthalmique tous les symptômes possibles des maladies.

Que si l'on vient à lire les écrits publiés en Angleterre, et surtout le récit tronqué que Graves a fait de quelques symptômes de ce genre; que si on lit les observations de MM. Charcot, Aran et Hiffelsheim, et surtout si l'on parcourt le long travail lu dans la dernière séance de l'Académie, on trouve que malgré les assertions du rapporteur, il ne s'agit pas ici d'une triade symptomatique, puisque indépendamment des phénomènes qui ont lieu du côté de l'œil, du corps thyroïde et du cœur, il y en a qui se passent du côté de l'estomac (réunion qui, dans le langage de M. Trousseau, constituerait une tétrade); vers le cerveau (ce qui mériterait le nom de pentade); vers les nerfs, d'où résulterait une hexiade, etc., etc.; sans compter la polyade, formée par une infinité d'états organiques coïncidant ou liés entre eux, et qui sont dans ces cas tellement peu fixes soit dans leur existence, soit dans leur marche, que le rapporteur dit avoir vu deux cas de goître exophthalmique dans lesquels il n'y avait pas de goître.

Il faut avoir une passion bien prononcée pour l'ontologie pour faire une unité morbide du goître exophthalmique, lésion dans laquelle on a compris des états morbides on ne peut plus variés. Est-il permis

de faire une maladie spéciale des cas où il arrivera que l'œil sera porté en dehors, par suite de la compression résultant d'une tuméfaction latérale survenue dans un goître? Mais alors, quand il y aura un développement du corps thyroïde qui comprimera la veine-cave inférieure, l'aorte, l'œsophage, le larynx, etc., il faudra aussi, en collectionnant les symptômes propres à chacun de ces états, en faire des goîtres phlébiques supérieurs, aortiques, œsophagiens, laryngiens, etc.; et pour compléter ce ridicule tableau nosologique, il ne manquera plus que de décrire les maladies dénommées goîtres cérébraux, cardiaques, stomacaux, névro-laryngiens, et ces dénominations ne seront pas plus déplacées que celle de goître exophthalmique, car il peut y avoir des formes variées du corps thyroïde hypertrophié, consécutivement auxquelles le cerveau, le cœur, l'estomac, les nerfs laryngés, ceux de la huitième paire, le grand sympathique, etc., seront comprimés ou modifiés, et donneront lieu en conséquence à des symptômes particuliers à ces divers organes!

Une fois que l'on a admis l'existence de l'individualité pathologique supposée goître exophthalmique, on a voulu l'expliquer, et au lieu de prendre l'organisme pour base des explications et d'étudier les influences mutuelles et réciproques du corps thyroïde hypertrophié et des autres organes, on a eu recours à des hypothèses telles que les suivantes :

1° C'est, dit-on, une maladie du cœur qui occasionne l'exophthalmie, le goître et les autres collections de phénomènes observés dans tels cas (Stokes, Aran, cités par M. Trousseau), comme si l'on voyait en général survenir des goîtres dans les cardiopathies, et comme s'il n'était pas évident et reconnu que la maladie du corps thyroïde préexistait aux phénomènes du côté du cœur.

Les maladies du cœur dans le goître exophthalmique, coïncidant avec la saillie de l'œil, sont si peu un symptôme de l'unité morbide supposée, que MM. Bouillaud et Cazalis n'ont pu en découvrir chez des malades qui présentaient les phénomènes qui font le sujet de ce travail.

2° Dire qu'il s'agit ici d'un état anémique, d'une cachexie spéciale, d'une diathèse (fût-elle, comme dit M. Trousseau, à modalité nerveuse), c'est en vérité se payer de grands mots, torturer les faits et se fonder sur des analogies tout à fait forcées.

3° On est allé jusqu'à dire que le goître exophthalmique était une névrose de la famille de l'hystérie et de l'épilepsie, etc. Stokes, dit-on, avait déjà donné à entendre que le goître exophthalmique pouvait être une névrose cardiaque, et M. Aran avait adopté cette opinion, qu'a professée le rapporteur.

On se fonde dans cette étrange manière de voir sur ce que la triade symptomatique dont on parle est précédée ou accompagnée de phénomènes nerveux caractérisés par des troubles intellectuels, gastriques et menstruels. Si de tels accompagnements constituent un caractère névrosique d'une affection, il n'y a guère de maladie chez les femmes qui ne soit une névrose. On cite comme des phénomènes nerveux que présentent l'estomac et l'intestin la diarrhée blanchâtre, bilieuse, cholériforme, la constipation, et l'on met ces symptômes au nombre de ceux que cause une excitation du grand sympathique.

Jusqu'à ces derniers temps on avait cru que les névroses étaient des affections névriques dans lesquelles on ne trouve pas de circonstance organique appréciable qui puisse les expliquer; or voici maintenant que l'on met de côté les faits matériels évidents, que l'on regrette les explications logiques qui en dérivent, et qu'on se verse dans des théories gratuites. On rapporte à l'excitation nerveuse, à une modalité nerveuse, la manifestation des lésions organiques. Non, à coup sûr, ce que l'on appelle le goître exophthalmique n'est pas une névrose; elle ne reconnaît pas pour cause une névrose; mais elle est bel et bien, n'en déplaise à M. Trousseau, une lésion organique donnant lieu à une série de lésions organiques et fonctionnelles.

Passant à la question de thérapeutique, M. Piorry s'exprime ainsi :

Le fer et les toniques amers, dit M. Trousseau, ne réussissent pas; ils exaspèrent le mal et accélèrent les battements du cœur. On a recommandé l'iode; mais on a bientôt reconnu, ajoute-t-il, qu'il augmentait les accidents, et M. Hiffelsheim, sur une malade, a vu que sous la forme d'iodure de potassium à la dose de 5 et même 2 centigrammes par jour, il aggravait les symptômes; chose qui me paraît bien surprenante à moi, qui à de faibles phthisiques le donne ordinairement avec avantage dans les proportions de 3 grammes dans les vingt-quatre heures. En revanche, M. Trousseau croit la digitale indiquée pour calmer le cœur, effet que, dit-il, il importe surtout d'obtenir. La seconde indication est, suivant ce médecin, de rétablir la menstruation; seulement il aurait fallu dire comment. Puis il est d'avis d'appliquer, comme M. Aran, de la glace sur le cœur et sur la région thyroïdienne, non pas d'une manière intermittente, mais bien d'une façon continue. En définitive, M. Trousseau, pas plus que M. Hiffelsheim, ne parle de cas de guérison obtenue par leur méthode de traitement.

L'observation suivante, recueillie dans la salle Sainte-Anne, prouve que l'emploi de l'iode donné à des doses suffisantes, porté à l'extérieur sur la glande thyroïde et inspiré avec prudence, peut amener la guérison des malades atteints de goître exophthalmique.

(M. Piorry dépose sur le bureau cette observation, à laquelle est jointe la figure de la malade.)

Les conclusions à tirer des considérations établies dans ce travail sont les suivantes :

Il n'existe pas une unité morbide, dite diathèse, cachexie, névrose, constituée par une triade, ni même par une tétrade ou une pentade de symptômes, et qui mérite le nom de goître exophthalmique, expression qui, en partie populaire, en partie grecque, est tout aussi mauvaise que celle qui emprunterait à un auteur un nom qui pourrait faire supposer une individualité morbide purement hypothétique.

Le corps thyroïde volumineux modifie les organes qui l'avoisinent de façon à altérer leurs fonctions, et la compression des grosses veines par la tumeur qu'il forme gêne le cours du sang dans la face, dans le cerveau, dans l'orbite, et cause aussi des hémostasies ou congestions stasiques. Celles-ci sont, dans certains cas, suivies d'accidents du côté du cœur, de modification dans le sang, de troubles dans les organes respiratoires, et, par suite, de phénomènes pathologiques vers les appareils digestifs et génitaux de la femme.

Puisque l'iode réussit dans le goître ordinaire alors qu'il n'y a pas de dégénérescence organique, on est conduit rationnellement à l'administrer dans le goître qui est accompagné de la saillie de l'œil.

Pour que l'iode réussisse, il faut l'administrer à doses suffisantes avec précaution :

1° Par inspiration ;

2° Par frictions ;

3° Sous la forme d'iodure de potassium.

Cette médication, qui m'avait réussi dans plusieurs cas de goître simple, a fait obtenir un remarquable succès dans un goître dit exophthalmique.

LECTURE.

Accouchement prématuré artificiel. — M. LE Dr SALMON (de Chartres), candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit une note *sur diverses indications de l'accouchement prématuré artificiel au moyen des douches utérines, et sur le meilleur mode de pratiquer cette opération.* (Renvoi à la section.)

— La séance est levée à cinq heures.

Nous lisons dans le *Courrier du Bas-Rhin* l'article suivant, que nous reproduisons avec empressement :

La Faculté de médecine de Strasbourg vient de célébrer un anniversaire qui est rare dans toutes les carrières, plus rare peut-être dans la carrière médicale, où les soucis et les fatigues courbent souvent d'une manière prématurée le savant et le praticien livrés à un travail quotidien et assidu.

C'est le cinquantième anniversaire de la réception du doyen de la Faculté, M. Ehrmann, au grade de docteur en médecine, et ce cinquantième anniversaire trouve M. Ehrmann dans la plénitude de son intelligence et de son activité, possédant une ardeur infatigable qui peut servir d'exemple à la jeunesse des Ecoles, et dont la Faculté est heureuse de ressentir chaque jour les salutaires effets.

Grâce à son esprit de sagesse et de conciliation, M. Ehrmann ne jouit pas seulement de l'amitié sincère des professeurs ses collègues et de la considération générale, mais il possède l'affection, l'attachement des élèves civils et militaires de la Faculté de médecine, auxquels ses bons conseils, sa bienveillance paternelle ne font jamais défaut.

Aussi ces jeunes gens n'ont-ils pas voulu laisser passer ce moment sans donner un témoignage de leurs sentiments à leur maître et doyen. Une cinquantaine d'élèves civils et militaires, représentant leurs condisciples des différentes années d'études, les internes à leur tête, se sont rendus chez M. Ehrmann, et là, le plus ancien des internes, M. Rumbach, lui a adressé, au nom de ses camarades, les paroles suivantes :

« Monsieur le doyen,

» Heureux de pouvoir témoigner notre profonde gratitude à la bonté toute paternelle dont votre bienveillance nous entoure sans cesse, nous unissons nos vœux à ceux qui ont été formulés d'une manière solennelle dans une autre enceinte.

» Le cinquantième anniversaire de votre doctorat est un jour mémorable pour nous tous. Longtemps encore, Monsieur le doyen, dirigez-nous par vos sages conseils, comme vous nous initiez à la science si difficile de la médecine.

» Permettez aussi à vos disciples de rehausser l'éclat de cette fête, qui nous reporte au jour glorieux où fut déposée sur votre front la couronne doctorale; daignez recevoir, comme gage de l'inaltérable reconnaissance de vos élèves, le souvenir que nous venons vous offrir. »

Ce souvenir, offert par les élèves à leur doyen, est une magnifique urne en bronze ciselé, sortie des ateliers de Barbedienne, et sur le socle de laquelle sont gravés ces mots : *C. H. Ehrmann, decano professorique medicinæ Facultatis discipuli.* 1812-1862.

M. Ehrmann, fort ému, a remercié les étudiants de ce témoignage de leurs sentiments à son égard et les a félicités de l'union qui règne entre eux, qu'ils portent l'habit civil ou l'uniforme militaire.

Le lendemain les professeurs de la Faculté et les médecins de Strasbourg ont célébré à leur tour cet anniversaire dans un banquet qu'ils ont offert à leur doyen.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le 6 juillet, les Facultés réunies de l'université de Bruxelles se sont assemblées pour procéder à la nomination d'un recteur pour l'année académique 1862-1863 et pour élire les représentants de chaque Faculté au conseil d'administration.

M. Roussel, professeur de droit criminel, a été nommé recteur, en remplacement de M. le professeur Deroubaix, et M. le professeur Thiry a été nommé délégué de la Faculté de médecine près du conseil d'administration.

— Dans sa séance du 5 juillet, l'Académie de médecine de Belgique a nommé membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie, M. Crocq, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles, et M. le docteur Verhaegen, d'Ostende, membre titulaire dans la section de chirurgie.

— Le doyen des médecins de Bruxelles, M. le docteur Lodewyck, vient de mourir en cette capitale à l'âge de 81 ans.

— M. le préfet d'Ille-et-Vilaine, vient de prendre les mesures nécessaires pour l'organisation des vétérinaires cantonaux sur des bases que ce magistrat avait indiquées au conseil général. Il sera accordé une subvention départementale de 200 francs par canton, et une subvention municipale, au minimum, de 25 fr. par commune.

— Le tribunal correctionnel de Lille, dans son audience du 7 juillet, a prononcé contre la nommée Henriette Trénois, veuve Crépin, une condamnation à 500 fr. d'amende, pour vente d'un onguent propre à guérir toute espèce de plaies, et dont le secret est exploité dans la famille depuis environ trente cinq ans.

Il a également condamné à trois amendes de 10 fr. et aux frais la femme Vaillant, ménagère à Bachy, pour pratique illicite de l'art des accouchements.

— On écrit de Londres : L'agitation des dames avides d'être admises aux universités fait peu de progrès, et il n'est guère à supposer que nous ayons bientôt des docteurs en médecine et des maîtres ès arts libéraux du sexe féminin. Mlle Cobbe a lu, dans une des séances du Congrès de la science sociale, une très-longue et très-savante dissertation pour démontrer que l'exclusion de l'Université est une des nombreuses injustices dont les femmes ont à souffrir. Mais la presse entière, à l'exception du *Morning Star*, se prononce contre les prétentions de ces dames, et les Facultés de médecine elles-mêmes croient nécessaires de repousser énergiquement l'invasion du beau sexe. Le collége des médecins d'Edimbourg a pris la chose tout à fait au sérieux; non-seulement il a refusé aux candidats le diplôme objet de leur ambition, mais dans un mémoire il a expliqué pourquoi il devait repousser une pareille prétention, qu'il considérait comme aussi dangereuse pour la société que peu compatible avec la science médicale.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 87. — SAMEDI 26 JUILLET 1862. (35e ANNÉE.) N° 87. — SAMEDI 26 JUILLET 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Endocardite ulcéreuse aiguë, de forme typhoïde.

Il existe une forme de l'endocardite ulcéreuse aiguë, remarquable en ce qu'elle s'accompagne d'un ensemble de symptômes qui rappellent ceux de la fièvre typhoïde ou de l'infection purulente. Les ulcérations, dans ce cas, se rencontrent à peu près toujours dans les cavités gauches, et siégent le plus habituellement sur les valvules; elles sont le résultat d'une fonte ou désagrégation rapide de la membrane interne du cœur. Voici, d'après les recherches les plus récentes sur ce sujet, celles du professeur Virchow, comment s'accomplit ce travail morbide: Les éléments constitutifs de l'endocarde paraissent d'abord, dans une étendue variable, infiltrés d'un produit d'exsudation; ils se distendent et se tuméfient, puis ils se ramollissent, se dissocient et se résolvent enfin en un détritus de consistance pultacée, qui, sous le microscope, paraît opaque, finement grenu et résiste à l'action des réactifs les plus énergiques. Cette sorte de destruction moléculaire réduit, en définitive, le tissu affecté en parcelles ténues, qui se détachent successivement et sont entraînées par le courant sanguin. Il se produit ainsi des pertes de substance dont le siége, la forme, l'étendue, tant en largeur qu'en profondeur, varient, et par suite des altérations organiques, des lésions de canalisation plus ou moins graves et presque toujours irréparables.

Avec ces altérations cardiaques coexistent habituellement des foyers morbides disséminés dans divers points de l'organisme: des infarctus de la rate, des reins, du foie; certaines formes de ramollissement cérébral et certaines ophthalmies à évolution rapide; des gangrènes circonscrites ou diffuses; des plaques ecchymotiques enfin, occupant l'épaisseur de la peau, des membranes séreuses et muqueuses, ou siégeant même dans la profondeur des viscères.

Mais ce qui distingue plus particulièrement l'endocardite ulcéreuse à forme typhoïde, c'est précisément l'ensemble de symptômes graves qui se manifestent pendant le cours de l'affection, dans le temps même où s'opère la destruction de la membrane interne du cœur.

Telle est l'esquisse rapide de l'endocardite ulcéreuse aiguë de forme typhoïde, que nous empruntons à une très-intéressante note lue par MM. Charcot et Vulpian à la Société de biologie, à propos d'un cas de cette nature qu'ils ont eu récemment l'occasion d'observer. Sous ce dernier point de vue des symptômes graves qui accompagnent habituellement la période de destruction de la membrane interne du cœur, MM. Charcot et Vulpian établissent deux catégories de faits. Dans la première rentrent les cas, et ce sont les plus nombreux, où prédominent les symptômes ataxo-adynamiques: prostration des forces, chaleur fébrile, frissons erratiques, somnolence, subdélirium ou même délire intense; sécheresse de la langue, rate volumineuse; parfois météorisme et diarrhée; dans quelques cas, taches ecchymotiques et sudamina sur diverses parties du corps. Les cas de la seconde catégorie rappellent plutôt l'infection purulente: frissons violents par accès, se surajoutant aux symptômes ataxo-adynamiques.

Les symptômes locaux sont ceux de l'endocardite valvulaire aiguë, avec cette différence que le processus morbide accomplit dans un espace de temps généralement plus court son œuvre de destruction, et qu'on peut en suivre les progrès pour ainsi dire jour par jour. C'est ce qui a eu lieu dans l'observation qui a fait le sujet de cette note, et dont il nous reste maintenant à faire connaître les principales particularités.

Il s'agit dans cette observation d'un homme jeune (vingt-sept ans), vigoureux, d'une excellente santé habituelle, et qui, à la suite de fatigues excessives pendant une grave maladie de sa femme, est pris de frissons, de courbature et d'une céphalalgie intense. Cinq jours après le début de sa maladie, il entre à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate toutes les apparences d'une affection typhoïde à la première période: fièvre, facies abattu, langue chargée d'un enduit jaunâtre, céphalalgie, toux légère; ventre développé et douloureux à la pression. Toutefois on remarque qu'il existe à la région cardiaque un bruit de souffle au premier temps, beaucoup plus fort et plus rude qu'il n'est ordinaire de le rencontrer dans l'affection typhoïde commençante.

Les deux ou trois jours suivants, outre les phénomènes déjà indiqués, on constate de la stupeur; la muqueuse linguale devient de plus en plus sèche; on trouve sur la peau de l'abdomen une tache assez analogue aux taches rosées lenticulaires; il y a de la bronchite; mais en même temps les signes d'une affection cardiaque se dessinent de plus en plus. Il y a un double bruit de souffle, dont le maximum est au niveau du milieu du cœur; le souffle du second temps est surtout très-marqué. Il y a une constipation opiniâtre. On commence à soupçonner qu'il ne s'agit pas d'une véritable fièvre typhoïde; et enfin, le quatrième jour de l'entrée du malade à l'hôpital, se fondant sur la connaissance de faits analogues, on songe à la possibilité d'une affection ulcéreuse de l'endocarde à forme typhoïde.

Pendant les derniers jours de la maladie, l'affaiblissement fait des progrès; il y a de l'agitation et du délire pendant la nuit, mais les phénomènes de l'affection cardiaque deviennent de plus en plus marqués, et l'on n'hésite pas à maintenir le diagnostic, que l'on avait d'abord formulé avec une assez grande réserve.

Le malade meurt treize jours après le début de ces accidents. A l'autopsie, on constate l'intégrité parfaite des plaques de Peyer et des follicules isolés de l'intestin grêle. Les seuls viscères où l'on trouve des altérations sont le cœur et les poumons. Une des valves de la valvule tricuspide est épaissie, inégale, ramollie dans sa moitié interne, et au milieu de cette partie altérée, on reconnaît l'existence d'une perforation évidemment récente sur les bords de laquelle se voient un détritus pultacé d'un aspect particulier et des dépôts fibrineux; une végétation fibrineuse plus volumineuse que les autres, pédiculée, peut jouer sur l'orifice anormal le rôle d'une soupape. Il y a aussi une communication congéniale de petite dimension entre les deux ventricules. Dans les poumons, outre la bronchite, on rencontre un nombre considérable de petits noyaux pneumoniques, renfermant pour la plupart des abcès déjà formés depuis longtemps, quelques ecchymoses interstitielles indiquant probablement la phase initiale du développement de nouveaux abcès, et des concrétions fibrino-purulentes siégeant dans plusieurs ramuscules de l'artère pulmonaire.

Les résultats de la nécropsie ont confirmé, comme on le voit, le diagnostic qui avait été posé. Les circonstances principales sur lesquelles on s'était appuyé pour l'établir étaient: l'apparition de symptômes d'affection cardiaque chez un homme qui jusque-là n'avait eu aucun trouble du côté de l'organe central de la circulation, un état typhoïde concomitant très-accusé, la constipation opiniâtre et une aggravation rapide et progressive de la maladie, sans que l'intensité des phénomènes adynamiques et ataxiques répondît à cette aggravation. La fréquence bien plus grande des altérations dans le cœur gauche avait d'abord fait penser que l'affection avait pour siége soit l'appareil mitral, soit les valvules aortiques; cependant, en considérant que le bruit de souffle le plus intense, celui du second temps, ne se propageait pas sur le trajet de l'aorte, et que, même à ce niveau, on entendait le second bruit normal du cœur, et en observant chaque jour le gonflement permanent du système veineux sous-cutané des membres, du tronc et du cou, on avait pensé qu'il était bien possible que la lésion siégeât dans les valvules du cœur droit; cette hypothèse ne fut du reste émise qu'avec les plus grandes réserves. On a vu qu'elle était l'expression de la vérité.

L'état typhoïde s'est manifesté trois ou quatre jours après le début de la maladie. MM. Charcot et Vulpian considèrent comme probable qu'il s'était fait déjà pendant un certain temps avant le frisson initial un sourd travail morbide dans le repli valvulaire qui allait se perforer. Ce premier travail ne se sera pas accompagné de phénomènes assez intenses pour attirer l'attention du malade. C'est sans doute, pensent-ils, au moment où les premiers débris de la valvule se sont détachés, qu'auront éclaté les troubles morbides.

Voici comment ces auteurs s'expliquent la production de ces phénomènes:

Les parcelles du tissu valvulaire ramolli et des petites concrétions fibrineuses qui s'étaient probablement formées déjà à ce moment sur les points altérés de la valvule, ont été entraînées par le courant sanguin vers les poumons, et peut-être les plus fines de ces parcelles auront-elles pu traverser le système circulatoire pulmonaire et passer dans la circulation générale mêlées au sang artériel; ces particules, en vertu de leurs qualités septiques, auront déterminé les symptômes d'intoxication. Mais les débris moins ténus se sont arrêtés dans plusieurs ramuscules de l'artère pulmonaire, où on les a retrouvés, lors de la nécropsie, sous forme de cylindres fibrino-purulents.

Agissant à la manière de corps irritants, ces embolies capillaires ont été vraisemblablement l'origine des petits foyers de pneumonie suppurée qui occupaient les deux poumons. C'est du moins là le mode de production de ces abcès qui leur paraît le plus probable.

Malgré l'incontestable analogie que ces abcès ont sous plusieurs rapports avec les abcès dits métastatiques, MM. Charcot et Vul-

---

BIBLIOGRAPHIE.

De la vérification des décès et de l'organisation de la médecine cantonale, par le docteur A. CHEVANDIER, de Die (1).

Les médecins étroitement attachés aux devoirs de la pratique ne trouvent presque jamais le temps de donner la forme et la publicité à leurs idées les plus mûres et les plus réfléchies sur les intérêts professionnels: c'est une de leurs plus grandes privations. Ils en sont pourtant dédommagés quand ils voient leurs propres sentiments et leurs appréciations exposés par quelqu'un d'entre eux, plus habile à écrire. C'est une satisfaction de ce genre que nous venons d'éprouver en lisant un opuscule sur la vérification des décès et la médecine cantonale, dû à la plume de M. le docteur Chevandier (de Die).

Nous serions heureux si les lignes suivantes inspiraient à nos lecteurs l'envie de se procurer le même plaisir.

Disons tout d'abord que l'esprit sagement libéral de cet écrit est la première qualité qui le recommande à nos confrères.

Répugnant à toute organisation qui pourrait amoindrir en nous les vertus essentielles des professions libérales, l'auteur se préoccupe par-dessus tout de l'indépendance du médecin, de la liberté de ses rapports avec les malades et avec leurs familles. Les observations et les propositions contenues dans son travail se rattachent toutes à ce double principe.

Pour ce qui concerne la vérification des décès, M. Chevandier montre fort bien que, hors de l'enceinte des grandes villes, « cette tâche incombe à tous et non à un seul ». La juste susceptibilité des familles, les longues distances à parcourir dans les campagnes, le discrédit qui ne manquerait pas de s'attacher au titre de *médecin des morts*, voilà des obstacles qu'on ne supprime pas par des mesures administratives. L'établissement de maisons mortuaires trancherait toutes les difficultés; mais dans ce cas, tout autre que le médecin, il faut en convenir, serait apte à constater la mort réelle, « les phénomènes de la décomposition étant perceptibles à tous, et les seuls qui ne puissent induire en erreur ».

Les projets de statistique sur les causes de mort ne sont pas moins justement condamnés. Il est trop évident que le secret des maladies, et ce qui est bien autrement grave, celui de l'hérédité morbide, ne peuvent être garantis par le système des bulletins municipaux, *même sans nom* et ne portant que des dénominations *techniques* des maladies. L'âge, le sexe, la demeure, la date, *l'écriture du médecin*, etc., tout dans les petites localités deviendrait un élément de divulgation pour la malveillance. Il n'a fallu rien moins qu'une vraie manie de dénombrement, pour tenter d'appliquer des propositions condamnées en principe par l'esprit de l'article du Code pénal.

Les mêmes considérations expliquent pourquoi l'auteur repousse l'idée émise un jour à l'Académie de charger les médecins cantonaux de la vérification des décès et de la constatation des causes de mort.

Néanmoins, ce projet n'a rien qui nous surprenne, émanant de maîtres parisiens habitués à ne consulter que leur zèle pour la science, et soustraits aux sujétions, aux habitudes et aux préjugés au milieu desquels nous vivons.

En matière de médecine cantonale, M. Chevandier proclame que « l'ordre stable est celui qui coordonne pour le bien général tous les efforts *volontaires* individuels; que le meilleur système est celui qui se sert du *bon vouloir de tous* et respecte les *désirs* de chacun ». Il est donc naturel qu'il n'applaudisse pas des deux mains à cette émulation qui pousse les préfets à couvrir leurs départements respectifs de médecins fonctionnaires.

M. Chevandier nous cite fort à propos un préfet que l'abus de la réglementation a conduit à l'idée tout au moins étrange de vouloir fixer par arrêté l'indemnité de déplacement due aux médecins cantonaux *par les malades non indigents!* Nous voilà bien avertis sur ce qui nous concerne, et le trait est encourageant pour ceux de nos confrères qui ont rêvé une médecine civile enrégimentée. Mais voyons ce que les populations indigentes gagneront à l'institution des médecins cantonaux.

Mettons d'abord de côté les indigents des villes: ceux-là ont l'hospice, les secours à domicile du Bureau de bienfaisance, et le libre choix entre les médecins de la localité. Nous savons tous qu'entre

(1) Paris, Victor Masson et fils, 1862.

pian ne croient pas qu'ils aient été le produit de l'infection purulente. Ils se fondent sur ce que les poumons étaient dans ce cas les seuls organes qui continssent des abcès, qu'il n'y avait nulle part des traces de phlébite suppurée, que les parties malades de la valvule tricuspide ne renfermaient point de globules purulents, qu'enfin les symptômes généraux n'ont pas été ceux qu'on rencontre d'habitude dans l'infection purulente proprement dite.

Quoi qu'il en soit de ces explications, le fait observé par MM. Charcot et Vulpian présente un très-grand intérêt. Et, bien qu'il diffère à plusieurs égards de ceux qui ont été produits jusqu'ici, on voit qu'à l'aide des notions acquises sur ce point il leur a été possible d'en établir avec précision le diagnostic.

Du traitement du trichiasis partiel par la cautérisation des bulbes des cils déviés. — Pince-cautère.

Parmi les nombreux procédés applicables au traitement du trichiasis, il en est un préconisé il y a déjà quelques années par Carron du Villards, consistant à détruire les bulbes des cils par la cautérisation au moyen d'épingles d'entomologiste enfoncées dans l'épaisseur de la paupière, suivant la direction des bulbes appartenant aux cils déviés. En saisissant les épingles avec un fer à friser chauffé au rouge, on leur communique une température assez élevée pour détruire les bulbes ciliaires.

Ce procédé a, comme un certain nombre d'autres qui donnent le même résultat, l'inconvénient de priver les bords libres des paupières des cils dont les organes prolifères se trouvent à tout jamais détruits. Or les inconvénients qui résultent de la perte des cils sont bien connus de tout le monde. C'est là probablement le motif qui a fait abandonner ce procédé. Toutefois, si ce dernier n'est guère justifiable qu'après avoir épuisé tous les autres moyens, dans le trichiasis *total*, il nous semble au contraire devoir être conservé pour certains cas de trichiasis *partiel*. L'arrachement des poils déviés est tout à fait insuffisant; les cils repoussent continuellement.

L'excision transversale d'un petit lambeau cutané de la paupière, à l'endroit correspondant à la déviation, réussirait dans le cas où la déviation porte sur les cils qui sortent, comme à l'état normal, par la lèvre antérieure du bord libre de la paupière. Mais lorsque, comme cela arrive dans d'autres cas de trichiasis, les cils déviés, au lieu de sortir par la lèvre antérieure du bord libre de la paupière, poussent par l'interstice de ce bord, l'opération précédente reste sans effet. En détruisant les quelques bulbes des cils déviés et en respectant les autres, on ne porte aucune atteinte aux fonctions des paupières. C'est en pareil cas que le procédé de Carron paraît avoir des avantages; c'est aussi dans de pareilles conditions que M. le docteur Fano l'a mis à exécution avec succès dans le fait suivant, que nous allons rapporter. Une modification lui a semblé nécessaire dans la manière de pratiquer la cautérisation. Le fer à friser avec lequel Carron saisissait toutes les épingles, réunies au préalable en un seul faisceau, est d'un maniement incommode. Sur la demande de notre confrère, et d'après ses indications, M. Charrière a fabriqué *une pince à cautère*. Elle se compose de deux tiges de 10 centimètres de long, terminées chacune par un renflement très-aplati qui représente la moitié d'une olive; tandis que la face externe du renflement est unie, la face interne présente une série de sillons parallèles qui la rendent rugueuse, ce qui permet de saisir solidement entre les deux portions renflées les épingles les plus minces, sans qu'elles risquent de glisser. Chacune des tiges s'adapte aux branches de la pince à pansement des nouvelles trousses de M. Charrière. Lorsque l'instrument est monté, on en soumet l'extrémité à l'action de la flamme d'une lampe à alcool jusqu'à ce qu'elle soit rouge.

On passe le pouce et l'annulaire dans les anneaux de la pince puis, écartant les deux doigts l'un de l'autre, on éloigne de la même façon les deux demi-olives terminales. On saisit avec ces dernières chacune des épingles à insectes implantées dans l'épaisseur de la paupière, suivant la direction des bulbes des cils déviés. La chaleur se communique avec la plus grande rapidité aux épingles. Dès que le patient annonce que la sensation de chaleur éprouvée par lui devient insupportable, on retire l'épingle chauffée avec l'instrument qui n'a cessé de la saisir solidement. On n'a pas à craindre de brûler la peau de la paupière lorsque, se servant d'épingles très-minces et très-longues, on saisit avec la pince-cautère l'extrémité de l'épingle distante de la paupière de 4 ou 5 centimètres. Une compresse trempée dans l'eau froide est appliquée immédiatement après sur la région orbitaire.

M. B..., âgé de vingt-huit ans, se présente à la clinique de M. Fano le 2 mai dernier. Le patient dit avoir les paupières gauches malades depuis cinq ans.

Notre confrère constate que la conjonctive palpébrale supérieure gauche est contusée de petites bandes de couleur blanche nacrée. Tous les cils de la paupière inférieure sont bien dirigés. Il en est de même des cils de la paupière supérieure, à l'exception de quatre ou cinq, qui, au lieu de sortir par la lèvre antérieure du bord libre de la paupière, naissent de l'interstice de ce bord libre pour se diriger vers le globe. Pour remédier à cette déviation, les cils mal dirigés ont été continuellement arrachés, depuis cinq ans, à mesure qu'ils repoussaient. La conjonctive scléroticale est saine; le globe l'est également.

Séance tenante, l'opérateur enfonce dans l'interstice du bord libre de la paupière, au niveau et dans la direction des cils déviés, trois longues épingles à insectes, dont il saisit chaque extrémité avec un cautère en forme de pince chauffé au rouge.

Le 5, les cils cautérisés sont tombés. Au niveau des points de la paupière par lesquels ils sortaient, existe une petite couronne blanche, trace de la brûlure.

Le 14, il n'a pas repoussé de nouveaux cils aux places cautérisées; mais d'autres cils poussent de l'interstice du bord libre de la paupière à côté des anciens. L'opération exécutée le 2 mai est faite de nouveau.

Le 18, on constate que deux cils sortent encore de l'interstice du bord libre de la paupière, vers la réunion du tiers interne avec le tiers moyen du voile; les cils primitivement cautérisés occupaient, au contraire, la moitié externe de la paupière. Les cils nouvellement déviés sont cautérisés par le même procédé.

Le 21, les cils cautérisés sont tombés; on n'en voit pas d'autres ayant une direction vicieuse.

Le 28, tous les cils ont une direction normale; le bord libre de la paupière opérée est un peu tuméfié. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

Dyspepsies.

Il existe en ce moment dans le service de M. Beau, à la Charité, une série de dyspeptiques qui présentent une sorte de spécimen des diverses causes et des diverses variétés de dyspepsie.

Le premier est un jeune homme couché au n° 9 de la salle des hommes, et qui a toujours eu, dit-il, l'estomac délicat. Un jour, il y a de cela deux ans, il se laissa choir brusquement sur le sol en voulant s'asseoir; il en résulta une commotion violente. A dater de ce moment, il a été pris d'une dyspepsie très-intense, qui en est arrivée aujourd'hui à la série des symptômes secondaires : amaigrissement notable, analgésie et autres phénomènes nerveux.

Depuis que ce malade est à l'hôpital, on lui a fait prendre des bains, et on l'a mis à l'usage de la poudre de Belloc. Il était déjà un peu mieux dès les premières prises; les digestions étaient un peu plus faciles.

Voilà un exemple de dyspepsie développée sous l'influence d'une commotion violente, de la même nature que celles que l'on voit se produire à la suite de traumatisme, de coups reçus sur la région de l'estomac, de chutes, etc.

— Une femme couchée au n° 3 présente une forme de dyspepsie toute différente. Elle est entrée à l'hôpital ne se plaignant de rien, contrairement au malade précédent, qui accusait une grande souffrance. Elle accusait seulement de la faiblesse et un état général de malaise; elle est maigre, et sa physionomie exprime la tristesse.

Ce qui a plus particulièrement appelé l'attention chez cette malade, c'est l'anorexie complète qu'elle éprouve, et dont elle ne se plaignait pas d'abord. Conduit par ce symptôme à examiner l'état de l'estomac, M. Beau a constaté l'existence d'une douleur à la pression sur la région épigastrique.

Ici, c'est un exemple de dyspepsie latente, à symptômes vagues, sans aucune prédominance symptomatique, et plus grave en réalité que celle du précédent malade, qui présente des symptômes beaucoup plus accusés : c'est l'anorexie qui constitue particulièrement cette gravité aux yeux de M. Beau. Les causes qui paraissent avoir produit la dyspepsie chez cette femme sont de grands chagrins et l'insuffisance alimentaire; deux causes qui procèdent d'une même source, la misère, et qui se combinent le plus souvent pour produire ce résultat.

— Une autre femme a apporté le diagnostic de sa maladie dans une petite fiole; cette fiole contenait des anneaux de ténia. Cette femme n'offrait d'autres symptômes qu'un peu de dyspepsie. Si l'on n'en avait eu ici le principal élément sous les yeux, le diagnostic eût pu être très-difficile, et l'on n'aurait su à quelle cause rapporter les troubles fonctionnels du côté de l'estomac. Mais on sait qu'il est des cas où la tolérance des organes pour les helminthes est telle, qu'ils ne provoquent même pas les troubles gastriques observés sur cette malade. Dans ce cas, la constatation des débris de l'animal parasite est le seul indice de la maladie. Nul doute qu'ici un bon anthelminthique ne suffise pour faire cesser la dyspepsie.

— Voici une quatrième forme présentée par la malade qui est couchée au n° 28. C'est une femme très-nerveuse, qui est malade depuis cinq semaines environ, à la suite d'une très vive impression morale. Elle a été prise immédiatement, après une scène violente, d'une douleur intense à l'estomac. Depuis ce temps elle ne mange plus et elle a des hallucinations; elle voit les personnes qui lui ont causé cette vive impression. Ici c'est l'état vésanique qui domine la scène; cette femme a du délire, mais le délire a été précédé par la douleur de l'estomac; c'est la dyspepsie qui a été le point de départ de tous les phénomènes morbides; elle a encore en ce moment de l'anorexie, et elle est anémique. C'est par l'alimentation seule que M. Beau se propose de combattre cet état.

De la sabine dans le traitement de la métrorrhagie.

Plusieurs cas de métrorrhagie réunis en ce moment dans le service de M. Beau ont fourni l'occasion à ce médecin de signaler à ses élèves les bons effets qu'il obtient de l'emploi de la sabine.

Une jeune femme de vingt ans, habituellement bien réglée, entre à l'hôpital ayant depuis dix-huit jours une métrorrhagie de cause inconnue, et qui ne s'accompagnait d'autre symptôme que d'une douleur assez vive dans le bassin.

Cette femme, malgré cet accident, n'avait pas cessé, jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, de vaquer à ses affaires. Pensant que dans ces conditions le repos seul suffirait peut-être pour mettre un terme à l'hémorrhagie, M. Beau ne fit d'abord d'autre prescription que celle du séjour au lit; mais l'hémorrhagie n'en continuant pas moins, il eut recours alors au moyen qu'il emploie en pareil cas avec le plus de confiance, et qui, suivant lui, n'est pas assez usité; il prescrivit une pilule de 0,05 cent. de sabine. Le lendemain, l'hémorrhagie était complétement arrêtée : elle avait cessé peu de temps après l'administration de la pilule; il continua néanmoins les jours suivants. Après la quatrième pilule, elle put se lever impunément; l'hémorrhagie n'a plus reparu.

Deux autres malades entrées à peu près en même temps, dont l'une avait vu survenir une métrorrhagie abondante à la suite d'un abus de coït, ont vu cesser immédiatement leur perte après une ou deux pilules de sabine.

Il y a deux ans, il s'était présenté dans le service une série

---

deux médecins, l'un médiocre et l'autre excellent, ils choisiront le premier s'il ne leur est pas désigné ou imposé par sa fonction. Les conseils municipaux urbains, qui connaissent fort bien toutes ces particularités, protestent avec raison contre les arrêtés préfectoraux qui les obligent à contribuer, proportionnellement au chiffre de la population, aux émoluments d'un fonctionnaire tout à fait inutile à leurs administrés.

Quant aux indigents des campagnes, il en faudrait faire diverses classes correspondant au nombre très-divers des médecins qui pratiquent dans les cantons ruraux des différentes parties de la France. Il est tel département où les campagnes n'ont rien à envier aux villes pour les ressources médicales (M. de Melun, *Rapport au conseil général de Maine-et-Loire*, cité par M. Chevandier). Dans ces contrées, on pourrait, comme par le passé, s'en rapporter à l'abnégation et à la charité médicales pour distribuer *librement* les secours de notre art à l'indigent, sur sa *libre* demande. Il en est tout autrement dans les départements pauvres et peu peuplés. Là il faut pourvoir, au moins en faveur des indigents, à la nécessité des secours médicaux. Divers systèmes ont été proposés, et l'on peut s'en rapporter à l'impartialité et à la bonne foi de M. Chevandier pour en apprécier les avantages et les imperfections. Pour lui, conséquent avec ses principes, qui sont aussi les nôtres, il confie « tout le mouvement de son système au moteur et à l'organisateur par excellence, la *liberté*. »

Dans son projet, plus de circonscription ni de service imposé au médecin par l'autorité; plus de désignation exclusive d'un médecin des pauvres par le sort ou par l'administration. Le pauvre devient « une chose communale au soin de laquelle des centimes communaux seront affectés. »

Créer une caisse médicale communale alimentée par ces centimes médicaux et subventionnée par les fonds du département, tel serait le moyen de « fournir à tous les besoins et à tous les frais de la maladie et de la convalescence, c'est-à-dire aux très-minces honoraires des médecins, et aux prix réduits des remèdes et des substances alimentaires.

» Tout malade aurait droit à appeler le médecin de son choix résidant dans le canton. La liste des indigents serait dressée à chaque session par le conseil municipal. »

Le médecin n'aurait plus à craindre que l'on abusât de son dévouement en accordant à des individus qui ne sont rien moins que pauvres une inscription de complaisance sur la liste des indigents. En effet, le maire, « tous les conseillers municipaux et les principaux imposés, songeraient à ménager leur caisse médicale formée par leurs impositions. »

Des dons volontaires, constatés sur des tables d'honneur, viendraient grossir la caisse médicale formée par le prélèvement annuel de quelques centimes communaux.

Enfin, tout indigent malade recevrait une feuille divisée en colonnes contenant tous les renseignements nécessaires à une bonne comptabilité et même à une statistique discrète. Mais nous n'accorderions pas à notre confrère la colonne qui doit recevoir le nom, *même technique*, de la maladie : à nos yeux, le secours communal ne saurait acheter le droit de divulgation des maladies, quelles qu'elles soient, et nous ne sommes pas seul à penser que la colonne laissée en blanc équivaudrait à la désignation d'une maladie *compromettante*.

M. Chevandier nous apprend, et il fait bien, que son système, loin d'être une pure spéculation, est pratiqué sans difficulté, et à la satisfaction générale, dans deux communes limitrophes du canton de Die. Nous sommes convaincu qu'on pourrait l'appliquer partout avec avantage, surtout pour les populations indigentes.

Il est vrai que ce projet laisse toute latitude à l'initiative individuelle et à l'autonomie communale, et qu'il s'oppose à la multiplication des médecins inféodés à l'administration par leur intérêt, la plus triste et la moins enviable variété de confrères que nous connaissions. A-t-il quelques chances de fructifier sous le vent qui souffle? Il ne nous appartient pas de le dire. Mais il est simple, économique, charitable autant que libéral : nos sympathies et l'avenir lui appartiennent.

Dr H. BONNET,
ex-interne des hôpitaux de Paris.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1862, Résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1861, par A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc., et A. WAHU, médecin principal de l'hôpital militaire de Nice, membre de la Légion d'honneur, etc. Dix-septième année. Un volume in-32. Prix : 1 fr. 25 c. — Prix de la collection complète, dix-sept volumes in-32, 21 fr. — Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

de métrorrhagies; toutes avaient été également guéries par le même moyen.

Voici comment M. Beau emploie ce médicament : il prescrit d'abord une pilule de 0,05 cent. de sabine. Le plus souvent, cette dose suffit pour arrêter la perte; mais lorsqu'elle résiste, il donne alors deux pilules, une le matin et une le soir. Il est rare que cette seconde pilule ne mette pas un terme définitif à l'hémorrhagie. Ce n'est que très-exceptionnellement qu'il a été nécessaire de répéter cette dose.

Cependant, il est des cas où ce médicament échoue. Il change alors et prescrit la rue (une pilule de 0,05 cent. de poudre de rue). Ce médicament manque encore plus rarement son effet que la sabine. M. Beau a vu des femmes atteintes de métrorrhagie qui avaient pris sans succès deux pilules de sabine, guérir immédiatement après avoir pris une pilule de 0,05 cent. de rue.

Voilà deux substances réputées emménagogues et abortives, qui, administrées à des doses inférieures à celles où on les donne habituellement pour produire ces effets, constituent, au contraire, un des remèdes les plus prompts et les plus sûrs de la métrorrhagie. Ce n'est pas le seul agent thérapeutique qui, suivant les doses où on l'administre, produit des effets en apparence opposés. Sans recourir aux explications homœopathiques, on trouve dans l'usage des méthodes dites substitutives de nombreux exemples de ce mode d'action.

Encore un mot

RELATIVEMENT AU SIROP DE LACTUCARIUM.

Je disais dernièrement, à propos d'un cas de narcotisme occasionné par le sirop d'Aubergier, que dans ce remède l'opium pourrait bien être substitué quelquefois au lactucarium. Ce que je hasardais alors sous la forme du doute se dénonce aujourd'hui comme un fait connu de tout le monde, excepté de moi peut-être. Il me revient, en effet, de divers côtés, que ce n'est pas d'hier, mais bien depuis tantôt dix ans, que les malades, trompés par l'étiquette, absorbent tout bonnement de l'opium vendu sous le pseudonyme de lactucarium.

S'il en est ainsi, si la mystification est de notoriété publique, d'où vient qu'elle dure depuis dix ans sans avoir été dévoilée ni reprimée? Car cette mystification n'est pas de l'ordre des choses plaisantes; outre les dangers qu'elle présente, elle constitue un véritable délit, le délit de tromperie sur la nature et les qualités de la chose vendue.

La liberté laissée à l'industrie des cosmétiques a paru excessive; on a proposé récemment de la soumettre à un contrôle quelconque, afin d'en prévenir les écarts. Je suis avec ceux qui ont émis cette idée, et toutes les jovialités tombées de la tribune académique ne m'ont point fait changer d'avis. Le débit des drogues comporte une discipline plus rigoureuse encore; c'est pour cela qu'une commission spéciale procède annuellement à la visite des officines, sous quelque titre qu'elles desservent la médecine. Cette commission, investie d'une omnipotence complète dans son exercice, a pour mandat de faire ouvrir devant elle flacons et bocaux, d'en examiner le contenu, de condamner à la destruction les ingrédients qui ont vieilli ou qui se sont dégradés, de dénoncer toutes les manipulations frauduleuses, de soumettre à des poursuites judiciaires toute forfaiture professionnelle.

Néanmoins il n'a pas été dit, jusqu'à présent, que les membres de ces jurys aient signalé un seul exemple de contrefaçon du sirop de lactucarium. Faut-il admettre que certaines indiscrétions ne sont point parvenues jusqu'aux chimistes qui composent cette commission?

L'inventeur lui-même n'aurait-il point été averti que l'honneur de sa maison a été compromis, et s'il a été prévenu, pourquoi n'a-t-il intenté aucune poursuite contre les larrons et les faussaires?

Une autre question encore, car la question du lactucarium est à plusieurs compartiments.

Pourquoi cet inventeur fait-il annoncer son sirop comme remède *approuvé* par l'Académie? Il doit savoir parfaitement deux choses : la première, c'est que l'adhésion de l'Académie ne suffit pas pour accréditer un remède, qu'il faut de plus la sanction du ministre du commerce; la seconde, c'est que ledit ministre a opiniâtrément refusé son estime au *lactucin*, et n'a jamais consenti à l'approuver. — Dr Champouillon.

DES INFLEXIONS DE L'UTÉRUS A L'ÉTAT DE VACUITÉ.

Symptomatologie.

Par M. le docteur P. Picard.

Sous ce titre, M. le docteur Picard vient de publier un volumineux mémoire (1) auquel nous emprunterons une page dans laquelle se trouve résumée la symptomatologie de ces affections. Cet extrait donnera à nos lecteurs un aperçu de la valeur de ce travail, dont l'auteur est déjà si honorablement connu dans la science.

« Les inflexions de l'utérus à l'état de vacuité sont les déformations de cet organe, dans lesquelles l'axe propre de la matrice s'incline, soit en avant, soit en arrière, soit à droite, soit à gauche, de façon que le fond utérin se rapproche plus ou moins du col. Il y a trois degrés importants à distinguer : la courbure, difformité le plus souvent transitoire; la flexion, dans laquelle l'axe utérin forme un angle droit ou obtus; l'infraction, dans laquelle le fond touche presque le col, formant un angle très-aigu. Ces diverses catégories peuvent être ou réductibles et peu inquiétantes si les complications sont soigneusement surveillées et prévenues, ou irréductibles, et alors plus ou moins graves.

Symptômes. — L'exploration se fait au moyen du palper abdominal, du toucher vaginal et rectal, de l'inspection vaginale au spéculum, de la sonde utérine, de la percussion : l'antéflexion peut de plus être constatée par le cathétérisme vésical.

» Le toucher vaginal ou rectal, combiné avec la palpation hypogastrique, suffit, dans la plupart des cas, pour donner des signes précis; le cathétérisme utérin peut seul donner des signes positifs.

» Les symptômes locaux des flexions utérines sont dus à trois causes :

» *a.* Symptômes dus au déplacement du corps de la matrice.

» *b.* Symptômes causés par la difficulté apportée à la production et à l'excrétion du flux menstruel par la position anormale du corps de l'utérus.

» *c.* Symptômes de l'inflammation utérine provoqués par la stase du sang veineux dans l'utérus; ces symptômes sont caractérisés par des modifications histologiques des tissus composant la matrice, et par des altérations survenant dans les sécrétions normales de cet organe.

» L'antéflexion est caractérisée par une tumeur faisant une saillie considérable à la partie supérieure et moyenne du vagin. Cette tumeur piriforme, lisse, élastique, nettement limitée, plus ou moins douloureuse à la pression, mobile ou immobile suivant les cas, est le corps de l'utérus. Le col utérin est en arrière et en haut; la lèvre antérieure est plus volumineuse que la postérieure; l'ulcération, assez fréquente, porte spécialement sur la lèvre antérieure; on sent nettement un sillon, une dépression, une incurvation séparant le col du corps. La sonde utérine cause une douleur assez vive au moment où elle franchit l'orifice interne qui lui oppose une résistance due, soit à une contraction spasmodique, soit à un rétrécissement consécutif à une métrite chronique, soit à une torsion qu'on remarque dans les cas compliqués de périmétrite. On facilite l'introduction de la sonde en soulevant le corps utérin, et pour la faire pénétrer jusqu'au fond de l'utérus, il faut diriger en avant la concavité de l'instrument. Il est impossible, dans certains cas, de redresser l'utérus, qui reprend le plus souvent sa position dès que la sonde est éloignée. On constate le plus souvent une augmentation du volume de l'utérus et de ses parois. L'introduction de la sonde au moment des règles augmente la sécrétion menstruelle et favorise l'extension de l'inflammation aux annexes de l'utérus. La vessie est plus ou moins refoulée en avant, les tubercules de l'urèthre sont saillants et rouges, et il y a le plus souvent procidence de la muqueuse uréthrale. A l'époque menstruelle, le corps utérin augmente de volume; la miction devient fréquente, involontaire; elle se produit par régurgitation, et l'urine s'écoule après des efforts, des émotions morales vives et imprévues, des mouvements brusques et violents.

» L'écoulement menstruel est augmenté chez les femmes robustes et sanguines, retardé chez les femmes faibles et lymphatiques, quand l'antéflexion est ancienne, irréductible; le col est plus ou moins oblitéré, la muqueuse utérine hypertrophiée; les glandes de Naboth, augmentées en nombre et en volume, font saillie au pourtour de l'orifice interne, et en diminuent la lumière. Alors la rétention du flux menstruel se manifeste par de la tension dans l'abdomen, de la pesanteur sur le fondement, des tiraillements dans les aines, des douleurs en ceinture, des souffrances dans les lombes et le long des nerfs iléo-hypogastrique, iléo-inguinal, génito-crural, obturateur, et par des fourmillements des extrémités inférieures. Ces douleurs sont d'abord intermittentes; dans certains cas elles sont constantes, mais avec des exacerbations périodiques. On observe aussi des névralgies des nerfs lombaires, une hyperesthésie de la dernière paire dorsale et de la première paire lombaire, se manifestant par des douleurs dans le creux de l'estomac.

» En même temps, les seins deviennent turgescents, la face est vultueuse, les oreilles tintent; les malades voient des étincelles et ressentent des battements artériels dans la tête. Leur état général est tout particulier; elles sont inquiètes, anxieuses, pleurent à tout propos. Au bout d'un certain temps, elles ressentent des douleurs expulsives, des coliques qu'elles comparent aux douleurs de l'accouchement; elles sont prises d'appétits bizarres, de caprices subits. Si elles sont constipées, elles ressentent des coliques intestinales; les mouvements augmentent ces douleurs. La sécrétion utérine apparaît d'abord sous la forme d'un liquide visqueux, puis d'un albumen plus ou moins opaque, quelquefois purulent; le corps et le col utérin sont alors douloureux, le flux menstruel s'écoule, soit goutte à goutte (dysménorrhée distillante), soit sous forme de caillots noirs et décomposés. Enfin, il survient une détente générale dans tout l'organisme. Chez les femmes sanguines et fortes, il se produit une véritable métrorrhagie; chez les femmes lymphatiques et scrofuleuses, le sang est pâle, peu abondant, et les règles durent peu de temps.

» La rétroflexion est caractérisée par une tumeur occupant le cul-de-sac postérieur, lisse, élastique, bien limitée, plus ou moins douloureuse à la pression; elle est séparée du col utérin par un sillon, une courbe, une dépression faciles à constater. Le col est porté en haut et en avant; il se trouve en arrière de la symphyse pubienne; sa lèvre postérieure est souvent le siége d'ulcérations qui, dans d'autres cas, peuvent occuper les deux lèvres.

» La sonde utérine, arrêtée à l'orifice interne, ne pénètre qu'autant que sa concavité sera portée en arrière et en bas. Dans les rétroflexions, l'orifice interne du col est plus rarement rétréci que dans les antéflexions. La malade accuse des pesanteurs sur le fondement, des tiraillements dans les aines; elle se plaint aussi des douleurs névralgiques que nous avons décrites pour l'antéflexion. Elle souffre surtout de constipation, d'efforts infructueux de défécation, de coliques utérines causées par la compression que le rectum distendu exerce sur le fond de l'utérus. Les fèces remplissent le bas du gros intestin et forment une tumeur qui occupe la partie postérieure du vagin. La compression du col vésical par le col utérin empêche parfois les malades de retenir leurs urines. Elles sont promptement fatiguées, éprouvent des lassitudes dans les membres; la menstruation peut être troublée comme dans l'antéflexion, et les symptômes que nous avons décrits plus haut se produisent généralement. Le coït est plus souvent douloureux que dans l'antéflexion.

» Les symptômes communs sont : la leucorrhée, augmentée avant ou après chaque période menstruelle; la métrite du col, fréquente dans les antéflexions, la stérilité et les troubles nerveux consécutifs à la chloro-anémie.

» La leucorrhée est due à une hypersécrétion de la muqueuse utérine, hypersécrétion qui se transforme en catarrhe chronique, en métrite interne, et qui amène l'hypertrophie de la muqueuse et l'augmentation des parois et de la cavité de l'utérus. La stérilité est due :

» 1° A l'oblitération du col ou à sa disposition vicieuse, qui l'éloigne de l'axe du vagin;

» 2° A la modification de la composition chimique des sécrétions de la muqueuse utérine, ainsi qu'à la desquamation épithéliale des trompes et du corps de la matrice;

» 3° Aux péritonites consécutives à la flexion qui déplacent l'ovaire, l'éloigneut de la trompe et de l'utérus, et le fixent dans une position anormale;

» 4° A l'oblitération de la trompe;

» 5° Aux tumeurs diverses, sanguines, fibreuses, purulentes, qui causent presque toujours des pelvi-péritonites consécutives, et partant, des adhérences anormales entre l'utérus, l'ovaire, la trompe, les intestins et les parois du petit bassin.

» La chlorose et l'anémie sont fréquentes chez les femmes affectées depuis longtemps de flexions. Les troubles hystériques sont rares dans le début de l'affection, fréquents lorsqu'elle est ancienne et compliquée. Ils sont surtout marqués à l'époque menstruelle. »

(1) Un fort volume grand in-8°. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 juillet 1862. — Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

COMMUNICATION.

M. Dolbeau. Dans la dernière séance, et à propos de l'incontinence d'urine chez les épispades, la Société de chirurgie a discuté la question de l'existence d'un sphincter du col de la vessie; il s'agissait du mécanisme de la contention de l'urine à l'état normal.

J'ai exposé la manière dont l'urine était retenue dans la vessie; aujourd'hui je vous apporte les preuves anatomiques de ce que j'ai avancé.

L'urine est retenue à chaque instant grâce à la contraction tonique du sphincter qui entoure l'orifice interne de l'urèthre. Quand la vessie renferme une certaine quantité d'urine, quand le besoin de rendre l'urine se présente, nous pouvons surseoir à l'émission du liquide : cette fois, à l'action du sphincter se joint la contraction de la portion musculeuse de l'urèthre, qui fait fonction de sphincter externe. Ainsi, pour la vessie comme pour le rectum, il y a deux agents de la contention des matières excrémentitielles.

L'analogie, certains phénomènes physiologiques et pathologiques, ont conduit à admettre l'existence d'un sphincter de la vessie; il reste, pour entraîner la conviction, à démontrer la présence d'un muscle orbiculaire embrassant le col de la vessie.

J'ai eu l'occasion de montrer dans mes cours d'anatomie le sphincter du col vésical; j'ajoutais même, dans la dernière séance, que mon excellent ami le docteur Sappey avait lui-même vu et décrit ce sphincter. Je dois à son obligeance de pouvoir vous soumettre les pièces anatomiques qui sont sous vos yeux. La communication que je fais est donc en son nom et au mien.

Avant de vous décrire le sphincter du col de la vessie, permettez-moi d'exposer les raisons matérielles qui rendent difficile la démonstration anatomique :

Le muscle qui entoure l'orifice interne de l'urèthre est formé de fibres pâles très-serrées les unes contre les autres; il en résulte que le sphincter apparaît comme un bourrelet très-dur et qu'on distingue très-difficilement d'avec la prostate qui lui est contiguë. Pour cette première raison, il est plus aisé de trouver le sphincter sur la vessie de la femme, qui n'a pas, elle, de prostate.

Chez le chien, la distinction est aussi plus facile, la coloration de la glande différant beaucoup de celle du muscle. Mais c'est grâce aux réactifs que la structure du col de la vessie peut être mise en évidence. On peut par ce procédé dissocier tous les éléments et mettre sous les yeux les fibres musculaires que l'on a souvent cherchées en vain et qu'on a cru devoir mettre en doute.

Supposez la vessie et le col incisés sur la ligne médiane et en avant; si le sphincter existe, on doit trouver sur la pièce ainsi disposée :

1° Une bandelette de fibres transversales ;

2° A chaque extrémité la section nette et distincte du sphincter coupé sur la face antérieure du col.

On peut encore et sans section démontrer l'existence de l'anneau musculaire ; il suffit pour cela de détruire certaines fibres longitudinales, des vaisseaux nombreux et du tissu cellulaire qui masquent le sphincter.

Voici trois pièces que je vous prie d'examiner :

1° *Vessie de femme.*—La vessie, son col et l'urèthre, ont été fendus en avant. La préparation vous permet de constater une couche musculaire transversale très-distincte, occupant le col de la vessie. A chaque extrémité on voit la coupe de l'anneau musculaire.

Un peu plus bas, vous pouvez voir une couche très-épaisse de fibres circulaires qui entourent l'urèthre.

2° *Vessie d'homme.* — La même préparation a été faite et vous pouvez constater la même disposition qui existe sur la pièce précédente : sphincter du col, sphincter de la région musculeuse de l'urèthre.

Sur ces deux pièces, et pour mettre les fibres circulaires en évidence, voici ce qu'il a fallu faire. On a enlevé :

1° La muqueuse de la vessie et de l'urèthre ;

2° Une couche musculaire de fibres longitudinales qui partant du col s'étendent jusqu'au méat urinaire ; cette couche est très-épaisse, aussi remarquez-vous que sur les préparations le sphincter apparaît au fond d'une sorte d'excavation qui résulte de la destruction des couches qui étaient superposées.

3° La troisième pièce montre le sphincter préparé par sa face externe sur une vessie d'homme. J'ai déjà indiqué qu'il fallait, pour mettre le muscle en évidence, détruire des fibres longitudinales qui viennent de la vessie et qui recouvrent le plan circulaire ; enfin faire disparaître des vaisseaux nombreux et du tissu cellulaire abondant. Sur cette pièce on peut constater combien les connexions sont intimes entre le sphincter et la prostate ; on peut cependant voir les limites de la couche de fibres circulaires.

En terminant, je dirai en peu de mots qu'il existe, ainsi que je viens de le démontrer :

1° Une bandelette de fibres circulaires qui correspond exactement à l'orifice interne de l'urèthre. Cette bandelette, qui en avant présente 5 millimètres d'épaisseur, n'en a guère que 2 ou 3 à la partie postérieure ; la bandelette est profondément située ; elle est recouverte par une couche de fibres longitudinales et par la membrane muqueuse.

2° Une couche très-épaisse de fibres circulaires qui entourent l'urèthre, qui lui sont propres et qui sont placées plus profondément que la couche longitudinale, et par conséquent plus en dehors par rapport à la cavité de l'urèthre.

Il y a encore un point important que j'ignorais et que M. Sappey m'a montré avec la dernière évidence : le sphincter de la vessie est formé de fibres lisses. La couche circulaire de l'urèthre est composée de fibres striées. Il y a là, comme vous l'avez déjà remarqué, une nouvelle analogie entre le sphincter de la vessie et ceux de l'intestin. L'élément fibre lisse correspond au sphincter interne ; au sphincter externe, volontaire, revient la fibre striée, que nous rencontrons dans tous les muscles soumis à l'influence de la volonté.

Ces considérations anatomiques sont intéressantes par elles-mêmes ; mais il est impossible de ne pas rattacher à la présence de ces fibres circulaires, qui entourent le col de la vessie et le canal de l'urèthre, la question si importante des spasmes, des contractures de la région profonde du canal et du col de la vessie.

M. BROCA. Je ne trouve pas que le mode de démonstration dont se sert M. Dolbeau soit concluant. Je vois bien sur les pièces qu'il nous montre des fibres transversales au niveau du col ; mais d'après son mode de préparation, rien ne prouve que ces fibres soient indépendantes de celles de la vessie, qu'elles soient circulaires. Il faudrait pour cela que sans fendre la vessie, et en suivant chaque fibre par la dissection, on en trouvât qui fissent tout le tour du col.

J'ai cherché des fibres de cette sorte, et je déclare que je n'en ai trouvé aucune. Si bien que, après avoir fait dessiner le sphincter du col pour mon atlas, j'ai dû faire détruire la planche. C'est par suite d'une déduction physiologique qu'on a admis le sphincter, lorsque Fallope eut le premier bien délimité le col vésical, et depuis cette époque, quelques anatomistes ont cru trouver un sphincter là où ils voyaient des fibres formant des arcs transversaux ou une sorte de boutonnière.

M. GIRALDÈS. Personne n'a jamais démontré l'existence d'un muscle circulaire, pas plus au col de la vessie que dans tout autre point de l'économie.

La disposition des fibres obliques indiquée par M. Broca a été représentée par Santorini dans les planches publiées par Gérardi, et M. Sappey, dont on a tort de faire intervenir le nom ici, connaît parfaitement ces planches, puisqu'il les a copiées pour les muscles du voile du palais. Les recherches de M. Haucock, celles de M. Wis, consignées dans les *Transact. med. chirurg.* de Londres, confirment ce que vient de dire M. Broca, et ils ont en outre étudié la structure histologique des fibres musculaires de la vessie. Il y a une apparence de fibres circulaires quand on sépare la vessie des parties qui l'entourent ; mais en laissant les choses en place, l'illusion disparaît, et on voit qu'il n'existe pas au col de la vessie un anneau continu. Cela est d'ailleurs facile à démontrer directement. On plonge une vessie d'enfant ou de vieillard dans l'acide azotique, puis dans l'eau et dans l'eau alcoolisée ; en la disséquant après l'avoir insufflée, on suit les fibres jusqu'à leurs attaches.

M. CHASSAIGNAC. Je viens de voir parfaitement des fibres horizontales au niveau du col de la vessie, et il me semble que la démonstration est suffisante ; c'est trop exiger que de demander que ces fibres soient parfaitement circulaires et indépendantes ; à ce compte, il n'est pas un muscle dans l'organisme qui mérite le nom de sphincter.

M. BROCA. Je réponds à M. Chassaignac que la question que nous discutons a une grande importance physiologique et chirurgicale, car il s'agit de l'incontinence d'urine chez les individus atteints d'épispadias.

M. DOLBEAU. J'ai dit pourquoi on ne voyait pas le sphincter vésical en faisant la dissection de dehors en dedans comme le veut M. Broca, et pourquoi il faut une préparation spéciale. En faisant l'autopsie d'un enfant atteint d'épispadias, j'ai vu qu'il n'y avait pas de fibres musculaires dans la région membraneuse ; j'ai pensé que l'incontinence avait lieu parce que le sphincter externe manque.

COMMUNICATION.

M. VERNEUIL. Je désire communiquer à la Société une observation d'*imperforation de l'anus* qui me permettra de rappeler quelques-unes des propositions que j'ai soutenues ici il y a trois ans.

Il y a un mois, j'ai opéré un enfant de quatre jours. Le médecin avait fait une ponction au niveau de l'anus, et avait cru ramener sur le bout de la sonde une petite quantité de méconium. Lorsque je vis l'enfant, il était mourant. L'anus était bien marqué et le pli interfessier profond. Je reconnus la pointe du coccyx ; puis, en partant de là, j'incisai couche par couche sur la ligne médiane, dans l'étendue de 2 centimètres et demi et jusqu'à une profondeur de 15 millimètres. Alors je perçus avec le doigt une sorte de rénitence produite par une poche remplie de liquide. Je ponctionnai en ce point ; c'était l'ampoule rectale, et il s'écoula une quantité très-considérable de méconium.

Le procédé que j'ai employé est avantageux, en ce sens que l'on sait ce que l'on fait, et qu'on ne va pas en aveugle comme par les ponctions directes, qui n'apprennent rien quand elles viennent à échouer.

L'enfant n'a pas éprouvé d'accidents, et j'ai eu de ses nouvelles depuis l'opération : l'ouverture tend à se rétrécir, et est située un peu en arrière de l'anus normal.

M. DEPAUL. Je voudrais avant de discuter le fait dont vient de nous parler M. Verneuil avoir des renseignements sur quelques-uns des détails qu'il nous a donnés. Ainsi je ne sais pas bien ce que M. Verneuil entend par ces mots : *anus bien marqué*. Je voudrais aussi savoir si M. Verneuil croit que le liquide qui est sorti par la ponction faite d'abord par le médecin n'était pas du méconium ; dans ce cas, il serait bien extraordinaire que l'enfant eût vécu quatre jours sans rendre ni gaz ni matières. L'opération qu'a faite M. Verneuil est heureuse sans doute, mais je serais arrivé au même résultat plus simplement par la ponction, qui me paraît beaucoup moins hasardeuse que la dissection que préconise M. Verneuil.

M. GUERSANT. Comme M. Depaul, je trouve que la dissection a quelque chose de hasardeux. Je pense qu'il faut en pareil cas se servir toujours d'un conducteur, tel que celui dont M. Bonnafont se sert pour le phimosis, que l'on introduit après une ponction bien faite avec un trocart courbe.

M. VERNEUIL. Je ne comprends pas que l'on trouve mon procédé par dissection moins sûr qu'une ponction faite au hasard avec le bistouri ou le trocart. Il ne faut pas oublier que j'incise couche par couche sur la ligne médiane là où il n'y a pas de vaisseaux, et que si je ne trouve pas l'ampoule rectale, il est toujours possible d'avoir recours à un autre expédient.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. PRÉTERRE présente deux malades, l'un âgé de quarante-six ans, l'autre de seize ans : tous deux sont atteints de divisions complètes de la voûte et du voile du palais. L'écartement des parties est des plus considérables chez tous deux, et le plus âgé a supporté déjà une tentative de palato-staphyloraphie par M. Roux.

M. Préterre fait remarquer que l'état d'éducabilité de ces deux malades est tout à fait propre à bien montrer ce que peuvent les restaurations prothétiques. Chez l'un de ces malades, en effet, celui de seize ans, l'appareil est appliqué depuis quinze mois, et le malade a été soumis à une série d'exercices qui lui permettent de se servir complétement de son appareil et de le rapprocher entièrement des conditions physiologiques de la prononciation, à ce point que lorsque la moustache couvrira la cicatrice résultant de la réunion du bec-de-lièvre, il sera difficile, sinon impossible, de deviner que le malade est atteint d'une telle infirmité. Chez le second, celui de quarante-six ans, l'appareil n'est en place que depuis environ cinq mois, et l'éducation du malade ne remonte qu'à cette époque ; aussi existe-t-il une différence très-marquée entre les deux sujets, et quoique toutes les paroles, sans exception, soient intelligibles et que le volume de la voix soit relativement considérable, on ne peut s'empêcher néanmoins de constater l'intervalle qui sépare ces deux résultats.

M. Préterre ajoute que si chez le plus jeune de ces deux malades, qui avait neuf paroles sur dix d'inintelligibles avant de bénéficier de son appareil, on a pu obtenir un tel avantage, il en sera de même chez le plus âgé avec un appareil définitif et son éducation achevée.

Le but de M. Préterre, en les présentant tous deux, était de bien faire saisir la possibilité d'obtenir à tous les âges (moins l'enfance) et dans toutes les conditions possibles les mêmes avantages des restaurations buccales.

M. DEBOUT présente quelques observations sur les malades de M. Préterre. Il est heureux de revoir le plus jeune dans cet état de perfection, car il y a six mois, encore, écrivant au docteur Cornaz pour lui envoyer l'observation de ce malade, il constatait qu'un certain nombre de consonnes étaient encore difficilement prononcées, que depuis cette époque les progrès de l'éducation ont fait disparaître toute difficulté, et qu'il le constate avec d'autant plus de plaisir qu'il avait lui-même douté d'un si heureux résultat.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, F. FOUCHER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour une place de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ouvert le 15 avril dernier, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Léon Labbé, aide d'anatomie à la Faculté.

— M. le docteur Roullin, sous-bibliothécaire de la bibliothèque de l'Institut, vient d'être élu bibliothécaire en chef, en remplacement de M. Clerc de Landresse, décédé.

— M. le docteur Eugène Janssens, de Bruxelles, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie de médecine de Turin.

— Le *Courrier du Midi* nous annonce la perte regrettable que les sciences viennent de faire en la personne de M. Marcel de Serres, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, qui laisse de remarquables travaux sur la géologie.

— Dans la liste des lauréats de l'Exposition universelle de Londres, publiée dans le numéro de samedi 19 juillet, il y a une omission que nous nous empressons de réparer.

M. Jules Talrich a obtenu la seule médaille décernée pour des travaux d'anatomie en cire, étude complète de la myologie du corps humain (couches moyenne et profonde, 1er sujet) [29e classe]. Il a en outre obtenu une mention honorable dans la 17e classe.

— M. le docteur Pasturel, d'Alban (Tarn), adresse une observation d'hypertrophie congéniale de la langue avec procidence, traitée avec succès par l'amputation. (Commissaires : MM. Follin, Debout, Legouest.)

— M. le docteur Armand Després adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée *Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule*. Paris, 1861 ; in-4°.

— M. le docteur Ollier adresse un exemplaire de son mémoire intitulé *Des sutures métalliques, de leur supériorité sur les sutures ordinaires*. Paris, 1862 ; in-8°.

— M. le docteur Debout présente de la part de M. le professeur Ange Duval, premier chirurgien en chef de la marine à Brest, un travail accompagné de planches photographiques, et intitulé *Notice sur un cas de phocomélie pelvienne unique observée sur un adulte, et suivie de considérations sur l'emploi d'un appareil prothétique*. (Commissaires : MM. Depaul, Blot et Debout.)

— M. Fort, interne des hôpitaux, commencera le lundi 4 août 1862 un cours *spécial* et complet d'anatomie, qu'il continuera tous les jours de quatre à six heures, pendant les mois d'août, septembre et octobre, et un cours de pathologie, qu'il continuera tous les soirs de sept heures et demie à neuf heures et demie pendant les mois d'août, septembre et octobre, dans son amphithéâtre, rue de l'École de Médecine, 62.

Des vins et de leur emploi dans le traitement des maladies, par le docteur Ad. FAIVRE. In-4°. Prix : 2 fr. Chez Leclerc, libraire, rue de l'École de Médecine, 14.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 JUILLET 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question de la consanguinité, soulevée par le mémoire de M. Boudin, a été le sujet de deux communications qui ont pour objet de combattre ou tout au moins de contester les propositions énoncées dans ce mémoire.

M. A. Sanson, dans une note sur la consanguinité étudiée chez les animaux domestiques, s'est attaché à démontrer que, pour ce qui concerne ces animaux, les inconvénients attribués à la consanguinité n'ont aucun fondement dans l'observation ; qu'il est constant, au contraire, de l'avis de tous les zootechniciens, que les accouplements consanguins constituent le meilleur moyen de perfectionnement des races.

Dans une lettre sur la surdi-mutité parmi les Israélites considérée par rapport à la question des mariages consanguins, M. Isidor, grand rabbin à Paris, a protesté de son côté contre une opinion de M. Boudin, qui lui paraît exagérée, sinon erronée, celle qui consiste à dire que la surdimutité est commune parmi les juifs.

On trouvera ces deux documents dans le compte rendu de la séance.

Devant les doutes ou les dénégations que soulève cette question, nous nous félicitons de plus en plus des réserves que nous avons faites à l'égard des chiffres invoqués par M. Boudin. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Relation d'un cas de goître exophthalmique.

Par M. E. FRITZ, interne des hôpitaux (1).

(Cette observation a été lue à la Société médicale d'observation.)

F... (Ephraïne), âgée de trente-deux ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Marie, lit n° 5) le 17 septembre 1861. Habituellement bien portante jusqu'à l'âge de onze ans, réglée à dix-huit ans assez irrégulièrement et avec des retards prolongés ; elle est sujette depuis l'âge de onze ans à des attaques de rhumatisme articulaire généralisé, de plus en plus graves et prolongées. L'avant-dernière, qui a débuté il y a huit ans et qui était la sixième, l'aurait tenue au lit pendant vingt mois.

Il y a trois ans, nouvelle attaque pour laquelle elle passa deux mois à l'hôpital de Besançon. C'est dans cette dernière attaque qu'elle éprouva pour la première fois des douleurs à la région précordiale, où on lui fit appliquer un vésicatoire, et des palpitations qui cessèrent en même temps que les douleurs articulaires.

Peu de temps avant cette atteinte, elle aurait eu une fièvre quotidienne, mais ce renseignement est fort douteux.

Parfaitement rétablie, elle vint à Paris, où elle ne tarda pas à éprouver de nouveau des palpitations au moindre effort. En 1858, à la suite d'une esquinancie, elle remarqua que son cou augmentait rapidement de volume. Un traitement sur la nature duquel elle ne peut pas donner de renseignements, fit disparaître le gonflement. Elle n'avait d'ailleurs jamais eu de goître auparavant.

En septembre 1860, elle devint enceinte.

Vers le milieu de la gestation elle passa trois semaines au lit pour une « irritation de poitrine » qui n'eut pas de suite et pendant laquelle elle n'eut pas de palpitations. L'accouchement, qui se fit le 17 juin, fut difficile; l'enfant se présentait par les fesses, et on dut en faire l'extraction. Toutefois, il n'y eut pas d'accidents puerpéraux.

Un mois après l'accouchement, retour des palpitations, douleurs dans les jambes, et particulièrement dans les mollets; œdème autour des malléoles, toux fréquente sans expectoration. Depuis cette époque, les palpitations sont devenues de plus en plus fréquentes et fortes, s'accompagnant de douleurs dans la poitrine et dans le dos.

Vers le milieu du mois d'août, la malade eut un mal de gorge pendant lequel elle remarqua que son cou augmentait rapidement de volume comme en 1858. Elle s'aperçut en même temps qu'elle avait les yeux plus gros que d'habitude. Son mal de gorge se termina, dit-elle, par un abcès qui s'ouvrit spontanément. Elle entra alors à la salle Sainte-Marie.

A cette époque, il restait seulement de la rougeur à la gorge. Les yeux étaient un peu saillants, le goître assez volumineux, le facies cachectique. Les palpitations et la gêne de la respiration étaient modérées. On constata que le cœur était volumineux, qu'il y avait un souffle doux au premier temps, à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou. La malade présentait d'ailleurs les signes d'un embarras gastrique léger. Elle ne resta en observation que pendant deux jours et sortit inopinément.

Quelque temps après, se trouvant beaucoup plus souffrante, elle entra de nouveau à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Cécile). Il paraît qu'elle avait à cette époque de la fièvre, et qu'elle éprouvait une douleur très-vive dans l'extrémité inférieure gauche, qui faisait craindre l'invasion d'une *phlegmatia alba;* pas d'œdème à cette époque. Elle ne resta d'ailleurs que quelques jours dans cette salle, qu'elle quitta parce que, dit-elle, on ne la nourrissait pas suffisamment.

Elle remit alors son enfant au sein (elle l'avait sevré quelques jours auparavant), et elle rentra à la salle Sainte-Marie, où on la trouva, le 18 septembre, dans l'état suivant :

Fièvre cachectique, pâle; pas de chaleur à la peau ; joues animées d'une rougeur peu prononcée; face un peu bouffie. Saillie frappante des globes oculaires, surtout du droit, donnant à sa physionomie une expression d'égarement et de terreur.

La vue est nette du reste, et les pupilles contractiles; un peu d'œdème des pieds et de la partie inférieure des jambes.

Le cou est parcouru par des veines volumineuses, qui présentent un reflux évident à chaque contraction cardiaque. Le corps thyroïde, très-volumineux, ayant au moins les dimensions d'une forte orange, fait une saillie considérable. La tuméfaction porte principalement sur le lobe droit. Le goître a une consistance molle, élastique, ne présente pas de battements intrinsèques et n'est pas douloureux à la pression, qui le fait peu diminuer de volume.

La circonférence du cou, au point le plus saillant du lobe droit, est d'un peu plus de 32 centimètres. Le goître est d'ailleurs dans un mouvement d'oscillation perpétuel, dû, d'une part, à ce qu'il est soulevé à chaque battement artériel, et d'autre part à ce qu'il se déplace un peu verticalement à chaque mouvement respiratoire : soufle doux sur les côtés du cou pendant la diastole artérielle.

Les seins, d'un volume médiocre, contiennent du lait. La succion opérée par l'enfant est douloureuse, sans qu'il y ait dans l'état des seins rien qui explique cette douleur.

Les battements du cœur soulèvent très-visiblement la région précordiale et la paroi thoracique gauche dans une grande étendue. A la main, l'impulsion, très-énergique, se sent depuis la limite externe et inférieure du sein gauche jusqu'au niveau de la deuxième côte en haut et du sternum en dedans. Pas de frémissement cataire. La pointe du cœur se trouve dans le septième espace intercostal et rapprochée de la ligne axillaire.

Le volume du cœur, limité par la percussion, est énorme. Diamètre transversal (matité relative) : 18 centimètres ; diamètre vertical : 14 centimètres ; les dimensions sont de beaucoup supérieures à celles constatées lors du premier séjour de la malade à l'hôpital.

Souffle intense, rude, prolongeant le bruit, s'entendant à la pointe le long du bord gauche et à la base, moins distinct vers le milieu du bord droit. Les deux bruits ont un timbre éclatant, presque métallique, désagréable à l'oreille. Le premier bruit est manifestement dédoublé.

Fréquence considérable des battements : 106. Pouls très-petit, mais dur, tendu.

La malade se plaint de palpitations presque continuelles, extrêmement violentes et d'une douleur persistante, à exacerbations, siégeant à la partie inférieure du sternum, et s'élançant de là vers le milieu de la colonne vertébrale. La pression exercée sur ces points n'est pas douloureuse.

A la base du poumon droit, on entend quelques râles sous-crépitants, sans souffle ni matité.

Les mouvements respiratoires sont extrêmement fréquents : 44 par minute pendant le sommeil. La dyspnée que la malade éprouve continuellement, et qui s'exagère par le moindre effort, est d'ailleurs peinte sur sa physionomie. Toux rare, sèche; expectoration nulle.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume.

La malade est inquiète, fantasque et se préoccupe vivement de son état ; elle se plaint d'une céphalalgie continuelle, principalement frontale ; d'obscurcissements momentanés de la vue; d'une grande faiblesse, notamment dans les extrémités inférieures, rendant la marche pénible ; de douleurs dans les jambes, qui sont un peu infiltrées, la gauche surtout.

L'appétit n'est pas complétement aboli ; la soif modérée; langue sèche, sans enduit ; selles régulières. — Infusion de 1 gramme de digitale ; sirop d'iodure de fer, une cuillerée ; une portion ; Bordeaux, 100 grammes.

Le 19 septembre, la malade n'a pas dormi de la nuit ; mais c'est, dit-elle, à cause de son enfant qui est malade et n'a cessé de crier. Elle paraît moins anhélante, mais elle tousse davantage ; pas d'expectoration. L'expression de la face est moins hagarde ; l'exophthalmie paraît avoir diminué un peu ; le goître est aussi un peu moins volumineux. Toutefois le cou mesure encore 32 centimètres. Le diamètre transversal du cœur paraît avoir diminué à la percussion d'un demi-centimètre environ ; toutefois cette différence si légère reste douteuse. Le pouls est descendu à 96. A la base du poumon droit en arrière, on entend toujours des râles sous-crépitants. La respiration y est très-obscure. Ni souffle ni matité. — Mêmes prescriptions.

(1) J'ai différé jusqu'à ce jour de publier l'observation qu'on va lire, parce que, comme on le verra, je n'ai pu assister qu'à l'un des paroxysmes de la maladie, dont l'histoire reste ainsi inachevée. J'espérais retrouver ma malade, mais mes recherches sont restées sans résultat, et j'ai dû y renoncer. Telle qu'elle est, cependant, cette observation m'a encore paru assez intéressante pour être présentée au public médical, au moment où son attention est de nouveau fixée sur le goître exophthalmique.

UNE VISITE A L'HOPITAL SAINTE-MARIE
de Londres
ET A LA MAISON DE SANTÉ DE M. LE Dr BACKER-BROWN.

Le samedi 29 juin dernier, accompagné d'un jeune docteur français qui exerce la médecine à Londres, je me présentai à la maison de santé de M. le docteur Backer-Brown, qui me reçut avec une bienveillance et une cordialité parfaites, et qui me fit lui-même visiter sa maison dans tous ses détails. Sachant que l'étude de l'ovariotomie était particulièrement le motif de ma visite, il me conduisit d'abord au lit d'une malade qui avait subi cette opération le jeudi précédent: c'était une femme d'une belle et forte constitution, âgée d'environ quarante ans; ses traits épanouis n'indiquaient aucune souffrance, et en effet, son ventre souple, sans chaleur notable, sans ballonnement, n'était douloureux dans aucun point ; son pouls était large et battait cent pulsations à la minute. Le chirurgien procéda immédiatement à la levée du premier appareil. Après avoir mis la plaie à découvert, enlevé deux grosses mèches de coton qui entouraient et serraient un peu le pédicule de la tumeur au-dessous du *clamp* (espèce de compas métallique destiné à comprimer le pédicule), il remplaça ces mèches par un gros fil qu'il lia et serra fortement ; après quoi le clamp fut desserré et enlevé à son tour. Tout ce qui avait été comprimé par cet instrument et tout ce qui était au delà était gangrené et fut enlevé avec soin ; le reste du pédicule, soulevé par le fil constricteur, était d'un rouge vermeil.

La plaie extérieure, passant très-près de l'ombilic, un peu à gauche, s'étendait un peu au-dessus et au-dessous jusque vers la symphyse du pubis, dans une longueur de 8 à 10 centimètres ; elle était réunie par des fils métalliques séparés entre eux par un intervalle de 2 centimètres environ. On pansa mollement avec des tissus cotonneux, qui remplacent la charpie ; on maintint le tout par un bandage de corps légèrement serré. La malade prenait depuis deux jours 5 centigrammes de sulfate de quinine toutes les quatre heures. Ainsi, en Angleterre, le clamp est enlevé le deuxième jour après l'opération, tandis qu'en France il est maintenu en place pendant quatre ou cinq jours.

La tumeur, composée d'un énorme kyste multiloculaire, à parois membraneuses, épaisses, avait été insufflée pour lui rendre son volume primitif; elle me fut présentée dans un grand plat. Elle avait une forme sphérique, un peu aplatie, et offrait au moins 41 centimètres de diamètre ; sur l'une de ses faces, on apercevait l'une des extrémités de son pédicule et les traces des adhérences qu'elle avait contractées avec l'épiploon et une anse intestinale ; la destruction de ces adhérences avait nécessité trois ligatures métalliques, dont les fils enfermés maintenant dans l'abdomen ne devaient, d'après l'opinion de M. Brown, occasionner aucun inconvénient. Le médecin français qui m'accompagnait me promit de me faire connaître le résultat définitif de cette opération.

Nous parcourûmes ensuite les différentes chambres de cette infirmerie, et on nous fit voir presque toutes les malades qui y sont en traitement : l'une d'elles, qui portait une tumeur de l'ovaire et qui devait être opérée le jeudi suivant, fixa particulièrement mon attention ; elle était âgée de trente ans environ, un peu maigre, mais ses fonctions s'exécutaient généralement bien et elle souffrait seulement par le volume de sa tumeur. Examinée dans le décubitus dorsal, l'abdomen présentait l'apparence d'une grossesse de huit mois ; toute la partie antérieure, supérieure et latérale, donnait une fluctuation très-superficielle, de sorte qu'il était évident que là les parois du kyste étaient très-minces ; en bas, au contraire, au-dessus du pubis et sur les côtés, la fluctuation était très-obscure, comme si les cellules fussent multipliées et plus petites dans cette partie. J'avais le projet d'assister à cette opération, mais cette femme fut prise de ses règles le mardi suivant, et je fus contraint d'y renoncer.

Je vis ensuite une jeune fille de vingt ans qui avait une imperforation complète du vagin, avec adhérences prolongées dans toute ou presque toute la longueur de ses parois. Deux fois déjà M. Brown avait pratiqué la ponction de la matrice par le rectum pour donner issue au sang menstruel qui y était accumulé. Mais évidemment ce moyen palliatif ne pouvait conduire à une cure radicale, malgré les tentatives déjà faites pour entretenir le trajet fistuleux artificiel utéro-rectal. Je lui dis à ce sujet ma pensée et l'assurai qu'il ne pourrait obtenir ici de résultat satisfaisant qu'autant qu'il tenterait une dissection longue et laborieuse, ou bien qu'avec les doigts et des instruments mousses, il opérerait une sorte de décollement des parois du vagin, comme quelques membres de la Société de chirurgie de Paris en avaient dernièrement encore cité quelques exemples.

On me montra encore une jeune femme qui avait été opérée quelques semaines auparavant, avec un plein succès, d'une fistule vésico-vagi-

Le 20, en se levant hier dans la journée, la malade a remarqué que l'œdème des jambes, qui avait en partie disparu, se reproduit comme avant. Pas de changement notable ce matin, si ce n'est un peu d'augmentation de l'appétit. — Mêmes médicaments ; deux portions.

Le 21, la malade a mangé hier ses deux portions. Sommeil souvent interrompu par une oppression croissante. Ce matin, la malade est en effet plus oppressée qu'hier. Les râles d'œdème pulmonaire ont augmenté à droite, et envahi le côté gauche. L'œdème des jambes a également augmenté. Il est un peu plus prononcé à gauche qu'à droite. Langue un peu sèche. Pas de changement dans les autres symptômes. — Digitale, 1 gramme en infusion pour tisane; julep avec 15 gouttes de perchlorure de fer; bordeaux, 100 grammes; deux portions; vingt ventouses sèches sur la poitrine.

Le 22, un peu moins de dypsnée après l'application des ventouses. Les râles d'œdème sont cependant plus nombreux qu'hier. Peau un peu chaude; langue toujours un peu sèche. — Sinapismes; mêmes prescriptions à l'intérieur.

La journée se passe très-bien; mais dans la soirée, à neuf heures, la malade est prise d'un accès d'étouffement épouvantable, avec palpitations violentes; cyanose; sueurs froides; pouls à 150-160; râles sous-crépitants très-nombreux dans les poumons. — Sinapismes; ipéca.

Après un vomissement, ces accidents se calment. Vers minuit, et à partir de ce moment, elle passe une bonne nuit.

Le 23, aucune trace des accidents de la nuit. La malade se trouve au contraire un peu mieux qu'hier matin. Le pouls est cependant moins résistant; même fréquence. La langue s'est humectée. L'œdème des extrémités inférieures a à peu près complétement disparu. Il n'y a plus de râles dans le poumon droit, et on en entend moins qu'hier dans le poumon gauche. — Mêmes prescriptions.

Dans la soirée, à neuf heures, nouvel accès de suffocation, un peu moins intense que celui d'hier, et calmé spontanément à onze heures. Pendant tout le reste de la nuit, cependant, la malade reste agitée et tourmentée par une toux fréquente.

Le 24, les yeux sont notablement plus saillants qu'hier, et le goître a également augmenté de volume. Face très-sensiblement cyanosée, turgide, un peu bouffie. Pouls plus fréquent que les jours précédents, accompagné pour la première fois d'une expectoration muqueuse peu abondante. Rien de changé dans l'état des poumons; palpitations violentes; pouls à 120, peu résistant. Le cœur dépasse à droite de plus de 1 centimètre la limite marquée les premiers jours. Peau couverte de sueur; langue encore humide; diminution de l'appétit.

La dyspnée éprouvée par la malade est évidemment plus intense que les jours précédents et même que les premiers jours. Ainsi elle est obligée de rester assise dans son lit, etc. L'œdème des extrémités inférieures n'a pas reparu. Selles toujours régulières. — Vingt ventouses sèches sur la poitrine le matin; sinapismes aux jambes le soir; infusion de digitale, 1 gramme; julep avec 8 gouttes de perchlorure de fer; bordeaux, 100 grammes; deux portions.

Pas d'accès d'étouffement proprement dit dans la nuit, mais dyspnée continue et toux fréquente qui empêchent la malade de dormir.

Le 25, l'exophthalmie est encore plus prononcée qu'hier; râles muqueux et sous-crépitants extrêmement abondants dans les deux poumons; un peu de matité à la base droite. Pour le reste, même état qu'hier. — Julep avec perchlorure de fer, 8 gouttes, et éther, 1 gr.; infusion de digitale, 1 gr.; frictions de teinture éthérée de digitale sur la région précordiale; lotions d'eau froide sur la face; sinapismes aux extrémités; bordeaux; deux portions.

Pas de changement dans la journée et pendant la nuit.

Le 26, un peu moins d'oppression; légère diminution de l'exophthalmie et du goître. Pour le reste, même état qu'hier; le pouls ne s'est pas ralenti, etc. — Mêmes prescriptions.

Le 27, même état. Aucun changement dans le pouls. On remplace l'infusion de digitale par 4 grammes de teinture éthérée. Au reste, mêmes prescriptions.

Le 28, un peu de diarrhée. La respiration paraît un peu plus libre. Dans la soirée, amélioration notable, avec diminution sensible de l'exophthalmie.

Les 29 et 30, l'amélioration continue lentement. Diminution notable des râles, qui sont surtout sibilants. La diarrhée s'arrête dans la journée du 30. La fréquence du pouls est à peu près toujours la même. — Mêmes prescriptions.

Je cessai de voir la malade à partir de ce jour. L'amélioration qui s'était produite se maintint, et lorsque la malade quitta l'hôpital quelques jours plus tard, elle était à peu près dans le même état qu'au moment de son entrée.

En résumé, à la suite d'attaques répétées de rhumatisme articulaire, une jeune femme éprouve quelques palpitations, de la douleur à la région précordiale, et ces symptômes ne tardent pas à se calmer; puis ils reparaissent pendant les premiers temps du séjour de cette femme à Paris, pour s'évanouir encore. Une grossesse, accompagnée de quelques accidents thoraciques, ne les réveille pas; mais l'allaitement suffit, au bout d'un mois déjà, pour les rappeler, et en même temps la malade éprouve des douleurs vagues, ses pieds enflent. Les palpitations persistent, s'aggravent, et au bout de deux mois s'accompagnent d'un peu d'exophthalmie et d'un gonflement indolent du corps thyroïde. A cette époque, on constate déjà un état cachectique et anémique très-prononcé, et une augmentation évidente du volume du cœur.

Un mois plus tard on retrouve, à un examen plus détaillé, tous les symptômes énumérés jusqu'ici, mais considérablement aggravés, et associés à d'autres accidents dont la plupart semblent se rattacher à un état d'appauvrissement du sang (céphalalgie, obscurcissements momentanés de la vue, dyspnée et accélération de la respiration hors de toute proportion avec l'état des poumons, etc.). En même temps, on constate pour la première fois un peu d'œdème pulmonaire.

Sous l'influence du repos que la malade prend forcément en entrant à l'hôpital, une amélioration passagère se manifeste: on voit diminuer très-peu, il est vrai, mais pourtant d'une manière non douteuse, la dyspnée, l'exophthalmie, le goître, et peut-être même le volume du cœur. Mais à cette amélioration éphémère succède rapidement, et sans cause appréciable, une aggravation beaucoup plus prononcée. L'œdème pulmonaire s'étend, se généralise, en même temps que l'œdème des extrémités inférieures reparaît et fait des progrès.

Quarante-huit heures après ce redoublement, la malade éprouve pendant la nuit un véritable accès d'asthme, qui cède à un vomitif, puis se répète le lendemain. A la suite du second accès, la plupart des accidents suivent encore une marche lentement progressive, à tel point que la vie de la malade paraît prochainement menacée. Puis encore, et sans qu'on puisse se flatter d'avoir obtenu ce résultat par des moyens thérapeutiques, la respiration devient plus libre, l'exophthalmie, le goître, l'œdème pulmonaire diminuent. Cet amendement se prononce davantage lors de l'apparition d'une diarrhée spontanée, selon toute apparence, et la malade quitte l'hôpital à peu près dans l'état où elle se trouvait au moment de son entrée.

Pendant presque tout le temps de son séjour à l'hôpital, c'est-à-dire pendant onze jours, cette femme a pris des préparations de digitale à dose assez élevée sans qu'il en soit jamais résulté une modification appréciable dans l'état du pouls. Ajoutons que jamais ses urines n'ont présenté la plus légère trace d'albumine.

Les valvules du cœur étaient-elles chez cette malade le siége d'une lésion organique? Si l'existence antérieure d'attaques répétées de rhumatisme pouvait faire craindre qu'il en fût ainsi, diverses considérations portent à penser que cette crainte était sans fondement, et que l'ensemble des accidents s'accorde mieux avec l'opinion que le cœur était seulement le siége d'une dilatation accompagnée probablement d'un certain degré d'hypertrophie. Il résulte, en effet, des anamnestiques que les palpitations n'avaient nullement suivi une marche lentement progressive, comme on devait s'y attendre, en admettant l'existence d'une lésion valvulaire chronique.

Le faciès de la malade, quoique éminemment cachectique, ne réveillait en aucune façon l'idée de ce qu'on a nommé la cachexie cardiaque. Le défaut de tuméfaction du foie et d'épanchement ascitique, le peu de développement de l'œdème des extrémités inférieures, contrastaient d'ailleurs d'une manière frappante avec les accidents, qui semblaient être comme ramassés, concentrés dans la région faciale, cervicale, et dans le thorax.

Quoi qu'il en soit, le goître et l'exophthalmie se sont certainement produits consécutivement aux troubles de la circulation cardiaque, qui paraissent d'ailleurs s'être accompagnés de fort bonne heure d'un état d'anémie, de cachexie.

On a vu que les préparations de digitale n'ont jamais réussi à produire la réaction du cœur de ma malade. Cela tiendrait-il à ce qu'elles ont été administrées concurremment avec des préparations martiales? Je ne suis pas en mesure de donner une réponse à cette question.

Je ferai remarquer en terminant que la tuméfaction du corps thyroïde a été précédée à deux reprises d'une angine pharyngée ou amygdalienne, qui n'était peut-être pas sans se rattacher par un lien intime à la maladie de Graves.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. MALHERBE.

Observation d'œdème de la glotte.

(Recueillie par M. CHAPPOT, interne du service.)

La femme François P..., âgée de cinquante-cinq ans, entre à l'hôpital le 2 juin 1862, pour une fièvre irrégulière et une bronchite chronique.

Cette femme, anémique, était dans un état assez satisfaisant, lorsque dans la nuit du 9 au 10 juin, sous l'influence d'un refroidissement, elle fut prise d'une suffocation subite. Elle pouvait à peine respirer; la toux était difficile et pénible; en même temps, les lèvres, le nez et les paupières devenaient le siége d'un œdème assez considérable, et la malade passa une nuit assez agitée.

Le 10, à la visite du matin, nous constatons l'état suivant :

Suffocation assez considérable; nez rouge, enflé; lèvres et paupières œdématiées; douleur vive à la gorge, rougeur du pharynx. Toux éteinte, voix rauque. Inspiration difficile, expiration facile. M. Malherbe ordonne : bouillon, gomme sucrée; ipécacuanha pulvérisé, 2 grammes en trois paquets (*illico*); cataplasme sinapisé; application d'eau presque bouillante sur la partie antérieure du cou. Reconnaissant que la trachéotomie n'est pas urgente, il recommande de surveiller attentivement la malade, afin de faire appeler un chirurgien si l'opération devient nécessaire.

Dans la journée, M. Chenantais, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, appelé pour constater l'état de la malade, pense qu'on peut encore retarder la trachéotomie, et ordonne la glace à l'intérieur et à l'extérieur (un demi-kilogramme).

Le soir, sur les sept heures, la malade est déjà mieux : la respiration est plus facile, la toux moins pénible.

Le 11, mieux manifeste. Le nez, les paupières et les lèvres sont moins œdématiés; la respiration et la parole sont plus faciles. — Soupe, gomme; glace, 1 kilogr.; cataplasme sinapisé.

Le 12, beaucoup moins d'œdème. La malade n'a plus de douleur à la gorge. La voix est encore un peu rauque. — Même traitement.

Le 13, œdème des paupières disparu, respiration facile. — Même traitement.

Le 14, absence complète d'œdème; pas de selles. — Même traitement; lavement purgatif; pain.

Le 15, disparition de tous les symptômes indiqués. Plusieurs selles. — Même traitement; suppression de la glace.

Le 16 juin, la malade sort de l'hôpital complétement guérie de son œdème de la glotte.

Comme nous l'avons dit plus haut, c'est un courant d'air qui a amené tous les symptômes qui se sont montrés chez notre malade. Le coryza en a été le point de départ. En effet, on voit assez fréquemment chez les personnes anémiques qui s'exposent aux refroidissements, un coryza intense accompagné d'œdème du nez, des lèvres et des paupières, et en même temps de suffocation. Cet œdème est facile à expliquer : les tissus des individus anémiques sont plus mous que ceux des personnes robustes, et par suite résistent moins à l'action d'une cause semblable à celle que nous avons indiquée.

L'œdème de la glotte n'a pas été complet chez cette malade; il n'y a eu qu'un commencement d'œdème, le traitement ayant jugulé promptement les accidents. Nous n'avons pu constater par la vue et par le toucher l'œdème des replis arythéno-épiglottiques; mais la manière dont respirait la malade nous a parfaitement indiqué à quoi on avait affaire. En effet, l'expiration se faisait avec assez de facilité, tandis qu'au contraire l'inspiration était presque impossible. Ce phénomène était dû au commencement d'infiltration des replis arythéno-épiglottiques.

Presque toujours l'œdème de la glotte a lieu dans le cours ou à la fin d'une autre maladie, ou bien il se montre chez les in-

---

nale, par un procédé qui ressemble beaucoup plus à celui de M. Jobert (de Lamballe) qu'à celui des chirurgiens américains.

Cette maison de santé, située loin du centre de Londres, qu'elle domine entièrement par sa position élevée, est avoisinée par de vastes hôtels qui ont tous un jardin particulier plus ou moins spacieux; elle offre trois étages qui présentent chacun trois ou quatre grandes chambres contenant de trois à six lits chacune; les malades payent d'une demi-livre à deux guinées par semaine (12 à 50 francs), sont entourées d'une propreté, d'un confortable et de soins qu'il serait difficile de rendre plus attentifs, plus soutenus, plus parfaits. Aussi les opérations de cet éminent praticien sont-elles en général couronnées d'un succès remarquable, et dans l'*ovariotomie*, par exemple, sur 28 opérations, compte-t-il déjà 21 guérisons!

L'hôpital Sainte-Marie est situé dans un quartier élevé, à cinq ou six kilomètres de la Tamise, sur la paroisse de Mary-le-Bone, non loin du magnifique Regent's Park. Il comprend maintenant 250 lits; mais des constructions qui vont incessamment commencer, en porteront le nombre à 500. Les salles, dont les plafonds sont élevés de cinq à six mètres, sont tenues avec une grande propreté : elles ne contiennent que 16 à 20 lits, largement espacés, en fer, un peu étroits, avec un fond de sangle recouvert d'un matelas de six à huit centimètres d'épaisseur seulement, plus une légère couverture de laine ou de coton, sans rideaux; le tout paraissant aux yeux d'un médecin français un peu froid et peu confortable. On met au besoin, m'a-t-on dit, un paravent, mais je n'en ai vu nulle part. A l'extrémité supérieure de chaque salle existe un appareil ventilateur, à l'autre bout un petit cabinet de toilette, et, à côté, des lieux d'aisances parfaitement inodores. Les fenêtres sont hautes et larges, mais élevées à plus de deux mètres au-dessus du sol.

La salle des opérations ressemble parfaitement à celle de nos hôpitaux de France : même disposition circulaire avec des bancs en gradins pour les élèves, lit au centre à trois brisures disposées par des charnières et des crémaillères, de sorte que le malade peut être soutenu assis ou placé dans une position horizontale; sur ce lit, un très-mince matelas attaché par des courroies à chacune de ses trois divisions. A droite et à gauche de cet amphithéâtre, un corridor de 3 à 4 mètres de largeur, conduisant, l'un, dans une basse salle de huit lits pour les hommes opérés; l'autre, dans une salle semblable pour les femmes. Les lits de ces chambres sont à roulettes; ils servent au transport des malades après les opérations, de sorte qu'ils aient alors à éprouver le moins de mouvements possible.

Dans le service de médecine, je n'ai rien vu de bien notable. J'y remarquai seulement bon nombre de rhumatismes aigus, maladies très-communes à Londres, pays essentiellement brumeux, froid et humide. Dans le service de chirurgie, j'ai vu presque à chaque lit, surtout chez les femmes, des maladies scrofuleuses, des rachitiques, des maladies des os, des caries, des plaies résultant de l'extraction de séquestres, des tumeurs blanches, etc., traitées par les amers, le régime gras, l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue; mais nulle carte de prescription n'indiquait l'*iodure de fer* (*notre grand cheval de bataille*). Il y avait parmi ces malades un jeune homme de quinze ans, dont le cas m'intéressa d'autant plus qu'on avait ici employé avec un plein succès un traitement que j'avais déjà indiqué l'année dernière. Il s'agissait d'une fracture comminutive des deux os de l'avant-bras droit, avec déchirure de la peau, qui s'était compliquée d'un tétanos général des plus violents. Pendant trois semaines, on a tenu constamment par le chloroforme ce jeune malade, *jour et nuit*, dans un profond sommeil, qui n'était interrompu, deux fois par jour, que le temps nécessaire pour lui faire avaler un bouillon ou un potage très-clair. Dans les quinze premiers jours, à peine avait-il pris ce bouillon, que déjà la contraction tétanique recommençait, et l'on se hâtait de le rendre à son sommeil et à son calme parfait. Après le quinzième jour, on pouvait déjà suspendre le médicament pendant quelques heures, et l'on y revenait au moindre symptôme de convulsion. Enfin, depuis huit jours, on avait entièrement abandonné l'anesthésie, et rien n'était venu entraver la convalescence : je dis au jeune homme d'ouvrir la bouche, il l'ouvrit largement et facilement. L'interne qui avait présidé à l'administration du chloroforme, me dit que chaque jour il en avait employé, terme moyen, cinq à six onces; un peu plus au commencement, un peu moins dans les huit derniers jours (au moins 160 grammes en vingt-quatre heures, ce qui, multiplié par 21, donne 3,360 grammes!). Donc, encore une fois, n'ayez pas peur du chloroforme. Cependant la fracture mal maintenue, d'autant plus que la plaie qui l'accompagnait n'avait pas permis qu'on employât l'appareil inamovible, s'était consolidée d'une manière très-vicieuse; à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur

dividus qui ont une irritation chronique du larynx. Notre malade avait certainement une prédisposition à l'œdème de la glotte, prédisposition due à une toux et à une expectoration abondante qui avaient amené une irritation du larynx. La cause occasionnelle a été le froid. Nous devons aussi reconnaître que la fièvre irrégulière dont elle était convalescente avait pu influer sur le développement de la laryngite œdémateuse, car, disent les auteurs, c'est surtout dans la convalescence des fièvres que se montre cette affection.

Nous n'avons pu constater les bourrelets œdémateux ; mais on sait que cette recherche est assez difficile ou plutôt pénible pour le malade. Du reste, nous avions cette gêne particulière de la respiration, que M. Blache regarde comme un signe pathognomonique.

Le traitement employé ici est encore peu en usage; MM. Malherbe et Chenantais, qui l'ont appliqué plusieurs fois avec succès, ont obtenu de nouveau dans ce cas une terminaison favorable. Ce traitement est celui de la glace à l'intérieur et à l'extérieur. On place des morceaux de glace dans une vessie, qu'on met sur la partie antérieure du cou, et qu'on entretient continuellement; en même temps le malade prend de la glace à l'intérieur. On a pu voir dans l'observation que très-peu de temps après le commencement de cette médication, la malade allait déjà beaucoup mieux; la douleur était moins vive, la respiration plus facile, et par suite l'oppression moins considérable. On mettait aussi des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs pour opérer une dérivation.

Ce traitement paraît indiqué principalement au début, lorsqu'il n'y a pas encore d'infiltration purulente. Il peut ainsi juguler la maladie, et l'on n'a pas à pratiquer la trachéotomie. On peut même s'en trouver bien à une période assez avancée, quand l'opération n'est pas urgente.

Au moyen de cette médication substitutive, on remplace l'inflammation du larynx par une inflammation simple. Le premier effet de la glace à l'extérieur est d'occasionner une stase du sang; mais bientôt la circulation recommence et l'inflammation simple est établie. En même temps, la glace donnée à l'intérieur vient en aide au traitement externe. De plus, elle calme la soif et la chaleur considérable que les malades éprouvent à la gorge.

Au bout de quelques jours, quand les symptômes sont amendés, il faut cesser l'application du froid, qui pourrait amener des accidents assez sérieux.

En résumé, cette médication me paraît devoir être préférée aux autres modes de traitement, tant que la trachéotomie n'est pas urgente, puisqu'elle a réussi entre les mains de MM. Malherbe et Cheuantais, non-seulement dans le cas que je viens de citer, mais encore dans plusieurs autres cas analogues pris à leur début.

NOSOPHTHORIE.

TRAITÉ DE L'EXTINCTION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES (1).

Par M. Aug. Théodore STAMM.

La fièvre jaune est une maladie de race; les nègres ne sont que peu susceptibles pour ce poison; aussi, sur 50 cas de mort, n'en compte-t-on qu'un par la fièvre jaune; mais elle a une prédilection fâcheuse pour la race blanche. Ce sont les hommes robustes, dont le sang est riche, abondant, qui n'ont pas encore respiré un air miasmatique, qui tombent en grande partie ses victimes, pendant que les indigènes et les hommes acclimatés, au teint jaunâtre, au système veineux développé, sont plus exempts des dangers de l'infection.

Les pays tropicaux, la côte occidentale d'Afrique au nord de l'équateur, la côte du golfe du Mexique et de la mer Caraïbe, aussi bien que les ports des îles des Indes occidentales, forment les limites géographiques dans lesquelles la fièvre jaune fait ses plus fréquents ravages. Sa production demande toujours une chaleur de + 23° cent. pendant plusieurs semaines, ce qui se trouve confirmé par les épidémies de l'Europe et par celles des Etats-Unis de l'Amérique du Nord. Pour sa propagation, une température de + 23° à 33° cent. est la plus propice; mais une fois importée, elle peut se soutenir à de moindres degrés. Une température de plus de + 40° cent. dans l'ombre, et un froid qui fait geler l'eau, anéantissent entièrement ses germes.

Les causes de la génération de la fièvre jaune ont été le sujet d'une foule de controverses et de théories, toutes insuffisantes pour expliquer ce phénomène. On accusait bien à tort la chaleur combinée à l'humidité du sol et de l'air. Il fallait arriver à une bien autre combinaison de facteurs pour rendre compte des causes premières et pour ne pas être en contradiction avec l'histoire.

Par ses recherches historiques, M. Stamm nous démontre que ce sont toujours les côtes de la mer et leur voisinage, ou les endroits en communication avec ces côtes par des fleuves navigables qui se trouvent presque exclusivement exposés à l'infection.

C'est donc aux côtes qu'il faut s'adresser pour rechercher les particularités qui pourraient avoir une influence spéciale sur la génération spontanée de la fièvre jaune.

En explorant le littoral étendu des côtes de l'Afrique occidentale, nous sommes frappés de prime abord des conditions particulières que le sol présente. Des étendues considérables sont couvertes de marécages d'eau saumâtre, stagnante, tantôt desséchés par un soleil ardent, tantôt remplis outre mesure pendant la saison des pluies, et qui infectent l'atmosphère par leurs miasmes délétères. Aussi ne trouve-t-on guère une habitation d'hommes blancs aux environs. Les comestibles, la viande, se gâtent avec une rapidité prodigieuse; les bois pourrissent, même les métaux s'y oxydent plus vite; la végétation y est plus qu'abondante, elle est luxuriante.

Une forte analogie avec cette eau saumâtre, puante, se présente encore dans l'eau de la quille des vaisseaux malpropres qui font un séjour prolongé sur ces côtes. Cette eau de la quille, composée d'eau de mer mêlée avec de l'eau de pluie, de rats en putréfaction, d'ordures diverses entraînées par l'eau qui sert à nettoyer les ponts, répand la même odeur fétide, nauséabonde. Ce que les marécages d'eau saumâtre sont pour les côtes, l'eau de la quille l'est pour les vaisseaux, et toutes deux, comme nous le verrons bientôt, entrent pour beaucoup dans l'étiologie de la fièvre jaune.

La chaleur, la malpropreté, la fétidité et une population concentrée, ne sauraient engendrer par elles seules la fièvre jaune; celle-ci devrait se produire alors partout où ces conditions se trouvent réunies au même degré; elle devrait s'y renouveler tous les ans, les causes étant les mêmes, ce qui est loin d'être vrai, et ce que l'histoire et l'expérience démentent également. Ces inconvénients jouent néanmoins un grand rôle dans l'histoire des épidémies; ils sont les auxiliaires les plus puissants, le sol propice pour le développement des germes infectieux; ils contribuent à leur accroissement et finissent par rendre la maladie endémique.

Les germes du poison doivent donc avoir été préalablement importés sur ce sol propice pour s'y féconder et s'y propager. Ce sol propice se trouve partout où, conjointement avec une chaleur de + 23° cent., il se trouve des terrains bas, humides, entassés d'habitations sales et imprégnées d'une atmosphère artificiellement corrompue. Des faits nombreux et irrécusables viennent à l'appui de cette assertion, qui fera enfin tomber cette théorie erronée de l'origine toujours locale de la fièvre jaune.

Les véritables causes génératrices de la fièvre jaune, celles que l'auteur nous fait connaître et qui trouvent leur sanction dans l'histoire de cette maladie, sont *les fièvres paludéennes rémittentes graves*, telles que les engendrent les régions basses, marécageuses de la côte occidentale de l'Afrique.

« La fièvre jaune ne saurait naître spontanément là où il n'y a pas de marécages d'eau saumâtre qui engendrent ce degré de fièvre rémittente africaine grave; partout où elle se montre sans que ces conditions essentielles existent, elle est importée ! » Elle est comme une plante tropicale étrangère, transplantée dans un sol favorable à son accroissement et à sa régénération.

La fièvre rémittente africaine est elle-même très-pernicieuse pour la race blanche, aussi celle-ci n'a-t-elle jamais pu en triompher; partout où des individus de cette race sont rassemblés par milliers et se sont propagés par plusieurs générations, on peut être assuré que cette fièvre rémittente des côtes, sortie des miasmes des marécages saumâtres, n'existe pas.

Ajoutez maintenant à cette fièvre rémittente une atmosphère corrompue soit par les exhalaisons de l'eau de la quille et par l'encombrement des hommes dans des vaisseaux malpropres, soit par des habitations entassées sur un terrain bas, humide, imprégné de mauvaises odeurs, et vous aurez les deux principaux facteurs des causes d'origine de la fièvre jaune.

A l'appui de cette assertion, l'auteur cite des faits nombreux, tirés de l'histoire des vaisseaux marchands négriers et des bâtiments de guerre; nous voyons des matelots, des gens d'équipage, exposés par leur service aux influences délétères des côtes marécageuses de l'Afrique, y contracter la fièvre rémittente des côtes; que ces hommes soient transportés sur des vaisseaux et surtout sur des vaisseaux malpropres, où ils respirent par conséquent cet air infect dont nous avons parlé, sous l'influence continue de ces effets nuisibles, nous voyons cette fièvre, de rémittente qu'elle était d'abord, se transformer et présenter bientôt tous les caractères de la fièvre jaune. Il n'a donc fallu que la coopération du second facteur, l'atmosphère artificiellement corrompue, pour métamorphoser la fièvre paludéenne rémittente en fièvre jaune.

Les vaisseaux infectés ont transporté ensuite la maladie et ses germes loin du théâtre de leur origine; ils l'ont importée dans tous les endroits qu'ils ont touchés, et où se trouvaient en quelque sorte toutes préparées à l'avance les conditions favorables à sa propagation. Nous voyons se manifester des épidémies de fièvre jaune, quelquefois dans des points très-éloignés les uns des autres et sans aucune communication directe entre eux; il suffit qu'un vaisseau négrier ou autre, venant des côtes occidentales de l'Afrique et ayant ou ayant eu des malades de fièvre jaune à bord, entre dans le port et se mette en rapport avec les habitants ou des gens de l'équipage d'autres vaisseaux, et la ville et les vaisseaux se trouvent infectés.

Une fois importée, la fièvre jaune, sous des conditions favorables, peut se propager et devenir endémique; telle nous la voyons dans une grande partie de l'hémisphère occidental où elle fut importée de bonne heure, se faire en quelque sorte indépendante, se reproduire avec une telle opiniâtreté, que l'on était induit à croire à son origine locale spontanée. Mais notre auteur est venu prouver que sur tout le continent de l'Amérique au nord de l'isthme de Panama, ne se trouvent pas les fièvres rémittentes des côtes de l'Afrique, et quoiqu'il n'y manque pas de villes dans des conditions hygiéniques très-négligées, néanmoins la fièvre jaune n'aurait jamais pu s'y produire spontanément; les fièvres rémittentes de ces côtes et des rives du Mississipi n'égalent pas en intensité celles des côtes tropicales de l'Afrique : donc elles ne peuvent engendrer la fièvre jaune. L'histoire de plusieurs villes nous apprend que toutes ces conditions, fièvres rémittentes, une population entassée dans des quartiers sales, malsains, ont existé pendant de longues années sans jamais produire la fièvre jaune; celle-ci ne s'est déclarée et n'est devenue endémique qu'après son importation bien constatée par des vaisseaux infectés ou par les rapports de ces villes avec des points où la maladie s'était déjà fixée antérieurement. Ces conditions nécessaires pour la génération de la fièvre jaune ne se trouvent ni au sud de l'isthme de Panama, ni sur aucune partie de la terre ferme de l'Amérique du Sud, non plus que sur la plupart des îles des Indes occidentales; ni la Guyane avec ses fièvres paludéennes pernicieuses, ni la Trinitad, ni Curaçao et Saint-Domingue, pas même la Jamaïque, ne produisent originairement la fièvre jaune; partout les recherches historiques éclaircissent ce point important que dans tous ces lieux elle a été importée à différentes époques, et que, trouvant là des conditions secondaires favorables, elle y est devenue endémique.

Il semble donc évident que la fièvre jaune est un produit exclusif des côtes tropicales marécageuses de l'Afrique, si on ne veut pas en excepter quelques points des îles des Indes occidentales, où elle pourrait s'être développée spontanément par des causes exceptionnelles; mais toujours il a fallu à sa génération des miasmes d'eau marécageuse saumâtre combinés avec une atmosphère humaine corrompue.

La prophylactique, après ces données, ne sera pas difficile à établir; pour l'extinction de la fièvre jaune, il faudrait des mesures sévères de quarantaine pendant les mois où l'importation en est possible; il faudrait que les gouvernements étendissent des mesures hygiéniques sur le nettoiement régulier des ports, sur l'assainissement des quartiers bas, humides, encombrés de maisons et d'habitants; sur la construction de rues pavées plus larges, plus propres, mieux aérées, pourvues de canaux souterrains pour l'écoulement des eaux corrompues; en un mot, il faudrait empêcher les exhalaisons malsaines de naître et de corrompre l'atmosphère, et on verrait le cercle de la fièvre jaune se resserrer de plus en plus, et celle-ci disparaître à la fin des points où elle a exercé sa plus funeste influence.

En même temps, il faudrait pourvoir à une meilleure hygiène à bord des navires, et même apporter des améliorations dans la construction de ces derniers. Ce serait un grand progrès si l'on parvenait à construire les navires de telle sorte qu'il ne restât plus de place pour l'eau de la quille; il faudrait encore faire attention que tout espace, même le plus petit, pût être facilement

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 juillet.

de l'avant-bras, se remarquait un angle très-saillant du côté du cubitus et également rentrant du côté du radius.

Quant à l'appareil inamovible, ils le composent avec de la gomme, de l'eau et du plâtre très-fin, dont ils enduisent les bandelettes ou les bandes; ils n'emploient jamais la dextrine; en cela, je ne les blâme pas, parce que leur appareil se consolide beaucoup plus promptement. Mais ce que je n'approuve pas également, c'est qu'en général ils n'en font l'application que vers la fin de la troisième semaine, faisant perdre ainsi à leurs malades une grande partie des avantages de cette précieuse méthode.

L'appareil qui le précède me paraît excellent et très-commode. Ils entourent la jambe cassée, par exemple, d'une ouate de coton; puis par-dessus deux larges attelles latérales concaves, coudées à angle droit à la partie correspondant à l'articulation tibio-tarsienne et perforées d'une ouverture de 3 centimètres pour y recevoir les malléoles, de sorte qu'elles embrassent très-exactement sans les comprimer nulle part les parties latérales de la jambe jusqu'au-dessous du genou, et celles du pied jusqu'à la naissance des orteils. On roule ensuite par-dessus une large bande modérément serrée. La direction du gros orteil indique si la jambe est bien ou mal maintenue.

A l'extrémité d'un corridor qui conduit aux différentes salles de chaque étage, se trouve une grande roue, sur laquelle s'enroule une forte corde qui descend dans une large et profonde excavation quadrilatère de 3 mètres de diamètre, par laquelle on monte les malades dans un lit du rez-de-chaussée à chacun des étages supérieurs : cette précaution peut encore éviter bien des souffrances aux pauvres fracturés.

Les soins des malades sont confiés à des infirmières salariées qu'on appelle *sœurs* (*sisters*), quoique leur vêtement séculier et même assez soigné indique bien qu'elles n'appartiennent à rien de semblable à nos congrégations. Néanmoins elles ont des manières assez distinguées, et s'acquittent de leurs pénibles fonctions avec beaucoup de zèle, d'intelligence et d'exactitude.

Dans cet hôpital, comme dans presque tous les grands hôpitaux de Londres, qui ont leurs professeurs de médecine et de chirurgie particuliers, se trouvent de grands amphithéâtres pour les cours et une belle salle de travail avec deux grandes tables et une bibliothèque de quatre à cinq cents volumes.

Les étudiants sont attachés exclusivement à un seul hôpital, où ils payent pour leurs trois ou quatre années d'études, leur nourriture et leur logement, une somme de 105 livres sterling. Quand ils ont suivi exactement les cours et la clinique pendant toute une année, ils reçoivent des professeurs un certificat d'assiduité avec lequel ils se présentent devant les docteurs de la *faculté* de médecine pour subir l'examen de fin d'année. Après la troisième ou la quatrième année, s'ils ont subi convenablement leurs épreuves, ils sont reçus chirurgiens ou docteurs en médecine, et ont encore à payer pour frais de réception une somme de 15 livres, ce qui porte leurs frais d'études à 3,000 fr. Mais pour eux rien ne ressemble aux épreuves de nos deux baccalauréats; aussi les docteurs en médecine pullulent-ils à Londres. Seulement les frais d'étude exigent d'eux une position sociale un peu au-dessus du vulgaire.

Dr A. LIÉGARD (de Caen).

atteint avec des balais, des brosses et des torchons desséchants. Aucun navire ne devrait entrer au port sans avoir pompé son eau de quille sale quelques jours avant son arrivée; des poêles pour opérer le dessèchement du fond de cale ont été reconnus d'une très-grande utilité. Un des devoirs les plus impérieux serait encore d'empêcher les gens de l'équipage de fréquenter les quartiers suspects, et surtout les cabarets infects des ports de mer envahis par l'épidémie.

L'abolition du commerce d'esclaves, qui se prépare en ce moment dans les Etats-Unis d'Amérique, ne tardera pas à faire ressentir, à côté de ses avantages moraux, l'influence bienfaisante qui en résultera pour la santé des nations par la destruction d'une cause puissante de la fièvre jaune; car saurait-on concevoir un foyer plus propice pour la génération et la propagation de la fièvre jaune, qu'un vaisseau négrier transportant dans ses flancs tous les éléments de maladies et de misère humaines?

Dr Jules Kaemmerer.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 juillet 1862. — Présidence de M. Duhamel.

Consanguinité. — M. A. SANSON donne lecture d'une note sur la consanguinité.

Des inconvénients graves, dit l'auteur, ont été attribués depuis longtemps aux mariages consanguins. Dernièrement, le secours de la statistique a été invoqué pour fournir la démonstration de ces inconvénients. On a donné le chiffre précis des cas de certaines infirmités qui seraient dues aux mariages consanguins, et l'on a calculé d'une manière non moins précise les chances de procréation de ces infirmités imputables à la seule influence de la consanguinité. Les faits qui ont servi de base aux conclusions ainsi formulées n'ayant pas été publiés, il est absolument impossible de contrôler leur valeur, et il n'en reste que l'impression des difficultés presque insurmontables que présentent des recherches de cette nature appliquées à l'espèce humaine, si l'on veut les rendre quelque peu rigoureuses. Dans l'état de cette importante question, elle m'a paru susceptible de recevoir quelque lumière des observations telles qu'on peut les recueillir sur les espèces animales, où tous les éléments du problème sont d'une facile appréciation, où chacun de ces éléments se présente avec sa signification la plus simple.

Si la consanguinité a de réels inconvénients, c'est là qu'ils devraient apparaître de manière à ne laisser aucun doute; car dans la reproduction de nos races domestiques, elle n'est point, comme pour l'espèce humaine, un pur accident. Les zootechniciens considèrent, au contraire, les accouplements consanguins comme le moyen le plus prompt et le plus efficace d'étendre leurs perfectionnements. Les habiles éleveurs qui ont amélioré celles que nous admirons le plus, ont accouplé leurs animaux précisément en proche parenté, *in and in*, comme disent les Anglais.

L'histoire généalogique des chevaux anglais de course nous montre d'abord que bon nombre des plus célèbres vainqueurs du turf étaient issus d'accouplements consanguins. On accordera que pour déployer la somme d'énergie qui assure la victoire dans les exercices des courses, ils devaient être en possession de toutes leurs facultés. Ces sujets d'élite sont parfaitement connus de ceux qui sont au courant de ces choses.

Ici l'auteur cite un grand nombre d'exemples.

Ces exemples, dit-il en terminant, qui sont empruntés à l'histoire authentique des races chevalines, bovines, ovines et porcines, de l'Angleterre et de la France, autorisent à conclure que pour ce qui concerne au moins les animaux domestiques, les inconvénients attribués à la consanguinité n'ont aucun fondement dans l'observation.

Et s'il est permis d'appliquer à la physiologie humaine des faits si rigoureusement précis empruntés à celle des animaux, on ne voit point, d'après cela, qu'il puisse être sage d'accepter sans défiance les résultats purement numériques qui semblent appuyer l'opinion que certains hygiénistes ont conçue sur les dangers des mariages consanguins.

(Renvoyé à l'examen de la commission nommée pour de précédentes communications sur les effets des mariages consanguins, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer, Bienaymé.)

— M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet une note écrite en allemand sur le traitement du typhus et du choléra-morbus, note adressée de Dietz (duché de Nassau) par l'auteur, M. G. Dunkelberg, qui la destine au concours pour le prix du legs Bréant. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale.)

L'Académie renvoie à l'examen de la même commission un mémoire ayant pour titre : *Le choléra-morbus : observations sur son caractère, suivies d'une méthode de guérison basée sur ces observations.* L'auteur, M. Alb. Wolfert, médecin à Berlin, a écrit son mémoire en français et y a joint une analyse également en français.

De la surdi-mutité par rapport aux mariages consanguins. — M. ISIDOR, grand rabbin à Paris, adresse sous ce titre : *De la surdi-mutité parmi les israélites, considérée par rapport à la question des mariages consanguins*, la lettre suivante :

« Un mémoire de M. le docteur Boudin sur les dangers des mariages consanguins, lu à l'Académie des sciences le 16 juin dernier, renferme, à l'égard des juifs, des opinions qui me paraissent exagérées, sinon erronées, et contre lesquelles j'éprouve le besoin de protester.

» M. Boudin, après avoir avancé que la surdi-mutité est commune parmi les juifs des autres pays, dit que nous ne possédons pas de documents statistiques sur la population israélite de France, mais qu'il y a lieu de présumer « qu'ici comme à l'étranger, les mêmes » causes produisent les mêmes effets. » Je ne me permets pas de discuter avec M. Boudin sur le danger des mariages consanguins; supposant ce fait incontesté, il y aurait toujours à remarquer que les mariages de cette nature ne sont pas aussi fréquents parmi les juifs que M. Boudin semble le croire. La loi mosaïque, il est vrai, permet le mariage entre oncles et nièces, mais la loi civile le défend, et les dispenses ne s'obtiennent pas très-facilement. Entre cousins et cousines, les alliances sont permises partout, avec la légère différence des empêchements du droit canonique, que l'on fait disparaître sans difficulté.

» Je n'ai pas de données certaines, irrécusables, pas plus que M. Boudin, sur notre population israélite en France; mais dans notre communauté de Paris, composée de 25,000 âmes au moins, j'affirme qu'il n'y a pas quatre sourds-muets. L'établissement de la rue du faubourg Saint-Jacques en renfermait trois il y a quelques semaines; il n'en reste plus que deux; ces deux sont de Bordeaux, et le premier était de la Prusse rhénane.

» On compte généralement 100,000 israélites en France. Or, en prenant pour base la proportion qui existe à Paris, nous arrivons au chiffre de 12 à 15 pour la France entière, et nous sommes loin de celui supposé par M. Boudin.

» Je ne m'explique pas la statistique de M. le docteur Liebreich, de Berlin, qui trouve 27 sourds-muets sur une population de 10,000 âmes, bien moins encore le fait avancé par M. Elliotson, de Londres, qu'on ne voit nulle part plus de louches, de bègues, etc., qu'en Angleterre. Ces opinions, je le répète, ne me paraissent pas avoir une base certaine, et, jusqu'à preuve du contraire, je prends la liberté de m'inscrire en faux contre elles.

» Je sais que M. Boudin, comme M. Elliotson, comme M. Liebreich, ne parlent qu'au nom de la science, et qu'aucune pensée méchante ne les anime; mais ce sont de ces appréciations qui ont leurs dangers surtout quand il s'agit de juifs, et il est de mon devoir de relever des erreurs, même innocentes, qui peuvent devenir nuisibles. Je le fais avec tout le respect que je porte et que je dois à un homme aussi instruit et aussi honorable que M. Boudin. »

(Renvoi à la commission nommée pour le mémoire de M. Boudin, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer, Bienaymé.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL met sous les yeux de l'Académie un ouvrage de M. le professeur Boëck (de Christiania) sur la syphilis, et lit l'extrait suivant d'une lettre de M. Auzias-Turenne, chargé par l'auteur de faire en son nom cet hommage :

« On a toujours pensé qu'un certain nombre de maladies chroniques résultaient de la syphilis, mais on n'avait que des conjectures à cet égard, de même qu'on n'avait que des données fort approximatives sur les résultats des divers modes de traitement de la syphilis. M. Boëck a cru qu'une statistique bien faite pouvait conduire à la solution de ces questions, et que cette statistique ne pouvait être menée à bien que dans un petit pays dont les habitants pauvres se représentent dans le même hôpital quand ils redeviennent malades. Le storthing (chambre des députés de Norvége) a voté les fonds nécessaires pour la publication de ce grand travail, en stipulant la condition qu'il serait écrit en langue française. M. Boëck a fait le relevé de tous les malades, au nombre de 3,542, qui ont été traités pour la syphilis dans les hôpitaux de Christiania depuis l'année 1826 jusqu'à la fin de l'année 1856. Les derniers sujets dont il est fait mention dans cette statistique ont été traités par l'inoculation méthodique du virus syphilitique et ont ainsi été guéris. »

M. VAN BENEDEN adresse en réponse à la note de MM. Pouchet et Verrier aîné sur la migration des entozoaires, une nouvelle note dans laquelle il maintient l'exactitude de ses premières propositions.

M. LEGRAND adresse une note ayant pour titre : *Troubles de l'intelligence et de la coordination des mouvements; double lésion du cerveau et du cervelet.*

L'auteur, dans une lettre adressée à M. Flourens, donne de cette note une analyse, dans laquelle il rapproche les phénomènes observés pendant la maladie, qui ne dura pas moins de cinq années, des lésions constatées par l'autopsie cadavérique, et exprime dans les termes suivants la liaison entre les altérations organiques et les troubles fonctionnels :

1° Les phénomènes de paralysie progressive ont coïncidé avec une compression du cerveau causée par l'hyperémie de toutes les veines qui rampent à sa surface.

2° L'altération des fonctions intellectuelles se manifestant d'abord par une idée fixe, puis par des actes de monomanie caractérisée, enfin par de véritables accès de folie et couronnée par le suicide, a trouvé sa raison d'être dans une inflammation des hémisphères cérébraux.

3° La diminution sans cesse croissante de la faculté coordinatrice des mouvements, un manque d'aplomb, le sentiment qu'on est tiré en arrière, ont trouvé leur explication dans le ramollissement du cervelet.

4° Quant aux autres phénomènes pathologiques, les mouvements désordonnés de la langue, la perte du sens du goût, l'immobilité des traits, n'ont pu être expliqués, en l'absence de lésions directes, que par des réactions sympathiques exercées sur les nerfs de la sensibilité et de la myotilité situés dans le voisinage de la lésion du cervelet.

M. LABALBARY prie l'Académie de vouloir bien comprendre dans le nombre des pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie un opuscule qu'il vient de publier sous ce titre : *De l'hydrovarie et de l'ovariotomie d'après la méthode anglaise du docteur B. Brown.* (Réservé pour la commission des prix Montyon de 1863.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 21 juillet, M. le docteur Bernutz, médecin de l'hôpital de la Pitié, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons par une correspondance qui nous est parvenue du Mexique, que MM. les médecins-majors Verjus et Bintot ont été faits prisonniers au combat de Puebla.

— Un concours pour trois places d'internes dans les hôpitaux de Strasbourg vient de se terminer par la nomination de MM. Wendling, Chauvel et Bernheim.

A la suite du concours pour douze places d'externes, ont été nommés : MM. Cousin, Faucon, Lambossy, Coursières, Joly, Edgard Weber, Bourdais de la Moissonnière, Calot, Tripouel, Schnell, Ticot et Dajas.

— Un de nos excellents confrères et collaborateurs, dont nos lecteurs se rappellent la verve et l'originalité, M. le docteur Amédée Joux, a succombé subitement à une congestion pulmonaire, le 21 juillet, à l'âge de cinquante et un ans.

On peut dire que la ville entière de la Ferté-Gaucher suivait son convoi. M. le docteur Mie, au nom de l'association médicale de l'arrondissement de Coulommiers, a rappelé les différents titres de notre malheureux confrère à la reconnaissance publique; puis, en terminant, il a indiqué ce triste fait que, depuis bien peu d'années et dans le même rayon, M. Joux est le quatrième de nos confrères qui meurt subitement.

— Le nombre des étudiants en médecine qui ont fréquenté les universités du royaume d'Italie s'est élevé en 1861 à 1,697, savoir : 178 à Bologne, 72 à Cagliari, 34 à Crémone, 165 à Catane, 31 à Ferrare, 73 à Gênes, 25 à Messine, 83 à Modène, 154 à Palerme, 79 à Parme, 254 à Pavie, 26 à Pérouse, 197 à Pise, 28 à Sassari, 25 à Sienne, 265 à Turin, 8 à Urbin. Turin, qui en comptait le plus, en a perdu beaucoup l'année suivante au profit de Pavie.

La population du royaume d'Italie s'élevant environ à 22 millions d'habitants, il en résulte que le nombre des étudiants en médecine est dans la proportion de 1 sur 13,500 habitants. Un cinquième de ces 1,697 étudiants subissant chaque année les épreuves du doctorat, il s'ensuit que chaque année le royaume d'Italie compte un docteur en médecine de plus pour 65,000 habitants environ.

(*Giornale dell'Acad. di medicina di Torino.*)

— M. le docteur Triquet continuera ses conférences cliniques sur les maladies de l'oreille les lundis et vendredis, à onze heures, à son dispensaire, impasse Larrey, 4.

La conférence du lundi sera publique, et aura pour sujet un des cas intéressants soumis à l'examen des élèves.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 JUILLET 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le goître exophthalmique a continué hier sans faire un pas. M. Trousseau a répondu à quelques-unes des objections qui lui ont été faites, mais sans ajouter aucun élément nouveau à la discussion; M. Piorry, dans une réplique immédiate, a reproduit sa première argumentation. A moins qu'il n'intervienne un tiers qui introduise dans la discussion un point de vue nouveau ou une appréciation plus complète des faits, nous ne voyons pas trop le profit que pourrait tirer la science d'un débat tournant ainsi sur lui-même dans un cercle sans issue.

En attendant cette intervention, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs quelques-unes des réflexions qui accompagnaient l'observation de goître exophthalmique de M. Hiffelsheim, et que le défaut de place ne nous a pas permis de publier plus tôt. Elles ont d'ailleurs d'autant mieux leur place ici, qu'on y trouve une très-judicieuse discussion du point relatif à la nature de la maladie dont il s'agit. Voici comment s'exprime M. Hiffelsheim :

Quand il s'agit de classer une maladie dont nous ignorions l'existence ou bien les caractères essentiels, chaque maître, selon sa doctrine, et trop souvent arbitrairement, considère, l'un une lésion, l'autre un symptôme, l'autre la cause.

En bonne méthode, ces procédés exclusifs sont également condamnables, car la base de ce mode de classification est forcément incomplète.

On se trouve donc ramené le plus souvent en présence du fait, la lésion organique, appréciable pour l'un et non pour l'autre, et puis des symptômes qui s'y rattachent directement ou indirectement, ou hypothétiquement.

Nous sommes parti de cette base, en la fixant le mieux possible, pour examiner le goître exophthalmique, dont la cause est jusqu'ici totalement inconnue.

Si nous envisageons les symptômes de la maladie, nous voyons que lésion organique et symptômes, c'est tout un dans l'espèce, du moins dans une certaine limite.

En effet, que voyons-nous ici? Une exophthalmie, d'abord; quelquefois de la conjonctivite. Un goître, au début plus ou moins dissimulé, précédé, accompagné ou suivi de palpitations avec des pulsations artérielles énergiques. Personne ne contestera que l'exophthalmie et le goître, malgré les alternances qui surviennent dans leur volume apparent, ne constituent des lésions organiques. Le développement anormal de quelque tissu ou de quelque élément de tissu que ce soit, l'augmentation relative plus ou moins permanente d'un ou de plusieurs éléments du sang ou de toute cette humeur dans un organe, constituent évidemment une modification organique saisissable.

Pas n'est besoin que le cœur soit hypertrophié pour que l'existence de la lésion organique dans cette maladie soit positivement établie. Par ce seul fait, le goître exophthalmique ne saurait appartenir, ce nous semble, au groupe des névroses.

Si l'on veut échapper à cet arbitraire absolu qui changerait la signification des mots consacrés, il faut laisser au nom de *névrose* la signification qu'y attacha son illustre créateur.

Il est vrai qu'on a trouvé des lésions organiques du cerveau, par exemple (et d'autres viscères agissant peut-être sympathiquement), dans les névroses les plus incontestablement acceptées pour telles. Mais d'une part il a été impossible d'établir une relation de cause à effet entre les symptômes observés et la lésion constatée; d'autre part, ces lésions sont si peu constantes qu'on les a signalées comme fait brut. Peut-être constituent-elles de simples coïncidences.

On a ingénieusement rapproché du goître exophthalmique les phénomènes observés après la section du filet cervical du grand sympathique (et ce fait n'est pas isolé) dans la célèbre expérience de M. Bernard; et l'on a pensé trouver dans l'origine toute nerveuse des symptômes observés, une circonstance importante pour justifier ce rapprochement. Mais on sait bien que tous les faits de la pathologie nerveuse ne sont pas des névroses : il s'y rencontre des affections organiques très-bien déterminées, et acceptées par tout le monde. De même aussi les phénomènes observés dans le cas de M. Bernard sont consécutifs à une lésion matérielle des plus appréciables.

Je sais encore que certains effets, engendrés par la section de ce filet ou de filets glandulaires, peuvent être obtenus par des courants électriques intermittents (et ce n'est pas là ce que l'on avait en vue de démontrer), mais ces effets demeurent aussi passagers que l'application de l'agent lui-même. Donc, si les phénomènes subséquents dans cet exemple pouvaient jeter quelque jour sur des phénomènes pathologiques analogues, ce ne seraient toujours point des effets de névrose, de par leur origine organique même.

Toutefois, j'ai hâte d'ajouter que malgré le grand mérite de cette importation de la physiologie expérimentale dans la physiologie pathologique, dans l'espèce, ce rapprochement ne nous paraît pas complétement justifié dans l'état actuel de la question.

Le mémoire de M. Bernard était intitulé *De l'influence de la section du grand sympathique sur la calorification.* Cette calorification, était-il dit, s'accompagne d'une turgescence vasculaire locale. Mais quand, dans une remarquable discussion à la Société de biologie, M. Brown-Séquard voulait expliquer l'origine de la calorification par la turgescence vasculaire ou l'hyperémie dont elle était l'expression, M. Bernard fit observer que la turgescence vasculaire n'était plus saisissable dès le lendemain chez des animaux qui conservaient cette différence de température si notable pendant un temps illimité et dans des conditions de température les plus variées.

Par conséquent, cette modification tout organique et permanente dans une certaine limite, que l'on rencontre dans les vaisseaux du goître, ne paraît point jouer un rôle important dans les phénomènes observés par M. Bernard. Et tel est aussi l'avis de ce savant maître. L'exophthalmie est loin d'être une conséquence de cette section. Pourfour-Dupetit déjà a signalé la rétraction constante du bulbe oculaire parmi les effets constants de cette opération.

Mais l'élévation de température n'existe aucunement dans les organes lésés du goître exophthalmique.

Sans aucun doute, il apparaît dans le goître exophthalmique des phénomènes qui font songer aux névroses locales et générales, par exemple, les palpitations, une extrême impressionnabilité du système nerveux, une véritable intolérance pour certains médicaments. Mais ces faits coïncidant avec les lésions organiques auxquelles ils sont solidairement attachés, démontrent tout au plus qu'il ne s'agit point d'une affection purement locale.

La pluralité des symptômes avec ces invariables lésions organiques accuse nettement une diathèse.

Le trouble du globe oculaire, par exemple, se rencontre dans une maladie du sang, primitive ou consécutive, ce que je ne veux point examiner ici : l'*urémie*, que nous désignons par l'un de ses principaux symptômes, l'*albuminurie*, qui d'ailleurs est symptôme dans des affections très-diverses. Il ne m'en coûterait nullement pour ma part, dans l'hypothèse très-plausible de diathèses primitives et consécutives (albuminurie, diabète, ictère), de rattacher l'albuminurie à une lésion primitive du rein, par le seul fait de la présence anormale d'urée dans le sang, ce qui a été parfaitement mis hors de doute et ce que les derniers travaux de Freirichs ont au besoin mis en grande lumière.

Dans le diabète, on rencontre une altération très-manifeste : la cataracte. Depuis les célèbres expériences de M. Bernard sur la piqûre du quatrième ventricule, et même la simple électrisation par des courants intermittents de l'origine du pneumogastrique, on produit des diabètes artificiels (mais passagers dans ce dernier cas), ce qui donne une origine organique et locale au diabète, comme dans les cas de traumatisme observés; il n'en est pas moins vrai que le diabète est une diathèse, c'est-à-dire une maladie générale du sang avec des localisations, exemple d'une diathèse secondaire, c'est-à-dire ayant pour origine une lésion d'un organe.

Mais dans la diathèse tuberculeuse, dans la diathèse cancéreuse (diathèses primitives probablement), ne rencontre-t-on pas des troubles nerveux des plus notables? Les phénomènes éclamptiques et épileptiformes, à certaines périodes de l'urémie, ne sont-ils pas du genre névrose, quoique subordonnés à une diathèse, spécifique il est vrai? Ce n'est point, sans doute, à cause de ces deux localisations dans la glande thyroïde et le globe oculaire que l'on contestera la nature diathésique de l'affection qui fait l'objet de cette discussion. Les tubercules n'ont-ils pas leur siége de prédilection? et si l'on nous parlait de leurs localisations multiples, nous dirions que peut-être l'histoire du goître exophthalmique n'est pas complète sous ce rapport.

Des phénomènes nerveux d'ordres variés peuvent former le cortége obligé d'une diathèse, sans que pour cela ils impriment à une maladie le cachet dominant et légitime.

De ces diverses considérations il me semble résulter que :

Le goître exophthalmique, étant caractérisé par des lésions organiques, ne saurait être envisagé comme une névrose.

Le rapprochement de cette affection avec les expériences de physiologie pathologique de M. Bernard n'est pas concluant :

Premièrement, parce que les symptômes produits dans cette expérience ne sont pas du tout de nature à éclairer la pathogénie du goître exophthalmique;

Secondement, le fussent-ils, que cette maladie *ipso facto* ne serait pas davantage une névrose.

En effet, l'origine nerveuse des troubles provoqués par M. Bernard est d'essence matérielle, organique, comme la piqûre du quatrième ventricule, comme les troubles organiques de cette région, qui semblent coïncider avec le diabète, et enfin comme bien d'autres lésions du système nerveux. Le système nerveux peut être spontanément (sans traumatisme) atteint de troubles semblables à ceux que l'on provoque, soit temporairement, soit en permanence, depuis une simple congestion jusqu'à la désorganisation.

Cela servirait à expliquer bien des lésions organiques, mais n'expliquerait pas les névroses.

La multiplicité des symptômes de cette affection en fait de droit une diathèse, trouble de la composition du sang, dans laquelle la névrose est secondaire, ce me semble.

Cette perturbation dans la qualité du sang qui peut se fixer dans des organes de prédilection (diathèse primitive) peut aussi être consécutive à une lésion d'organe (diathèse consécutive).

Je me réserve de traiter ce qui est relatif à cette distinction dans une autre circonstance.

On remarquera d'ailleurs que mon opinion n'a rien d'absolu, et que mon point de vue se résume en une question de subordination relative de divers ordres de phénomènes morbides.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Kyste hydatique du foie; frémissement hydatique. — Kyste séreux du mésentère; frémissement hydatique sans hydatides. — Ponction et guérison.

(Leçon clinique recueillie par M. A. DUBUC, interne de service.)

Avant de nous séparer de la jeune fille guérie d'un kyste hydatique du foie, couchée dans nos salles depuis un an, il ne sera pas inutile de retracer l'histoire de sa maladie, pour insister sur les difficultés du diagnostic et sur les heureux effets du traitement. A cette occasion, nous dirons quelques mots de la séméiotique du phénomène connu sous le nom de frémissement hydatique.

Marie L..., neuf ans, entre le 23 avril 1861 à l'hôpital, pour des tumeurs abdominales dont on a reconnu l'existence il y a un mois environ.

Elle avait à son entrée le visage coloré, un embonpoint médiocre, bon appétit, et le ventre assez gros, non douloureux, rempli par trois tumeurs : l'une à l'épigastre, s'étendant dans l'hypochondre droit, l'autre dans le flanc droit; la troisième, plus petite, dans le flanc gauche (1). Ces tumeurs étaient dures, tendues, mates, fluctuantes, et donnaient à la percussion une sensation de frémissement bien distincte, analogue à celle qu'on éprouve en percutant un fauteuil garni de ressorts élastiques.

Je diagnostiquai des tumeurs hydatiques du foie et du mésentère, et pendant neuf mois l'enfant n'eut d'autre traitement que des bains sulfureux, de l'iodure de potassium et de l'arséniate de soude.

Pendant ce temps, les tumeurs avaient beaucoup augmenté, et au mois de janvier 1862 la tumeur épigastrique avait acquis un volume énorme, comparable à celui d'une tête d'adulte; elle faisait bomber la région épigastrique, se continuait sans signe de démarcation avec le foie, et de plus se prolongeait en bas et à gauche; la tumeur du flanc gauche s'était réunie à elle, et il n'existait d'autre vestige de séparation qu'un resserrement sensible à la palpation; la tumeur du flanc gauche descendait, d'autre part, jusqu'au voisinage de la crête iliaque gauche; la sensation de fluctuation se transmettait nettement d'une tumeur à l'autre; en un mot, les deux tumeurs paraissaient confondues et n'en formaient plus qu'une seule, qui de l'épigastre s'étendait jusqu'au voisinage de la crête iliaque gauche, avec le léger

(1) Il n'y avait en réalité que deux tumeurs, car l'une était bilobée, ainsi que l'apprit l'opération. La tumeur de l'épigastre et celle du flanc gauche n'en faisaient qu'une.

resserrement indiqué. La sensation de frémissement était manifeste à la région épigastrique.

La tumeur du flanc droit avait aussi augmenté de volume, mais elle restait distincte : elle avait la grosseur d'une forte orange; elle donnait à la percussion une sensation très-nette de frémissement vibratoire.

Je considérais presque l'enfant comme incurable, et j'avais l'intention de la renvoyer chez elle; mais le père insistait pour qu'on entreprît un traitement; je cédai à ses instances.

Le traitement des tumeurs hydatiques est tout chirurgical.

Il faut établir des adhérences entre le kyste à échinocoques et la paroi abdominale, et une fois cette indication remplie, ouvrir le kyste avec un trocart ou un bistouri, évacuer le liquide et les échinocoques, dilater l'ouverture, enlever les parois de l'acéphalocyste mère, et attendre l'affaissement de la tumeur.

Deux procédés ont été mis en usage pour ce traitement. Celui de M. Bégin, qui consiste à inciser la paroi abdominale jusqu'à la séreuse, au niveau de la tumeur, et à attendre de cette incision, pansée comme une plaie simple, l'adhérence de la tumeur aux parois abdominales. Il est abandonné.

L'autre procédé, celui que j'ai employé, sauf de légères modifications, est dû à Récamier. Voici en quoi il consiste.

On s'assure d'abord par la percussion qu'il n'y a point d'anse intestinale entre la tumeur et la paroi abdominale; on place sur la partie la plus saillante un morceau de pâte de Vienne large de 2 ou 3 centimètres, pour faire une eschare à la peau.

Le lendemain, on fend l'eschare en quatre avec le bistouri, et on en retire les morceaux qu'on remplace par une rondelle de pâte de Canquoin (parties égales de farine de froment et de chlorure de zinc), laquelle fait une nouvelle eschare bien limitée. Après la chute de la partie mortifiée, on fait de nouvelles applications de pâte au chlorure de zinc, pour creuser la paroi abdominale jusqu'au voisinage du péritoine; quand les adhérences sont solidement établies, on pénètre dans le kyste avec un trocart ou bien avec le bistouri.

Il existe un troisième procédé que je n'ai pas employé, mais dont plusieurs cas de succès autorisent l'usage, c'est celui de M. le professeur Jobert (de Lamballe). Dans cette méthode, des ponctions successives doivent être faites dans la tumeur à quelque temps d'intervalle avec un trocart capillaire, qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures, de manière à évacuer le liquide et provoquer l'inflammation des parois du kyste; trois ou cinq ponctions suffisent d'ordinaire pour obtenir le résultat désiré.

M'étant décidé pour la méthode de Récamier, je fis appliquer le 15 janvier 1862, à la région épigastrique, sur la plus grosse tumeur, un morceau de pâte de Vienne de la largeur d'une pièce de dix centimes. Le lendemain, l'eschare fut détachée avec le bistouri, et je plaçai au fond de la perte de substance une rondelle de pâte de Canquoin. C'est qu'en effet la potasse, qui attaque très-bien la peau, devient presque impuissante contre les parties profondes, tandis que le chlorure de zinc jouit d'une propriété inverse.

L'application du chlorure de zinc est douloureuse. J'eus soin de faire administrer du sirop de morphine par cuillerées à café, 30 grammes environ dans la journée.

Le 20, l'eschare, en partie détachée, fut enlevée tout à fait; nouvelle application de pâte de Canquoin.

Dans les premiers jours de février, les adhérences étaient solidement établies, et je me disposais à ouvrir la tumeur, lorsqu'elle se rompit dans la nuit du 3 au 4 février. Il en sortit un liquide trouble, opaque, épais, jaunâtre, ressemblant à une émulsion de pus coloré par la bile, tenant en suspension des *débris membraneux* et un grand nombre de *concrétions biliaires* noirâtres, du volume d'une tête d'épingle.

Le liquide coulait encore à la visite du matin, et au bout de trois jours nous en avions recueilli trois litres. A l'examen microscopique, les débris membraneux étaient amorphes, remplis de graisse; le liquide renfermait en outre beaucoup de cellules épithéliales de couleur jaune foncé.

Je ne trouvai ni échinocoques ni crochets, mais en revanche une des fines granulations fixées au fond du vase, où j'avais placé une certaine quantité de liquide, m'offrit un acare de la gale bien caractérisé et qui se trouvait là par hasard; je n'en pus découvrir d'autres.

Après l'issue du liquide la tumeur du flanc gauche s'était affaissée, preuve qu'elle communiquait réellement avec celle de la région epigastrique, et le stylet introduit par l'orifice s'enfonçait de 20 centimetres environ en bas et à gauche.

Pendant les premiers jours tout se passa bien; le kyste avait diminué de capacite, et le stylet ne s'enfonçait plus que de 8 centimètres; mais le 10 février, il survint du frisson, de la fièvre, de la diarrhée sans douleurs abdominales; le liquide était purulent, infect, entraînant toujours des debris membraneux.

Le 13 février, on fit une première injection avec un liquide composé de six parties d'eau pour une partie de teinture d'iode iodurée.

Le 17, nouvelle injection iodée (une partie de teinture d'iode pour trois parties d'eau).

Le 19, troisième injection iodée avec parties égales d'eau et de teinture. L'enfant n'éprouva chaque fois que des symptômes insignifiants d'iodisme.

A partir du 20, la liqueur de *Labarraque* fut substituée à la teinture d'iode; on l'employa pure d'abord, mais quelques minutes après l'injection l'enfant éprouvait un frisson intense; on l'étendit d'eau (une partie de liqueur pour quatre parties d'eau), et les frissons ne se montrèrent plus; les injections étaient faites tous les deux ou trois jours. La santé de l'enfant se maintenait; l'appétit était conservé.

Le 3 mars, à la visite du matin, on trouva l'orifice du kyste bouché par des débris membraneux; on en fit sortir successivement une très-grande quantité à l'aide d'une pince, de manière à remplir aux trois quarts un grand verre à expériences. C'étaient des débris d'acéphalocystes rompues et probablement aussi la membrane interne du kyste.

A partir de ce jour, la sécrétion purulente tarit d'une manière très-sensible; les injections devinrent inutiles, et le 25, le trajet fistuleux était complétement fermé.

Le ventre était souple et sonore dans toute l'étendue occupée primitivement par le kyste.

L'enfant se trouvait du même coup guérie de deux tumeurs. Ce succès m'encouragea à attaquer la troisième; je résolus toutefois d'attendre quelques jours, pour permettre à la jeune fille de recouvrer toutes ses forces.

Le 10 avril, le moment me sembla venu d'agir. La tumeur présentait environ le volume des deux poings, proéminant dans le flanc droit à travers la paroi abdominale; elle était mate, fluctuante, donnait à la percussion une sensation bien nette de frémissement, analogue à celle *d'un ressort à élastiques;* sa matité se continuait en haut avec celle du foie. J'appliquai de la pâte de Vienne sur le point le plus saillant; le lendemain, l'eschare fut enlevée et remplacée par une rondelle de pâte de Canquoin.

Le 12, l'eschare produite semblait profonde; la paroi abdominale était immobilisée au-devant de la tumeur; la cautérisation avait été douloureuse.

Le 17, j'enlevai les parties mortifiées, et je plaçai au fond de la perte de substance une nouvelle rondelle de pâte de Canquoin. Les douleurs furent vives comme la première fois; mais l'inflammation demeura toute locale, et l'enfant eut à peine de la fièvre.

Le 23, la paroi abdominale était complétement immobilisée au-devant de la tumeur, les adhérences paraissaient solides; j'enfonçai un bistouri dans la tumeur en présence des élèves qui suivent la clinique, et j'incisai crucialement. Il sortit quelques cuillerées à bouche d'un liquide d'abord clair comme de l'eau de roche, puis légèrement teinté de sang. En ce moment, il se présenta à l'orifice une sorte de membrane transparente; j'exerçai quelques tractions, et je m'aperçus que la membrane, dont il y avait 5 centimètres environ au dehors, était parcourue par des vaisseaux et parsemée de petits pelotons adipeux, en un mot, ressemblait à s'y méprendre au grand épiploon. Je fus très-effrayé, croyant avoir pénétré dans la cavité péritonéale, sans pourtant m'expliquer la possibilité du fait, après toutes les précautions que j'avais prises. Je laissai la membrane au dehors, en ayant soin de la serrer dans une ligature placée au niveau de la paroi du ventre. Le pouls était devenu petit, dur; l'enfant accusait quelques douleurs abdominales. Je m'attendais à une péritonite foudroyante; fort heureusement mes craintes ne se réalisèrent pas.

Dans la journée, il sortit du liquide séreux en notable quantité, de façon à mouiller plusieurs compresses pliées en double et les draps du lit. La membrane augmenta de grosseur et de longueur; il y eut à peine de la fréquence du pouls (96 pulsations) et quelques envies de vomir.

Le lendemain, la partie herniée avait au moins doublé de volume et de longueur; elle avait pris un aspect blanchâtre uniforme, qui empêchait d'y distinguer aucun élément anatomique; elle ressemblait, pour la forme, à une queue de gigot, et la ligature appliquée la veille se trouvait à 5 ou 6 centimètres de la paroi abdominale. J'eu appliquai une seconde sur la base du produit hernié. Le pouls était à 92. Il n'existait de douleur que dans une région très-circonscrite au pourtour de l'endroit incisé.

Les jours suivants, il n'y eut aucun accident.

Le 2 mai, la masse herniée se détacha, mais elle tombait en putrilage; il fut impossible d'y distinguer une texture quelconque. Il resta au niveau du point incisé une petite masse arrondie, bourgeonnante, au centre de laquelle se voyait la dernière ligature appliquée.

Aujourd'hui 21 mai, la cicatrisation est complète; la tumeur du flanc droit a entièrement disparu. Il ne reste plus qu'un tout petit noyau sous-cutané que chacun de vous a pu sentir au moment de la visite, et l'enfant guérie va quitter l'hôpital.

Vous connaissez maintenant l'histoire de la malade. La première tumeur ouverte était une tumeur hydatique; aucun doute n'est permis à cet égard, puisqu'il est sorti une très-grande quantité de débris d'acéphalocystes; l'aspect anormal du liquide, qui, au lieu d'être clair et limpide comme de l'eau de roche, était trouble, opaque, jaunâtre, purulent, résultait de l'inflammation du kyste et de la présence des élements de la bile.

J'avais porté le même diagnostic pour la seconde tumeur; c'était tout naturel, puisque la première tumeur était de nature hydatique, et qu'on percevait dans la seconde une sensation de frémissement bien distincte.

Je crois maintenant que nous avions plutôt affaire à un simple kyste séreux placé soit dans le mésentère, soit dans l'épiploon gastro-hépatique, soit dans l'épiploon gastro-colique, ou peut-être même dans le grand épiploon. J'adopte cette opinion à cause de l'issue au moment de l'ouverture de la tumeur d'une membrane organisée et vasculaire, que je considère comme la membrane enveloppante du kyste.

Les parois des kystes séreux peuvent être parcourues par des vaisseaux, tandis que pour les tumeurs hydatiques les parois sont toujours amorphes; je ne connais pas du moins un seul fait où le contraire ait été signalé.

On m'objectera que j'avais trouvé à la percussion une sensation de frémissement des plus caractérisées, analogue à celle d'un *ressort à élastiques;* c'est que peut-être le frémissement hydatique n'a pas pour le diagnostic toute la signification qu'on a voulu lui donner.

La découverte du frémissement hydatique appartient à un élève de Récamier, M. Briançon, qui en fit le sujet de sa thèse inaugurale en 1828. A la même époque, le phénomène fut étudié par M. Piorry, qui en donna une très-bonne description, et peu de temps après par M. Tarral, jeune médecin anglais qui exerçait à Paris (1).

M. Briançon ne se borna point à signaler le frémissement hydatique; il l'étudia expérimentalement à l'aide d'acéphalocystes entières et de diverses grosseurs, qu'il renferma dans des vessies de cochon, en ayant soin d'ajouter de l'eau pour remplir les intervalles. Il attribua le frémissement à la vibration des membranes hydatiques; le liquide contenu ne lui paraissait agir qu'en maintenant les membranes dans un état de tension médiocre.

M. Davaine (2), qui a fait de nouvelles expériences très-nombreuses avec des vessies artificielles de baudruche et de caoutchouc remplies de liquides variés, est arrivé aux conclusions suivantes :

Le fremissement est déterminé par la vibration du liquide contenu et non par celle de la paroi vésiculaire;

Une vésicule isolée peut entrer en vibration et communiquer à la main la sensation du frémissement;

Le frémissement augmente avec le volume de la vésicule et avec la densité du liquide contenu, pourvu que ce liquide ne soit pas visqueux ou sirupeux.

M. Davaine croit que les conditions du frémissement ne peuvent se trouver réunies que dans les tumeurs hydatiques; il en conclut que c'est un signe pathognomonique; mais il me semble que rien ne s'oppose à ce qu'un kyste séreux présente un frémissement semblable au frémissement hydatique, et je persiste à croire que notre seconde tumeur était un simple kyste séreux. Dans les deux hypothèses, d'ailleurs, le traitement restait le même : il fallait ouvrir le kyste, en suivant la ligne de conduite que nous avons tracée plus haut.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Valette.

De la coxalgie.

(Leçon recueillie par M. le docteur Bonneau (de Saint-Gérand-le-Puy.)

Le malade qui fait le sujet de cette leçon est un garçon de treize à quatorze ans, d'un tempérament lymphatique, ayant eu plusieurs abcès autour de l'articulation coxo-fémorale gauche; l'ouverture fistuleuse de l'un d'eux a persisté jusqu'à ce jour et paraît avoir de la tendance à se cicatriser. Ce jeune garçon est atteint d'une coxalgie du membre abdominal gauche; il existe une flexion très-prononcée du membre en dedans et une rétraction musculaire, la cuisse est fléchie sur le ventre presque à angle aigu, la longueur de la jambe est bien moins considérable que celle du côté opposé.

D'après M. Valette, il doit exister du tissu fibreux de nouvelle formation dans l'articulation, mais il n'y a point de foyer purulent; il pense que l'articulation est malade et qu'il n'y a point encore de luxation spontanée. Le malade se trouve du reste dans des conditions générales assez bonnes, quoique pâle et amaigri: il lui a fallu une certaine force pour avoir pu résister à ses souffrances; l'examen de sa poitrine est rassurant.

Cet enfant se trouve dans de bonnes conditions locales. Il a eu des abcès autour de la hanche qui tendent à se cicatriser.

En raison de l'horrible difformité que présente la jambe gauche, elle ne pourrait servir à rien telle qu'elle est. La première indication que nous avons à remplir est de mettre la jambe, qui est fléchie à angle aigu, dans la position verticale. Cette indication du redressement du membre dans la coxalgie est la première condition à remplir dans le traitement des maladies de la hanche; dans cette affection, les malades prennent des attitudes qui produisent ces déformations.

Dans les coxalgies aiguës, l'une des premières indications est d'enlever la douleur; le redressement sera employé non-seulement pour soulager le malade, mais en vue d'éviter la déformation.

Dans certains cas, ce redressement sera impossible. Quels sont les obstacles qui y mettent un empêchement? Ce sont la rétraction musculaire et la production de tissus fibreux. S'il existe une vraie ankylose, il y aurait une contre-indication, qui serait une impossibilité de faire le redressement.

Quant à la rétraction musculaire, nous en viendrons à bout grâce à l'anesthésie. Chez les enfants, comme chez les adultes, on vient toujours à bout de la rétraction musculaire; quelquefois les muscles cèdent avec une incroyable facilité.

Il ne faut pas pousser les efforts pour le redressement au delà d'une certaine limite. Bonnet opérait la section des muscles en avant et sur les côtés; il l'a faite un grand nombre de fois, et avec succès.

A la Société de chirurgie, M. Broca principalement lui a dit qu'il s'exposait à des hémorrhagies graves en sectionnant les muscles autour de l'articulation coxo-fémorale. — Bonnet a

(1) Davaine, *Gazette médicale* du 17 mai 1862.
(2) *Loco citato.*

répliqué que pourvu que l'on se mît à l'abri de la lésion de l'artère fémorale, il n'y avait rien à craindre dans cette opération.

Il est certain, dit M. Valette, que dans cette section des muscles on peut léser des vaisseaux considérables : chez un enfant, il a observé un cas d'hémorrhagie.

Dans la section des tendons pour un pied bot, M. Valette a également observé une autre hémorrhagie.

A la hanche, les choses peuvent arriver de la même manière; quoique Bonnet ait affirmé le contraire, M. Valette est très-réservé sur ce point.

Dans un cas où il avait essayé le redressement d'une hanche et où il n'avait rien obtenu des tractions, il fit la section du muscle droit antérieur de la cuisse; malgré toutes les précautions, il survint une énorme tumeur sanguine à l'aine. Un bandage fut appliqué; deux ou trois jours après, il y avait une ecchymose qui remontait sur le ventre et jusqu'à la poitrine.

M. Valette n'emploie la section musculaire qu'à son corps défendant; si les muscles se dégagent bien, il passera un petit ténotome sous la peau et coupera les petites cordes fibreuses.

Un autre inconvénient qu'on a reproché au redressement, c'est d'exposer et de produire des désordres épouvantables, des fractures du col du fémur. D'après M. Valette, sauf des circonstances particulières, on peut et l'on doit éviter des fractures dans le cas de redressement de la jambe. Ces traumatismes ne sont-ils pas de nature à amener une inflammation plus ou moins considérable?

Lorsque la peau est intacte, on peut pratiquer le redressement. Les manœuvres que nous employons sont complétement innocentes; avec les précautions dont s'entourait Bonnet, on peut empêcher les accidents consécutifs. Ce chirurgien avait dit : Il faut mettre un bandage amidonné avec beaucoup de coton autour du membre qui a été redressé; ce coton, outre qu'il sert de barrière entre la peau et l'air, a une action sédative.

M. Valette, qui ne pratique le redressement qu'avec beaucoup de précautions, n'a jamais eu d'accidents à déplorer. Il est très-important d'employer la méthode dans toute sa rigueur; pour le redressement, il existe une multitude de nuances, de petits détails imperceptibles que l'on ne peut mentionner dans les livres; c'est au lit des malades qu'on en voit l'exécution.

Au lieu du redressement brusque, quand il s'agit d'un enfant, il vaut mieux procéder d'une manière lente. A la hanche, ce redressement lent est complétement impossible; on ne peut avoir un point d'appui fixe sur le bassin.

Le 2 mai 1861, le malade fut placé sur la table à opérations recouverte d'un matelas, et fixé solidement sur ce lit improvisé à l'aide d'une large ceinture à boucles qui embrassait la poitrine et l'abdomen. La contre-extension fut faite sous les aisselles. M. Valette, après avoir chloroformisé son petit malade, a rompu les rétractions tendineuses et les adhérences de la capsule en faisant des tractions sur la jambe et en déterminant des mouvements de rotation, d'abduction et d'adduction. Pendant l'opération, qui fut très-laborieuse et conduite avec une rare habileté, des craquements se firent entendre, et un peu de sang s'est écoulé par une fistule qui existait à la hanche. La cuisse, qui était fléchie à angle aigu sur l'abdomen, a été en partie redressée; quant à la longueur de la jambe malade, qui avant l'opération était beaucoup moindre que celle du côté opposé, la contraction musculaire a été vaincue au point qu'on l'a ramenée presque à la longueur de l'autre.

Le membre a été enveloppé avec beaucoup de précautions par une couche épaisse de ouate de coton, ainsi que la ceinture au-dessus du bassin. Des attelles de carton et un bandage amidonné ont tour à tour été appliqués sur le bassin et sur toute la jambe; épaisse couche de ouate appliquée de nouveau autour du membre, et recouverte elle-même par une bande amidonnée.

Le 3, le malade va bien; il se trouve dans de bonnes conditions. La coxalgie n'est pas guerie, mais nous nous trouverons dans de meilleures conditions qu'auparavant pour la marche. Pendant l'opération, M. Valette a pu constater qu'il n'y avait point de luxation spontanée.

Une quarantaine de jours après l'opération, nous avons revu le malade à l'Hôtel-Dieu de Lyon; il ne lui est survenu aucun accident; la jambe a conservé sa longueur; elle est en grande partie redressée; l'articulation coxo-fémorale conserve de la roideur; mais ce qu'il y a d'infiniment précieux pour le malade, c'est qu'il peut appuyer son pied sur le sol pour la marche, et qu'il peut enfin se servir de sa jambe, ce qui était impossible avant le redressement.

CONSIDÉRATIONS SUR LE MODE DE FORMULER LES MÉDICAMENTS.

Inconvénient des formules compliquées;

par M. le Dr WAHU.

On attache, en général, trop peu d'importance à la partie de la médecine qui est relative à la manière dont les substances médicinales sont réunies, dosées et combinées. Et cependant, quel effet peut-on attendre d'un médicament s'il n'est pas administré dans les conditions les plus convenables? Et lorsqu'on voit l'espèce de dédain dont sont animés certains médecins pour tout ce qui a trait aux sciences dites accessoires, on comprend comment il se fait que des hommes, fort instruits du reste, n'obtiennent pas toujours dans leur pratique les résultats qu'ils seraient en droit d'attendre.

Une chose que les vieux praticiens ne sauraient recommander trop instamment aux jeunes médecins, c'est de s'appliquer avec un soin tout particulier à bien se rendre compte des réactions chimiques qui résultent du mélange, dans telles proportions données, de certaines substances, et de bien apprécier les modifications de densité, de couleur, de goût, etc., qui résultent de certains mélanges.

Ces diverses considérations militent assez, je pense, en faveur de la thèse que je soutiens, pour que les jeunes médecins se fassent un devoir d'étudier avec soin les substances simples et composées qu'ils sont incessamment appelés à prescrire à leurs malades. Il est bon qu'ils se rappellent souvent que l'arsenal du médecin, c'est la *matière médicale*, et que le praticien qui ne connaît pas bien les armes dont il se sert, s'expose à commettre des bévues qui, dans bien des cas, sont de nature à entraîner la mort du malade, soit directement, soit indirectement.

La simplification des formules médicamenteuses doit aussi attirer l'attention d'une manière sérieuse; cette simplification doit être le but constant des efforts de tout médecin désireux d'obtenir des résultats avantageux dans sa pratique. Le temps n'est plus où un médecin n'était considéré et rétribué qu'en raison directe de la longueur de ces *recipe*.

En France, du moins, on rencontre aujourd'hui fort peu de praticiens cherchant à faire concurrence à la *thériaque*, au *diascordium*, voire à l'*opiat de Salomon*. Il n'en est pas encore de même en Allemagne, en Russie, en Pologne et en Angleterre; et nous avons été à même de constater souvent la vérité de l'assertion qui précède, à Nice, d'où nous écrivons ces lignes et où semblent se donner rendez-vous chaque hiver les médecins déclassés des pays que nous venons de citer et de plusieurs autres contrées encore, d'où ils nous arrivent diplômés ou non diplômés. Souvent, en effet, des malades étrangers nous ont exhibé des pancartes sur lesquelles se trouvaient classés à la file huit à douze substances étonnées de se rencontrer. Nous pensons que c'est là une aberration thérapeutique dont il est bon de se méfier dans l'intérêt des malades; car il est permis de se demander si les médecins qui font ces ordonnances s'imaginent que chacune des substances qui les composent ira à son adresse dans le corps humain, ou bien s'ils pensent que de la réunion de ces divers médicaments il résultera une combinaison chimique qui luttera plus énergiquement contre la maladie.

Ainsi, par exemple, nous avons eu entre les mains une formule qui venait du nord de l'Europe et qui était ainsi composée :

Iodure de potassium.	5 décigr.
Iode.	5 centigr.
Chlorate de potasse.	3 gram.
Azotate de potasse.	2 —
Eau.	250 —

C'est là ce que nous nous permettrons d'appeler un véritable *gâchis* pharmaceutique et chimique, et nous mettons au défi le thérapeutiste le plus habile de nous dire quel composé chimique nouveau ce mélange produit dans l'estomac, et quel effet dynamique il peut déterminer dans l'organisme.

Il est permis d'en dire autant de bien d'autres formules que l'on voit éclore chaque jour. Ainsi, nous citerons une formule de sirop de phellandre aquatique qui a été rapportée dans certains journaux de médecine pendant l'année qui vient de finir, et qui est composée de la manière suivante :

Semence de phellandre.	100 gram.
Eau.	500 —
Extrait d'opium.	65 centigr.
— de belladone.	55 —

L'auteur de cette formule lui a donné la dénomination de *sirop de phellandre*; mais s'il croit que le *phellandrium aquaticum* agit favorablement sur le poumon, pourquoi ne s'est-il pas borné à mélanger à du sirop de sucre les principes actifs du phellandrium, et pourquoi a-t-il ajouté à cette préparation deux médicaments dont l'activité sur l'organisme humain ne laisse de doute à personne, — l'opium et la belladone? — Certes, il est évident pour la plupart des médecins que l'opium et la belladone ont une tout autre action sur l'économie que la phellandre, dont jusqu'à ce jour les propriétés n'ont guère été constatées que par deux ou trois médecins. Il est incontestable aussi que l'on ne saurait admettre que l'opium et la belladone n'exercent pas dans le sirop précité leur action propre; et dans ce cas, il est bien permis de douter qu'en employant cette préparation, ce soit précisément la phellandre qui agisse, car on peut toujours nier l'action d'un médicament lorsque ce médicament est allié, dans une préparation quelconque, à d'autres substances énergiques qui ont fait leurs preuves. Il serait donc parfaitement rationnel de dénommer cette préparation : sirop de phellandre, d'opium et de belladone. Et il serait bien plus rationnel encore, lorsque les effets produits par les agents thérapeutiques sont aussi peu connus qu'ils le sont, de se contenter d'introduire dans un estomac humain une seule des trois substances ci-dessus. Que ceux qui croient aux propriétés du *phellandrium* prescrivent l'électuaire de M. Sandras ou le sirop de M. Thelu, et du moins ils ne feront absorber par leurs malades que les principes actifs du *phellandrium*, et ils pourront constater si, en réalité, cette plante exerce une action appréciable et utile dans certains cas donnés.

Les pilules dites de *cynoglosse* sont encore un exemple de cette aberration thérapeutique dont je pourrais, au besoin, citer bien d'autres spécimens. Ce médicament, dont la formule a été conservée au *Codex*, se compose de :

16 parties d'écorce sèche de racine de cynoglosse;
16 — de semences de jusquiame;
16 — d'extrait d'opium;
24 — de myrrhe;
20 parties d'oliban;
6 — de safran;
6 — de castoréum;

et de *quantité suffisante — id est*, quantité *indéterminée* — de sirop d'*opium*. Total : 88 parties de substances plus ou moins actives, mais qui toutes le sont plus que la cynoglosse, et 16 parties seulement de cette dernière racine.

J'avoue que je n'ai jamais eu le courage de prescrire des pilules de cynoglosse, et que je suis complétement de l'avis de mon ancien maître M. le professeur Fée, qui, dans son *Cours d'histoire naturelle pharmaceutique*, dit :

« Il n'a point été fait d'analyse régulière de la racine de cynoglosse; mais cette lacune peut rester sans inconvénient pour la science. Cette racine donne son nom à une masse pilulaire dans laquelle entre l'opium à doses élevées, » — le huitième environ du poids des pilules, — « de sorte que c'est à ce médicament héroïque qu'elle doit ses vertus, et non à la cynoglosse, qui est dépourvue d'énergie. »

Je ne voudrais pas que l'on inférât de ce qui précède, que je suis systématiquement hostile à tous les mélanges pharmaceutiques sans exception. Ce serait mal me juger que de croire que je n'admets pas qu'on puisse prescrire dans la même formule des substances dont l'association augmente l'énergie médicatrice : ainsi, par exemple, le sulfate de magnésie et le tartre stibié; ou bien des substances dont la réunion détermine un composé chimique nouveau, comme la magnésie décarbonatée avec l'acide citrique, etc.

Mais je crois qu'un médecin prudent et consciencieux, qui désire obtenir des effets sérieux de l'emploi d'un médicament énergique, doit le prescrire *seul*. Nous avons déjà bien de la peine à apprécier les effets d'une seule substance — l'iode, le fer, le quinium, etc., — sur l'économie, gardons-nous donc de nous créer de plus grandes difficultés encore, en mettant les organes en présence de composés nouveaux, inconnus, résultant de combinaisons dont nous ne pouvons apprécier ni l'énergie ni la durée d'action.

Un mot encore sur le mode de préparation de certaines pilules et de certaines pommades, et je termine cet article.

On a, en général, l'habitude de donner la gomme et le sirop de sucre pour excipient aux pilules dont la base est une poudre végétale ou un sel. Ainsi, par exemple, on formule les pilules de poudre de rhubarbe et de jalap avec une certaine proportion de ces poudres auxquelles on ajoute *q. s.* de gomme et de sirop de sucre, pour donner momentanément à la masse ce que l'on est convenu d'appeler la *consistance pilulaire*. Je dis *momentanément*, car au bout de vingt-quatre heures, ces pilules deviennent complétement dures; aussi, lorsqu'on les fait avaler aux malades, il arrive souvent que l'on est loin d'obtenir les effets sur lesquels on comptait, et cela parce que ces pilules passent en totalité ou en partie à travers le tube digestif sans être attaquées par le suc gastrique, surtout lorsque l'estomac n'est pas dans son état normal. Que de fois n'ai-je pas vu des jeunes filles chlorotiques n'éprouver absolument aucun effet de l'emploi longtemps continué cependant des pilules de Vallet ou de Blaud? Il en a été de même pour les pilules de sulfate de quinine préparées avec du sirop ou de la solution de gomme. Ce sont ces circonstances très-fâcheuses qui ont attiré mon attention sur le grave inconvénient de ce mode de préparation; et j'ai vu ces médicaments agir d'une manière efficace dès que j'ai eu l'idée de faire préparer les pilules avec du miel pour tout excipient. Le miel en effet, est formé de deux espèces de sucre, l'un analogue au sucre de raisin, l'autre au sucre incristallisable de la canne, et ces deux sortes de substances sucrées attirent assez fortement l'humidité de l'air pour que jamais une poudre mélangée à du miel ne forme une masse complétement sèche et dure; il s'ensuit que les pilules préparées à l'aide du miel sont toujours facilement attaquables par le suc gastrique, même quand elles sont préparées depuis longtemps.

On m'objectera peut-être qu'il est facile de remédier à l'inconvénient qui résulte de la dureté des pilules faites avec la gomme et le sucre, en faisant avaler au malade un verre d'eau en même temps qu'il ingère ses pilules; mais il y a des malades qui ne peuvent supporter une boisson quelconque; ou bien, dans certains cas, l'ingestion d'un liquide peut avoir ses inconvénients, tandis que les pilules faites avec le miel se dissolvent toujours dans l'estomac, même lorsque le malade n'ingère aucune quantité de liquide.

Presque toujours on prépare certaines pommades avec de l'axonge pour excipient de la substance active; telles sont, par exemple, les pommades au calomel, à l'iodure de potassium, au tartre stibié, etc. Pendant l'été, et dans les pays chauds, ce *modus faciendi* a l'inconvénient de permettre à la pommade de se liquéfier et de couler à la surface de la partie malade; de telle façon que, surtout si l'on tient à ce que cette partie soit recouverte d'une couche tant soit peu épaisse de pommade, ce but est impossible à atteindre. J'ai introduit depuis quelque temps dans la formule de ces pommades une modification dans l'excipient, qui fait en grande partie disparaître l'inconvénient signalé plus haut. Supposons que j'aie à formuler une pommade stibiée, j'indique la quantité de tartre stibié; puis, au lieu d'ajouter sept parties d'axonge sur une d'émétique, j'ajoute quatre parties d'axonge et trois parties de *beurre de cacao*; il est entendu que je change les proportions relatives de l'axonge et du beurre de cacao selon les climats et selon les saisons, afin d'obtenir la consistance désirée.

En formulant ainsi les pommades, je suis arrivé à des résultats tellement satisfaisants, que je n'hésite pas à engager tous

mes confrères à suivre mon exemple. Je les préviens seulement qu'il ne faut pas qu'ils se laissent arrêter par l'aspect un peu compacte des pommades préparées avec addition de beurre de cacao, cette substance grasse se ramolissant très-promptement au simple contact de la peau.

(*Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juillet 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État transmet une lettre de M. le docteur Obermüller, de Stuttgard, sur u nnouveau traitement qu'il aurait employé avec succès pour combattre la fièvre jaune à Rio-Janeiro en 1850. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Une série d'observations sur les revaccinations pratiquées sur les hommes de la flotte de Brest, par M. le docteur Le Tersec. (Commission de vaccine.)

2° Un mémoire de M. le docteur Gélineau, de Ruelle-sur-Touvre, sur cette question : L'angine de poitrine peut-elle se montrer à l'état épidémique? (Commissaire, M. Beau.)

3° Une étude sur l'intoxication saturnine due au plombage des meules des moulins à farine, par MM. les docteurs Maunoury et Salmon, de Chartres. (Commissaires : MM. Rayer, Robin et Vernois.)

— M. MALGAIGNE présente les 2e et 3e livraisons de la *Clinique obstétricale* de M. le docteur Mattei.

RAPPORT.

M. VERNOIS, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Adelon et Gavarret, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bouchut intitulé *Nouveau procédé de docimasie pulmonaire.*

M. le rapporteur, après avoir rappelé en quoi consiste le procédé décrit, propose pour conclusions : 1° de déposer le mémoire de M. Bouchut aux *Archives*; 2° de lui adresser une lettre de remerciments.

M. GAULTIER DE CLAUBRY demande la parole sur ce rapport ; mais il désire ne la prendre qu'après la clôture de la discussion actuellement engagée.

La discussion est renvoyée.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la question du goître exophthalmique.

La parole est à M. Trousseau.

Discussion sur le goître exophthalmique.

M. TROUSSEAU. On a fait des objections à propos du mot goître exophthalmique dont je me suis servi dans mon rapport; on m'a presque accusé de néologisme, oubliant sans doute que je suis un des plus grands néologophobes; je mets au défi qu'on cite un seul mot que j'aie créé; s'il en était ainsi, j'en ferais tout de suite amende honorable. Mais le mot de goître exophthalmique n'est pas de moi; je l'ai trouvé tout fait, je m'en suis servi. J'aurais pu me servir du mot cachexie exophthalmique, mais je l'ai repoussé comme impropre, car il n'y a pas toujours cachexie ; le mot goître n'est pas plus juste, puisqu'il existe des exemples de cette affection sans goître. On a donné à cette maladie le nom de Basedow; mais Stok, l'élève de Graves, a réclamé en faveur de son maître, qui l'a décrite le premier; j'ai cru devoir en conséquence la désigner sous le nom de Graves. On m'a encore critiqué d'avoir donné à cette maladie un nom propre qui n'a par lui-même aucune signification. C'est justement là le mérite que je lui trouve. Si par un mot qui n'a qu'une signification de pure convention et qui ne préjuge rien par lui-même on rappelle à l'esprit un ensemble de symptômes constituant une synthèse morbide, je trouve que c'est un grand avantage.

Mais ce n'est pas seulement sur les mots que portent les dissidences, c'est aussi sur le fond des choses. Il y a des tendances diverses en pathologie. Il y a les émietteurs de faits qui s'en vont cherchant une lésion dans un petit coin de l'économie, et quand ils l'ont trouvée ils lui donnent un nom et se tiennent pour satisfaits. Il y a d'un autre côté les solidaristes, qui tout au contraire ne s'en tiennent jamais aux faits isolés, qui cherchent à grouper les symptômes et les lésions qu'ils ont constatés, à les rattacher les uns aux autres par les liens communs de leur origine, de manière à en constituer un tout unitaire, une véritable synthèse morbide, qu'ils expriment ensuite par un mot qui rend l'ensemble de ces symptômes et de ces lésions solidaire ; ce qui ne les empêche pas d'ailleurs de rechercher avec soin toutes les lésions anatomiques qui peuvent se rattacher plus ou moins directement à cet ensemble. Ce travail fait, ils dénomment la maladie d'un nom unique, subordonnant tout à l'élément principal.

Avec ces idées qui sont les miennes et qui, il faut bien le dire, sont aujourd'hui celles de tout le monde, car il n'y a peut-être qu'un médecin sur cent mille qui pense autrement, quand j'aurai dit maladie de Graves on me comprendra, tout comme lorsque je me sers des mots variole ou vérole, mots absurdes, si l'on veut, mais qui ont justement cela d'excellent de ne rien signifier par eux-mêmes et de rappeler à l'esprit un groupe de phénomènes morbides parfaitement défini.

M. Trousseau répond successivement aux reproches qui lui ont été adressés au sujet des expressions de *triade* pathologique et de *maladie fruste*, dont il s'est servi dans son rapport, et qui se justifient aussi bien au sens grammatical que par l'usage. Il cite particulièrement, à l'égard du mot *fruste*, des exemples empruntés à plusieurs maladies qui ne se révèlent que par l'un de leurs symptômes habituels ; les autres venant à faire défaut, sont désignées communément sous ce nom.

Y a-t-il réellement maladie du cœur dans le goître exophthalmique, comme le pensait M. Aran? M. Trousseau examinant cette question, s'appuie sur l'autorité de M. Bouillaud pour soutenir qu'il n'y a le plus souvent que des désordres fonctionnels sans lésion organique réelle du cœur. Il ne nie pas que dans quelques circonstances on n'ait pu constater dans ce cas l'existence d'une hypertrophie du cœur ; mais il maintient seulement que ce n'est pas le cas le plus ordinaire.

L'orateur termine par quelques considérations ayant pour but de démontrer que le goître exophthalmique est bien une entité morbide particulière, et non pas, comme on l'a prétendu, une réunion fortuite de trois maladies distinctes, la maladie du cœur, le goître et l'exophthalmie ; et il cite comme preuve à l'appui l'efficacité des moyens de traitement employés et qui ne sont ni les moyens habituellement usités contre les maladies du cœur, ni ceux que l'on oppose au goître ordinaire.

M. PIORRY prend de nouveau la parole pour reproduire en grande partie les arguments qu'il a déjà opposés dans la précédente séance aux opinions énoncées dans le rapport de M. Trousseau.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

PRÉSENTATION.

M. NÉLATON annonce que la malade à laquelle il a pratiqué l'opération de l'ovariotomie, et dont il a entretenu l'Académie, a succombé à une attaque de tétanos au moment où elle paraissait en pleine convalescence et où la cicatrisation était sur le point d'être terminée. Il met sous les yeux de l'Académie les pièces pathologiques et démontre, ces pièces en mains, que la mort a été tout à fait indépendante des suites de l'opération. Il reviendra d'ailleurs, plus tard, plus amplement sur ce sujet.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 21 juillet 1862, ont été promus au grade de chirurgien principal de la marine impériale, MM. Bourdel, Danguillecourt, Belain de Lamotte, Fleury et Bouffier.

— Le concours pour trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Luys, Parrot et Tamarel-Mauriac.

— Par arrêté de M. le préfet de la Haute-Garonne, ont été nommés membres du conseil central d'hygiène publique et de salubrité de Toulouse, MM. les docteurs Estevenet, H. Laforgue et J. Delaye neveu, en remplacement de MM. Cany et Gaussail, démissionnaires, et de M. Dougnac, dont la délégation était expirée.

— Les nouvelles de la Vera-Cruz, parvenues au ministère de la marine par le paquebot de Southampton, vont jusqu'au 1er juillet.

L'état sanitaire des bâtiments était généralement satisfaisant. L'*Amazone*, transport-hôpital, ne comptait que douze malades de la fièvre jaune. Malheureusement deux officiers de santé, MM. Rideau, chirurgien principal, et Gaymard, chirurgien de 2e classe, avaient succombé victimes de leur dévouement.

— Nous lisons dans la *Gazette médicale de Strasbourg :*

« Un de nos confrères ruraux fut requis, le 31 décembre 1860, par l'autorité compétente (commissaire de police cantonal), de se rendre à quinze kilomètres de son domicile pour constater la mort et les causes de la mort d'un individu trouvé dans sa chambre d'habitation avec une large plaie au cou et ne donnant plus signe de vie.

» Notre confrère s'y rend, dépense quinze francs (les tarifs lui accordent pour le déplacement, l'inspection et le rapport, la somme de dix francs), se livre aux investigations nécessaires, conclut à un suicide et rédige son rapport en conséquence.

» Il porte cette opération en due forme sur son mémoire, qui est vérifié et signé par l'autorité judiciaire, et payé par qui de droit.

» Vers la fin de l'année 1861, il est sommé de la part du ministre des finances de restituer la somme de dix francs indûment perçue, les suicides ne pouvant pas donner lieu à des frais de justice criminelle. Après une deuxième sommation, notre confrère s'adresse au ministre pour lui exposer humblement qu'il a été régulièrement requis, et que l'autorité a eu besoin de son assistance précisément pour savoir s'il y avait eu crime ou suicide, chose qu'elle avait été hors d'état d'établir sans son concours. Réponse ministérielle qui dit que les raisons alléguées ne sont pas concluantes, avec accompagnement d'une troisième sommation de payer. De guerre lasse, notre confrère va porter les dix francs chez le percepteur de son canton, lequel refuse de les recevoir, n'ayant pas reçu d'instructions. Il s'adresse alors au receveur général des finances du chef-lieu du département, qui à son tour refuse de recevoir, n'ayant pas plus d'instructions que son subordonné, et qui lui conseille un nouveau voyage au chef-lieu, muni alors de la lettre ministérielle. Sur ces entrefaites, quatrième sommation. Le nouveau voyage au chef-lieu est entrepris (25 kilomètres), la lettre est exhibée, et cette fois quittance est donnée.

» Voilà donc 130 kilomètres parcourus, plusieurs journées perdues, et une levée de cadavre avec rapport faits pour rien et même en dépensant encore ses propres deniers.

» Nous tenons ces faits de la bouche même de notre confrère, qui, malheureusement, n'a pu nous fournir les pièces officielles à l'appui de son dire, et cela par une raison fort simple : la réquisition écrite du commissaire de police cantonal a dû être jointe comme pièce justificative à l'appui du mémoire présenté par le médecin.

» Or, nous présumons que c'est la rédaction de cette pièce qui était défectueuse, et que cette défectuosité a été la véritable source de toutes les tribulations de notre confrère.

» Nous recommandons, en conséquence, instamment, à tous nos confrères, chaque fois qu'ils voudront rentrer dans une partie de leurs frais lorsqu'ils seront requis par un fonctionnaire de l'ordre judiciaire, d'exiger que la réquisition écrite porte *expressément* qu'il s'agit *de déterminer s'il y a crime ou délit*, et de mentionner ces paroles également dans leur rapport, faute de quoi ils peuvent s'exposer, comme on vient de le voir, à une foule de désagréments. »

Le fait raconté par la *Gazette de Strasbourg* mérite d'être enregistré ; mais les faits de cette nature ne sont pas rares. Nous connaissons à Toulouse, dit le journal de médecine de cette ville, tel médecin qui fut, il y a peu de temps, obligé de restituer une somme considérable qu'il avait perçue pour constatations de morts accidentelles, suicides ou autres, par la raison que ces morts n'ayant pas donné lieu à des poursuites criminelles, la justice n'avait pas à les payer. Vainement notre confrère s'adressa-t-il aux diverses autorités préfectorale, municipale, de la police, etc., partout il lui fut répondu qu'il n'y avait pas de fonds pour cet objet.

Evidemment, il y a dans la loi qui réglemente les rapports de l'homme de l'art avec les agents de l'autorité, une lacune qu'il importe de voir combler le plus tôt possible. Le médecin peut se trouver dans cette alternative, ou bien de refuser d'obtempérer à la réquisition qui lui est faite, et alors à quels désagréments ne s'expose-t-il pas! ou bien de se déplacer pour rien et d'avancer même des frais qui ne lui seront pas remboursés, à moins qu'il n'ait eu la précaution de faire rédiger la réquisition en conséquence, ainsi que le recommande la *Gazette de Strasbourg*.

L'Association des médecins de Toulouse a été récemment saisie de plusieurs réclamations à ce sujet : elle a examiné la question, mais elle n'a pu arriver encore à aucun résultat satisfaisant. C'est à l'Association générale des médecins de France qu'il appartient d'étudier fructueusement cette question, qui n'est pas sans importance, et de provoquer une solution que ne peuvent espérer obtenir les associations locales, quels que soient leur zèle et leur bon vouloir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris, par Louis FLEURY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Les livraisons 10 et 11 viennent de paraître. Prix de chaque livraison : 2 fr., rendue *franco* dans toute la France. A la librairie P. Asselin, place de l'École de Medecine.

Tableaux d'analyse chimique, conduisant à la détermination de la base et de l'acide d'un sel inorganique isolé, avec les couleurs caractéristiques des précipités, dressés par N. GRÉHANT, préparateur de chimie au lycée Napoléon, licencié ès sciences physiques. Un volume in-4° cart. Prix : 3 fr. 50 c. Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 90. — SAMEDI 2 AOUT 1862. (35ᵉ ANNÉE.) Nº 90. — SAMEDI 2 AOUT 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1ᵉʳ de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Constitution médicale ; maladies régnantes du mois de juin. — Traitement de l'ataxie locomotrice progressive par le nitrate d'argent. — Abcès phlegmoneux de l'urèthre consécutif à une blennorrhagie aiguë ; guérison rapide des deux affections. — Epingle à cheveux introduite dans la vessie ; taille vésico-vaginale ; fistule consécutive ; opération par le procédé Bozeman ; guérison. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 23 juillet. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale. — Maladies régnantes du mois de juin.

Si l'on ne saisit pas toujours le lien qui rattache la production de certaines maladies à telles conditions déterminées de l'atmosphère, il est du moins des rapports tellement constants entre quelques-unes, qu'il n'est pas possible de les méconnaître, alors même que l'esprit ne s'en rendrait pas toujours compte. Tel est, par exemple, le rapport qui existe entre les affections catarrhales, les rhumatismes, les phlegmasies pulmonaires, et la plus ou moins grande persistance d'une température froide et humide. Si le retour périodique, annuel, des mêmes affections aux époques de l'année où dominent habituellement ces qualités atmosphériques, ne suffisait pas pour démontrer cette relation, elle ressortirait d'une manière beaucoup plus manifeste encore de la persistance insolite de ces mêmes affections, lorsque par suite d'une de ces perturbations atmosphériques assez fréquentes depuis quelques années, les saisons se succèdent sans changer sensiblement de qualité.

C'est ainsi que, sauf une transition brusque, qui a fait succéder momentanément aux rigueurs de l'hiver une température presque estivale, nous avons vu se perpétuer pendant les mois de mai et juin, et jusque dans la première quinzaine de juillet, avec une humidité presque constante et une température relativement froide, les maladies habituelles de l'hiver.

C'est ce que constatait le dernier relevé des maladies régnantes, présenté par M. Lailler à la Société médicale des hôpitaux, et ce que constate encore en partie le relevé que vient de présenter en son nom, pour le mois de juin, son collègue M. le docteur Potain.

Ce qui a distingué la constitution atmosphérique du mois de juin, ainsi que le fait remarquer en effet M. Potain dans le rapport auquel nous empruntons le tableau qui va suivre, c'est une température exceptionnellement basse et un ciel pluvieux ; ce sont de fréquentes et brusques variations de température. Ce qui, d'après les renseignements que lui ont transmis ses collègues, paraît en caractériser la constitution médicale, c'est la fréquence insolite à cette époque des rhumatismes, des pneumonies et des affections diphthéritiques.

La diphthérite, presque absente de l'hôpital Sainte-Eugénie pendant le mois de mai, ainsi que l'a fait remarquer M. le rapporteur, y a fait sa réapparition le mois dernier par 8 croups et 4 angines couenneuses. De ces 8 croups, 5 se sont trouvés dans les salles de M. Bergeron, où il n'y en avait eu qu'un seul le mois précédent. A ce propos M. Bergeron fait remarquer que la recrudescence de diphthérite ne s'est manifestée à l'hôpital Sainte-Eugénie que postérieurement à l'époque où elle apparut à l'hôpital des Enfants malades; et comme ces hôpitaux recrutent eux-mêmes leur personnel dans la population de leur quartier et des quartiers les plus voisins, il en infère que la diphthérite ne s'est pas étendue simultanément cette fois à tous les quartiers de Paris, mais qu'elle s'est propagée de l'ouest à l'est en passant par le nord, comme on l'a vu déjà pour d'autres épidémies, et notamment pour le choléra, comme cela a semblé se passer encore pour la variole au commencement de cette saison.

Des 5 croups dont il vient d'être question, 2 ont guéri sans opération ; un troisième opéré est aujourd'hui débarrassé de sa canule, et la plaie est en voie de cicatrisation ; mais il est encore aux prises avec une bronchite générale. Les 2 autres opérés également ont succombé, l'un aux progrès de l'intoxication diphthéritique, le second à une hémorrhagie foudroyante survenue dans la plaie six jours après l'opération, et lorsque depuis deux jours la canule avait été définitivement enlevée.

A l'hôpital des Enfants, le croup n'a pas tout à fait cessé, mais il semble y être moins grave, d'après les renseignements venus du service de M. Bouvier. Deux cas arrivés à la période asphyxique ont guéri sans opération, ce qui n'était pas arrivé depuis le commencement de l'année, et l'opération, quand elle a dû être pratiquée, a été généralement suivie de plus de succès.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, il a été reçu, dans les services de MM. Barthez et Bergeron, pendant le mois de juin, 7 scarlatines, 13 rougeoles, 6 varioles et 3 varioloïdes. A l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Lariboisière, la variole disparaît. M. Laboulbène, dans le service qu'il fait à l'Hôtel-Dieu en remplacement de M. Barth, n'a eu que 2 varioloïdes, et M. Vidal 4 seulement à Lariboisière. L'un des malades traités par M. Vidal, quoique n'ayant qu'une variole discrète, a présenté la forme hémorrhagique ; la maladie néanmoins s'est terminée heureusement comme dans les autres cas. A Beaujon, M. Gubler a eu encore 1 variole et 5 varioloïdes, dont 1 contractée dans le service.

Les fièvres typhoïdes ont été peu nombreuses et généralement peu graves. M. Vidal leur a trouvé cependant une tendance adynamique. Sur trois cas qu'il a eus dans son service, il en a perdu un avec pneumonie double. M. Gubler en a eu aussi trois, dont un s'est terminé par la mort. Un autre a présenté la forme ataxique, et le malade, dans un accès de délire, s'est frappé de plusieurs coups de couteau ; un de ces coups a pénétré dans la poitrine et a intéressé le péricarde. M. Gubler a eu, en outre, dans son service, trois fièvres synoques et trois cas d'entérite plus ou moins sérieuse.

M. Vidal a signalé, comme affection dominante parmi les malades de son service, soit à titre primitif, soit à titre de complication, l'embarras gastrique à forme saburrale, lequel cédait, du reste, sans difficulté aux premiers évacuants. Il a observé, en outre, des angines, des bronchites, des diarrhées.

Les cas de pneumonie, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, ont été plus nombreux qu'ils ne le sont d'ordinaire à cette époque de l'année. MM. Barthez, Bergeron, Gubler, Vidal et Laboulbène, en ont eu chacun 3 dans leurs services ; et M. Gubler a signalé encore 2 cas de pleurésie grave. Il y a eu jusqu'à 6 cas de pneumonie en même temps dans le service de M. Bouvier à l'hôpital des Enfants.

Mais ce qui paraît surtout avoir régné avec une fréquence inaccoutumée, c'est le rhumatisme articulaire aigu. M. Laboulbène en a eu dans son service 2 à forme aiguë, 3 à forme subaiguë ; M. Vidal, 6 ; M. Gubler, 4 ; et M. Bernutz, 8 dans un service de 26 lits. M. Potain a observé l'exacerbation fréquente des phénomènes douloureux chez la plupart des vieux rhumatisants de l'hospice des Ménages, sous l'influence des variations de température. M. Bernutz a indiqué plusieurs particularités intéressantes qu'ont présentées ses malades. Chez l'un, le rhumatisme débuta par un purpura fébrile accompagné d'une légère douleur dans les articulations radio-carpiennes.

Le troisième jour, le purpura avait disparu, mais la fièvre persistait, et plusieurs articulations étaient envahies par le rhumatisme.

Chez un autre, atteint de rhumatisme articulaire des genoux ; il survint une péricardite, puis une pneumonie, et celle-ci, après avoir offert un aspect excessivement grave, s'amenda tout à coup, et avec une rapidité tout à fait extraordinaire, sans autre médication qu'un large vésicatoire et les 2 grammes de sulfate de quinine que le malade prenait depuis son entrée. Mais à ce moment même la douleur reparaissait aux articulations avec une intensité modérée toutefois.

Outre les huit cas de rhumatisme de son service des hommes, M. Bernutz en a observé un fort remarquable dans son service d'accouchements.

Chez une femme enceinte de huit mois, la maladie commença par des douleurs utérines si intenses et si semblables à celles de l'accouchement qu'elles firent croire à un commencement de travail et à une menace de délivrance prématurée. Puis, ces douleurs s'arrêtant, des arthrites rhumatismales se déclarèrent, qui se mirent à voyager par les diverses articulations et persistent encore actuellement. Cependant l'accouchement s'est fait à travers cette attaque de rhumatisme à son terme et heureusement, sans que les suites de couches aient offert rien de particulier.

Dans le service de M. Gubler, il y a eu un cas de tétanos traumatique entré au quatrième jour de la maladie et mort douze heures après.

A Lourcine, M. Goupil a vu survenir dans son service trois cas de coqueluche, et comme la police particulière de cet hôpital ne permet aux malades aucune communication avec le dehors, il a eu par là occasion d'observer et d'apprécier avec une certaine exactitude la durée de l'incubation.

Voici, du reste, les faits tels que les rapporte M. Goupil :

« Depuis le 1ᵉʳ janvier, il n'y avait eu aucun cas de coqueluche chez les enfants ni chez les adultes dans le service ; il n'y en avait pas non plus dans les salles de MM. Richard et Verneuil.

» Le 28 mai au soir entre, salle Sainte-Thérèse, une petite fille de six ans, qu'on amène à l'hôpital pour une leucorrhée vaginale. Trois jours après, on constate que l'enfant a la coqueluche. M. Goupil demande qu'elle soit rendue à ses parents, qui ne viennent la reprendre que le 10 à huit heures du matin. La malade a donc passé dans la salle treize jours et demi.

» Le 16 juin, un enfant de quatre ans, qui est depuis longtemps à l'hôpital, a plusieurs quintes de toux, qui ont pris de plus en plus les signes caractéristiques des quintes de coqueluche.

» Le 20, on amène à la consultation une des anciennes malades de la salle Sainte-Thérèse, sortie depuis le 3 juin, et qui a commencé à tousser le 18, mais dont les quintes ont pris le 19 les caractères bien tranchés de la coqueluche. »

— Pour compléter ce tableau, nous devrons ajouter un fait qui n'y a pas été signalé et qui aurait cependant mérité de l'être, car s'il continuait à se manifester dans les mêmes proportions, il faudrait y voir un caractère particulier de la constitution médicale actuelle ; nous voulons parler de la fréquence insolite des cas de méningite qui se sont montrés depuis quelque temps dans certains services et particulièrement chez les enfants.

Nous tenons de M. Bouchut que depuis deux mois il a eu l'occasion de voir 23 cas de méningite ainsi répartis : 5 en ville, 18 à l'hôpital Sainte-Eugénie, tant dans son service que dans ceux de MM. Marjolin, Bergeron et Barthez. M. Empis en a déjà signalé deux ou trois cas dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, dont il est chargé depuis le commencement du semestre d'été.

— Nous signalerons enfin, parmi les faits insolites qu'il nous a été donné d'observer dans notre pratique particulière pendant le cours du même mois, et qui pourraient, s'il s'en était produit d'analogues à d'autres observateurs, fournir leur contingent au caractère de la constitution actuelle, un cas de tétanie très-caractérisé chez une nourrice, et un cas d'acrodynie semblable à celui dont M. Beau a entretenu récemment ses auditeurs.

Traitement de l'ataxie locomotrice progressive par le nitrate d'argent.

Depuis les derniers faits relatifs à l'histoire de l'ataxie locomotrice que nous avons exposés dans cette *Revue*, il s'en est produit plusieurs nouveaux, dont la terminaison fatale a donné l'occasion d'étudier le point de vue anatomo-pathologique de cette affection, et de confirmer, à cet égard, les premières observations de MM. Bourdon, Luys et Oulmont. C'est une phase toute nouvelle et pleine d'intérêt, dans laquelle est entrée l'histoire de l'ataxie locomotrice. Mais ce n'est pas sous ce point de vue que nous voulons l'envisager aujourd'hui ; nous aurons à reprendre et à résumer un jour l'état de la question sous ce rapport. Nous appellerons aujourd'hui l'attention de nos lecteurs sur quelques essais de traitement de l'ataxie locomotrice qui ont donné des résultats inespérés.

Dans un remarquable mémoire où, à l'occasion d'un cas d'atrophie des cordons postérieurs de la moelle épinière et des racines postérieures, MM. Charcot et Vulpian discutent savamment cette question de l'anatomie pathologique de l'ataxie locomotrice, se trouvaient incidemment signalés les résultats heureux que M. le professeur Wunderlick (de Stuttgard) paraît avoir obtenus de l'emploi du nitrate d'argent à l'intérieur dans le traitement de cette affection. Cinq malades traités ainsi auraient tous obtenu une amélioration notable ; et chez l'un d'eux, dont la maladie était déjà arrivée à une période avancée de son développement, la médication aurait eu même une action curative décisive. MM. Charcot et Vulpian, encouragés par ces faits, ont soumis à cette médication, dans le service de l'un d'eux, à l'hospice de la Salpêtrière, plusieurs malades réputés incurables ; les résultats qu'ils en ont obtenus, et qu'ils viennent de consigner dans un intéressant travail inséré dans le *Bulletin de thérapeutique*, méritent à leur tour d'être signalés.

Dans les cinq cas dont nous allons rapporter sommairement l'histoire, MM. Charcot et Vulpian ont employé le nitrate d'argent à de faibles doses. Les malades prenaient d'abord pendant quelque temps deux pilules par jour, contenant chacune 1 centigramme de nitrate d'argent ; au bout d'un temps variable, ils ont donné trois pilules. Cette dose n'a été dépassée que chez une seule malade, qui a commencé à prendre quatre pilules un mois après le début du traitement.

Voici le résumé de ces cinq faits :

Chez une malade âgée de cinquante-deux ans, le début de la maladie datait de plus de quinze ans, et au moment où l'on a commencé le traitement par le nitrate d'argent (le 11 avril dernier), il y avait sept ans qu'elle avait été admise à la Salpêtrière comme incurable. A ce moment, l'état de la malade était aussi grave que possible : privée de la vue, ou du moins n'entrevoyant plus qu'une lueur indécise, incapable de s'asseoir sur

son lit, ne pouvant presque plus se servir de ses mains, obsédée des plus vives douleurs, pâle, amaigrie, presque mourante; telles étaient les conditions dans lesquelles elle se trouvait alors. Dix jours après le début du traitement, il y avait une amélioration très-prononcée, et au bout de vingt jours, les progrès de cette amélioration avaient été si considérables, que la malade était mieux portante qu'un an auparavant.

Au commencement de juin, son état n'avait pas cessé de devenir de plus en plus satisfaisant. Les mouvements ont repris une plus grande force et une plus grande précision; les diverses sensations sont plus nettes; les douleurs caractéristiques ont disparu depuis longtemps; la vision, enfin, n'est plus aussi éteinte que par le passé. Quant à la santé générale, il y a plus de deux ans qu'elle n'a été aussi bonne. En un mot, disent MM. Charcot et Vulpian, il s'est fait sous tous les rapports un amendement inespéré. La malade a pris en tout, jusqu'au 3 juin, 1 gramme 40 de nitrate d'argent.

L'histoire de la deuxième malade présente une grande analogie avec le cas précédent. Même enchaînement de symptômes, même diffusion des atteintes de la maladie, en un mot, ataxie locomotrice progressive dans tout son développement. Seulement la maladie était de date moins ancienne, et le début ne remontait pas à plus de quatre années. Il y avait un an que la malade avait été admise à l'hospice de la Salpêtrière comme incurable. Les phénomènes morbides étaient arrivés chez elle à un plus haut degré de gravité dans les yeux, le tronc et les membres supérieurs, que dans les membres inférieurs. Aussi est-ce dans les membres inférieurs que l'amélioration a été le plus sensible. Cette amélioration a commencé à se manifester le 8 avril, quatre jours après le début du traitement par le nitrate d'argent, et il y avait le 20 mai une grande amélioration, qui n'a fait que devenir de plus en plus marquée jusqu'au 3 juin. La malade a pris en tout 1 gramme 60 de nitrate d'argent.

Dans un troisième cas, les phénomènes morbides étaient bornés aux membres inférieurs, mais ils y étaient aussi accusés que possible. Le début de l'ataxie locomotrice progressive datait de deux ans, et la malade était entrée à la Salpêtrière depuis près de dix-huit mois au moment où l'on a commencé le traitement par le nitrate d'argent. A ce moment, la station était absolument impossible depuis quinze mois. Quelque temps avant qu'on instituât le traitement, des accidents assez graves s'étaient manifestés, indiquant, suivant toute vraisemblance, l'existence d'une vive irritation de la moelle épinière.

Le nitrate d'argent est prescrit le 19 avril, et au bout de six jours il y a déjà un amendement appréciable.

Le 29, la malade peut se tenir debout soutenue par une seule personne, et peut même faire ainsi quelques pas : l'ataxie des mouvements des membres inférieurs est évidemment diminuée, et les troubles de la sensibilité sont bien moins prononcés.

Le 2 mai, la malade peut se tenir debout près de son lit sans aucun appui.

A la fin du mois de mai, l'amélioration avait fait encore quelques progrès; la malade peut faire quelques pas à l'aide de béquilles.

Chez une quatrième malade, la maladie datait de cinq ans environ. Les membres inférieurs étaient seuls atteints : jamais il n'y avait eu de troubles de la vue. Les caractères de l'ataxie locomotrice progressive étaient d'ailleurs bien accusés.

Le 25 avril, on prescrit deux pilules de 0,01 de nitrate d'argent, et le 2 mai on porte la dose à trois pilules. Ce jour-là même, on constate déjà une amélioration consistant surtout en une disparition des soubresauts et des tiraillements douloureux dans les membres inférieurs, et en une augmentation marquée de l'appétit. Les mouvements reprennent peu à peu de la force, de la précision, et en même temps les diverses sensations cutanées deviennent plus nettes.

Le 30, on a constaté que l'amélioration a fait de nouveaux progrès : la malade avait pris jusque-là 0,99 de nitrate d'argent.

La cinquième observation, enfin, est relative à une malade chez laquelle l'ataxie locomotrice progressive datait de quinze ans au moins. L'état de la malade, déjà bien grave il y a sept ans, avait été heureusement amendé alors par la faradisation; mais peu de temps après l'interruption du traitement, les membres inférieurs s'affaiblissent de nouveau progressivement, et cette femme rentre de nouveau à l'hôpital, où elle subit trois applications de cautères, qui paraissent avoir produit une aggravation très-notable. Un nouveau traitement par l'électricité détermine encore une légère amélioration; mais l'affection reprend bientôt après sa marche progressive, et la malade est admise à la Salpêtrière comme incurable en 1858. Comme chez la malade précédente, l'ataxie locomotrice progressive était ici très-prononcée et bornée aux membres inférieurs; cependant il y avait depuis quelque temps, au moment où l'on commença le traitement, des fourmillements dans les doigts; de plus, cette femme avait eu dès le début, et avait encore de temps à autre, un peu de diplopie.

Le 29 avril dernier, on prescrivit 2 pilules de 0,01 de nitrate d'argent (une le matin et une le soir). Au bout d'une dizaine de jours, il y avait un mieux très-sensible.

Le 5 juin, la malade, qui depuis son entrée à la Salpêtrière n'avait jamais pu que se traîner, pour ainsi dire, autour de son lit, en s'y tenant fortement, pouvait demeurer debout pendant plusieurs instants sans aucun soutien; elle marchait dans la salle à l'aide d'une chaise qu'elle poussait devant elle avec les mains, ou bien encore en prenant la main de deux personnes sans presque s'y appuyer. La santé générale était très-remarquablement améliorée.

— Dans ces cinq cas, font remarquer MM. Charcot et Vulpian, l'ataxie locomotrice progressive se présentait avec ses caractères les mieux accusés; à l'époque où le traitement a été institué, la maladie était parvenue depuis longtemps déjà à une période où elle est généralement considérée comme incurable. Dans tous ces cas, cependant, il s'est produit pendant le cours de la médication un amendement très-notable de la plupart des symptômes. Voici, d'ailleurs, les phénomènes qui ont marqué cette amélioration chez tous les malades, et qui ont commencé à se montrer en général quelques jours seulement (de quatre à dix jours) après le début du traitement : la sensibilité tactile est devenue plus nette; les notions de position ont recouvré de la précision; la sensibilité à la douleur et la sensibilité à la température, si habituellement perverties, sont rentrées jusqu'à un certain point dans les conditions normales. La vue elle-même chez une malade (celle de la première observation) a très-notablement participé aux heureuses modifications déterminées par le traitement. Les douleurs, soit continues, soit fulgurantes, ont été complétement supprimées. Les mouvements ont très-remarquablement gagné en force et en précision.

Toujours la santé générale s'est de bonne heure ressentie de l'influence du traitement; la constipation a cédé, l'appétit a promptement augmenté; les malades, dès lors, ont commencé à prendre de l'embonpoint, et l'aspect cachectique qu'elles présentaient pour la plupart à un haut degré, s'est très-notablement modifié.

En réunissant ces 5 observations à celles de M. Wunderlich, on a donc un total de dix cas d'ataxie locomotrice dans lesquels l'emploi du nitrate d'argent s'est montré utile. Si l'on considère d'une part l'insuffisance à peu près constante de tous les moyens de traitement employés jusqu'ici contre cette maladie, et d'autre part l'état avancé des malades dont on vient de lire l'histoire, toutes considérées comme incurables et renvoyées comme telles à la Salpêtrière, après avoir épuisé sans résultat les diverses médications usitées en pareil cas, on ne peut méconnaître l'importance de ces faits.

Abcès phlegmoneux de l'urèthre consécutif à une blennorrhagie aiguë. — Guérison rapide des deux affections.

On sait que dans la blennorrhagie ce sont ordinairement les couches les plus superficielles de la muqueuse uréthrale qui s'enflamment, mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Quelquefois, en effet, l'inflammation dépasse les limites de cette muqueuse et vient envahir le tissu cellulaire péri-uréthral, ou bien les glandes du canal de l'urèthre; de là des abcès que l'on a divisés en deux espèces : 1° abcès phlegmoneux; 2° abcès glandulaires (follicules de Morgagni, glandes de Cowper).

Nous devons à M. le docteur Tarneau, médecin aide-major dans la garde, la communication d'un exemple intéressant de ce genre d'affections qui doit être assez rare, à en juger par le silence que gardent à son égard la plupart des syphiliographes du commencement de ce siècle. Il faut, en effet, ouvrir les classiques les plus modernes, et particulièrement ceux qui ont très-longtemps pratiqué dans des hôpitaux spéciaux, pour trouver une description de cet état pathologique. En ce qui le concerne, notre confrère M. Tarneau dit n'avoir pas encore rencontré jusque-là un cas de cette nature sur un chiffre considérable de vénériens qui ont passé sous ses yeux dans une période de huit ans. Voici ce fait :

« X..., hussard au 8e régiment, âgé de vingt ans, d'une constitution robuste, n'a jamais eu ni uréthrite ni syphilis.

» Dans le courant de juillet, il a eu des rapports sexuels avec une rôdeuse comme on en trouve tant dans une ville qui possède 14,000 habitants, 900 hommes de garnison et pas de maisons de tolérance. Quatre jours après, il éprouve les premiers symptômes de la contagion blennorrhagique. Il se présente à la visite de M. le médecin-major Mouillac, qui le fait entrer à l'infirmerie régimentaire, et le soumet immédiatement aux balsamiques (copahu et cubèbe en opiats).

» Deux jours plus tard, c'est-à-dire le sixième de l'invasion de l'uréthrite, la verge se tuméfie; la peau devient rouge, chaude, tendue, douloureuse. L'écoulement, qui jusqu'alors avait présenté tous les caractères de la virulence, devient tout à coup moins abondant et moins épais. Le malade éprouve également moins de douleur quand il urine, mais les érections deviennent cent fois plus douloureuses : dans cet état d'éréthisme le pénis se recourbe en bas; il survient en même temps un léger engorgement des ganglions de l'aine gauche.

» On suspend le traitement anti-blennorrhagique, pour s'occuper spécialement des indications qui se présentent et qui du reste sont pressantes, car X... souffre horriblement. — Frictions mercurielles, bains de siége, tisane de lin, cataplasmes laudanisés, diète, opium à l'intérieur.

» Les accidents inflammatoires suivent néanmoins leur cours, croissant même très-rapidement, si bien que, quarante-huit heures après, la verge est déformée : elle présente une tumeur oblongue, légèrement bilobée, siégeant à la face inférieure du pénis et partant de la racine des bourses en remontant jusqu'au tiers antérieur de l'organe viril. Cette tumeur est dure, du volume d'un œuf de poule, douloureuse au toucher, lancinante, semi-fluctuante à son centre; les symptômes inflammatoires sont très-violents : agitation, insomnie; pas de fièvre cependant.

» En présence de phénomènes inflammatoires aussi tranchés et de la sensation de fluctuation que perçoit l'indicateur, M. le docteur Mouillac n'hésite pas un instant et fait avec le bistouri une incision qui donne issue à des flocons de pus crémeux, parfaitement lié, et à beaucoup de sang.

» Aussitôt le malade se trouve soulagé, et la nuit suivante il repose avec bonheur. A dater de ce moment, la tumeur diminue considérablement de volume, et quelques jours après la verge est revenue à peu près à ses premières dimensions, sans aucun incident qui mérite d'être noté, sauf que l'écoulement a complétement disparu; l'urine suit son trajet naturel. »

Il résulte donc de tout ceci :

1° Que les abcès phlegmoneux de l'urèthre ont une marche suraiguë;

2° Ces abcès doivent être ouverts aussitôt que la fluctuation est manifeste, afin d'éviter la destruction de la muqueuse. Ils peuvent en effet s'ouvrir dans le canal de l'urèthre lui-même et donner lieu à des fistules urinaires;

3° Ils ont une grande tendance à la guérison, et généralement, quelques jours après leur ouverture, il n'en reste plus de traces.

On sait que la malade opérée de l'ovariotomie, dont M. Nélaton a entretenu l'Académie, a succombé. Il était difficile alors, au point où en étaient les choses, c'est-à-dire vingt jours après l'opération, la cicatrisation étant presque complète et l'opérée présentant le meilleur état général, de prévoir cette issue fatale. Il a fallu une complication aussi grave et aussi inattendue que le tétanos survenant le vingt et unième jour, pour compromettre un résultat que tout indiquait devoir être heureux. Il résulte des pièces que M. Nélaton a mises sous nos yeux que la plaie abdominale était parfaitement cicatrisée, qu'il n'y avait dans le péritoine, ainsi que dans le tissu cellulaire sous-séreux de la région opérée, aucune trace d'inflammation ni d'épanchement capable d'expliquer la mort. Il est donc incontestable que le tétanos seul a amené ce déplorable résultat.

M. Nélaton a pratiqué depuis une nouvelle opération d'ovariotomie dans des conditions à peu près semblables. Il y a aujourd'hui une vingtaine de jours que cette opération a été faite, et l'opérée va, à ce qu'il paraît, à merveille. Si aucun accident imprévu ne vient à la traverse, espérons que nous pourrons enregistrer bientôt un succès complet.

ÉPINGLE A CHEVEUX INTRODUITE DANS LA VESSIE.

Taille vésico-vaginale. — Fistule consécutive. — Opération par le procédé Bozeman. — Guérison.

Par M. le docteur Rames (d'Aurillac).

Observation lue à la Société de chirurgie dans la séance du 23 juillet 1862.

Vers le milieu du mois de juin 1860, M. le docteur Pouget (de La Roquebrou) nous amenait une petite fille de quinze ans, Marie F..., blonde, de bonne constitution, quoique de petite stature, non encore réglée, très-affaiblie par suite de longues souffrances.

Cette jeune fille est sans fortune, habite la campagne, y est bergère et partant souvent seule. Son caractère est énergique, un peu sauvage. Elle raconte qu'elle rendait des graviers. Un gravier plus gros que les autres s'étant arrêté dans l'urèthre, elle avait voulu l'extraire en passant en arrière la partie recourbée d'une épingle double. L'épingle lui avait échappé, et finalement était arrivée dans la vessie.

Des efforts violents d'expulsion se produisirent presque aussitôt, de trente à quarante au moins par jour, suivant la mère, et accompagnés de cris comme ceux d'une femme en couches. Néanmoins cette jeune fille resta ainsi deux mois, du milieu d'avril au milieu de juin, sans opposer à son accident autre chose que quelques verres d'eau de Vichy.

Vers cette époque, elle consulta M. le docteur Pouget, qui, effrayé de son état, nous l'amena pour que nous avisassions au moyen de la délivrer.

L'état d'éréthisme nerveux de la jeune malade nous força d'employer le chloroforme pour pouvoir nous livrer à quelques investigations. Au moindre contact, les contractions de la vessie se réveillent, et finalement amènent la sortie d'un bourrelet énorme de la muqueuse rectale.

Cet examen ne nous apprit qu'une chose, c'est que la vessie contenait un gros calcul qui pouvait avoir pour base une épingle double, mais sans que nous pussions nous en assurer. Nous profitâmes de ce premier examen pour inciser la membrane hymen, qui remontait très-haut, et qui présentait vers son milieu une petite ouverture ovalaire probablement due à une déchirure.

L'incertitude où nous étions sur les difficultés que nous pourrions rencontrer nous porta à préférer la taille vésico-vaginale. La persistance d'une fistule était à craindre; mais à cette époque, les journaux de médecine rendaient compte de cicatrisations obtenues par de petites cautérisations répétées, et nous comptâmes là-dessus pour obtenir une guérison complète.

Le 27 juin 1860, avec l'aide des confrères Bos et Girou, nous pratiquâmes cette opération. Elle offrit un premier ordre de difficultés tenant à l'étroitesse du vagin, aux mouvements désordonnés de la malade, qui n'avait subi qu'incomplétement l'action du chloroforme; un deuxième ordre de difficultés plus grandes fut dû à la position de l'épingle, qui se trouvait placée perpendiculairement à la direction de l'urèthre.

Heureusement le magma était friable. Il céda sous la pression des pinces. L'épingle fut mise à nu, une de ses branches écartée de l'autre, et son extrémité libre ramenée vers l'ouverture pratiquée. Avec un davier, on le contournait assez pour pouvoir y jeter une anse de fil. Cette extrémité ainsi fixée, on pratiqua une sorte de version, et on ramena le corps étranger.

L'épingle mesure plus de 6 centimètres; elle est très-forte, très-pointue.

La vessie débarrassée des débris calculeux, la muqueuse fut trouvée rugueuse, incrustée de graviers, présentant au toucher l'apparence d'un papier de verre.

Les suites de l'opération furent des plus simples.

Le 1er juillet, l'incontinence d'urine se produisit.

Le 7, la muqueuse vésicale s'exfolia, entraînant le sable qui la rendait rugueuse.

Le 12, la jeune Marie F... rentrait chez elle, rétablie en apparence, mais présentant une ouverture vésico-vaginale qui permettait le toucher vésical, et qui faisait constater que la muqueuse avait repris son poli habituel.

Pendant près d'un an, des cautérisations furent pratiquées dans les angles de la fistule, tantôt avec un crayon de nitrate d'argent, tantôt avec un stylet rougi, mais cela sans résultat bien appréciable.

Au bout de ce temps, le docteur Pouget nous renvoyait la malade, fatigué qu'il était d'user d'un moyen qui n'aboutissait pas. La jeune fille elle-même, obligée de faire douze kilomètres chaque fois pour se rendre chez lui, commençait à désirer un autre traitement.

La cautérisation répétée amène l'illusion, trompe le médecin. L'ouverture fistuleuse, étant contractile, se resserre par suite des irritations produites; vient-on à la cesser, on est tout étonné, au bout d'un mois ou deux, de retrouver les choses comme au début. C'est du moins ce que nous avons pu constater chez une autre malade qui présente une fistule vésico-vaginale, suite de couches, située près du col utérin. Chez cette malade on utilise cette circonstance de la manière suivante : lorsqu'elle est obligée de passer une journée hors de chez elle, il suffit de cautériser avec le crayon de nitrate d'argent l'orifice fistuleux, pour qu'elle soit toute la journée à l'abri de son incontinence d'urine, à la condition toutefois d'uriner souvent.

Au commencement de juin 1861, la jeune Marie F... nous revient. Nous constatons qu'elle a pris de l'embonpoint. La menstruation s'est établie; mais la malade est toujours très-nerveuse, très-irritable; à la moindre douleur elle sanglote.

La fistule vésico-vaginale est toujours sous la forme d'une fente dont les bords se touchent, d'une longueur d'un centimètre à peine, légèrement inclinée de droite à gauche et d'avant en arrière, et située à quatre centimètres environ du méat urinaire.

Le 18 juillet, nous l'opérons par le procédé Bozeman, tel qu'il est indiqué dans la thèse du docteur Dandrade. L'avivement présente de grandes difficultés. Lorsque nous voulons, selon le conseil de MM. Verneuil et Foucher, circonscrire par une incision la surface à dénuder, les rides seules de la muqueuse vaginale sont atteintes. La ligne ne se distingue pas; à peine si les tissus saignent, à peine s'il est possible de reconnaître les points dénudés de ceux qui ne le sont pas. Les sanglots de la malade font flotter la cloison et soustraient par moments à l'œil de l'opérateur la surface à aviver.

Cependant, à force de temps et de patience, nous servant tantôt de ciseaux courbes, tantôt de bistouris et de pinces à dents de souris, nous parvenons à encadrer l'ouverture fistuleuse d'une aréole avivée, de huit millimètres environ de côté.

Au passage des fils, nouvelles difficultés tenant à l'étroitesse du vagin. Nous nous voyons contraint de nous servir d'une aiguille légèrement courbe, de dix-sept millimètres seulement de longueur. Trois anses sont placées à une distance de cinq millimètres environ, une à chacune des extrémités de la fistule, l'autre au milieu. La plaque de plomb est fixée par deux tubes de Galli, dont le dernier est rivé.

Ici une remarque doit être faite : Si nous ne nous trompons, il a été trop tiré sur les anses. Toujours est-il qu'à ce moment la malade se plaint vivement, et que nous voyons se produire de vives contractions vésicales.

Les suites de l'opération n'ont rien présenté de particulier.

Du 18 au 24, tout paraissait aller bien. Le seul incident notable était que la malade avait replacé elle-même plusieurs fois la sonde.

Le 24, elle se sent mouillée.

Le 25, nous enlevons la suture. L'anse du milieu avait coupé les chairs. Toutes étaient d'un petit diamètre, d'un diamètre trop restreint pour qu'on ne comprît pas que là était la cause de l'insuccès.

Les angles de la plaie paraissaient réunis, mais le lendemain toute illusion cessait. Peu de jours après, la malade repartait avec une fistule agrandie et ayant une légère échancrure à son milieu.

Au mois de juin 1862, Marie F... nous revient encore. Le trajet fistuleux est à peu près dans les mêmes conditions que la première fois; seulement, en distendant en ce point les parois vaginales, on voit qu'elles affectent à peu près la forme d'un entonnoir. La muqueuse est lisse et paraît comme taillée en biseau de la circonférence aux bords de la fistule.

La vessie est très-rétractée; dans les divers essais que nous faisons, à la moindre distension elle se contracte avec énergie, fait saillir la muqueuse, qui est d'un rouge foncé et fait suinter du sang.

Ces manœuvres préalables rappellent les menstrues, déterminent un léger désordre abdominal, suivi de l'apparition de bulles de pemphigus sur les cuisses et sur les fesses.

Le 17 juin, tout étant calmé, on recommence la même opération. Au moyen de l'appareil indiqué plus haut, on ramène les bords de la fistule presque à l'entrée de la vulve. Il suffit d'incliner le tube d'un côté pour faire saillir la paroi opposée, déplisser et tendre la muqueuse. L'avivement se fait largement, régulièrement et sans la moindre difficulté, avec une pince à dents de souris de onze centimètres de longueur et un petit bistouri fixé sur un manche de quatorze centimètres seulement. L'espace avivé a au moins un centimètre de côté.

Pour le passage des fils, nous retirons l'appareil.

Cinq points de suture espacés comme la première fois sont placés un à chacune des extrémités de la surface dénudée, les trois autres dans la longueur du trajet fistuleux.

Avant d'en arriver à la plaque de plomb, nous ajustons à plusieurs reprises les fils, en ayant soin de presser sur les bords de la suture avec une tige arrondie. Cela fait, nous procédons au dernier temps de l'opération, en ayant bien soin, cette fois, de ne pas trop tirer sur les anses.

Suites de l'opération. — Cette fille, nous l'avons dit, étant pauvre et n'ayant pu se caser convenablement, nous l'avons opérée chez nous sur un lit de camp. Comptant sur son énergie, et convaincu que le succès dépend des premières heures qui suivent l'opération, nous l'avons gardée et engagée à conserver toute l'après-midi la position qu'elle avait pendant l'opération. Celle-ci faite dans la matinée, avait duré deux heures et demie, de huit heures et demie à onze heures.

Le soir, nous lui permettons de se coucher un peu sur le côté; elle reste ainsi toute la nuit. La sonde est tenue en état.

Le 18, la journée se passe de même; elle se place tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, mais toujours sur le ventre.

Le 19, nous la trouvons en proie à des crampes d'estomac des plus vives; elle n'a encore rien pris, si ce n'est deux pilules d'opium et deux gorgées de tisane, une chaque soir. — Décubitus sur le dos, gouttes calmantes; cataplasme sur le ventre; bouillons.

Le 20, les crampes reparaissent de temps à autre, mais moins vives.

Le 21, vers le soir, elle prétend que la sonde d'argent la fatigue et lui donne des envies d'uriner; nous en plaçons une assez mince en gomme. Cette malade nous a avoué depuis que cette sonde était peu restée et qu'elle avait uriné par le canal.

Le 22, cinq jours entiers sont révolus. Nous enlevons l'appareil. La réunion est parfaite; chaque anse est retirée; elles mesurent à peu près le chiffre 20 à la filière Charrière. On place une couche de charpie.

Le 25, nouvel examen; à peine quelques rougeurs dénotent le lieu de l'opération.

Le 27, nous nous réunissons, mes deux confrères et moi, pour l'examiner. La muqueuse vaginale offre déjà des plis sur le point où siégeait la fistule.

Le 28, la malade repart, très-heureuse cette fois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 juillet 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

— M. FOUCHER remet à la Société, au nom de M. Rames, médecin à Aurillac, une observation de *fistule vésico-vaginale* guérie par la méthode américaine.

Cette observation, dit M. Foucher, est intéressante à plusieurs points de vue. Elle offre un exemple de fistule vésico-vaginale survenue en dehors des conditions où nous observons le plus habituellement ce genre de lésions. En effet, le plus souvent la fistule vésico-vaginale succède à un accouchement, tandis que la jeune malade de M. Rames a été affectée de fistule à la suite d'une opération de taille vaginale pratiquée pour extraire une épingle à cheveux introduite dans la vessie.

En outre, vu la mobilité de la cloison vésico-vaginale, notre confrère a dû user d'un moyen ingénieux pour fixer et rendre abordables les bords de l'ouverture.

Ce moyen doit être ajouté à tous ceux qui ont été signalés dans l'intéressant mémoire de M. Verneuil sur les *fistules d'un abord difficile* (1).

Quand on réfléchit aux indications capitales que remplit le procédé américain pour arriver à la cure des fistules vésico-vaginales, indication de mettre la suture à l'abri des étreintes vésicales en ménageant la susceptibilité de la muqueuse, indication de soustraire la plaie au contact de l'urine en fronçant les chairs surtout du côté de la vessie, indication d'avoir une surface dénudée assez large pour être à peu près sûr d'une adhésion; quand on songe au peu de désordres produits et aux suites forcément simples des manœuvres faites, on n'éprouve qu'un seul désir, c'est que cette opération ne soit pas plus facile à exécuter; c'est que le moyen de remédier à une infirmité aussi triste, aussi dégoûtante, nous pourrions ajouter aussi fréquente, ne soit pas aux mains de tous les praticiens.

Déjà M. Bourguet (d'Aix), frappé des difficultés que l'on éprouve à faire l'avivement, a indiqué un moyen qui lui a réussi, l'introduction dans la vessie d'une forte sonde en gomme élastique qu'un lacs tire en avant. Il a pu ainsi ramener la cloison et lui donner plus de fixité.

Placé en face d'un cas de fistule vésico-vaginale dont je vais rapporter l'histoire, j'ai eu recours au moyen suivant, qui m'a paru réaliser un progrès, car il m'a facilité grandement le premier temps de l'opération.

A l'extrémité la plus fine d'une canule métallique de forme conique, d'une longueur de 12 centimètres à peu près, munie dans sa longueur d'un petit robinet, on fixe une petite ampoule en caoutchouc, ampoule présentant un collet pour pouvoir l'arrêter.

L'extrémité de la canule recouverte de caoutchouc est portée par la fistule dans la vessie, et l'on pousse de l'air avec une seringue à injection. L'ampoule ayant acquis le volume d'une grosse noix environ, on ferme le robinet pour maintenir la dilatation. On se trouve alors avoir dans la poche vésicale une petite vessie en caoutchouc qui vient doubler les parois de la première.

Il suffit de tirer sur la canule pour ramener en avant la fistule, pour en distendre les bords et déplisser la muqueuse. L'avivement se fait alors à petite distance, sur une surface convexe bombée, très-tendue.

Pour retirer l'instrument, rien de plus simple. Le robinet est ouvert, et l'élasticité du caoutchouc chasse l'air. L'ampoule revient à ses dimensions premières; on peut ainsi introduire et sortir à volonté la canule.

Ici M. Foucher lit l'observation de M. Rames, et termine en ces termes. (Voir plus haut.)

— Tel est le fait que j'ai cru devoir rapporter afin de faire mieux apprécier comment, après avoir eu une première fois beaucoup de peine à faire l'avivement sur une surface pâle, exsangue et à chaque instant soustraite à la vue par les ondulations de la cloison vésico-vaginale, j'ai pu une seconde fois l'exécuter en quelque sorte comme sur la main et sans la moindre difficulté. Le moyen que j'indique, tout simple qu'il est, n'a pas, que je sache, été employé. Il a, ce me semble, sur l'introduction d'une sonde, cet avantage qu'il tend mieux les surfaces à dénuder, et qu'il ménage davantage la susceptibilité du col vésical et de l'urèthre.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. VERNEUIL. L'enfant dont j'ai entretenu la Société dans la dernière séance a succombé deux ou trois jours après ma communication. D'après les renseignements que j'ai reçus, il paraît que les selles étaient restées faciles jusqu'au moment de la mort, survenue un mois après l'opération.

M. MARJOLIN. Si j'ai bonne mémoire, je crois que c'est la première opération pratiquée sur le vivant suivant le procédé de M. Verneuil. Je pense que M. Verneuil est tombé sur un cas heureux, exceptionnel, en ce que l'ampoule rectale était très-accusée. Ordinairement l'on trouve l'anus bien conformé; on enfonce le petit doigt, et à 4 ou 2 centimètres au-dessus de l'orifice on sent la fluctuation; on fait la ponction du disque membraneux, et on débride avec prudence. Mais est-on sûr qu'il y ait au-dessus une ampoule anale? La fluctuation peut très-bien être produite non par la vessie distendue, mais par une anse de l'intestin grêle. Dans les cas rares où l'autopsie a été pratiquée à la suite de ces opérations, qu'a-t-on vu? L'intestin manquait à sa terminaison; il était remplacé par un cordon filamenteux, et dès lors la fluctuation n'était pas due à l'ampoule rectale. Cette fluctuation n'était produite certainement que par une anse de l'intestin grêle.

M. VERNEUIL. Il faut que je me sois mal expliqué. J'ai dit que la place de l'anus était marquée par des plis radiés; je n'avais ni de périnée bombé ni de fluctuation. Rien ne pouvait me faire deviner où était le rectum. J'ai été obligé de le chercher; je l'ai trouvé, et je l'ai ouvert le voyant et le touchant. C'est après cette ouverture que je l'ai amené au dehors et fixé à la peau.

M. GUERSANT. Je suis de l'avis de M. Marjolin quand il dit qu'une anse intestinale peut descendre derrière la vessie et donner lieu à une erreur. Cependant cette disposition ne se présente pas toujours, et dans huit opérations, après la ponction, j'ai été assez heureux pour tomber dans l'ampoule anale. Si la ponction ne réussit pas, à l'exemple d'Amussat et de M. Verneuil, je fais une dissection pour découvrir l'extrémité terminale de l'intestin. Comme je n'opère souvent que vers le quatrième jour, alors qu'on se décide à m'amener les enfants, je m'explique pourquoi j'ai souvent trouvé l'ampoule distendue. En observant les enfants au premier jour de leur naissance, on ne peut pas trouver le périnée en saillie. Quand, après la ponction, j'ai ouvert l'intestin, je le fixe à la peau en me servant de l'instrument que M. Bonnafont a inventé pour le phimosis.

M. GIRALDÈS. Il n'est pas rare de pratiquer des opérations pour des anus imperforés chez les nouveau-nés. Il y a même des époques où cette opération est fréquente; ainsi, dans l'espace de quatre mois, je l'ai faite huit fois. J'ai vu quelquefois que le périnée faisait saillie, alors que l'anus manquait complétement. Dans toutes ces opérations, je me suis servi du trocart cannelé, et je n'ai pas rencontré les dangers que l'on a signalés ici. Il est certain que si la ponction est mal faite, il surviendra des accidents; mais avec l'habileté ordinaire, on peut les éviter. En ce moment je puis encore observer deux petits enfants que j'ai opérés il y a plus de deux mois; je les vois de temps en temps, et ils vont très-bien.

RAPPORT.

M. BLOT. Messieurs, la Société a reçu dans les premiers jours du mois de juin 1862, de M. le docteur Mordret, du Mans, un manuscrit intitulé : *Quelques accouchements difficiles de ma pratique*.

Je viens aujourd'hui, comme rapporteur d'une commission composée de MM. Danyau, Depaul et Blot, vous rendre compte du travail de notre confrère.

Ce travail est constitué par la relation de cinq cas de dystocie qui se sont présentés dans la pratique de M. Mordret. Chacune de ces observations est accompagnée de réflexions que nous aurons à apprécier tout à l'heure.

Le premier fait, dont l'observation comprend la moitié du manuscrit, est relatif à un cas complexe qui peut être interprété de plusieurs manières; aussi me crois-je obligé d'entrer, à son sujet, dans quelques détails.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, arrivée au terme de sa deuxième grossesse. Cette femme, dont le premier accouchement avait été simple et heureux, fut apportée à la Maternité du Mans, le 10 février 1861, à trois heures du soir, après quatre jours de travail infructueux. Elle avait subi, en ville, plusieurs tentatives de version et quatre applications de forceps. Son état général était des plus alarmants : le côté droit du bas-ventre et la cuisse correspondante étaient si douloureux que les moindres attouchements sur ces parties arrachaient des cris à la malade. Il y avait une présentation du sommet compliquée de procidence du bras. L'enfant avait cessé de vivre depuis longtemps.

La femme étant chloroformée, une application de forceps sur la tête retenue au détroit supérieur fut faite, sans succès, par M. Mordret père. Une première tentative de version resta sans résultat, une deuxième put extraire l'enfant; la délivrance ne présenta rien de particulier.

Pendant les deux jours qui suivirent l'accouchement, la malade n'éprouva aucun accident; cependant la sécrétion laiteuse ne s'établit pas, et le troisième jour, des accidents de péritonite localisée au côté droit de l'hypogastre se développèrent. Ils furent combattus par des sangsues, des cataplasmes et des onctions mercurielles belladonées. En même temps la malade accusa dans la fesse droite une douleur vive, que le moindre mouvement exaspérait, et on vit bientôt se développer une tuméfaction notable de l'hypogastre. A ce moment seulement, on apprit de la malade que, trois semaines auparavant, elle était tombée violemment le ventre sur une échelle.

Le 24 février, de larges phlyctènes s'étaient développées sur le point douloureux de l'hypogastre; une fluctuation évidente existait en ce point, et une ponction faite avec une lancette donna issue à un demi-litre de pus séreux, roussâtre, d'une odeur gangréneuse et stercorale; la peau, en ce point, était mortifiée; et le lendemain 25 on put enlever avec des ciseaux de grands lambeaux de peau et de tissu cellulaire. La gangrène existait dans une étendue de 18 centimètres en hauteur et de 14 en largeur. Les muscles droit et oblique correspondants étaient disséqués par la suppuration. La gangrène, limitée par en haut, gagna le pli de l'aine.

Le 6 mars, l'état général s'aggrava et il survint de la diarrhée.

Le 7 et le 8, la fièvre augmenta.

Le 9, survint du délire, et le 10 au soir, la malade expira dans un état de marasme profond.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions constatées pendant la vie, une large perforation de la partie supérieure droite du vagin, située à 3 centimètres du col de l'utérus. Par cette déchirure, on pénétrait

(1) *Bull. de thérapeutique*, 1862.

dans la fosse ischio-rectale et jusque dans les muscles de la fesse droite, à travers la grande échancrure sciatique. Toutes ces parties étaient profondément gangrénées comme dans les cas de contusion violente.

Enfin, sur le tiers supérieur de la branche ischio-pubienne droite, existait une fracture non consolidée.

Tels sont, en résumé, les points principaux de cette observation.

On se demande pourquoi, dans ce cas, notre confrère s'est décidé à faire la version plutôt que l'embryotomie. Puisque l'enfant était mort depuis longtemps, il ne représentait plus qu'un corps étranger, et il fallait l'extraire avec le moins de violence possible pour la mère. La rétraction violente de l'utérus, l'écoulement complet du liquide amniotique et l'engagement déjà considérable de la partie fœtale, indiquaient l'embryotomie et me semblaient contre-indiquer de nouvelles tentatives de version. Cette dernière opération, sans bénéfice aucun pour le fœtus, puisqu'il était mort, exposait la mère à des ruptures nouvelles de l'utérus ou du vagin.

Cette observation est une preuve de plus à ajouter à toutes celles qui existent déjà dans la science, de l'indispensable nécessité d'avoir bien présente à l'esprit la direction exacte des axes du conduit vulvo-utérin. C'est, en effet, à cause de l'ignorance de cette direction, que les premiers opérateurs ont produit, en appliquant le forceps, la déchirure du vagin et tous les affreux délabrements relatés plus haut. Quant aux violences qui ont produit ces accidents, on a peine à comprendre qu'elles aient pu être aussi intenses. Il faut véritablement ignorer complétement tous les préceptes de l'art des accouchements pour agir ainsi. C'est pour cette raison que votre rapporteur s'est demandé si la fracture de la branche descendante du pubis doit véritablement être rapportée à la cause assignée par M. Mordret, et si elle n'est pas plutôt résultée de la chute violente faite quelques jours avant l'accouchement.

La deuxième observation est relative à un cas de présentation de l'épaule méconnue pendant un certain temps, et à des difficultés très-grandes dans la version, par suite de l'engagement de la partie fœtale et de la procidence des deux bras et des deux jambes, qui étaient à cheval sur le cou.

Ici encore, comme dans le cas précédent, il s'agissait d'un enfant mort. Au moment où M. Mordret vit la femme, l'écoulement du liquide amniotique était complet, la rétraction utérine considérable, et il existait un engagement profond non-seulement de l'épaule, mais d'une partie du tronc. Si l'on ajoute à cela que les deux bras et les deux jambes avaient été amenés dans le vagin par les médecins appelés avant M. Mordret, on comprendra difficilement pourquoi notre honorable confrère insista encore dans ce cas pour extraire l'enfant par la version. On se demande si jamais l'embryotomie fut plus indiquée, et malgré le rétablissement de la femme, on ne peut approuver le parti qui a été adopté. Je ne saurais donc trop répéter le précepte déjà formulé plus haut, à savoir que l'extraction du fœtus mort doit toujours être faite comme celle d'un corps étranger, un polype volumineux, une tumeur fibreuse considérable, c'est-à-dire en exerçant sur les organes maternels le moins de violence possible. Or, pour remplir cette indication capitale, le meilleur procédé opératoire est l'extraction par parties, c'est-à-dire l'embryotomie.

Le manuscrit de M. Mordret se termine par quelques notes succinctes sur trois autres cas de dystocie, relatifs, le premier, à une version rendue impossible par l'écoulement complet du liquide amniotique, la rétraction violente de l'utérus et l'engagement considérable du tronc, plié en deux sur lui-même. Dans ce cas, M. Mordret a pu extraire le fœtus ainsi plié, grâce à des tractions extrêmement fortes, exercées avec les crochets mousses du forceps, qu'il fit pénétrer dans le bassin du fœtus. Malgré le résultat obtenu, j'aurais encore préféré à ce procédé opératoire l'embryotomie, qui aurait évité à la mère des violences énormes et peut-être quelques-uns des accidents qui ont apporté un long retard à son rétablissement. On ne saurait trop le répéter, dans les accouchements laborieux, il faut accorder bien plus à l'adresse qu'à la force.

La deuxième note a trait à un cas d'application du forceps d'abord impossible, et quelques heures plus tard très-facile, sur une tête restée seule dans l'utérus après la détroncation. Nous ne voyons rien autre chose dans ce fait que ce qu'on rencontre tous les jours dans la pratique obstétricale, à savoir, l'utilité d'une certaine expectation après une première opération restée infructueuse, l'observation clinique montrant souvent que, sous l'influence de quelques contractions utérines, des changements importants dans les rapports de la tête avec le bassin peuvent rendre très-simple et très-inoffensive une application de forceps, qui aurait été peut-être accompagnée de graves lésions si on avait voulu terminer quand même à une première tentative.

Enfin, dans la troisième et dernière observation, il est question d'une application de forceps suivie de succès dans un cas de présentation de la face où une première application était restée infructueuse, parce qu'on avait méconnu la position.

Ce fait prouve simplement, une fois de plus, qu'en médecine opératoire obstétricale plus peut-être qu'en aucune autre circonstance la première condition de succès consiste dans la précision du diagnostic.

Tels sont, Messieurs, en résumé, les faits intéressants dont la relation vous a été adressée par M. le docteur Mordret. Ils pourraient certainement fournir matière à de plus amples réflexions de la part de votre rapporteur, mais il craindrait d'abuser des moments de la Société. Il se contentera donc, pour terminer, de joindre aux quelques critiques formulées plus haut la part d'éloges bien mérités par notre honorable confrère pour le soin consciencieux avec lequel il a recueilli les observations qu'il nous a communiquées, et la bienveillance avec laquelle il a traité les médecins dont il lui a fallu réparer les erreurs.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

1° Adresser à M. Mordret une lettre de remercîments ;

2° Déposer son manuscrit dans les archives de la Société ;

3° Inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

M. LE PRÉSIDENT propose en outre, et la Société adopte, l'insertion du rapport dans les *Bulletins* de la Société.

COMMUNICATION.

Procédé opératoire pour une forme du cancer de la langue. — M. CHASSAIGNAC. Les cancers qui siégent à la pointe, au milieu, à la base de la langue, sont soumis à des procédés bien connus, et ce n'est pas de ces cancers que je veux entretenir la Société. Je veux parler seulement de ces cancers qui sont entre le frein et la pointe de la langue. Pour ces cancers, on éprouve quelques difficultés opératoires, que je crois avoir surmontées cependant en employant un procédé que j'ai eu l'occasion de mettre en usage dans trois cas.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade qui m'avait été adressé par M. Ricord. Le traitement par l'iodure de potassium avait échoué ; il était bien démontré que la tumeur était cancéreuse. Ce cancer sublingual se présentait sous forme d'une masse peu volumineuse occupant le plancher buccal dans une certaine étendue, empiétant un peu dans l'épaisseur de la langue. Je fus d'abord un peu déconcerté sur la manière d'agir. Comme dans cette région l'hémorrhagie est à redouter, il ne fallait pas penser au bistouri ; il n'y avait qu'à recourir à l'écraseur linéaire. Mais comment enlever la tumeur avec cet instrument ? C'était là une difficulté. Au lieu de faire la section d'avant en arrière, je passai le trocart conducteur transversalement en arrière de la tumeur, et je parvins à la séparer de la face inférieure de l'extrémité antérieure et libre de la langue. Passant ensuite le trocart au-dessous de la tumeur, je la soulevai du plancher buccal ; je fis une seconde application de la chaîne, et je parvins ainsi à l'énucléation du cancer.

J'ai obtenu une guérison complète dans le deuxième cas. C'était un malade du Dauphiné qui m'avait été adressé par un chirurgien de Lyon. J'ai employé ce même procédé avec un égal succès. Enfin, dans un troisième cas à l'hôpital, j'ai également réussi.

Il est une remarque que je tiens à présenter relativement à la préférence qu'il faut accorder au bistouri ou à l'écraseur. Il est vrai qu'avec le bistouri l'on coupe ce que l'on voit, l'on s'arrête où l'on veut, on respecte ce que l'on désire conserver, et qu'avec l'écraseur il n'est pas toujours possible de se guider avec cette précision. Mais avec l'écraseur il n'est pas nécessaire de voir, il suffit de sentir avec le doigt ; la consistance seule des tissus permet toujours d'établir la limite entre les parties altérées et celles qui sont saines. De sorte que, sous ce rapport, l'écraseur n'a aucune infériorité relativement au bistouri.

LECTURE.

M. VERNEUIL lit un mémoire envoyé par M. le docteur Philipeaux, membre correspondant, se rapportant à la *cautérisation de l'épiploon après l'opération des hernies ombilicales, inguinales ou crurales.*

DISCUSSION.

M. BOINET. Dans les faits produits par M. Philipeaux, il faut tenir compte des conditions dans lesquelles ces opérations ont été faites pour en apprécier la valeur réelle en faveur de sa méthode. Ainsi, à la campagne, les succès sont plus fréquents, et il ne faudrait pas en inférer que la méthode est meilleure. La cautérisation ne paraît devoir être faite qu'à la dernière extrémité.

M. VERNEUIL. La question est celle-ci : quand on a débridé, que faut-il faire de l'épiploon ? Faut-il le réduire, faut-il le laisser en place, l'exciser ou le cautériser ? A. Bonnet et M. Philipeaux ne réduisent pas, ils veulent le détruire sur place. Mais dans leur méthode, quelle est la part qui revient à la non-réduction et à la cautérisation ? C'est ce qu'il est difficile d'établir ; je crois, pour ma part, qu'il faut faire une large part à la non-réduction.

M. CHASSAIGNAC. Pour moi, je pense que toute hernie épiploïque ou entéro-épiploïque est moins grave qu'une entérocèle pure. Ainsi, sur douze cas d'entéro-épiplocèle je n'ai eu que trois morts, et cependant je n'ai pas eu recours à la cautérisation. J'ai constamment employé l'excision après avoir étreint le pédicule soit avec un fil, soit avec l'écraseur. J'ai ensuite maintenu le pédicule au dehors, où il contracte bientôt des adhérences solides ; et, chose remarquable, malgré la présence de ce tampon, la hernie s'est reproduite quelquefois. Pour prouver que la cautérisation est préférable, il faudrait apporter une statistique bien faite et établie sur des faits homogènes.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je pense que l'excision est très-bonne. En la faisant, faut-il lier en masse ou bien faire des ligatures partielles ? Voilà ce qu'il faudrait discuter. Je me suis toujours bien trouvé de la ligature partielle dans les hernies inguinales et ombilicales. Je pouvais ainsi abandonner le pédicule, qui remontait plus ou moins, mais toujours sans inconvénients.

M. CHASSAIGNAC. Je ne reconnais à la ligature en masse que l'avantage de permettre une excision prompte. Mais je crois que les ligatures perdues dans l'abdomen offrent des dangers sérieux. Je n'aime pas que l'on laisse remonter le pédicule, parce qu'il peut se produire une hémorrhagie dans l'abdomen.

M. LE PRÉSIDENT propose qu'il soit fait un extrait du travail de M. Philipeaux pour les *Bulletins*, et le renvoi du mémoire au comité de publication. La Société adopte.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 31 juillet, M. Claude Bernard, professeur de médecine au Collége impérial de France, professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences de Paris, a été promu au grade d'officier de l'ordre de la Légion d'honneur.

M. le docteur Ducher, ancien chirurgien sous-aide major, médecin adjoint à l'hôpital de Riom, a été nommé chevalier du même ordre.

De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités, par M. le docteur Maurice RAYNAUD. Un volume in-4° avec planches coloriées. Prix : 4 fr. Chez Leclerc, rue de l'École de Médecine, 14.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 AOUT 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance une lecture de M. Jobert (de Lamballe), sur la lithotripsie chez les enfants. On sait combien a été discutée l'indication de la lithotripsie chez les enfants. M. Jobert, se fondant sur son expérience, se déclare partisan de cette méthode, qui, si elle rencontre des difficultés sérieuses d'exécution à cet âge, offre du moins cet avantage qu'il n'y a presque jamais à lutter contre les complications que l'on rencontre si fréquemment chez l'adulte et chez le vieillard. Les difficultés sont d'ailleurs en grande partie aplanies par la chloroformisation, qu'il considère ici comme un adjuvant indispensable, ou plutôt comme un des temps nécessaires de l'opération. On trouvera plus bas la note textuelle de M. Jobert, suivie de la relation d'une opération dont les résultats viennent à l'appui des principes cliniques qui y sont formulés.

Outre cette communication, nous n'avons à signaler dans cette séance, qu'un travail de M. H. Lecoq, sur la transformation du mouvement en chaleur chez les animaux, et une lettre de M. Davaine, sur la question de la transformation du cœnure en tænia serrata.

— Au sujet de la note de M. A. Sanson, sur la consanguinité chez les animaux domestiques, lue dans la précédente séance, M. le Dr Worbe, médecin-major au 83e de ligne, à Lyon, nous transmet quelques considérations qui nous paraissent très-dignes d'attention. Nous les reproduisons comme un élément important de la question actuellement soulevée devant l'Académie sur ce sujet :

Sans avoir en rien la prétention de prêter un appui au moins inutile aux lois de la statistique présentées par M. Boudin sur les dégénérescences ou infirmités dues aux mariages consanguins, je présenterai une courte considération qui ne me paraît pas sans importance dans l'appréciation du travail de M. Sanson.

Cette considération porte sur deux causes d'erreur, selon moi bien évidentes :

1° La confusion qui existe entre l'amélioration complète et générale de l'individu et l'amélioration ou le perfectionnement partiels d'une fonction, d'un tissu ou d'un système particulier, au détriment, le plus souvent, de l'ensemble de l'organisme, et plus particulièrement de l'appareil des fonctions cérébrales.

2° L'oubli des résultats constants et des effets consécutifs à un nombre simulé de générations, portant sur la détérioration ou dégénération de la race.

M. Sanson, en généralisant l'amélioration des races domestiques, dans les accouplements consanguins chez le cheval, le bœuf, le mouton et le porc, me paraît avoir mal saisi le but recherché et souvent atteint par les éleveurs, dans le mode d'accouplement et d'élevage appliqué aux diverses races de l'animalité domestique. Le cheval de course, en effet, ne reçoit du mode d'élevage auquel il est soumis que les conditions et les qualités propres à sa destination...

Des conditions semblables de reproduction et d'éducation sont spéciales à chaque race et donnent des résultats identiques, lorsqu'elles sont appliquées aux autres variétés chevalines.

La même explication convient à l'ensemble des moyens et à la méthode d'accouplement et d'élevage employés sur les races bovine, ovine et porcine, races destinées à l'alimentation.

Je citerai encore ce qui existe chez les chiens de chasse, à savoir, que l'accouplement entre consanguins ne donne que des produits inférieurs ou dégénérés après un nombre limité de générations.

La question, comme on peut le voir par cette considération seule, est trop complexe pour être aisément résolue par des analogies utiles à consulter, sans doute, mais qu'il serait dangereux d'appliquer sans réserve. — Dr Brochin.

DU CONCOURS
pour les places de médecins aux hôpitaux de Paris.

L'un des juges du dernier concours pour trois places de médecin au Bureau central d'admission, je crois devoir livrer à la publicité les réflexions que ce concours a fait naître dans mon esprit. J'aurais pu, j'aurais peut-être dû les adresser à M. le directeur de l'Assistance publique, c'était la ligne hiérarchique à suivre; mais le patronage de ceux de mes collègues qui sont attachés au conseil de surveillance des hospices étant nécessaire à la réalisation de mes idées, la publicité était le seul moyen de leur en donner connaissance. Et puis je crois qu'il y a toujours avantage à publier les projets de mesures qui touchent à un intérêt général.

Je suis d'autant plus à l'aise pour traiter ce sujet, que dans le concours auquel j'ai assisté chacun de nous a fait preuve d'une grande justice et d'une grande impartialité.

Je ne puis être dirigé par d'autres sentiments que le désir d'être utile, entouré que j'ai toujours été des témoignages d'estime et de considération de la part de l'Administration des hospices.

Le concours pour le Bureau central est de tous les concours le plus important dans l'existence du médecin. Il lui ouvre la porte des hôpitaux, puisque les médecins du Bureau central sont hiérarchiquement appelés à combler les vacances qui ont lieu par âge, démission ou décès.

L'hôpital, pour le médecin, c'est la source de l'instruction, et quelquefois de la clientèle ; c'est une position exceptionnelle dans la pratique de la médecine à Paris ; c'est un vaste champ d'observation et d'enseignement : 70 à 80 malades explorés chaque matin deviennent pour l'homme qui aime la science l'origine de progrès, l'assiette d'un diagnostic positif, et une porte largement ouverte à des essais thérapeutiques qui enrichissent les ressources du praticien.

La position de médecin d'hôpital est à la pratique médicale ce que la position de professeur est à l'enseignement.

Eh bien ! dans l'état actuel des choses, le concours pour les places de médecin dans les hôpitaux est de tous les concours le plus difficile. Je vais plus loin, et j'ajoute qu'il n'a pas son analogue quant à la manière dont sont faites les épreuves.

Le nombre des candidats est très-considérable (36 ou 40 pour une, deux ou trois places). Ces candidats sont l'élite de nos élèves. Tous, à une ou deux exceptions, ont été internes dans les hôpitaux. Un grand nombre d'entre eux sont même des lauréats de nos concours de l'internat; enfin docteurs depuis deux ans au moins. Quelques-uns, encore sur la brèche, comptent déjà sept ou huit concours.

Aussi trouve-t-on chez ces jeunes médecins distingués une sûreté de diagnostic et une précision dans l'appréciation de l'état morbide que l'on rencontre toujours très-difficilement ailleurs.

Le concours se compose de deux parties. Dans l'une, les épreuves ont pour but l'élimination du plus grand nombre des compétiteurs.

On conserve cinq candidats s'il n'y a qu'une place mise au concours; huit, s'il y en a deux; dix, s'il y en a trois, c'est-à-dire au moins le triple du nombre de places.

Pour ce concours éliminatoire, il y a deux épreuves : une *épreuve clinique* (examen d'un malade pendant dix minutes, leçon clinique sur ce malade pendant quinze minutes), *sans réflexion*.

Une *épreuve écrite*. La question doit être traitée en trois heures.

C'est d'après un chiffre de points donné à chaque épreuve et additionné ensuite, que l'on dresse la liste d'admissibilité au concours définitif (20 points *maximum* pour l'épreuve orale, 30 points *maximum* pour l'épreuve écrite).

Soit donc trois places mises au concours, dix candidats sont conservés.

Quant au concours définitif entre ces dix candidats, il consiste uniquement en une épreuve clinique, qui se compose de l'examen de deux malades pendant dix minutes pour chacun, suivi d'une leçon clinique sur ces deux malades, leçon qui dure une demi-heure, et *sans réflexion préalable*.

La nomination est une conséquence du nombre de points obtenus; toutefois, le jury doit procéder *par un vote définitif*, aux termes du règlement.

Enfin, « le jugement définitif doit porter sur l'ensemble des

FEUILLETON.

Les substances alimentaires à l'Exposition internationale de Londres. Petite revue scientifique de l'année 1861.

Tout ce qui touche à notre alimentation présente un intérêt si réel pour la médecine, que l'on nous saura gré d'arrêter un instant l'attention de nos lecteurs sur les substances alimentaires exposées à Londres. Cette petite revue a, du reste, quelque chose de piquant, puisque c'est à table qu'elle doit se faire. Comment, en effet, juger de la valeur des substances alimentaires, sinon en les mangeant? C'est donc à table que le 9 juin 1862 s'asseyaient les membres du Jury international de la 3e section.

Le menu de ce dîner devient alors une pièce historique, et nous demandons la permission de la reproduire, en faisant suivre chaque mets du nom de son exposant.

POTAGES. — *Potage et bouilli en trente-cinq minutes,* le docteur Demeurat, à Tournan (Seine-et-Marne); *riz Crécy,* Groult jeune, à Paris; *julienne,* Chollet et Cie, à Paris; *macaroni au parmesan*, Bertrand et Cie, à Lyon, et l'Exposition collective de Parme (Italie); *vermicelle au consommé,* Boudier, à Paris; *pâtes mélangées au consommé,* Wittekop, à Brunswick (Zollverein).

HORS-D'ŒUVRE. — *Sardines à l'huile,* Philippe et Canaud, à Nantes; Pellier frères, au Mans; Rodel, à Bordeaux; Cormier, à Paris; Héron, à Paris; Balestrié, à Nantes; Coniée et Martin, à la Rochelle; *anchois au sel*, Krick, à Reval (Russie); *caviar,* Kosacks d'Oural, à Orenburg (Russie); *œufs conservés frais,* Cormier, à Paris; *moutarde* et *pickles,* Louit frères, à Bordeaux; Maille et Segond, Bordin, Dubosc, à Paris; A. Guenier, à Auxerre; Auréol, à la Réunion; Belangé, à Saint-Pierre-Martinique; Fourré, à la Guyane française; L. Spano, à Oristano (Italie).

RELEVÉS. — *Saumon d'Écosse* (exposé à Besançon en 1860), *hure de sanglier en poil aux truffes du Périgord,* Rebours-Guizelin, Dione et Cie, à Paris; — *un turbot* (*sauce hollandaise*), Chevet, Carnet et Saussier, à Paris.

ENTRÉES. — *Filet de bœuf aux truffes, suprême de volaille aux truffes,* une *terrine de foie gras aux truffes,* Salles père et fils, à Paris; *filet de bœuf à la jardinière, perdreaux et bécasses à la gelée,* Chevet, à Paris; *riz de veau cloutés aux truffes, pieds truffés, perdrix aux choux, galantine de volaille à la gelée, poulet au jus,* Philippe et Canaud, à Nantes; *faisans truffés en terrines hermétiques,* Rebours-Guizelin, Dione et Cie, à Paris; *terrines de foie gras aux truffes,* Henry, à Strasbourg; Sansot, à Bordeaux; *pâté de lièvre truffé,* Rodel, à Bordeaux; *pâté de foie gras aux truffes, perdreaux truffés,* Carnet et Saussier, à Paris; *terrine de merles d'Ecosse,* Louis Guédon, à Ajaccio; *pâté de perdreaux,* Reynaud, à Pertuis (Vaucluse); *pâté de perdreaux truffés,* Beauvais et fils, à Copenhague (Danemark); *jambon et saucissons,* Vezein, à Kiel (Danemark); Bellantani, à Modène (Italie); *galantine de faisan,* Lancia, à Turin (Italie); *mortadelles de Bologne,* Forni, Lambertini, à Bologne (Italie); *saumon au court-bouillon,* Ellekom et Visser, à Amsterdam (Hollande); *saucisses fumées et pâté de langue de bœuf,* Carstens, à Lubeck; *pâté de foie gras et de jambon,* Hahn, à Lubeck; *pâté de jambon aux truffes, boudins blancs aux truffes, homards au naturel,* Mulson et Cie, à Hambourg.

RÔTS. — *Langoustes* et *homards en coquilles, quartier de chevreuil à la Compiègne,* Rebours-Guizelin, Dione et Cie, à Paris; — *quartier de chevreuil sauce poivrade, dinde truffée,* Chevet, à Paris; — *rôtis de bœuf et de veau,* Ellekom et Visser, à Amsterdam (Hollande); — *perdreaux et lièvres rôtis,* Carstens, à Lubeck; — *perdrix et chevreuil rôtis,* Hahn, à Lubeck; — *bécasses rôties,* Mulson et Cie, à Hambourg; — *perdrix rôties,* Mollard, à Jora (Prusse).

ENTREMETS. — *Buissons de truffes,* Bonfils, Galopin, Battendier, Caillez et Dodain, à Paris; Boyer et Heil, à Gignac (Hérault); Perrier, à Crest (Drôme); — *asperges en branches,* Rebours-Guizelin, Dione et Cie, Carnet et Saussier, Salles père et fils, Cormier, à Paris; Philippe et Canaud, à Nantes; Rodel, à Bordeaux; Ellekom et Visser, à Amsterdam; Hahn, Carstens, à Lubeck; Beauvais, à Copenhague. — *Petits pois,* Philippe et Canaud, à Nantes; Rodel, à Bordeaux; Chevet, Carnet et Saussier, Rebours-Guizelin, Dione et Cie, Cormier, Salles père et fils, à Paris; ; Saucerotte et Parmentier, à Lunéville ; Rouchier, à Ruffec (Charente); Hahn, Carstens, à Lubeck; Mulson et Cie, à Hambourg ; Beauvais, à Copenhague. — *Croûte aux champignons,* Rebours-Guizelin, Dione et Cie, Salles père et fils, Carnet et Saussier, à Paris. — *Cèpes à l'huile,* Rodel, à Bordeaux; Salles père et fils, à Paris ; Sausot, à Bordeaux; Rouchier, à Ruffec.

DESSERT. — *Fromage*, Bourdois, à Paris ; Jordy, à Hombgaard (Danemark); Gabriel, à Bartolomeo (Italie). — *Ananas entiers au sirop,* Fouché et Virgile, Thébault-Nollet, Curtau et Brocqua, Elvin et Labayé, à la Martinique; Guesde, à la Guadeloupe; Fromell, à Gothenbourg (Suède); Lemann, à Potsdam (Prusse); Costa et Cie, à la Havane. — *Marrons au sirop,* Voisin, à Paris. — *Compotes et fruits divers,* Rouzé, Rey, Rousseau et Laurens, Causserouge, à Paris; Geller, Cassoute, à Marseille; Philippe et Canaud, à Nantes; Rodel, à Bordeaux; Musso, à Nice; Réese et Wichmann, Peters, Mulson et Cie, à Hambourg; Carstens, à Lubeck; Oolgaardt, à Amsterdam; José Paseti, à Malaga (Espagne); Fischer, à Pesth (Autriche). —

épreuves, y compris celles qui auront été déjà *jugées comme épreuves d'admissibilité*. » (Art. 113 du règlement.)

Telle est la règle du concours.

Réflexions. — Tel qu'il est institué, le concours n'a pas réellement les deux degrés que l'on a voulu y introduire, en scindant les épreuves en épreuves d'*admissibilité* et en épreuves *définitives*.

Soient, par exemple, trois places vacantes : les dix candidats déclarés *admissibles* sont généralement placés les uns par rapport aux autres dans des conditions telles que trois ou quatre d'entre eux ne peuvent jamais être atteints par les six autres, à moins d'une *erreur grave* de diagnostic.

Pour prendre un exemple, citons les faits accomplis. Sur les dix candidats déclarés admissibles au dernier concours, trois étaient arrivés au point de 46, un à 45, un à 44, un à 43, et cinq à 42.

La moitié des candidats arrivaient donc comme *admissibles* avec un écart de 4 points, et en présence d'une *seule épreuve* à subir dont le chiffre maximum était 25 points.

Admettons un moment qu'un candidat à 42 points ait eu 25 points à l'épreuve définitive. Il n'arrivait toujours qu'au chiffre de 67, tandis qu'il suffisait que l'un des candidats à 46 points obtînt 21 points pour se maintenir au même chiffre ; or parmi les dix candidats restants, celui qui a eu le point le plus infime a obtenu 22 ! Il aurait donc fallu que les candidats à 46 fissent des erreurs bien graves pour descendre plus bas que ce chiffre.

Ainsi, la moitié des candidats réputés *admissibles* ne pouvaient arriver à la nomination. Ils étaient fatalement appelés à faire ombre au tableau, quelle que fût la supériorité de leur épreuve définitive.

Que signifie donc ce titre d'*admissible* alors qu'il est impossible *d'être admis ?*

Le concours définitif doit donc reposer sur d'autres bases ou il est tout à fait illusoire, et ce qui vient à l'appui de ce que j'avance, c'est la nomination qui a eu lieu : les trois candidats au chiffre de 46 pour le concours d'élimination ont été *nommés*. L'un, il est vrai, a eu 25 et les deux autres 24. Mais ils n'auraient eu chacun que 21 ou 22, qu'ils auraient encore été nommés.

Ce n'est donc pas le concours définitif qui décide de la nomination, c'est réellement le concours *éliminatoire*.

Je comprends la pensée qui a pu diriger l'administration dans les règles de ce concours. Avant de rejeter des candidats, elle a voulu leur donner tous les moyens de faire preuve de capacité. Elle a institué deux épreuves pour ce genre de concours, l'une clinique, l'autre écrite. Cela est très-louable, mais elle n'a pas remarqué qu'après ces épreuves le véritable concours était fini. Le concours définitif n'est plus qu'un supplément, une sorte de contre-épreuve.

Et puis ce titre d'admissible est tout à fait illusoire. Sur dix, il n'y en a réellement que trois ou quatre d'admissibles, et six ou sept d'inadmissibles.

Voilà, suivant moi, une partie du concours qui exigerait une modification.

Et d'abord, il faut une élimination ; un concours avec quarante candidats pour trois places durerait trois mois, à raison de quatre heures de séance du jury trois fois la semaine : jury et candidats n'y résisteraient pas.

Comme le but du concours est d'avoir des *médecins praticiens*, l'épreuve d'élimination doit être une *épreuve pratique*, c'est-à-dire une leçon clinique au lit du malade. Elle a des chances, ce n'est pas douteux. Ce sont les chances des concours en général. Dans l'espèce, un malade difficile ou trop facile, un malade qui répond mal ou qui ne répond pas, etc., il y a heur et malheur comme dans toutes les épreuves.

Cette épreuve, cotez-la à un point très-bas, 15 points, par exemple, au lieu de 20, afin que cet antécédent ne vienne pas peser sur les chiffres qu'obtiendront les candidats conservés.

Puis, après cette seule épreuve, ouvrez le concours, que j'appellerai alors définitif et réel, le premier n'étant qu'une épreuve d'*élimination*.

Instituez alors deux épreuves pour les candidats conservés, une épreuve écrite et une épreuve clinique avec deux malades, comme on le fait. Cotez chacune de ces épreuves à 30 points, chiffre très-élevé, et dès lors devant ces chiffres viendra s'effacer le chiffre antérieur d'élimination, dont le maximum serait 15. Alors les dix candidats conservés subiront chacun un concours sérieux, ainsi que le veut l'expression d'*admissible* appliquée à ces candidats conservés.

Quant à la faculté réservée au jury de pouvoir procéder en définitive par vote, quel que soit le nombre des points acquis, c'est ce que je n'hésite pas à considérer comme une *injustice*.

Je voudrais que le chiffre acquis décidât de la nomination, et que le vote du jury n'intervînt qu'à points égaux, soit pour nommer, soit pour donner un rang, qui plus tard déterminera l'entrée dans un hôpital.

Quant à ces points eux-mêmes, la manière dont ils sont donnés ne me paraît pas à l'abri de reproches.

Il y a deux manières d'obtenir un chiffre définitif :

Ou chaque juge donne son point, et si sur sept jurés il y en a quatre qui votent le même point, ce point est acquis au candidat ; c'est ce qui se fait, et ce qui n'est pas exempt de certaines influences que l'on nomme les sympathies ou les protections ;

Ou bien chaque membre du jury donne un point de... ; on additionne tous ces points, que l'on divise par sept, et le quotient est le chiffre obtenu.

Voilà qui me paraît beaucoup plus juste, car à côté d'une sympathie un peu exagérée (tous les hommes ont leurs faiblesses), un ou deux jurés descendront tellement leur pointage qu'il en résultera une balance équitable.

Je voudrais voir introduire cette règle dans le concours du Bureau central, règle qui existe pour les autres, concours aux grades ou récompenses dans les hôpitaux.

Enfin, il faut faire ressortir ce contraste, et c'est là une circonstance à laquelle j'attacherais le plus d'importance : il n'existe pas d'exemple de concours où le candidat n'ait pas quelques minutes de réflexion pour rassembler ses idées avant de prendre la parole. Dans les épreuves cliniques, à peine le candidat a-t-il interrogé le malade, qu'il est conduit aussitôt à l'amphithéâtre pour y faire sa leçon ! Dix minutes lui ont à peine suffi pour interroger son malade ; il ne peut pas se recueillir, rassembler dans son esprit tous les documents qui résultent de l'interrogation qu'il a faite, souvent avec beaucoup de peine, parce qu'il a affaire à des natures peu intelligentes ; il faut qu'il parle de suite *quand même !*

C'est là une lacune qu'il est difficile de combler avec une parfaite égalité ; mais l'inconvénient qui pourrait résulter de cette inégalité est infiniment moins grand que celui qui résulte d'une *absence de réflexion*. A cet égard j'en appellerais aux candidats eux-mêmes.

La réflexion, pour le plus grand nombre, est un *desiderata*. Il est un *desiderata* pour le jury lui-même. Après réflexion, le jury est plus à même d'apprécier le mérite d'une épreuve ; et d'ailleurs, je le répète, c'est le seul concours où la réflexion ne soit pas donnée aux compétiteurs.

Je proposerais donc : 1° pour l'épreuve clinique éliminatoire, où quatre candidats subissent leur examen par séance, de faire examiner les quatre malades par les candidats l'un après l'autre et immédiatement, sauf à conduire successivement dans la salle d'attente chaque candidat après l'examen de son malade. Il n'y a aucun inconvénient à ce que la même salle renferme les quatre candidats, et de cette manière le premier candidat aurait une demi-heure de réflexion, temps nécessaire à l'examen des trois autres malades par les trois candidats restants.

Le deuxième aurait 35 minutes de réflexion ; le troisième, 40 minutes ; le quatrième, 45 minutes. Voilà pour l'inégalité de temps ; mais, je le demande, que peuvent faire 5, 10 ou 15 minutes *après une demi-heure* de réflexion sur un malade ? Et puis le concours le plus méthodique et le plus juste n'a-t-il pas toujours ses inégalités ? Le sort d'ailleurs n'en déciderait-il pas ?

Il résulterait de ce temps de réflexion une épreuve sérieuse et qui, ne laissant rien à l'improvisation, fournirait un enseignement très-précieux pour le jury.

Quant à la seconde épreuve clinique pour le concours définitif, comme il n'existe plus que deux candidats par séance, chacun d'eux aurait quinze minutes d'interrogation par malade et une demi-heure de réflexion, parfaite égalité pour chacun d'eux. Ces candidats admissibles seraient seuls appelés à traiter une question écrite, avec trois heures pour la faire.

En résumant, le règlement serait modifié ainsi qu'il suit :

1° L'épreuve *éliminatoire* ne se composera à l'avenir que d'une épreuve clinique cotée à un point très-bas.

Dans chaque séance, les quatre candidats interrogeraient successivement leur malade, et le premier ne prendrait la parole qu'après l'interrogatoire des trois autres malades par ses compétiteurs.

2° Le concours définitif se composera d'une épreuve écrite, avec trois heures pour la rédaction de cette composition, et d'une épreuve orale clinique sur deux malades ; un quart d'heure d'interrogation pour chaque malade, une demi-heure de réflexion et une demi-heure de leçon.

Enfin le chiffre des points alloués à chaque candidat dans chaque épreuve serait représenté par le dividende de la somme des points donnés par chaque membre, divisée par le nombre des membres du jury.

Telles sont les réflexions que m'a fait naître ma présence au concours comme membre du jury. Je les livre à l'appréciation de M. le directeur de l'Assistance publique ainsi qu'à l'approbation de ceux de mes collègues qui sont appelés par la nature de leurs fonctions à discuter ces sortes de questions.

Si mes propositions paraissent équitables, je ne doute pas que les candidats eux-mêmes ne puissent intervenir, dans la mesure de leur situation et par voie d'adhésion, pour obtenir la réalisation de ce que je crois être fondé sur la justice.

Dr A. Devergie,
médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Cas remarquable d'apoplexie ou hémorrhagie cérébrale, accompagnée de phénomènes en rapport avec d'autres lésions du cerveau.

(Observation recueillie par M. C. Germer.)

X..., âgé de cinquante-deux ans, occupe le n° 20 de la salle Saint-Charles ; c'est un homme intelligent et d'une constitution robuste. Il n'a jamais eu, antérieurement à l'invasion des accidents dont il se plaint, de maladies qui aient du rapport avec l'affection pour laquelle il est entré dans le service. Il n'a jamais travaillé au plomb ni au mercure ; il n'a pas de liséré bleu aux gencives. On le questionne sur l'existence d'accès épileptiques antérieurs, et ses réponses sont négatives.

Or il y a cinq ans, cet homme, qui est tailleur, travaillant sur *son établi*, et par conséquent fixant les objets qu'il cousait, éprouva subitement des vertiges, tomba sur le sol, ne perdit pas cependant connaissance, et se rétablit, mais assez incomplétement, car la main du côté droit resta plus faible que celle du côté opposé. Dès le surlendemain se manifesta à gauche, à la hauteur de la bosse frontale, une douleur violente qui augmentait par les mouvements du corps et de la tête, et qui n'a jamais cessé depuis cette époque.

De temps en temps se sont manifestés des accidents du même genre, et il est arrivé que la douleur de tête persistant, de nouvelles chutes ont eu lieu ; ce n'est que dans ces derniers temps que la connaissance s'est à deux reprises perdue pendant quelques moments. L'annulaire et le médius de la main droite se sont contracturés ; les membres du côté droit sont restés plus faibles, et depuis quelque temps la vue, surtout à droite, a singulièrement diminué de force. Dans les huit jours qui ont précédé l'entrée de X... à l'hôpital, les attaques suivantes sont devenues plus fréquentes, et la douleur de

---

Bonbons, Lassimone, Delafontaine et Dettwiller, Potin, Choquart, à Paris ; Louit frères, à Bordeaux ; Magné, à Rouen ; de Bont et Leyten, à Amsterdam ; Apken et fils, à Purmerend (Hollande) ; Compagnie coloniale de Madrid. — *Corbeille de bonbons*, Pomerel, Malsallez successeur, à Paris. — *Biscuits et petits fours*, Guillout, Sigaut, à Paris ; Olibet jeune, à Bordeaux. — *Marcipane*, Grell, à Lubeck. — *Prunes impériales*, Dufour, à Bordeaux ; Nadau. — *Raisins secs, figues, amandes*, Grima, Olivi, Martel, Schneider, Union agricole du Sig ; Jacquot, Ferme-école des Paillerols ; John Clemens, à Malaga ; Société du département du Rhône ; Comice agricole d'Aubagne ; Société d'agriculture du Caucase (Russie). — *Café*, Trébucien frères, à Paris ; Robin, à l'île d'Espagnac (Charente).

Pain d'Autriche de Vimmer.

Vins et liqueurs de toutes provenances.

Devant un tel repas, dû au concours des princes de la cuisine et de l'alimentation, on se demande quel embarras n'ont pas dû éprouver les personnes chargées de déguster et de couronner ces produits. Mais l'étonnement cesse quand la liste des récompenses nous replace sous les yeux la plupart des noms d'exposants que nous avons eu le soin de placer après leurs produits.

Parmi ces noms, ou mieux en tête de ces noms de lauréats, nous avons été agréablement surpris de trouver le nom d'un docteur en médecine. Ses études l'ont porté vers l'hygiène appliquée, et si, la plume à la main, il nous devient difficile d'apprécier le plus ou moins de valeur des substances dégustées le 9 juin dernier, nous nous arrêterons toutefois volontiers sur ce bouilli en trente-cinq minutes du docteur Demeurat. C'est un aliment modeste, mais son utilité ressortira de notre sommaire examen.

Le produit soumis à l'examen du jury par notre confrère se compose de viande privée de son eau à une basse température, et conservée sans l'addition de sel ou d'aucune substance étrangère. Elle est associée à des proportions calculées de légumes préparés par un procédé particulier, qui permet de leur faire absorber et retenir une quantité assez considérable de jus de viande. On ajoute la quantité de graisse préparée *ad hoc*, ainsi que les condiments ou aromates jugés nécessaires ; le tout, après un moulage et une pression convenables, est recouvert d'un enrobage comestible lui-même, et contenant la matière colorante du bouillon.

Ce produit présente les avantages suivants : fabrication très-rapide ; la viande prise fraîche le matin peut être livrée emballée le lendemain matin. Conservation certaine et très-longue, transport facile, diminution considérable sur le poids (75 pour 100) et sur le volume. Prix de revient peu élevé.

Au point de vue hygiénique : avantage d'avoir pour les expéditions par terre ou par mer un aliment ayant la viande pour base et ne contenant *pas de sel*, fournissant dans un temps de cuisson très-court, trente-cinq minutes, un bouillon présentant toutes les qualités, saveur et arome du bouillon préparé avec de la viande fraîche. La dessiccation ayant été faite à une basse température, l'osmazome ne se développe qu'au moment de la cuisson.

Ces tablettes fournissent de la viande, du bouillon de bonne qualité, convenablement gras, coloré et aromatisé, et des légumes, le tout sans sel.

Les applications ou usages de ce produit peuvent être nombreux : Voyages de long cours, expéditions par terre ; fournitures aux établissements hospitaliers à des prix inférieurs à ceux de la viande fraîche ; aux industries privées, faisant commerce de la vente du bouillon ; aux particuliers.

Possibilité de distribuer à bas prix aux nécessiteux un aliment sain et réparateur. — Le prix de vente du produit pourra toujours être très-inférieur au prix de l'équivalent en poids de viande fraîche ; il suffira pour cela d'établir la fabrication en lieu convenable en Amérique.

En France même le prix de livraison reste au-dessous de celui de la viande salée.

Avec une compression modérée et convenable on peut faire tenir, dans une tablette de 10 centimètres de côté et de 1 centimètre d'épaisseur, l'équivalent de 900 grammes de viande fraîche, plus 180 grammes de légumes, 60 grammes de graisse et les éléments de 4 litres de bouillon. La ration réglementaire de la marine étant de 300 grammes de viande, un mètre cube contiendra 30,000 rations de viande, 1,800 kilos de légumes, 600 kilos de graisse, et pourra fournir 40,000 litres de bouillon.

En établissant à 0,40 centimes le prix de revient du kilo de la viande prise en lieu convenable et en ajoutant 0,40 centimes par kilo pour les légumes et la fabrication, ce qui est exagéré, on aura 0,90 centimes pour 1,200 grammes de viande représentant 4 rations réglementaires, plus les légumes, etc., ce qui met chaque ration à 0,24 centimes, le prix de revient.

Le prix de la viande salée, d'après les adjudications du ministère de la marine, étant de 1 fr. 50 c. le kilo ou de 1 fr. 80 c. les 1,200 grammes ou les 4 rations, la ration de viande salée revient à l'Etat à 0,45 centimes. Il faut défalquer de ce poids, comme inutile et se payant cependant, les os.

Dans ce produit, à poids égal et à prix inférieur, il n'y a pas d'os et les légumes sont fournis en plus ; il n'y a pas de comparaison à établir pour le poids et le volume occupé, non plus que pour les avantages d'un aliment ne contenant pas de sel.

Ainsi, en résumé, M. le docteur Demeurat a cherché et obtenu un mode de préparation de la viande et des légumes qui permet d'ob-

tête a augmenté; jamais il n'y a eu de cri au moment de tomber ni de convulsions épileptiformes; le malade ne s'est point mordu la langue, et il s'est toujours parfaitement ressouvenu de ce qui avait eu lieu pendant les accès, circonstance qui prouve qu'il ne s'agit point ici de l'épilepsie des auteurs.

Cette maladie est-elle une affection dite essentielle? Evidemment non. Ce n'est point à des modifications dans la vie ou dans ses propriétés qu'il convient de rapporter de tels phénomènes, c'est évidemment à des lésions.

Quelles sont ces lésions qui ne sont pas fugaces, momentanées comme des névropallies (oscillations), mais qui sont évidemment persistantes; et quel est d'abord le siége de cette lésion?

La douleur est fixée au niveau de la bosse frontale gauche et s'étend assez inférieurement; il y a lieu de penser, à cause de l'affaiblissement de la vue, que l'altération de structure s'étend par en bas et vient agir vers l'entre-croisement des nerfs optiques, et cela, soit d'une manière directe, soit par compression médiate.

La paralysie persistante du membre supérieur droit serait due, dit M. Piorry, à une altération des corps striés et des couches optiques.

Les phénomènes de congestion cérébrale, la perte de connaissance, etc., qui ont lieu de loin en loin, seraient dus à une congestion momentanée se déclarant autour de la lésion primitive. Cette dernière lésion n'a point été, à coup sûr, un ramollissement qui se déclare lentement et prend, en général, un accroissement successif et lent. Une encéphalite ou une méningocéphalite n'ont pas non plus une invasion instantanée. Aucun coup, aucune chute n'ont été signalés comme cause; les poisons paraissent avoir été étrangers au début du mal.

L'instantanéité du début des accidents primitifs, et surtout de la paralysie, la persistance de celle-ci, ne peuvent se rapporter qu'à une hémorrhagie qui a eu lieu il y a cinq ans, au centre du lieu où le mal a eu son siége, c'est-à-dire dans le lobe antérieur du cerveau.

La douleur, qui ne tient en rien à l'hémorrhagie elle-même, est la conséquence du travail morbide de la lésion qui a eu lieu autour du foyer hémorrhagique devenu un kyste ou une cicatrice, et la contracture des muscles de l'avant-bras est liée au travail morbide persistant à l'entour du foyer primitif.

D'après ces idées rationnelles, M. Piorry crut devoir prescrire une saignée proportionnée aux forces du malade, et qui fut suivie des résultats les plus heureux.

Huit jours après cette première saignée, le malade sortit de l'hôpital dans le meilleur état de santé.

RÉFLEXIONS CLINIQUES sur la lithotripsie chez les enfants,

Par M. JOBERT (de Lamballe).

La lithotripsie vésicale a depuis longtemps attiré l'attention des médecins, et dans une des précédentes séances, notre savant confrère M. le baron Séguier faisait lire un passage très-ancien qui avait rapport à cette intéressante opération.

La lithotripsie chez les adultes n'a pas été d'abord acceptée sans de grands débats; mais si les préventions dont elle était l'objet se sont dissipées devant l'évidence des faits, il n'en est pas de même de son application aux enfants, chez lesquels elle est encore aujourd'hui l'objet d'une sérieuse controverse. Défendue avec talent par quelques-uns, elle a été vivement attaquée dans certains ouvrages dogmatiques, où on ne balance pas à lui préférer la lithotomie.

Il serait à désirer que toutes les opérations de ce genre, avec leurs phases et leurs péripéties diverses, fussent portées à la connaissance de l'Académie. Je suis convaincu que la lumière ne tarderait pas à jaillir d'un pareil ensemble d'observations soumis à son examen.

Un fait acquis à la science, grâce aux travaux accomplis dans ces dernières années, c'est la possibilité, naguère contestée, de pratiquer chez les enfants de cinq, six et huit ans, l'opération de la lithotripsie.

Après les recherches de M. Civiale, qui a ouvert la voie, après les résultats si concluants obtenus par plusieurs autres praticiens, le doute n'est plus permis à cet égard, et justice est faite de l'opinion qui regardait cette opération comme impraticable.

En ce qui me concerne, et ma clinique en fait foi, il y a déjà plusieurs années que je me suis prononcé en faveur de cette méthode, qui a l'avantage d'être exempte de ces complications que l'on rencontre si fréquemment chez l'adulte ou le vieillard, savoir :

Les rétrécissements de l'urèthre, les engorgements et les hypertrophies de la prostate, les altérations de la vessie, etc.

Je suis loin d'ailleurs de me dissimuler les obstacles sérieux qu'elle présente : l'irritabilité plus grande du sujet, la difficulté de maîtriser les mouvements volontaires, involontaires, et l'impossibilité de lui faire comprendre combien il importe qu'il se soumette à l'opération; mais je pense que ce ne sont pas là des empêchements insurmontables : l'agitation que la crainte communique aux enfants se calme généralement après le cathétérisme et l'introduction des instruments lithotriteurs.

Quant à leur indocilité, elle n'est pas portée au point de conduire inévitablement l'opérateur à des lésions produites pendant la manœuvre.

Aucun accident ne surviendra, pourvu qu'il se tienne sur ses gardes et qu'il joigne la prudence à l'habileté du manuel.

Chez aucun des jeunes malades sur lesquels j'ai pratiqué la lithotripsie, je n'ai eu besoin de dilater le méat urinaire; et chez aucun les urines n'ont été sanguinolentes : résultat qui s'explique par l'absence d'une grande vascularité du col de la vessie et de la prostate.

Ce qui m'a le plus frappé chez les jeunes sujets, c'est la bénignité des opérations non suivies d'inflammation; c'est la facilité avec laquelle on manœuvre et on détruit le calcul, lorsque la tête et le tronc sont déclives et qu'on a injecté une certaine quantité d'eau tiède dans la vessie.

Les contractions musculaires volontaires et involontaires, l'agitation du bassin et le rapprochement des cuisses constituent de véritables difficultés, mais qu'on parvient à surmonter.

Quoi qu'il en soit, la prudence et le calme du chirurgien ne triomphent pas toujours du trouble déterminé par la crainte.

C'est en ayant recours à l'anesthésie qu'on évite les crises et que l'on opère sûrement.

En appelant sur ce sujet l'attention des chirurgiens, j'estime que M. Vinci a rendu un véritable service à la science.

Quant à moi, tant afin d'éviter les crises nerveuses qui peuvent précéder l'opération ou se développer pendant la manœuvre, qu'afin de soustraire le malade aux contractions et aux spasmes génitaux qui prolongent l'opération, en forçant le chirurgien à attendre que le calme soit revenu pour terminer ce qu'il a entrepris, je n'hésite pas à établir en principe que la chloroformisation doit être un des temps de la lithotripsie chez les enfants.

Vainement on chercherait un moyen plus sûr et plus efficace pour rendre l'opération rapide et exempte de douleur; car il procure l'insensibilité sans nuire à l'organisme.

J'ai étudié avec un vif intérêt l'action du chloroforme sur les enfants affectés de calculs et soumis à la lithotripsie. Lorsque l'on commence l'opération sans employer cet agent, il est rare que l'irritabilité ne se développe pas à un haut degré; mais, à peine soumis à l'influence du chloroforme, le malade redevient calme, les tissus se relâchent et tout aspect de souffrance disparaît de la physionomie.

C'est encore à l'action anesthésique de ce précieux médicament qu'il faut en appeler, lorsque des fragments parvenus dans l'urèthre occasionnent de violentes douleurs.

C'est en rapprochant les séances de lithotripsie, en les prolongeant de manière que le calcul soit réduit en poussière, qu'on pourra parvenir à éviter les suites du séjour des corps étrangers dans le conduit excréteur de l'urine.

Un jour que je pratiquais une lithotripsie sur un jeune homme, M. Rayer, qui assistait à l'opération, m'engagea à prolonger la séance, et à broyer le plus possible les fragments. Je n'ai jamais perdu de vue le conseil donné par ce savant médecin, et je m'en suis bien trouvé.

J'ai pu renouveler un grand nombre de fois dans la même séance l'introduction des lithotriteurs fenêtré et à cuvette, et prévenir le passage des corps étrangers volumineux qui irritent, agacent et provoquent des crises sérieuses, des rétentions d'urine et des déchirures de la muqueuse.

Lorsque des accidents semblables se déclarent, on doit se hâter de diminuer la sensibilité par le chloroforme et de les combattre par les moyens les plus prompts, l'extraction et le broiement.

L'extraction n'est pas toujours facile, et il est indispensable de procéder avec mesure et tâtonnement, pour éviter de produire des lésions graves.

Je me suis gardé d'attirer le fragment saisi par la curette, avant de m'être assuré dans quel sens on pouvait le déplacer.

Si les douleurs sont trop vives, si des spasmes se manifestent, j'administre le chloroforme et je fais usage du lithotriteur.

C'est dans ces circonstances urgentes et lorsque dans l'urèthre s'est arrêté un gros fragment, que le broiement devient indispensable.

M. Civiale est le premier qui ait fait usage du lithotriteur uréthral sur un jeune homme d'une dizaine d'années qui avait subi une première épreuve de lithotripsie vésicale par Sanson, à l'Hôtel-Dieu. Un fragment s'était engagé dans l'urèthre et s'y était fixé.

M. Civiale invita M. Charrière à lui faire un lithotriteur d'un volume proportionné à l'urèthre, avec lequel il broya le fragment. Depuis cette époque, les chirurgiens l'ont employé et je m'en suis servi avec beaucoup d'avantage. Dernièrement, à l'Hôtel-Dieu, j'ai broyé un calcul en deux séances, et j'ai appliqué le lithotriteur uréthral pour détruire plusieurs fragments qui après l'opération ont été expulsés par l'urine.

A l'appui des considérations qui précèdent, je pourrais mettre sous les yeux de l'Académie un certain nombre d'observations que j'ai recueillies sur cette intéressante question; mais, pour ne pas abuser de ses moments, je me bornerai à rapporter un fait, remarquable en ce sens que le sujet a été soumis tantôt à l'influence des vapeurs chloroformiques, et tantôt a été opéré sans l'action de cet agent anesthésique.

Le nommé H... (Jean), âgé de six ans, né à Plérin (Côtes-du-Nord), fut amené à Paris, rue des Postes, nº 6, au commencement d'octobre 1861, pour être traité d'un calcul vésical.

Cet enfant est issu de parents bien constitués, parmi lesquels on n'a observé ni goutteux ni rhumatisants.

Du côté paternel, il a encore ses grands parents et une bisaïeule de quatre-vingt-huit ans, se portant tous bien. Les antécédents ne sont pas aussi favorables du côté de sa mère, qui est fille de phthisique, et qui depuis quelques années paraît être sinon chlorotique, au moins considérablement affaiblie par des couches successives. Elle a eu huit enfants qu'elle a tous nourris, et dont un seul est mort, à l'âge de treize mois. L'aîné des sept autres a treize ans, et, à l'exception du calculeux, qui est le sixième, tous se portent bien.

Le petit malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de cinq ans. Son alimentation, variée, était ordinairement féculente; sa nourriture était d'ailleurs la même que celle de ses frères et sœurs. On n'avait jamais remarqué jusqu'alors qu'il eût de mauvaises habitudes. Mais vers cette époque il commença à éprouver des douleurs en urinant; il avait de fréquentes érections, et portait très-souvent la main à sa verge, qu'il allongeait et étirait sans cesse.

Vers le mois de juillet 1861, ces symptômes s'aggravèrent; les douleurs devinrent beaucoup plus vives et ne cessèrent plus après la miction. Cette dernière fonction se troubla plus profondément; le jet de l'urine, après avoir graduellement diminué de force, avait fini par se supprimer, et l'enfant n'urinait que goutte à goutte et avec une peine infinie.

Les parents s'adressèrent au commencement d'août à mon habile ami M. Rault, qui le sonda, et, après avoir reconnu la présence d'un calcul dans la vessie, me le fit examiner le lendemain; je me trouvais alors à Saint-Brieuc. Nous tombâmes d'accord sur le diagnostic, et il fut décidé que l'enfant viendrait à Paris pour y être soumis à la lithotripsie.

Le voyage s'effectua dans les premiers jours d'octobre, non sans causer beaucoup de douleurs au petit malade, qui supportait aussi mal le chemin de fer que la voiture.

A son arrivée, je le laissai reposer pendant trois semaines environ, afin de l'acclimater et de donner à l'irritation de la vessie le temps de se calmer.

Enfin, le 27 octobre, je procède à une première opération. Le malade est placé sur le dos, le bassin relevé par un coussin, la poitrine et la tête déclives; une injection d'eau tiède lui est faite dans la vessie; puis à l'aide d'un lithotripteur fenêtré et à pignon, que j'introduis dans cet organe, je saisis le calcul et le broie à plusieurs reprises.

L'instrument ramène un fragment de calcul de couleur grisâtre, d'une consistance assez faible, reconnu comme formé d'un mélange de phosphate calcaire et de phosphate ammoniaco-magnésien. De vives douleurs se déclarent après la première séance. Pendant les quatre premiers jours, l'enfant a des crises nombreuses déterminées par des fragments de calcul engagés dans l'urèthre jusqu'à ce qu'ils soient expulsés par le flot de l'urine ou extraits.

Le 1er novembre, je pratique une deuxième opération, et j'extrais de la vessie de nombreux fragments de calcul à l'aide du lithotriteur.

L'enfant a 15 crises dans la journée.

---

tenir, sous un poids et un volume très-réduits, tous les éléments d'un pot-au-feu ou potage quelconque. Un soldat en campagne peut mettre dans son sac huit ou quinze jours de vivres; arrivé au bivouac, il lui suffit de jeter dans l'eau et saler la ration convenable, en trente-cinq minutes sa soupe est faite, et elle est aussi bonne que celle préparée avec la viande fraîche. Un paquet de 10 centimètres de côté sur 5 centimètres de hauteur contiendra 15 rations.

— Notre ami et si regretté collaborateur le docteur Foucart se chargeait chaque année de vous présenter un livre justement estimé. Ce que la mort a empêché de faire, nous allons l'essayer aujourd'hui, tout en regrettant de venir si tard parler d'un livre que ses lecteurs fidèles ont depuis longtemps sur leurs rayons.

L'Année scientifique et industrielle de M. L. Figuier (1) est en effet un livre précieux à conserver. Publiée déjà avec succès depuis cinq ans, la sixième année ne le cède en rien à ses aînées.

L'année 1861, déjà célèbre par sa grande comète, a été témoin de faits astrononomiques intéressants : le 9 mars, c'était une aurore boréale; le 12 novembre, Mercure passait sur le disque du soleil, et la prédiction du temps trouvait encore un interprète dans la personne de M. Coulvier-Gravier.

De son côté la *physique*, par l'étude du poinçonnement des alcoomètres et thermomètres, le pluvioscope de M. Hervé-Mangon, des études sur la glace, l'éclairage électrique, a prouvé que les savants qui la cultivent ne restent pas en arrière. En Chine, la machine de Rhumkorff devenait engin de guerre; à l'Opéra le mode d'éclairage de la scène était soumis à des expériences, et le câble transatlantique venait une dernière fois nous attrister par sa non-réussite.

Ce dernier échec condamne ce pauvre *câble*. Cherchons une consolation dans les succès de la *mécanique* en 1861. Voici le puits foré de Passy, la poste atmosphérique de Londres. Dans cette ville, nouvel essai de chemin de fer atmosphérique; en France, suppression dudit système sur la rampe de Saint-Germain. Les montagnes ne sauraient arrêter nos wagons, un nouveau système facilitera ce passage. Ces wagons eux-mêmes vont être chauffés au moyen de la vapeur d'eau. Ainsi disait-on en 1861. Mais, hélas! ce serait trop beau et trop juste, et 1862 semble devoir se terminer sans que cette application ait été généralisée. Les pauvres voyageurs de troisième classe gèleront-ils donc encore cet hiver dans leurs affreux wagons?

Plaçons encore en présence ces deux idées si opposées, l'engraissement des poulets à la mécanique et la carabine tirant cinquante coups dans une minute, et saluons la belle méthode d'analyse chimique dite *spectrale*, de MM. Bunsen et Kirchoff. Cette méthode nous enrichira tout d'abord de deux métaux, le cæsium et le rubidium. M. Fremy soulèvera une grande discussion sur la composition de l'acier. Le gaz oxygène fabriqué à bon marché, la reproduction par la photographie des manuscrits anciens, l'appareil pouvant tirer quatre mille épreuves photographiques par heure, et le cyanure de potassium expulsé des ateliers de photographie, représentent les principales conquêtes de l'histoire chimique.

Notre lecteur, par ce petit exposé, ne voit-il pas déjà combien nombreux se pressent les faits dans l'*Année scientifique* de M. Figuier? A peine avons-nous effleuré quelques divisions de la science; que serait-ce si nous abordions la marine, la télégraphie électrique, l'histoire naturelle, l'hygiène publique, l'agriculture, les arts industriels, et même, pour mémoire, la médecine et la physiologie?

Le livre de M. Figuier se recommande de lui-même : prenez donc et lisez.

Dr E. RENAUD.

(1) Un vol. in-18 jésus. Prix, 3 fr. 50 c. Paris, 1862 (6e année), L. Hachette et Cie.

Le 2, 14 crises avec de vives douleurs; il se roidit et pousse des cris chaque fois qu'il veut uriner.

Le 3, 13; le 4, 14; le 5, 9 crises.

Le 6, un fragment étant engagé dans l'urèthre sans pouvoir sortir, est extrait avec un tube-cuvette; il est volumineux et irrégulier; sa présence dans l'urèthre a déterminé une vive irritation; quelques gouttelettes de sang s'écoulent par le méat urinaire. Dans la journée, on observe 22 crises, dont 10 plus fortes que les autres, et déterminées par des fragments assez volumineux.

Le 7, on observe 16 crises; le 8, 17; le 9, 15.

Le 10, troisième séance: le lithotriteur fenêtré est remplacé par un lithotriteur à cuvette; 14 crises dans la journée, 17 le lendemain; diminution les jours suivants, 15, puis 10, 8, 8.

Le 16, quatrième séance: 4 crises. Le lendemain, le malade souffre beaucoup; on compte 23 crises fortes; expulsion de beaucoup de graviers assez volumineux.

Le 18, cinquième séance: 26 crises.

Le 19, sixième séance: 16 crises.

Le lendemain, 23 crises.

Le 21, septième séance: 16 crises; le lendemain, 14; le surlendemain, 19.

Le 24, huitième séance: 18 crises; le lendemain, 16.

Le 26, neuvième séance: cette fois, je fais usage du chloroforme. On observe un notable relâchement dans les tissus; l'instrument est introduit dans l'urèthre avec une remarquable facilité; on peut le retourner dans la vessie, et explorer cet organe en tous sens; le malade ne paraît pas en souffrir, et ne se livre pas, comme dans les séances précédentes, à de violents efforts d'expulsion. La journée est bonne, on ne compte que 12 crises.

Le lendemain, amélioration extrêmement sensible; une seule crise très-faible.

Le 28, dixième séance. Il ne se présente plus entre les branches du lithotriteur de fragments nécessitant leur rapprochement forcé. L'instrument retiré, je trouve dans la cuvette une pâte formée par de la poussière de calcul mouillée d'urine. La journée se passe sans aucune crise.

Le 29, le malade n'a ressenti que de légères douleurs à trois reprises différentes.

Le 30, onzième et dernière séance. L'instrument ne découvre aucun corps résistant, et je ramène la cuvette sans qu'elle contienne ni poussière ni portion de calcul.

L'injection d'eau ne ramène aucun débris.

Les jours suivants, l'urine n'en présente aucune trace, et le prépuce a cessé d'être œdématié.

Pendant le cours du traitement, quatre fois des calculs engagés dans le canal ont dû être retirés, et je me suis servi pour les extraire d'un instrument que j'appelle tube-cuvette, composé de deux gouttières adossées, séparées par une cloison, et terminé en cul-de-sac.

Le 3 décembre, le malade est parti pour la Bretagne, ne présentant aucune lésion des organes génito-urinaires.

L'injection de la verge a disparu, et cet organe est revenu à ses dimensions normales.

L'urine est limpide, transparente, et ne contient plus d'albumine ni de sang.

L'enfant a renoncé à ses anciennes habitudes, qui étaient dues à l'excitation produite par le corps étranger.

Sa physionomie est paisible et ne présente plus aucune trace de souffrance.

Je terminerai cette observation par un résumé de l'analyse chimique du calcul faite par M. Vatin.

Il est d'un blanc grisâtre, et renferme quelques petits cristaux brillants et légèrement colorés; il est soluble dans les acides minéraux sans effervescence, insoluble dans la solution concentrée de potasse; dissous dans l'acide azotique, il ne donne point de coloration en présence de vapeurs ammoniacales; traité par l'acide sulfurique à chaud, il ne dégage point d'oxyde de carbone; sa dissolution chlorhydrique, neutralisée et traitée par l'oxalate d'ammoniaque, donne un précipité blanc d'oxalate de chaux. Cette dissolution, privée de chaux par l'oxalate d'ammoniaque, donne encore, par un excès d'ammoniaque, un précipité blanc jaunâtre de phosphate ammoniaco-magnésien.

Une température de 80 degrés noircit le calcul, il y a dégagement d'ammoniaque constatée par son odeur particulière, et son action sur le papier de tournesol rougi par un acide.

M. Vatin conclut de ces expériences que le calcul est formé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 juillet 1862. — Présidence de M. VELPEAU, vice-président.

M. JOBERT (de Lamballe) lit un travail intitulé *Réflexions cliniques sur la lithotripsie chez les enfants*. (Voir plus haut.)

Chaleur animale. — M. H. LECOQ, correspondant de l'Académie, communique un mémoire ayant pour titre: *De la transformation du mouvement en chaleur chez les animaux.*

On sait depuis longtemps que le frottement ou le mouvement détermine un développement proportionnel de calorique qui va jusqu'à l'incandescence. C'est en partie sur cette transformation du mouvement en chaleur que sont fondés les différents moyens d'obtenir du feu, et, dans ces derniers temps, on a construit sur ce principe des machines dont l'utilité serait incontestable, si l'on avait à sa disposition un moteur puissant et économique.

Les mêmes faits se présentent sur les machines organisées vivantes. Indépendamment de la chaleur normale développée chez les animaux à sang chaud par la combustion que détermine l'oxygène dans l'appareil respiratoire, il y a une certaine quantité de chaleur additionnelle ou accidentelle produite par les mouvements de l'animal. Cette élévation de température due à l'action des muscles, arrivée à un certain degré, variable pour chaque espèce, et souvent pour chaque individu, ne peut plus s'accroître, et alors se présente un phénomène analogue à celui que nous offre l'eau chauffée sous une pression déterminée. Le calorique excédant s'unit à une partie du liquide et se transforme en vapeur. Dans les animaux à sang chaud, cet excès produit la transpiration pulmonaire ou cutanée, et cette production de vapeur, en rendant latent le calorique en excès, rétablit l'équilibre.

Il n'en est pas de même chez les animaux à sang froid, et c'est sur ce point que je désire appeler un instant l'attention de l'Académie. Le mouvement, chez plusieurs d'entre eux, élève la température au point que l'animal ne peut plus la supporter et tombe de lassitude.

Je suis convaincu que les choses se passent ainsi chez la plupart des êtres de cette catégorie; toutefois mes observations n'ont été faites que sur ceux de ces animaux où le contraste entre l'état de repos et la vie d'agitation présente le plus grand écart: sur les sphinx, qui appartiennent, comme on le sait, à la grande division des lépidoptères dans la classe des insectes.

La vie annuelle des sphinx de nos climats est composée de quatre périodes distinctes: l'œuf, la chenille, la chrysalide et l'insecte parfait. Rien de plus lent que les larves des sphinx: l'état parfait dure, pour l'insecte, un mois, deux mois au plus, et pendant toute la journée immobilité complète. L'insecte acquiert alors la température de l'air ambiant et s'y maintient. Mais le soir, la nature accorde à chaque espèce de sphinx une heure de crépuscule, rarement deux, pour butiner sur les fleurs et jouir un instant de cette vie active et aérienne qu'il a méritée par dix à onze mois de repos ou d'inertie.

Le corps du sphinx est relativement lourd et volumineux, ses ailes courtes et ses muscles moteurs d'une extrême puissance. Dans son vol rapide et soutenu, le sphinx se place devant les fleurs, et ne touche à leurs nectaires que par l'extrémité de sa trompe. Il se soutient par le mouvement incessant et presque invisible de ses ailes.

A peine a-t-il commencé ce violent exercice, que la chaleur de son corps augmente et continue d'augmenter rapidement. Dans les sphinx un peu volumineux, comme celui du liseron, et quelle que soit alors la température de l'air, la chaleur acquise surpasse celle des corps des mammifères, celle de l'homme, et arrive au moins à la température du sang des oiseaux.

J'ignore si cet excès de chaleur est la cause qui arrête le sphinx; mais bientôt après l'avoir acquise, il disparaît d'un vol extrêmement rapide, et remet au lendemain soir une nouvelle période d'agitation.

Il se peut aussi que le sucre tout élaboré que ces lépidoptères trouvent dans le sein des fleurs, et dont ils font si ample consommation, soit brûlé dans leur corps par l'air qui pénètre dans leurs trachées; mais il est douteux que cette combustion, si elle existe, puisse procurer à l'insecte une température intérieure qui surpasse celle des animaux à sang chaud.

— M. LAVOCAT transmet la troisième et dernière partie de son mémoire, intitulé *Revue générale des os de la tête des vertébrés*. (Commissaires précédemment nommés: MM. Serres, Blanchard).

Transformation du cœnure en tænia serrata. — M. DAVAINE adresse sur ce sujet la lettre suivante:

Dans une discussion engagée devant l'Académie des sciences, relativement à la transformation du cœnure en *tænia serrata*, mon nom a été plusieurs fois prononcé, et dans le dernier *Compte rendu*, M. Van Beneden m'accuse d'avoir fait à son sujet une citation inexacte.

Dans mon *Traité des entozoaires*, après avoir donné, suivant Gœze, Rudolphi et Dujardin, la description du *tænia serrata* qui vit dans l'intestin du chien, j'ai dit que plusieurs auteurs modernes admettent que ce ver forme deux ou trois espèces distinctes. J'ai dit encore que M. Van Beneden considère ce ténia (celui que l'on a décrit jusqu'à nos jours sous le nom de *tænia serrata*) comme provenant de deux vers cystiques différents, dont l'un est le *cysticercus pisiformis* du lapin, et l'autre le *cœnurus cerebralis*.

Voici, en effet, la description que donne M. Van Beneden du ténia, qui est le produit du cœnure du mouton ingéré dans l'intestin du chien: « L'organisation de ce ver à l'état de strobila et de proglottis, » est en *tout* semblable à celle du *tænia serrata;* nous avons même » cherché en vain à distinguer ces vers l'un de l'autre par les cro- » chets. » (Van Beneden, *Mémoire sur les vers intestinaux*, p. 148, Paris, 1858.)

Il existe donc dans l'intestin du chien, suivant M. Van Beneden, des ténias dont les individus ne peuvent être distingués les uns des autres par des caractères spécifiques. Qu'il me soit permis, en passant, de demander si, dans l'état actuel de la science, on n'est pas en droit de considérer comme appartenant à une même espèce des animaux qui, à l'état adulte, ont tous leurs caractères identiques? Quoi qu'il en soit, ces individus semblables, que Gœze, Dujardin, etc., ont décrits comme appartenant à une même espèce sous le nom de *tænia serrata*, proviennent, suivant M. Van Beneden, d'un cysticerque et du cœnure; je n'ai point dit autre chose.

Nous apprenons avec plaisir que M. Bintot, que l'on avait cru tombé aux mains des Mexicains, se trouvait à Orizaba le 22 juin, c'est-à-dire à une date postérieure au combat de Puebla.

L'ouvrage de M. Armand Baschet, **la Diplomatie vénitienne et les princes de l'Europe au seizième siècle** : **François Ier, Philippe II, Catherine de Médicis, les papes, les sultans, etc., etc.**, vient de paraître chez l'éditeur H. Plon. Ce livre s'adresse directement aux diplomates, aux hommes politiques et aux esprits lettrés. Dès la fin du quinzième siècle, la grande école politique de l'Europe était à Venise; au commencement du seizième, les ambassadeurs vénitiens avaient acquis une renommée considérable auprès de toutes les cours. Il est curieux de voir par le livre de M. Armand BASCHET, rempli de documents intimes et de *portraits écrits*, des princes et des ministres, tout ce qu'avait de légitime la réputation de ces illustres diplomates, qui avaient porté si haut l'art de dépeindre et la faculté d'observer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des bains de mer et de l'hydrothérapie marine, fondé sur de nombreuses observations, par le docteur ROCCAS, médecin inspecteur adjoint des bains de mer de Trouville. 2e édition, revue et augmentée. Un volume in-18 de 300 pages. Prix: 3 fr. 50 c. Paris, chez Victor Masson et fils, place de l'École de Médecine, 17.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 AOUT 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une communication de M. Desormeaux nous ramène à la question toujours pendante, quoique silencieuse en ce moment, de l'hygiène des hôpitaux. M. Desormeaux, chirurgien de l'hôpital Necker, a eu l'occasion d'observer dans cette maison un fait qui, au point de vue de l'étude des causes et des éléments de salubrité et d'insalubrité, vaut à lui seul mieux que tous les raisonnements, car il est par lui-même une démonstration.

L'hôpital Necker, placé d'ailleurs dans des conditions générales d'aération telles qu'il est considéré avec juste raison comme un des hôpitaux les plus salubres, comprend un service chirurgical composé de deux salles situées à l'opposite l'une de l'autre. Or, au milieu d'un ensemble aussi satisfaisant et aussi complet de bonnes conditions intérieures et extérieures, M. Desormeaux a été frappé, depuis qu'il a pris ce service, du mauvais état sanitaire de la salle des hommes, comparativement surtout à l'état généralement excellent de la salle des femmes.

Il n'avait pas été seul à faire cette remarque. Tous ses prédécesseurs avaient constaté comme lui cette différence notable, au grand préjudice des opérés de la première salle.

Une circonstance récente est venue révéler, en la faisant disparaître, la cause de cette différence. La démolition d'un vieux bâtiment qui commandait cette salle et interceptait sa communication directe avec le jardin du nord, en livrant un vaste accès à l'air, qui maintenant vient battre librement les deux côtés, a suffi pour faire cesser les complications graves qui compromettaient si souvent jusque-là l'état des blessés et les résultats des opérations, et pour replacer sous ce rapport cette salle dans les mêmes conditions favorables que celle des femmes, librement aérée de tous côtés.

C'est là un fait qui, tout simple qu'il paraisse, est en réalité d'une importance capitale dans la question de l'assainissement des hôpitaux, et qui justifie pleinement les conclusions par lesquelles M. Desormeaux termine son mémoire.

— La discussion sur le goître exophthalmique a continué dans cette séance. M. Bouillaud a pris la parole, mais le temps lui ayant manqué, il en est resté aux généralités et aux préliminaires de son discours, réservant la discussion du point scientifique pour la séance suivante. Nous devons ajourner par conséquent aussi notre appréciation. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

De la docimasie pulmonaire optique.

Après vous avoir entretenus de la pneumonie lobulaire et de l'*atelectasie* des poumons qui l'accompagne si souvent, ce qu'on appelle aussi *état fœtal;* après vous avoir montré l'avantage qu'il y a de recourir à l'emploi de la loupe pour rechercher dans la nécropsie les lobules dont le tissu affaissé ne renferme plus de vésicules, je vais vous parler des poumons placés sur cette table et qui m'ont été envoyés par un de mes anciens élèves, M. Augros, de l'hôpital Saint-Louis.

Ce sont les poumons d'un enfant mort-né sans respiration et sur lesquels je vais vous faire connaître le moyen que j'ai imaginé pour établir qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas eu respiration. Par l'étude de ces poumons, et avec celle de ces autres poumons de petits chats que nous avons noyés hier, avec leur mère au terme de la gestation, vous aurez le moyen de vous faire une idée de la nouvelle méthode de docimasie pulmonaire dont j'ai donné connaissance à l'Académie de médecine.

Je commencerai par vous dire qu'il n'est pas dans mon intention de critiquer les méthodes connues de docimasie pulmonaire, dont les avantages et les inconvénients sont connus de tout le monde. C'est une nouvelle méthode que je propose d'ajouter à celles que l'on connaît, et voilà tout.

Sans m'occuper de ce qui a été dit par les auteurs de médecine légale, je ne vous parlerai que du but à atteindre et des moyens que je propose pour y arriver.

Je suppose donc que vous ayez à décider le fait de la respiration sur les poumons d'un enfant mort-né, et qu'on suppose avoir été victime d'une main criminelle. Employez les instruments que je vous montre ici, *ce qui n'a jamais été fait par aucun auteur de médecine légale*, et vous aurez des moyens d'une précision capable de vous autoriser à conclure que la respiration a ou n'a pas eu lieu, que l'enfant était mort avant de naître ou en naissant, ou qu'il a succombé après la naissance et après avoir respiré. Les instruments qui pourront vous aider dans la recherche de la respiration sont de *bonnes loupes* et un *microscope* grossissant de 20 à 30 diamètres. Avec leur aide, vous allez de suite voir, par des signes certains, que la respiration a ou n'a pas eu lieu. Leur usage pour ce genre de recherches constitue la *docimasie pulmonaire optique.*

Pour démontrer le fait de l'accomplissement de la respiration sur un poumon de nouveau-né, il suffit de regarder ces organes à la loupe et au microscope. On y voit les caractères suivants :

Si les poumons d'un enfant nouveau-né ont complétement respiré, on voit au foyer de l'instrument que leur tissu est rempli de vésicules juxtaposées très-nombreuses, larges et brillantes, d'un diamètre de 2 à 3 millimètres, suivant qu'on se sert d'une loupe plus ou moins amplifiante, et d'un diamètre plus considérable si l'on emploie un microscope grossissant vingt à trente fois. Plus le foyer est rapproché, moins est étendu le champ de la vision et moins on a de vésicules sous les yeux; mais en promenant la loupe sur les différents points de l'organe, on voit que tout le tissu est également rempli de vésicules qu'on ne distingue pas à l'œil nu.

Quand les poumons viennent d'un enfant ou d'un animal qui n'a pas respiré, les caractères fournis par l'examen à la loupe sont tout différents; or, c'est le cas des poumons que je vous montre ici : les uns venant d'un mort-né à terme, tandis que les autres sont ceux de petits chats que j'ai extraits du ventre de leur mère, laissant respirer les uns et maintenant les autres dans l'eau de façon à interdire tout phénomène respiratoire. Ceux des poumons qui n'ont pas respiré offrent à la loupe et sous le microscope un tissu compacte, comme de la chair lisse et unie, de couleur variable, suivant l'époque de la gestation, et on n'y découvre aucune vésicule pulmonaire. On a beau chercher et promener l'instrument à la surface des poumons, le résultat est toujours le même. Là où il n'y a pas eu de respiration, il n'y a pas de vésicules pulmonaires apparentes, et on n'a de certitude à cet égard qu'après avoir vérifié le fait au moyen des instruments de précision dont je vous recommande l'usage. C'est en cela que consiste la docimasie optique.

Maintenant, quand les poumons ont incomplétement respiré ou quand, ce que nous allons faire, on insuffle un lobe de poumon qui n'a pas respiré, on découvre qu'il y a eu pénétration incomplète de l'air dans les poumons et que certains points renferment des vésicules pulmonaires, tandis que d'autres n'en renferment pas.

Or, pour parler convenablement de cet objet et pour affirmer ce fait devant un tribunal, il faut être sûr de ce qu'on dit, et il n'y a pas d'autre moyen d'être sûr de ce qu'on dit qu'en étant sûr de ce qu'on voit. Ici, être sûr de ce qu'on voit, c'est appeler à son secours des instruments grossissants qui permettent de tripler et de quadrupler le volume d'un objet à peine visible, pour lui donner des dimensions telles qu'on ne peut avoir de doute sur sa nature.

Voyez plutôt, je viens d'insuffler l'un des poumons de cet enfant mort sans avoir fait d'effort respiratoire. Comparez cet organe à l'autre avec les excellentes loupes que je mets à votre disposition, et voyez d'un côté des vésicules pulmonaires très-apparentes, tandis que dans l'autre vous ne verrez rien. Eh bien, il en est toujours ainsi, et dans mes nombreuses expériences le résultat a toujours été celui que je vous montre en ce moment.

Une objection sérieuse pourrait être faite à cette méthode de docimasie pulmonaire. Oui, sans doute, au moment de la naissance, lorsque le corps n'est pas altéré, *la loupe* permet de distinguer les poumons de l'enfant qui a respiré des poumons de celui qui n'a pas respiré; mais dans les cas où le corps a subi un commencement de putréfaction ou même est presque entièrement putréfié, en sera-t-il de même? Sur des cadavres de nouveau-nés ayant séjourné dans l'eau, dans le fumier, dans le sein de la terre, pourra-t-on voir si la respiration a eu lieu? Ici, je serai plus réservé dans mes affirmations. D'après ce que j'ai vu, cependant, chez des mort-nés, sans respiration, entièrement pourris par le séjour prolongé dans l'eau, dont le corps était emphysémateux par suite de la fermentation gazeuse putride, les gaz qui se développent occupent les cavités séreuses du péritoine, de la plèvre, du péricarde, le tissu cellulaire qui sépare les lobules du poumon, de manière à former des bulles grosses comme le pouce, mais nullement dans les vésicules du poumon. C'est d'ailleurs ce qui a été dit avant moi par plusieurs de nos médecins légistes.

Il suit de là que chez un mort-né sans respiration, et dont le corps putréfié est rempli de gaz, on trouve ces gaz partout ailleurs que dans les vésicules pulmonaires, et dans ces cas, l'examen des poumons à la loupe ne permet pas de découvrir aucune vésicule de poumon remplie d'air. Toutefois, je le répete, ce sont des recherches qui auraient besoin d'être poursuivies par de nouvelles observations.

Ce que je viens de vous exposer sur ces pièces fraîches, vous le retrouverez dans ces aquarelles que j'ai peintes et les dessins sur bois que je mets sous vos yeux. Ces figures reproduisent très-bien ce que l'on voit en promenant une forte loupe à la surface des poumons. Chacune représente une plus grande surface que celle du foyer de l'instrument. C'est un morceau de poumon avec les lobules qui le composent, et qui sont plus visibles chez l'enfant que chez l'adulte. Les petits cercles blancs représentent les vésicules aériennes fortement dilatées, à ce point qu'il n'y a aucun doute à élever sur leur présence.

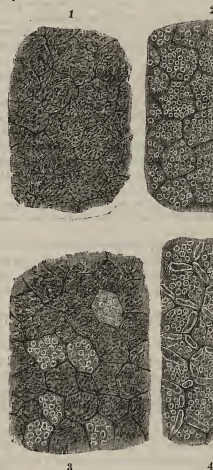


FIG. 1. Poumon n'ayant pas respiré. — Tissu compacte où l'on reconnaît les lignes celluleuses qui séparent les lobules pulmonaires. — Absence de vésicules aériennes.

FIG. 2. Poumon ayant respiré. — Grossissement de 5 diamètres. Lobules remplis de vésicules dilatées par de l'air.

FIG. 3. Poumon ayant incomplétement respiré. — On y voit des lobules pulmonaires compactes, sans vésicules, et çà et là un lobule ayant respiré, dont toutes les vésicules sont remplies d'air.

FIG. 4. Poumon insufflé. — Outre les vésicules gonflées d'air, on voit les lobules séparés les uns des autres par de l'emphysème interlobulaire; les bulles allongées qui sont entre les lobules représentent des bulles d'air de l'emphysème interlobulaire.

En résumé, l'usage d'une bonne loupe ou d'un microscope, en permettant de voir distinctement les vésicules pulmonaires, sont un excellent moyen pour reconnaître que la respiration a eu lieu.

C'est un moyen de plus à ajouter à ceux que l'on emploie ordinairement dans les recherches médico-légales de l'infanticide.

DE LA CAUTÉRISATION DE L'ÉPIPLOON
après l'opération des hernies ombilicales, inguinales ou crurales.

Par M. le docteur PHILIPEAUX (de Lyon).

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 23 juillet 1862.)

Lorsque dans une opération de hernie ombilicale étranglée on trouve une portion d'épiploon, le parti que l'on doit prendre offre de grandes difficultés.

La science est loin d'être fixée sur la méthode qui doit être préfé-

rée, car toutes celles qu'indiquent les auteurs sont suivies de revers graves et fréquents.

Ces résultats malheureux se retrouvent après l'emploi de toutes les méthodes proposées jusqu'à présent, à savoir :

1° La réduction précédée ou non de la section des adhérences ;

2° L'abandon de l'épiploon dans la plaie ;

3° L'excision de la partie épiploïque qui dépasse l'anneau herniaire ;

4° La ligature immédiate suivant le procédé de Celse et Darnaud, ou faite après le développement des bourgeons charnus suivant les conseils donnés par le célèbre Scarpa.

Si l'étranglement produit par la constriction de l'épiploon concourt, comme l'ont démontré Verdier, Pipelet, Pouteau et Rott, à la production des accidents, la gangrène et la putréfaction de l'épiploon sont dans tous les cas la cause principale des péritonites mortelles et des résorptions putrides qui occasionnent la mort des opérés.

La cautérisation peut-elle suppléer à l'insuffisance de toutes les méthodes que nous venons d'énumérer ? Il serait impossible de répondre à cette question en consultant les auteurs anciens.

Celse, il est vrai, conseille de ne pas faire rentrer dans le ventre l'épiploon très-volumineux, mais de l'enduire de médicaments caustiques jusqu'à ce qu'il meure ou se détache spontanément. Il ajoute même que le caustique est préférable à la ligature, parce qu'il fait tomber plus promptement l'épiploon.

Scarpa a aussi employé des caustiques, puisque, après avoir cité le passage de Celse, il ajoute : « Ce que je puis assurer d'après l'expérience, c'est que le précipité rouge uni à l'alun n'attaque que la superficie de l'épiploon et le fait tomber couche par couche. » Plus loin : « Lorsque l'épiploon commence à suppurer, si l'on ne voulait pas faire usage de la ligature, on pourrait le détruire couche par couche à l'aide des escharotiques. » (Scarpa, *Traité des hernies*, 1825, p. 195).

Mais si la cautérisation est indiquée par ces deux auteurs, on chercherait vainement dans leurs ouvrages des règles précises sur l'emploi, le choix des caustiques, et sur les effets que l'on doit en attendre. D'ailleurs, dans leurs préceptes, il ne s'agit que d'une cautérisation superficielle, bien différente de celle qui est destinée à détruire tout l'épiploon.

Il appartenait à la chirurgie lyonnaise, toujours si partisane de cette méthode de traitement, de combler cette lacune.

Amédée Bonnet conçut, il y a quelques années, l'idée d'appliquer à la destruction de l'épiploon la pâte au chlorure de zinc, non plus en se bornant à mortifier la superficie de l'épiploon hernié, ainsi que Celse et Scarpa paraissent l'avoir fait, mais en faisant des applications renouvelées et prolongées dans quelques circonstances pendant plus d'une semaine, afin de détruire toute la partie herniée.

Dans le premier cas, qui date de 1843, il s'agissait d'une masse épiploïque du volume du poing, irréductible et abandonnée dans la plaie après l'opération.

Dans le second, publié en 1847 dans le *Bulletin de thérapeutique*, M. Bonnet, ayant affaire à une hernie ombilicale épiploïque très-volumineuse, avec inflammation, ulcération et gangrène de l'épiploon, pénétration de l'air dans le sac et état général alarmant, fit une large incision au sac, et appliqua plusieurs ligatures sur une masse épiploïque du volume des deux poings, et excisa toutes les parties dépassant les ligatures. La gangrène survint ; des applications successives de larges plaques de chlorure de zinc en triomphèrent, et la malade guérit.

Depuis lors, les chirurgiens de Lyon ont imité son exemple, et en ont obtenu, comme je l'indiquerai bientôt, des résultats très-satisfaisants.

Bonnet ne se contentait pas d'appliquer sur l'épiploon des couches, de larges plaques de pâte au chlorure de zinc, qu'il laissait en place vingt-quatre heures, il les renouvelait si cela était nécessaire, après avoir pris la précaution d'enlever avec le bistouri les parties mortifiées.

M. Desgranges a employé le procédé suivant, qui me paraît préférable :

L'épiploon est-il libre sans adhérences, on le rejette sur le ventre au-dessus de l'orifice de la hernie ; on l'engage dans une compresse fendue, cératée sur les deux faces et destinée à protéger la plaie et les organes environnants. On le déplisse, on l'étale de manière qu'il n'offre au caustique qu'une surface peu étendue susceptible d'être cautérisée en vingt-quatre heures. Après l'avoir ainsi isolé, on comprend son pédicule entre deux morceaux de pâte de chlorure de zinc, à quelques millimètres au-dessus de l'orifice herniaire protégé par la compresse. On maintient ce pansement avec un spica de l'aine ; ces précautions suffisent pour contenir la hernie et empêcher le caustique de s'étendre au delà des parties à cautériser (1).

Le 14 septembre 1850, M. Desgranges employa ce procédé pour la première fois ; il s'agissait d'une femme atteinte d'une hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée ; la masse d'épiploon, très-volumineuse et adhérente, fut détachée de ses adhérences et cautérisée à plusieurs reprises. La malade n'éprouva à la suite de l'opération que quelques accidents insignifiants, deux abcès sous-cutanés et une hémorrhagie très-légère provoquée par des tiraillements exercés sur l'eschare. La malade guérit parfaitement (2).

M. Valette eut occasion d'appliquer cette méthode opératoire en 1857 ; la malade était atteinte d'hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée. La kélotomie fut pratiquée, l'intestin fut réduit, et sur la masse épiploïque on plaça un morceau de pâte au chlorure de zinc ; la guérison ne put avoir lieu. La malade succomba le lendemain même de l'opération.

Si la cautérisation, appliquée pour conjurer les accidents de la kélotomie, n'avait été utilisée que quatre fois, nous ne nous serions pas permis de revendiquer pour elle le rang qu'elle doit occuper dans la thérapeutique chirurgicale : quatre faits ne sont pas suffisants pour asseoir la valeur d'une méthode curative ; mais la cautérisation ayant été mise en pratique un grand nombre de fois par plusieurs chirurgiens dans les cas de hernies inguinales et crurales avec des résultats fort satisfaisants, il m'est bien permis de m'appuyer sur ces faits pour réclamer en faveur de la cautérisation le premier rang parmi les méthodes propres à assurer l'efficacité de la kélotomie.

(1) *De la cautérisation de l'épiploon dans l'opération de la hernie étranglée.* Vissaguet, thèse pour le doctorat ; Paris, 1858, p. 22.

(2) Voyez pour de plus amples détails mon *Traité de la cautérisation*, p. 457.

Dans mon *Traité sur la cautérisation*, p. 453 et suivantes, j'ai fait connaître sept observations de hernies inguinales et crurales étranglées, dans lesquelles l'épiploon a été détruit par la cautérisation, et je n'ai eu que des succès à enregistrer.

Depuis lors M. Vissaguet en a cité un assez grand nombre, et si la méthode n'a pas été toujours innocente, elle a du moins procuré des résultats avantageux, puisque sur *vingt-trois opérations* de kélotomie suivie de la cautérisation, il a pu faire connaître *dix-neuf succès* pour quatre morts.

Depuis 1858, plusieurs opérations de ce genre ont été faites ; je me suis enquis de toutes celles qui ont été pratiquées, et comme le résultat n'en a été publié nulle part, je m'empresse de le faire connaître.

M. Bonnet a opéré une hernie inguinale avec succès ; M. Barrier a obtenu le même résultat chez un homme ; M. Desgranges, qui a pratiqué 17 opérations analogues, a eu 13 succès pour 4 morts ; moi-même j'ai pratiqué sur une femme la cautérisation, et j'ai réussi.

Dans les cas de hernies crurales, M. Bonnet a eu sur 3 opérations 3 succès ; M. Valette, sur une opération un succès ; M. Barrier, sur une opération un succès ; M. Desgranges, sur 8 opérations 7 succès et 1 mort.

Maintenant que j'ai fait connaître tous les faits heureux et malheureux dans lesquels la cautérisation a été employée, il me sera facile de démontrer la supériorité de la cautérisation sur la méthode ordinaire, en plaçant ci-dessous la statistique que je viens de dresser.

	Hernies ombilicales.		
MM. Bonnet. . . .	2	opérations.	2 succès.
Desgranges . .	1	—	1 —
Valette. . . .	1	—	1 mort.
	Hernies inguinales.		
MM. Bonnet. . . .	1	opération	1 succès.
Barrier . . .	1	—	1 —
Desgranges . .	17	—	13 —
— . .		—	4 morts.
Philipeaux. . .	1	—	1 succès.
	Hernies curales.		
MM. Bonnet. . . .	3	opérations. . . .	3 succès.
Barrier . . .	1	—	1 mort.
Desgranges . .	8	—	7 succès.
— . .		—	1 mort.
Valette. . . .	1	—	1 succès.
TOTAL. . .	37	opérations. . . .	30 succès.
			7 morts.

En résumé, tandis que nous trouvons sur 32 opérations de hernies étranglées faites à Paris, 29 morts et 3 succès, nous pouvons fournir par la pratique lyonnaise, c'est-à-dire par la cautérisation associée à la kélotomie, sur 37 opérations, 30 succès et 7 morts.

Mais, à supposer que l'on puisse m'objecter que dans la statistique de M. Huguier il ne s'agit que de hernies ombilicales, tandis que dans la mienne se trouvent réunis des faits de hernies inguinales, curales et ombilicales, je répondrai que le nombre de succès obtenus par la cautérisation est trop considérable comparé à celui fourni par la kélotomie ordinaire seule, pour qu'on ne puisse pas en admettre la supériorité.

Si maintenant l'on compare ma statistique à celle de M. le professeur Malgaigne, on est encore frappé du résultat.

Sur 183 opérations de kélotomie ombilicale, crurale et inguinale, ce savant professeur a trouvé 114 morts ; pour moi, sur 37 opérations par cautérisation, je trouve 30 succès pour 7 morts, et, sur ces 7 insuccès, il en est même 4, au dire de M. Vissaguet, qui ne doivent pas être attribués à cette méthode de traitement ; ainsi, deux malades opérés dans un état d'adynamie profonde ont succombé sans présenter aucun signe de péritonite ; un troisième malade est mort des suites d'un anus contre nature, comme c'est la règle en pareil cas ; et un quatrième était déjà à peu près guéri, lorsqu'une perforation tardive de l'intestin entraîna un épanchement stercoral, une péritonite et la mort.

Quoi qu'il en soit, cette statistique, tout en faveur de la cautérisation, méritait d'être connue, car elle se trouve fondée sur un ensemble de faits qui prouvent incontestablement les avantages de cette méthode de traitement.

DE LA GYMNASTIQUE MÉDICALE RATIONNELLE.

Différence avec la gymnastique ordinaire,

Par M. le docteur MEDING.

Fréd. Hoffmann, Sydenham, Fulley, Boerhaave, Van Swiéten, Tissot et les meilleurs auteurs modernes, ont beaucoup recommandé la gymnastique pour l'usage médical, et cependant jamais on ne l'a appliquée de manière à obtenir tous les effets désirés. Cela tient, croyons-nous, à la façon peu méthodique avec laquelle cet art a été pratiqué. Avant l'académicien suédois, Ling l'a cultivé pendant toute une longue existence avec un esprit hors ligne.

Son système, en effet, ne s'adresse pas seulement au perfectionnement du système musculaire, mais bien aussi, et principalement à l'innervation, dont il accroît l'intensité, qu'il localise, et dont il modifie les effets.

On sait que dans le système suédois, et surtout dans ses applications médicales, les mouvements actifs sont peu employés, et les mouvements dits passifs comprennent à peu près tout ce qui a été exécuté depuis les Chinois et les Hindous jusqu'à nos temps. Mais la plus grande partie des mouvements en usage sont ceux appelés *sinergiques*, et qui se font avec l'assistance d'un autre individu.

Il est facile de voir qu'en mettant en mouvement les bras, les jambes, le tronc ou le corps entier, on n'opère qu'avec des poids connus, et même, en variant ce poids par l'emploi des halthères ou d'autres instruments, ces poids sont bientôt connus et deviennent habituels ; ils sont enfin ordinairement à peu près les mêmes pour des personnes de différentes forces, constitutions, âges, au besoin.

Le mouvement gymnastique est déterminé par le temps, la direction et son étendue.

La ligne et le temps d'un mouvement, c'est-à-dire la direction et le rhythme, dépendant toujours de la volonté, de l'aptitude, de l'entrain momentané et de l'intelligence même des exécutants, il ne serait pas plus possible autrement d'atteindre un but médical et physiologique, qu'on ne remplirait une indication thérapeutique en laissant un malade choisir au hasard ses remèdes dans une pharmacie, ou un convalescent ses aliments sur la carte d'un restaurant.

Il n'y aurait donc que la musique ou le commandement d'un gymnasiarque pouvant diriger et mettre à l'unisson le rhythme des mouvements, qui alors encore serait le même pour tous.

La direction géométrique du mouvement ne saurait être précisée qu'au moyen de machines ou dessins avec points de repère spéciaux. On a cherché à faire un peu de tout cela, et on trouve, en effet, dans tout gymnase bien monté, des tendances à produire l'unité de la force, direction et du rhythme de la motion par de nombreuses machines qui sont plus utiles au repos du maître de gymnastique qu'aux malades, et des dessins marquant des distances pour les individus lorsqu'on travaille en masse.

Une très-honorable exception est à faire au sujet des procédés de M. Napoléon Laisné, qui a su très-heureusement allier les exigences médicales et celles des individualités que les hôpitaux lui ont confiées. Quatre hôpitaux français ont, en effet, l'avantage de cures gymniques dirigées avec un zèle et un savoir parfait. Revenons, après cette appréciation nécessaire, à notre sujet.

Dans l'art de guérir, il nous faut la diversité et l'antagonisme des moyens, leur localisation spéciale et leur administration graduée, le tout, bien entendu, subordonné à l'application des règles de l'anatomie et des lois de la physiologie.

Comme il n'est pas possible de traiter les maladies en gros, comme il faut, pour guérir une maladie, individualiser jusque dans les plus petits détails, le soin d'appliquer ce médicament actif qui s'appelle mouvement doit rester aux médecins seuls ou aidés au moins de personnes qu'ils auraient eux-mêmes instruites et exercées pour l'exécution des mouvements multiples qui peuvent concourir à l'accomplissement du but spécial de l'amélioration d'une affection chronique.

Il faut donc que les médecins prennent connaissance de la théorie et de la technique d'une gymnastique raisonnée, et qu'ils transmettent à des aides la connaissance des éléments constitutifs de l'art de la motion.

Je crois avoir prouvé que le médecin seul peut prescrire une série de mouvements convergeant vers un certain but, et que s'il ne veut ou ne peut les exécuter lui-même, un gymnaste instruit par lui peut seul exécuter l'ordonnance gymnastique. Alors il peut être sûr de l'effet, surtout quand tout se passe sous ses yeux, et que non-seulement la force, la direction et le rhythme du mouvement sont ceux qu'il juge les plus convenables, mais aussi qu'il est tenu compte de l'âge, de la taille, du sexe, du tempérament et de toute autre particularité de l'individu.

Dans tout mouvement fait avec l'assistance d'un autre homme, la volonté du malade est obligée de s'accorder avec celle du gymnaste qui détermine la qualité et la quantité du mouvement. Ces mouvements synergiques, qui forment la nouveauté et le fond principal de la méthode suédoise, sont de deux genres, que nous appellerons : semi-actifs, lorsque la résistance du gymnaste est un tant soit peu moindre que la contraction musculaire du malade, et semi-passifs, lorsque le malade, cédant au mouvement du gymnaste, conserve encore un certain degré de résistance. Semi-actif veut donc dire : résistance du gymnaste (R. G.), et semi-passif : résistance du malade (R. M.).

La physiologie n'a pas encore fourni les preuves de la différence d'action de ces deux genres de mouvements, mais une pratique de cinquante ans de ce système en Suède, une trentaine d'années d'expériences en Russie et en Angleterre, ainsi que le total des essais de soixante établissements depuis dix ans en Allemagne, réunis dans environ cinquante ouvrages, permettent d'adopter cette observation empirique, savoir : que les mouvements semi-actifs favorisent la contraction, le raccourcissement et l'épaississement du muscle, tandis que les mouvements semi-passifs augmentent l'extension, l'allongement et l'amincissement des muscles.

On prétend aussi que le premier genre augmente plutôt l'innervation des nerfs moteurs, tandis que le second réagit davantage sur la sphère sensible ; mais nous attendrons à cet égard que des expériences exactes projettent la lumière sur la différence physiologique de ces effets pratiques intéressants.

Dans la Suède, la Russie et la Prusse, les gouvernements ont doté des établissements dans lesquels on pratique cette gymnastique rationnelle, et parmi les affections les plus nombreuses contre lesquelles cette méthode s'emploie, nous signalerons les difformités de la taille et des membres, les hernies récentes, les paralysies périphériques et traumatiques, la chorée grave, les prolapsus et descentes, quelques cas d'ataxie locomotrice, par exemple la crampe des écrivains, *pectus carniatum* et l'*architecture phthisique*, l'emphysème pulmonaire et quelques autres de moindre importance.

Comme il est impossible d'entrer dans les détails, nous nous bornons à faire remarquer que pour localiser l'action musculaire, par exemple sur une moitié seulement d'un bras, il suffit

de remplacer ou plutôt de mettre hors d'action les antagonistes, en les faisant relâcher par l'opposition de la main du gymnaste.

Dans le mouvement actif ou mouvement gymnastique ordinaire, tout antagoniste à sa contraction et son usure d'innervation spéciales pendant l'action volontaire du muscle en contraction; mais dans les mouvements synergiques la main du gymnaste décharge l'antagoniste de sa contraction supplémentaire, et probablement aussi de sa conscience musculaire. Il n'est pas nécessaire d'expliquer encore combien gagnera le dosage du mouvement par un aide intelligent, selon qu'il donne à sa main un poids de 5, 10, 20, 30 livres et plus.

Nous allons prendre un exemple pour mieux expliquer ces deux genres de mouvements. Pendant la flexion de l'avant-bras sur l'humérus, agissent principalement le biceps et le brachial antérieur. Dans quelques cas, le long supinateur, le fléchisseur carpo-radial, le rond pronateur, et, quand la main est fixée, les extenseurs radiaux court et long, et en partie l'extenseur cubital ulnaire, contribuent à la flexion. Les antagonistes extenseurs de l'avant-bras, le triceps et l'ancôné, ainsi que le sous-ancôné, éprouvent pendant leur allongement la contraction supplémentaire avec tous les effets nerveux qui en découlent.

Si la main du gymnaste, au contraire, oppose une légère résistance en cédant graduellement au mouvement fléchisseur, elle remplace pour ainsi dire les antagonistes, et fait relâcher en partie ou totalement le triceps et les ancônés. L'action nerveuse et musculaire se localise donc uniquement sur les fléchisseurs.

En faisant prendre des positions spéciales et compliquées, on peut donc arriver à limiter l'action musculaire sur un muscle seul ou un très-petit nombre de muscles dans un groupe. Il est bien facile de varier, selon le but et la constitution du malade, ces résistances, provenant alternativement soit du malade, soit du gymnaste.

Dans le mouvement actif, l'activité musculaire et nerveuse atteint toutes les parties du bras; tandis que dans les mouvements synergiques, elle se localise, et même de deux manières différentes, selon que c'est ou le malade ou le gymnaste qui donne la résistance. Le premier cas donne lieu à un mouvement semi-passif; le second, à un mouvement semi-actif.

A cause de l'action augmentée de ces deux genres de motion, on les a appelés doubles, bien que leur action surpasse en effet ceux dits actifs souvent de cinq à dix fois, selon le degré de contraction volontaire et d'isolement unilatéral nerveux.

Le nombre des positions différentes desquelles on peut partir, positions d'entrée ou de départ, est très-considérable; il atteint presque la centaine, et le nombre des mouvements imaginés pour différentes indications surpasse de beaucoup un millier. Le traitement d'une affection chronique légère demande ordinairement deux à quatre mois; les déviations de la taille, six mois à un an. Chaque mois environ, on se sert d'une nouvelle combinaison de huit à douze mouvements appelée *ordonnance gymnastique*, et qui a dans ses parties une connexion motivée par l'indication à remplir.

Les ordonnances sont exécutées tous les jours pendant une heure, avec des intervalles de quelques minutes entre chaque nouveau mouvement, intervalles qu'on utilise pour faire quelques inspirations profondes, afin de réoxyder le sang carbonisé par la contraction musculaire. Chaque mouvement n'est répété que trois à cinq fois avec la lenteur, continuité et énergie douce qui ne laisse pas arriver la fatigue réelle.

Les mouvements passifs que le système de Ling a empruntés à tous les temps et à toutes les nations, en leur donnant un ordre et une application logique en vue de la thérapie mécanique, empruntent à la position du corps dans laquelle on les applique une action double et très-différente. En effet, on trouve que les mouvements passifs proprement dits, qu'on peut appliquer sur des surfaces musculaires relâchées, produisent un effet de résorption en dehors de celui de locomotion pure du contenu ou du tissu sous-jacent, tandis que ceux applicables et employés sur des surfaces musculaires tendues font naître une congestion dans ces parties. La structure intime des tissus et la nature physique de leur contenu, d'après ce que nous savons de la mécanique nerveuse, suffisent pour rendre vraisemblable ce que la pratique a démontré chez nos voisins.

Nous n'avons point parlé de mouvements passifs, tels que flexion, extension, torsion et rotation, exécutés par le gymnaste sans le concours de la volonté ou de l'action nerveuse motrice du malade, et qui ne peut intéresser que les fibres sensibles; eux aussi sont d'une grande importance, et constituent ce qu'on a appelé jusqu'à présent une gymnastique passive, et ce qui même a été exploité sous le nom de gymnastique suédoise (*pars minima pro toto*) par quelques personnes étrangères à l'anatomie et à la physiologie.

L'action de ces mouvements, à part celle de rendre mobiles des articulations roides ou semi-ankylosées et d'étendre petit à petit des contractures, est peu étudiée. Elle consiste probablement dans une certaine congestion passive ou pouvant devenir habituelle par la dilatation mécanique des veines, par suite d'une compression alternante et d'une action non encore définie sur les nerfs vasomoteurs. On a observé que les mouvements synergiques sont suivis d'une croissance en volume et fonction plus rapide et plus importante des muscles lorsqu'on les a fait précéder dans les ordonnances gymnastiques de cette dernière classe de mouvements passifs, incitant en jeu les articulations de préférence.

Les mouvements passifs proprement dits, au contraire (dénomination très-impropre du reste, mais acceptée pour ce genre en suédois, allemand et anglais), s'ils ne sont mis en usage seuls pour un but spécial auquel ils peuvent suffire à eux seuls, trouvent un considérable emploi quand on veut augmenter l'action des mouvements synergiques dans des affections très-invétérées, telles que la sciatique et les contractures. Ces mouvements sont la hachure, la friction, le foulage, le pétrissage, le sciage, le claquement, la lubrification, le frappement, le pointillage ou la vibration pointée, la percussion, la vibration profonde circulaire et rectiligne, l'aération et la pression. On s'étonnera peut-être de ne point trouver ici le massage. Ce mot comprend aujourd'hui trop, et est si mal compris et exécuté dans tous les bains qu'il ne dit plus rien; et il faudra désormais scinder le massage dans ses différents temps pour en déterminer l'effet. La plus grande part d'action, les trois quarts, pourrais-je dire, revient, dans la méthode suédoise, aux mouvements synergiques localisés. Nous renvoyons, à cet égard, à l'excellente thèse de M. le docteur Eug. Dally *sur la thérapie fonctionnelle* (1).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 août 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Lot, des Hautes-Pyrénées et de la Haute-Marne;

2° Un mémoire sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Besançon en 1861 et 1862.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Carassus, de Milly (Seine-et-Oise), sur une épidémie d'affections varioleuses qui a régné dans cette commune en novembre et décembre 1861;

2° Une observation communiquée par M. le docteur Baldon, ayant pour titre : *Amputation de la jambe; complications syphilitiques; action remarquable des préparations mercurielles* (commissaires, MM. Ricord, Gosselin);

3° Une observation de laryngite ulcéreuse ayant succédé à une violente inflammation pharyngo-laryngienne déterminée elle-même par des cautérisations intempestives avec le crayon de nitrate d'argent; œdème sus-glottique; laryngoscopie, etc., par M. le docteur Moura-Bourouillou (commissaires, MM. Barth, Bouvier);

4° Un travail de M. le docteur O. Réveil, ayant pour titre : *De l'absorption par le tégument externe chez l'homme dans le bain; faits et expériences relatifs à cette question* (commissaires, MM. Bouchardat, Gibert, Grisolle);

5° Une note de M. le docteur Kœberlé, de Strasbourg, sur un cas d'accouchement provoqué pour cause de grossesse prolongée (commissaires, MM. Depaul et Jacquemier);

6° M. le docteur Alfred Guillon adresse la note suivante sur un nouveau moyen qu'il propose pour empêcher les sondes ou les bougies de disparaître dans le canal de l'urèthre, et de pénétrer ainsi jusque dans la vessie, et pour fixer une sonde à demeure.

Une sonde placée dans le canal de l'urèthre a de la tendance à cheminer vers la vessie : c'est un fait constaté par tous les observateurs; mais la loi n'en est pas encore expliquée. Dans son *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, Vidal (de Cassis) s'exprime ainsi (t. IV, p. 512) : « Il y a pour ainsi dire un mouvement d'aspiration, ou péristaltique, qui fait que, dès qu'un corps est introduit dans l'urèthre, il tend continuellement à marcher vers la vessie; je voudrais dire que l'*urèthre semble l'avaler*. Cette particularité n'échappe pas au praticien, qui se hâtera d'extraire ces corps étrangers avant qu'ils aillent plus profondément; et quand une sonde ou une bougie aura été introduite dans l'urèthre, on la fixera de suite, dans la crainte de la voir se glisser dans la vessie.

» Un praticien de la ville sonda un malade avec une sonde de gomme élastique. Dès qu'il fut parvenu dans la vessie, il s'éloigna un instant du lit pour chercher les moyens de fixer cette sonde, qu'il voulait laisser à demeure; mais quel fut son étonnement, quand il ne vit plus la sonde, qui avait disparu et s'était précipitée dans la vessie! Ce malade *fut taillé* par Roux, qui enleva le corps étranger. »

J'avais bien remarqué ce passage, et j'ai été plusieurs fois à même d'en vérifier l'exacte description. J'avais été chargé à l'hôpital, par un de mes maîtres, de fixer une très-petite sonde qu'il venait d'introduire et qu'il se proposait de laisser à demeure; pendant que je préparais le fil nécessaire, je confiai au malade l'extrémité libre de sa sonde, sous laquelle je passai une anse de fil. Au moment où, après avoir croisé les deux chefs, je tirais sur eux pour former un nœud, le malade lâcha la sonde, mon nœud se fit dans le vide : la sonde s'était précipitée dans l'urèthre. Immédiatement je saisis la verge en appuyant le pouce sur la face dorsale pour empêcher la progression de la sonde dans le canal; cette sonde avait un petit bourrelet de cire qui n'avait cependant pas empêché sa disparition. Je pus la retirer à l'aide d'une pince à pansement que j'avais sous la main.

J'ai encore observé le même fait dans des circonstances à peu près analogues; grâce au concours d'un de mes camarades, interne du service, nous sommes encore parvenus à retirer, non sans peine, la bougie avec une pince à anneaux.

A l'aide d'ingénieux instruments, on a pu retirer des corps étrangers de l'urèthre et même de la vessie, mais ce n'en est pas moins une opération douloureuse et laborieuse, même quand on réussit. Pour obvier à tout cela, j'emploie une petite pince s'adaptant sur toutes les sondes ou bougies, quel qu'en soit le diamètre. Sur mes indications, M. Mathieu a construit ce petit instrument sur l'idée des serre-fines de Vidal (de Cassis) : deux spirales de fil métallique, l'une au-devant de l'autre, forment le ressort d'où partent deux branches courbes, dont l'intersection circonscrit un espace elliptique qui ne doit pas avoir plus d'un millimètre dans son petit diamètre, l'instrument étant fermé. Pour l'ouvrir, on rapproche l'une de l'autre l'extrémité de chaque branche courbe, et le petit diamètre de l'ellipse est porté à 10 ou 12 millimètres. En cessant la compression, le ressort agissant, la bougie ou la sonde se trouve saisie assez fortement pour que, si l'un de ces instruments avait de la tendance à disparaître dans le canal, cette pince fût un point d'arrêt suffisant.

Pour fixer une sonde à demeure, je me sers encore de cette pince : de chaque anneau terminant les branches et de la spirale formant le ressort partent des cordons dont les chefs, ramenés de chaque côté de la verge, sont fixés sur un large anneau placé et maintenu à la base de la verge; l'ouverture de cet anneau est assez large pour qu'aucune constriction ne puisse gêner l'érection.

Aux anneaux en gomme élastique de Delacroix, en cuir bouilli du docteur Moulin, en mèche de coton, en sparadrap, etc., je substitue un large anneau plat en aluminium, métal peu oxydable et très-léger; il porte une série d'ouvertures longitudinales, dans lesquelles viennent s'attacher les liens fixés d'autre part à la petite pince que j'ai décrite. De ces mêmes ouvertures longitudinales partent des lacs qui contournent les hanches et viennent se rattacher au point de départ; d'autres forment des sous-cuisses. Enfin, pour plus de simplicité, je remplace tous ces lacs par de longues bandelettes agglutinatives de diachylon.

Ainsi disposé, cet appareil fort simple maintient convenablement les sondes, et lorsque, au bout de quelques jours, on veut les renouveler, on n'a qu'à ouvrir la petite pince en rapprochant l'une de l'autre l'extrémité des branches courbes, comme je l'ai dit; on remplace alors la sonde par une autre, sans avoir à défaire et à refaire l'appareil.

7° M. J. Charrière présente à l'Académie une canule destinée à préserver l'œil du contact par reflux des médicaments portés dans le sac lacrymal.

Cet appareil, fabriqué d'après les indications de M. le docteur Fano, se compose de deux canules, A et B, soudées l'une à l'autre au niveau du point C; l'une, B, terminée par le bout D, destinée au point lacrymal, se visse sur la seringue d'Anel ordinaire en verre; l'autre, A, terminée par le bout E, d'un calibre plus fort, se visse sur le tube flexible de la pompe que M. Fano a fait construire pour les injections à travers les voies lacrymales.

Dès que le chirurgien s'aperçoit du reflux par le point lacrymal supérieur du liquide porté par la canule D, il tourne le robinet de l'instrument à pompe, et à l'instant un jet d'eau proportionné à celui de la canule E vient se répandre à la surface de l'œil, et neutralise ainsi l'irritation produite par le liquide médicamenteux.

LECTURE.

Aération des hôpitaux. — M. LE Dr A. DESORMEAUX donne lecture d'un travail intitulé : *Remarques sur l'aération des hôpitaux à propos des travaux exécutés à l'hôpital Necker.*

Un des plus grands obstacles que l'on rencontre lorsqu'on étudie les conditions de salubrité des hôpitaux, dit M. Desormeaux, me paraît être l'impossibilité d'isoler les différents éléments de cette question si complexe pour dégager la cause dont on veut apprécier l'action. Si l'on compare différents hôpitaux pour juger l'influence d'une disposition qui n'existe que dans quelques-uns d'entre eux, on voit bientôt que ces établissements diffèrent en tant de points, pour la situation, l'exposition, la disposition des salles, la gravité des maladies qu'on y traite et la nature de leur population, etc., que, si la statistique vient montrer quelque avantage d'un côté, on ne sait à

(1) Dans un article ultérieur nous espérons pouvoir donner quelques spécimens d'ordonnances gymnastiques, avec figures. Il vient de paraître chez M. Victor Masson et fils un petit travail dans lequel l'auteur a pu être plus explicite que dans la précédente communication.

quoi l'attribuer avec certitude, et, s'il y a égalité de part et d'autre, on ne peut être sûr que cette égalité ne soit pas due à ce qu'une influence favorable est annulée par un ensemble de conditions mauvaises, ou, comme j'espère le montrer pour l'hôpital Necker, à ce qu'une seule condition mauvaise détruit l'effet de tout un ensemble de conditions favorables.

Pour arriver à dégager l'action d'une cause, ne pouvant l'isoler des autres, il faudrait la faire agir et la supprimer à volonté, toutes les autres conditions restant identiques. En d'autres termes, il faudrait pouvoir dans un même hôpital, et, mieux encore, dans une même salle, établir et supprimer successivement les dispositions qu'il s'agirait d'apprécier. Les travaux que l'on exécute en ce moment à l'hôpital Necker m'ont fourni l'occasion de faire une étude de ce genre. Je me suis trouvé dans les conditions d'une véritable expérience, dont les résultats m'ont paru très-nets. Ce sont ces résultats que je soumets à l'Académie.

Toutes les personnes qui visitent l'hôpital Necker sont frappées de son aspect agréable, et sont convaincues qu'il doit être un des plus salubres qu'on puisse rencontrer. Telle était aussi ma pensée, et je ne pouvais m'expliquer le triste état sanitaire de la salle Saint-Pierre (salle des hommes du service de chirurgie), au milieu d'un ensemble aussi complet de bonnes conditions intérieures et extérieures, comparativement surtout à l'état sanitaire excellent de la salle des femmes, recevant librement l'air par l'une de ses faces. L'effet de la démolition du vieux bâtiment qui fermait le jardin au N.-N.-E. a dévoilé, en la faisant disparaître, la cause de l'insalubrité que j'avais en vain cherchée jusque-là.

Les démolitions commencées vers le 12 mai et finies vers le 12 juin, ont livré un vaste accès à l'air, qui maintenant vient battre librement les deux côtés de la salle. Depuis ce moment, les complications des opérations sont rares, et celles qui viennent sont peu graves, rien n'ayant été changé d'ailleurs dans le service.

M. Desormaux expose à l'appui l'état comparatif du service et des résultats des opérations avant et depuis cet événement, et des faits exposés dans ce travail, il déduit les conclusions suivantes :

1° L'aération ou le libre accès de l'air extérieur domine toutes les questions de salubrité des hôpitaux. Quelques fenêtres ouvertes renouvellent l'air mieux et plus vite que tous les ventilateurs; mais fenêtres ou ventilateurs ne peuvent donner de l'air pur si l'hôpital est plongé dans un air insalubre. Si l'air est stagnant, et par conséquent vicié autour des salles, un ventilateur, quelque parfait qu'il soit, ne pourra qu'établir des courants d'air stagnant et malsain; de même qu'une machine agitant l'eau stagnante d'une mare n'en ferait pas de l'eau vive et la rendrait peut-être plus dangereuse encore pour le voisinage. En effet, la salle Saint-Pierre (de l'hôpital Necker), très-bien percée de fenêtres et munie d'un bon ventilateur, n'a été assainie que lorsque l'air vif a pu parvenir jusqu'à elle.

2° Les hôpitaux devraient toujours être placés dans des lieux découverts, au moins d'un côté, pour laisser arriver l'air le plus pur et le plus vif possible. C'est ce qui se trouve à l'hôpital Necker.

3° Le système des bâtiments parallèles séparés par des cours est excellent, à condition que ces bâtiments seront, comme à l'hôpital Necker, dans le lit du vent qui peut leur parvenir sans obstacle.

4° L'hôpital doit être largement ouvert du côté du vent; de ce côté on doit éviter toute construction transversale. Sans cela, quelque vif que soit l'air au dehors, il deviendrait stagnant à l'intérieur, et par conséquent malsain, comme est malsain l'air stagnant de ces vallées secondaires et fermées que l'on rencontre parfois au milieu des montagnes les plus salubres.

Si l'hôpital est à mi-côte comme l'hôpital Necker, il devra généralement s'ouvrir du côté de la vallée.

5° Enfin une salle renfermant un assez grand nombre de lits, si elle est bien aérée, peut être tout aussi saine qu'une petite salle, car depuis trois mois bientôt la salle Saint-Pierre me paraît aussi salubre que le pourrait être une chambre de malade, depuis que l'air la baigne à profusion ; il est impossible d'y rien trouver qui dénote une infection nosocomiale. (Renvoyé à la commission de l'hygiène des hôpitaux).

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le goître exophthalmique.

La parole est à M. Bouillaud.

Suite de la discussion sur le goître exophthalmique.

M. BOUILLAUD commence une argumentation que l'heure avancée de la séance ne lui permet pas de terminer. Il demande à l'Académie la permission de renvoyer la suite à la séance prochaine.

Nous résumerons l'ensemble de cette argumentation quand elle sera terminée.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Sicard (de Nice) la lettre suivante, au sujet de l'observation d'hydrocèle guérie par le drainage que nous avons récemment publiée :

Monsieur le Rédacteur,

Mon observation d'hydrocèle guérie par le drainage, insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 22 juillet, montre l'utilité que présente dans certains cas spéciaux le procédé de Larrey modifié en quelques points, afin d'obtenir l'inflammation adhésive de la tunique vaginale. J'ai dit que j'avais vu souvent employer ce procédé avec succès par M. le professeur Roux (de Brignoles).

La publication de ce fait dernièrement observé par moi m'a valu, de la part de M. le docteur Guillon fils, l'obligeante communication d'une lettre adressée par son père à l'Académie de médecine, le 28 novembre 1844, lettre dans laquelle il expose un procédé analogue, modification de celui de Larrey.

« Après avoir fait la ponction par le procédé ordinaire, dit M. Guillon, on laisse dans l'intérieur de la poche une partie du liquide; on introduit dans la tunique vaginale une petite sonde très-flexible, suffisamment longue pour former dans cette cavité plusieurs tours de spirale, et on l'y maintient jusqu'à ce que la douleur et un commencement d'inflammation adhésive indiquent qu'on doit la retirer. »

M. Guillon a ainsi obtenu de nombreux cas de guérison.

J'ignorais l'existence de ce travail, publié alors que j'étais loin de m'occuper encore de médecine, et j'aurais été heureux de le connaître pour l'invoquer à l'appui de cette idée, que l'injection iodée peut être quelquefois remplacée avec avantage par l'introduction dans la tunique vaginale d'un corps étranger, tel qu'une sonde. Je considère, du reste, comme un devoir de signaler la lettre à l'Académie de M. le docteur Guillon, à qui revient le mérite d'avoir le premier attiré l'attention sur un procédé abandonné, et qui habilement modifié peut rendre, je crois, de grands services.

Agréez, etc. H. SICARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Buisson, né à Lalouvesc (Ardèche); *Quelques recherches sur la circulation du sang à l'aide d'appareils enregistreurs.*

Puglièse, né à Ivrée (Piémont); *Essai sur les adénomes des fosses nasales.*

Foucher, né à Saint-Maur-d'Outillé (Sarthe); *Des tumeurs érectiles de la langue.*

Mollien, né à Boves (Somme); *De la pupille artificielle.*

Fauvel, né à Jurques (Calvados); *De l'affection morvo-farcineuse.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets ont été nommés chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur :

M. le docteur Chailly, membre de l'Académie de médecine;

M. le docteur de Jumigny, médecin en chef des hospices de Bourges;

M. le docteur Thévenon, médecin-major au 59e régiment de ligne;

M. le docteur Gauverit, médecin-major au 84e régiment de ligne;

M. Soulé, vétérinaire en premier au 6e régiment de hussards;

M. Marty, vétérinaire en premier à la succursale de remonte d'Aurillac.

— M. le préfet de Seine-et-Oise vient d'accorder une médaille de bronze à M. le docteur Froc, médecin à Sermaises (Loiret), en récompense des services qu'il a rendus aux malades indigents de plusieurs communes de Seine-et-Oise limitrophes du Loiret.

— Nous trouvons dans le *Diario de la marina* de la Havane le fait suivant, qui honore un de nos confrères établi dans ce pays :

« Nous apprenons que le docteur Th. Gaillardet, qui a été pendant plus de vingt ans le médecin et le chirurgien si distingué de la Société de bienfaisance française, et qui est aujourd'hui le directeur de la belle maison de santé de *Sainte-Mathilde*, située dans le fond de la baie de la Havane, vient, en son nom et en celui de ses associés, de mettre à la disposition du consul général de France, président de cette Société, cinq chambres destinées aux malades français, et de plus un don mensuel de 4 piastres et 2 réaux (environ 25 fr.); offrande doublement précieuse dans un moment où la fièvre jaune est si redoutable aux étrangers. Nous sommes heureux d'avoir à signaler de pareils traits d'humanité et de patriotisme. »

— Nous lisons ce qui suit dans une lettre adressée de Néris à M. le docteur Latour, à Orléans :

« La chaleur nous joue ici de bien vilains tours. Voici que l'eau manque à Néris, comme la marée avait manqué à Vatel. Plus de douches! elles sont suspendues. Les baigneurs poussent des cris de paon, les rhumatismes sont exaspérés, M. de Laurès se tord les bras de désespoir. Laissez-moi vous expliquer cette triste situation.

» La température de la source thermale à Néris s'élève entre 52 et 53 degrés. Vous pensez bien que les bains ou les douches ne sont pas donnés à pareille température. Il faut y mélanger un peu d'eau thermale froide. Rien de plus facile en temps ordinaire. On a établi à l'air libre de grands réservoirs où l'on met l'eau rafraîchir pendant la nuit; mais la chaleur est si grande depuis quelques jours qu'elle se moque des bassins de rafraîchissement. Le lendemain matin on y retrouve l'eau à 40 ou 43 degrés : telle est en ce moment la température de l'eau froide à Néris. Ces 40 degrés, joints aux 53 degrés de la source, font un mélange bien propre à échauder les malades. Vous voyez, docteur, que nous n'avons pas ici la fraîcheur des bords du Loiret; si vous aimez à boire frais, ne venez pas à Néris.

» M. de Laurès, le médecin inspecteur, voudrait bien arrêter le soleil, comme feu Josué, mais cette recette-là est perdue. Il a cherché les solutions les plus ingénieuses et n'en a trouvé qu'une : c'est de suspendre les douches et de mettre les malades à la ration. On ne donne plus de douches que de deux jours l'un. Que voulez-vous? On ne lutte pas contre le soleil. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Eaux ferrugineuses thermales de Szliacs (en Hongrie), par le docteur Emmanuel HASENFELD, médecin inspecteur aux eaux de Szliacs, etc. In-8° de 29 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Chez Germer Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris.

Études cliniques sur les maladies traitées aux eaux minérales de Vittel (Vosges), par le docteur PATÉZON, médecin inspecteur, lauréat de l'Académie de médecine de Paris, etc. Un volume in-12. Prix : 1 fr. 50 c. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Observations cliniques sur les maladies des yeux, par Xavier GALEZOWSKI, docteur en médecine, chef de clinique ophthalmologique du docteur Desmarres. In-8° de 47 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Chez Germer Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 93. — SAMEDI 9 AOUT 1862. (35e ANNÉE.) Nº 93. — SAMEDI 9 AOUT 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Pneumonie catarrhale. — Paralysie généralisée incomplète; polyurie; apoplexie foudroyante; ramollissement ancien: hémorrhagie de la protubérance. — Luxation sous-acromiale (côté droit); guérison. — Transfusion du sang. — Guérison de la diarrhée chronique chez les aliénés par la viande sèche. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 30 juillet. — Nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Pneumonie catarrhale.

Nous avons eu l'occasion de revenir assez souvent depuis quelque temps, soit à l'occasion de publications récentes importantes, soit à cause des fréquentes manifestations du caractère catarrhal dans les maladies régnantes de l'année courante et de celle qui l'a précédée, sur les affections dites catarrhales. Parmi les maladies groupées sous cette dénomination générale, il en est une qui a plus particulièrement fixé l'attention des observateurs dans ces derniers temps; nous voulons parler de la pneumonie catarrhale, qui a fait, il y a quelques années, le sujet d'une excellente dissertation de M. le docteur Lemaestre.

Des faits nombreux de ce genre de pneumonie s'étant produits l'année dernière dans les hôpitaux de Paris, M. Ferrand, interne lauréat, alors attaché à l'hôpital de la Pitié, a saisi cette occasion pour étudier les caractères de cette affection, et contrôler par ses propres observations les faits déjà indiqués dans les auteurs. Il lui a paru que la forme de pneumonie catarrhale qu'il a observée dans cet hôpital présentait quelque chose d'assez spécial par sa bénignité et par la mobilité de ses caractères, pour mériter d'être décrite, espérant d'ailleurs, non sans raison, que cette description pourrait jeter quelque jour sur la nature du catarrhe et des lésions qui le constituent. Dix-huit cas des mieux tranchés ont servi de base à son travail. En voici le résumé, que nous empruntons à la note que M. Ferrand vient de publier dans le dernier cahier des *Archives générales de médecine*.

Les auteurs qui ont rapporté des exemples de pneumonie catarrhale, ont surtout insisté sur les caractères tout spéciaux de l'état général des malades. C'est ainsi qu'ils ont fait ressortir les caractères des prodromes dans lesquels on observe presque toujours les phénomènes du catarrhe sur une muqueuse quelconque. M. Ferrand a pu constater souvent, comme eux, un rhume proprement dit, occupant tout ou partie de la muqueuse respiratoire. Ce fut tantôt un coryza intense, le vrai coryza sécrétoire, caractérisé par un écoulement séreux extraordinairement abondant; tantôt ce fut une angine de même nature, ou un véritable rhume bronchique. Dans un cas, M. Ferrand a noté un œdème aigu ayant tous les caractères de la fluxion sous-cutanée. Plus rarement le catarrhe occupa la muqueuse digestive. A ces symptômes s'ajoutait presque toujours la courbature générale. Tous ces troubles, analogues quant à leur nature, se sont montrés à titre de symptômes prodromiques.

Le début de la pneumonie a été en général insidieux; les signes classiques du début étaient plus ou moins modifiés. C'est ainsi que plusieurs fois M. Ferrand a observé une douleur de côté diffuse, comme rhumatoïde, sans rapport direct avec la lésion pulmonaire, pouvant occuper les deux côtés de la poitrine ou même le côté opposé à la lésion. Le grand frisson a été le plus souvent remplacé par de petits frissons erratiques, irréguliers, se répétant plusieurs jours après l'invasion de la maladie. Le vomissement, si fréquent au début de la vraie pneumonie, a manqué le plus souvent, ou bien il était répété et composé d'un liquide séreux abondant.

Un fait qui a paru à M. Ferrand plus particulièrement spécial à l'épidémie qu'il a observée, c'est la bénignité de l'état général, bénignité telle qu'un grand nombre de malades n'entrèrent à l'hôpital qu'après huit, quinze et même vingt jours de maladie confirmée, souvent au moment du paroxysme ou même après, et dans la période de déclin, continuant jusque-là à vaquer à leurs affaires, à marcher et à prendre de la nourriture. Enfin, le pouls, au moment des exacerbations, ne dépassait guère 100 à 110 pulsations.

La fièvre fut manifestement rémittente; dans un cas même, l'élément intermittent atteignit la hauteur d'une complication, qui persista après la pneumonie et ne céda qu'au sulfate de quinine. La toux fut assez souvent quinteuse. L'expectoration muqueuse, d'abord peu abondante, ne fut que très-rarement et très-légèrement colorée d'une teinte abricot ou de quelques stries de rouille, et devenait rapidement spumeuse et salivaire. Malgré cette bénignité, l'oppression fut souvent très-marquée

Le facies ne présentait pas l'état congestif et animé de la pneumonite, mais, au contraire, de la pâleur parfois, avec un peu de suffusion séreuse et une expression d'abattement voisin de l'hébétude. La coloration ictérique s'est montrée relativement fréquente, mais sans relation d'intensité ni de siége avec la lésion pulmonaire. La langue n'offrait le plus souvent qu'un léger enduit blanchâtre.

M. Ferrand a fréquemment observé une terminaison critique dont la peau faisait souvent tous les frais; les sueurs lui ont plusieurs fois paru jouer le rôle de crise. L'herpès a été plus rare. L'épanchement pleurétique s'est montré dans un tiers des cas, soit du côté où siégeait la lésion, soit même du côté opposé; mais il lui a paru que cet épanchement, loin de constituer une complication aggravante et d'amener une recrudescence fébrile, avait au contraire coïncidé souvent avec une notable amélioration des symptômes, c'est-à-dire qu'il semblait plutôt agir à la manière d'une crise.

En somme, cette affection a été généralement remarquable par sa bénignité et sa brièveté. Cependant M. Ferrand fait une restriction à cet égard au sujet de la convalescence, qui fut longue, et caractérisée dans la plupart des cas par un état de dépression des forces qui ne pouvait être attribué au traitement le plus souvent très-peu actif; elle lui a rappelé cet état que M. Fuster, dans l'ouvrage dont nous avons récemment entretenu nos lecteurs, a appelé du nom de cachexie séreuse.

Les signes fournis par l'auscultation ont offert, dans leur mode et leurs principaux caractères, une base de distinction aussi certaine que celle des symptômes et des signes rationnels dont il vient d'être question.

Les résultats de la percussion ont été peu concluants; elle n'a indiqué qu'une nuance seulement dans l'intensité de la matité, qui a paru moins profonde et moins dure que dans la pneumonie franche ou pneumonite proprement dite. Le râle crépitant du début, si sec, si régulier et si fin dans la pneumonite, s'est toujours présenté avec un caractère frappant d'humidité qui le rapprochait du râle sous-crépitant fin; mais il différait aussi de ce dernier par des caractères importants. Ce râle, comme la crépitation franche, était borné à l'inspiration; de plus, son timbre humide et métallique n'empêchait pas qu'il fût parfaitement localisé, et parfois dans un espace fort restreint.

Le siége de prédilection de ce signe, au début, était la région axillaire, ou plutôt un espace limité situé sur le bord postérieur de l'aisselle, en dehors du bord axillaire de l'omoplate. Outre ce caractère d'humidité, la crépitation du début offrait une fugacité et surtout une mobilité qui dénotaient le peu de profondeur et de ténacité de la lésion. Ainsi, il arrivait souvent qu'elle ne s'entendît que dans les inspirations profondes, dans l'expiration qui précède et qui suit la toux, par exemple. Ce râle se produisait alors par bouffées rappelant les râles de retour.

Ces râles ont été trouvés rarement mêlés de râles sibilants, plus rarement encore de râles muqueux bronchiques. La marche de ce râle a été rarement envahissante; il tendait peu à augmenter, en général; et lorsque la pneumonie ne dépassait pas ce degré, il persistait en cet état jusqu'à la fin. Le souffle, en effet, était loin d'être constant dans cette espèce de pneumonie. Sur les dix-huit cas relevés dans ce travail, il ne s'est présenté que sept fois, et encore avec des caractères si spéciaux et avec une légèreté telle, qu'il était impossible de n'en être pas frappé. Le plus souvent c'était un souffle doux, aigu et d'un timbre métallique rappelant d'une manière frappante le timbre des râles qui l'avaient précédé ou qui l'accompagnaient. Il apparaissait et disparaissait avec une grande facilité. Le souffle disparu, ce qui demandait souvent moins de vingt-quatre heures, on ne trouvait plus guère à la place que des râles de retour ordinaires, avec moins d'humidité. Bientôt les râles diminuaient; ils se transformaient peu à peu en râles muqueux et sans caractère spécial, ou bien ils disparaissaient insensiblement.

Tels sont les signes dont l'ensemble constitue, aux yeux de M. Ferrand, le caractère et la physionomie spéciale de la pneumonie catarrhale qu'il a eu l'occasion d'observer, espèce de pneumonie qui ne diffère pas moins par la nature de ses lésions locales que par l'état général qui les accompagne, de la pneumonie inflammatoire franche, ainsi que de la bronchite et de la pleurésie, et qui a paru à notre jeune confrère caractérisée localement par une congestion séreuse ou par une sorte d'œdème aigu du poumon, s'accompagnant de tous les phénomènes généraux attribués depuis longtemps à l'affection catarrhale.

Quoi qu'il en soit, la différence établie a été confirmée par l'état du sang, qui, examiné dans deux cas, n'a présenté aucun

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme, par J. P. SUCQUET, D.-M., lauréat de l'Académie des sciences, chevalier de la Légion d'honneur (1).

Ce travail, à la fois du domaine de l'anatomie et de la physiologie, comprend des dispositions anatomiques bien constatées reproduites dans des planches habilement exécutées, et des conceptions pratiques de nature à expliquer plusieurs phénomènes physiologiques circulatoires.

Aux membres, à la tête, dans le cerveau même, il existe une disposition des capillaires telle que les injections fines passent rapidement des artères dans les veines. Voici les faits anatomiques.

Les interprétations sont les suivantes: les irrégularités de la circulation sous l'influence des passions, des mouvements organiques liés aux digestions, aux saisons, aux climats nécessitant un arrangement particulier, des communications faciles entre le système artériel et veineux; la nature y avait sagement pourvu. Certaines congestions pathologiques cutanées, comme la rougeur du nez chez les personnes livrées à la bonne chère, sont une exagération de la distension des gros capillaires, appartenant à ce que M. Sucquet appelle la circulation dérivative.

(1) Mémoire approuvé par l'Académie de médecine de Paris, avec un atlas in-folio de six planches dessinées et lithographiées d'après nature, par Lackerbauer. Broch. in-8° de 56 pages. Prix, 8 fr. — Chez A. Delahaye, place de l'Ecole de médecine, 3.

Depuis plusieurs années, la circulation a été l'objet de recherches suivies. Dans les glandes, M. Claude Bernard avait déjà constaté qu'il y avait deux ordres de vaisseaux, l'un propre à la nutrition de la glande, l'autre approprié à la sécrétion. Le même auteur a expliqué l'usage de l'anastomose de la veine-porte avec la veine-cave, en dehors du foie. M. Sappey étudia encore la circulation dérivative du foie au moyen des veines-portes accessoires. L'année dernière, M. Verneuil, à la Société anatomique, est venu montrer un caractère commun au système veineux général: la présence auprès de chaque grosse veine d'une plus petite, pouvant être appelée le canal de sûreté de la veine. M. Sucquet a fait pour le système capillaire ce que MM. Cl. Bernard et Verneuil avaient fait pour les petites artères et les veines.

M. Sucquet a remarqué souvent, en faisant des injections dans les artères, que la matière passait dans la veine superficielle. Il a constaté également que sur les muqueuses, sur les extrémités des doigts, sur le nez, les oreilles, les faits étaient surtout évidents. Prenant alors toutes les précautions possibles, au moyen d'un liquide spécial, solution de résine dans de l'alcool, il a préparé les pièces représentées dans les planches lithographiées.

Il en est résulté, comme on peut le voir, qu'aux doigts, aux orteils, au coude, au genou, il existe pour les membres des points où le sang passe rapidement des artères dans les veines, et dégorge pour ainsi dire immédiatement les membres du sang qui y est fortuitement amassé. Dans les pièces représentées, on voit nettement les gros vaisseaux capillaires qui unissent les artères et les veines, et n'ont pas moins d'un dixième de millimètre. Une série de dessins montrent de grosses anastomoses de capillaires artériels et veineux. Ces derniers, en particulier, présentent une dilatation ampullaire à leur réunion à une plus grosse veinule. Des raisons péremptoires expliquent l'usage de ces canaux de dégorgement: l'injection des veines cutanées, des veines superficielles après une injection forte poussée dans l'artère principale du membre, est indiscutable. M. Sucquet rappelle encore que dans beaucoup de circonstances le sang extrait des veines des membres est rutilant.

Mais nous ne pouvons résumer ici tout le travail. Nous nous bornerons à dire que M. Sucquet a cherché dans la tête les points d'élection de ces systèmes de capillaires dérivatifs, et qu'il les a trouvés au nez, aux lèvres, à l'oreille, au niveau de l'os de la pommette.

Pour les viscères, il a trouvé de même une circulation capillaire dérivative, dans le cerveau en particulier, autour des ganglions lymphatiques, et dans le système des *vasa vasorum*.

Envisagé au point de vue de sa valeur scientifique, ce travail nous paraît digne d'un grand intérêt. C'est un ensemble de faits anatomiques entrevus, soupçonnés peut-être, avant M. Sucquet, mais dont la démonstration et l'explication lui reviennent complétement

De scrupuleuses investigations, unies à de sages raisons, ont conduit l'auteur à des vues physiologiques qui se compléteront avec le temps. Dans les notes (page 52), il est dit que la circulation dérivative est moins considérable dans l'enfance que dans l'âge adulte, et surtout que dans la vieillesse. Ces données, anatomiquement prouvées, sont en relation avec les lenteurs que l'âge apporte à la circulation. M. Sucquet l'a démontré, en appelant surtout l'attention sur le développement remarquable des veines superficielles chez les vieillards, et sa coïncidence avec l'amplitude plus grande des capillaires de la circulation dérivative.

Ceci dit, il ne nous reste plus qu'à renvoyer à l'ouvrage lui-même, où le lecteur trouvera réunies les qualités de l'anatomiste et du physiologiste.

des caractères de l'inflammation, mais un caillot volumineux et mou, privé de toute couenne dans un cas, et dans l'autre à peine couvert d'une couche couenneuse imparfaite. D'ailleurs, à défaut de la démonstration anatomo-pathologique qu'on n'a pas eu l'occasion d'invoquer ici, ce n'est pas seulement la symptomatologie, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Ferrand, qui a attesté la spécificité de cette affection, mais le pronostic par la bénignité, ainsi que le traitement par le triomphe de l'expectation d'abord, et des toniques bientôt après, ont fourni autant d'arguments confirmatifs à l'appui de cette détermination.

Paralysie généralisée incomplète; polyurie; apoplexie foudroyante. — Ramollissement ancien; hémorrhagie de la protubérance.

Il est toujours intéressant de constater la concordance de la pathologie et de la physiologie expérimentale pour la détermination des fonctions des diverses parties du système nerveux. Nous avons déjà cité plusieurs fois des observations pathologiques qui confirment la loi de relation des troubles fonctionnels de la sécrétion urinaire avec les lésions localisées dans un point déterminé du système nerveux encéphalique.

Voici encore à l'appui de cette loi un nouveau fait observé à l'hospice des Ménages par M. le docteur Potain, qui en a fait le sujet d'une communication à la Société anatomique.

Un homme âgé de soixante-quinze ans, pensionnaire de l'hospice des Ménages, avait eu plusieurs atteintes de rhumatisme subaigu ou de goutte, mais jamais aucune maladie grave. Sa profession (il était restaurateur) l'avait contraint à boire habituellement beaucoup, mais sans s'enivrer. Trois ans avant sa maladie actuelle, il avait eu une attaque apoplectiforme avec perte complète de connaissance, à la suite de laquelle il lui était resté un embarras très-prononcé de la parole, qui n'avait jamais complétement disparu, un certain degré d'affaiblissement des membres inférieurs, et assez souvent des élancements sous la plante des pieds. Depuis cette époque, il lui survenait tous les deux ou trois mois une sorte d'accès caractérisé principalement par un état d'affaissement général avec étourdissement; difficulté à marcher et à se tenir debout; sommeil agité; embarras plus grand que de coutume dans les idées et la parole; maladresse dans les mouvements, allant jusqu'à l'impossibilité de boutonner lui-même ses vêtements. En même temps, sa soif, habituellement un peu exagérée, augmentait encore, et il rendait une grande quantité d'une urine très-pâle et très-limpide. L'appétit demeurait assez fort, et il avait souvent de la somnolence après les repas. Sa vue avait baissé progressivement, au point qu'il ne pouvait plus lire. Il toussait habituellement un peu depuis longtemps, et expectorait en assez grande abondance des crachats muco-purulents.

Dans les premiers jours de janvier, il avait éprouvé la plupart des accidents précédents avec une soif continuelle, et plus vive encore que de coutume, et il rendait des urines abondantes et extrêmement limpides.

Ce malade est vu pour la première fois le 14 janvier. Ce jour-là on le trouve dans l'état suivant : visage modérément coloré, avec un aspect d'hébétude très-prononcé; regard vague et fixe; pupilles peu mobiles et inégales, la droite un peu plus large que la gauche. Pas de strabisme; mais la vue est trouble. Faiblesse générale. Il n'exerce de l'une comme de l'autre main qu'un très-faible degré de pression. Il ne peut marcher sans appui, traînant également les deux jambes. Point de déviation des traits; rien de notable dans la poitrine. On prescrit un purgatif.

L'état du malade est un peu amélioré les jours suivants; les vertiges se dissipent, les forces reviennent un peu, mais la soif demeure exagérée; les urines sont toujours très-abondantes et très-limpides, sans précipité. L'appétit augmente; le malade prend un peu d'embonpoint.

Le 13 février, en se levant, il est pris d'une faiblesse subite et tombe à terre sans connaissance et sans mouvement. M. Potain le trouve quelques instants après sans pouls, sans respiration, sans mouvement, en résolution complète et dans un état de mort apparente. Sous l'influence de frictions énergiques pratiquées à la région précordiale et de pressions alternatives sur les côtés de la base de la poitrine, la respiration se rétablit et le pouls reparaît; mais la connaissance ne revient pas; la résolution des membres reste complète, le visage pâlit, les pupilles restent immobiles, la déglutition est impossible. Enfin, au bout de dix minutes, la respiration cesse définitivement et le pouls disparaît.

A l'autopsie, voici ce que l'on constate : La substance des hémisphères est très-ferme. Les ventricules latéraux contiennent une notable quantité de sérosité rougie. Rien dans les corps striés ni dans les couches optiques. Le cervelet a une consistance beaucoup moindre que celle des hémisphères ; il est même un peu mou. Le plancher du quatrième ventricule a une teinte gris-jaunâtre plus foncée que de coutume ; il est sillonné d'une assez grande quantité de vaisseaux remplis de sang. Sur le côté droit de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'origine des nerfs auditifs, on voit un petit foyer sanguin tout voisin de la surface. La protubérance annulaire ne présente rien d'anormal à la surface ; mais une section y fait découvrir un foyer sanguin qui la remplit tout entière, depuis l'origine du bulbe jusqu'aux pédoncules cérébraux, et n'a laissé qu'une coque épaisse tout au plus, dans certains points, de 2 ou 3 millimètres.

Ce fait, ainsi que M. Potain l'a fait remarquer à ses collègues, mérite de fixer l'attention à un double point de vue : au point de vue anatomo-pathologique d'abord, par le volume remarquable du foyer et sa circonscription si exacte dans les limites de la protubérance ; au point de vue symptomatologique, par les troubles survenus dans les mouvements respiratoires et dans ceux du cœur, troubles déjà signalés, comme on sait, dans certains cas d'hémorrhagie de la protubérance ; enfin, par la coïncidence de la polyurie avec un ramollissement ancien de la protubérance annulaire révélé par l'autopsie, et qu'on n'avait pu soupçonner pendant la vie à cause de la généralité de la paralysie et du fait de la polyurie.

Luxation sous-acromiale (côté droit). — Guérison.

De tous les luxations qui peuvent affecter l'articulation scapulo-humérale, la luxation en arrière est bien certainement la plus rare, et par conséquent celle qui a été le moins étudiée, bien qu'elle soit mentionnée à presque toutes les époques de l'art. C'est ce qui nous engage à rapporter le fait suivant, que M. Demarquay vient d'observer dans son service à la Maison municipale de santé, et dont nous devons la relation à M. Bernadet, l'un de ses internes :

Un homme âgé de soixante-quatorze ans, ouvrier dans une fabrique de ressorts d'acier pour jupons, fut surpris par une machine qui l'enleva par le pied. Saisi d'effroi, il a perdu le souvenir de ce qui s'est passé ensuite, de sorte qu'il ne peut donner aucun renseignement sur la manière dont l'accident lui est arrivé.

Lorsqu'il fut amené à la Maison de santé par M. le docteur Duhomme, le 18 mai, on put constater l'état suivant :

A la partie postérieure de l'épaule droite, vers le bord axillaire, existe une légère écorchure. La partie supérieure est assez fortement ecchymosée. A la partie antérieure, on observe à la vue un aplatissement du moignon de l'épaule; là les fibres du deltoïde sont flasques et manifestement relâchées. La pression exercée avec la main démontre que la tete de l'humérus a abandonné la cavité glénoïde, puisque à sa place on trouve une dépression et un vide, et qu'on peut sentir un peu plus en haut et en dedans le relief de l'apophyse coracoïde. La partie postérieure et latérale du moignon de l'épaule est au contraire très-tendue, ce qui dépend du tiraillement des fibres correspondantes du deltoïde.

En arrière et en haut, la convexité de la tête humérale devient palpable au toucher; en suivant avec le doigt l'épine de l'omoplate, on trouve cette surface articulaire près de l'angle inférieur de l'acromion.

L'épaule droite est élargie dans le sens antéro-postérieur et latéral. Le membre a conservé sa longueur, car l'on constate que l'espace qui sépare l'angle inférieur de l'acromion de l'épicondyle est le même sur chaque bras.

Le coude est à peine porté en avant et le bras est pendant le long du thorax. Parmi les mouvements communiqués, ceux de rotation et de circumduction sont douloureux; celui d'abduction seul peut s'effectuer sans souffrances.

M. Demarquay a procédé immédiatement à la réduction de la manière suivante : L'épaule luxée a été maintenue immobile par une alaise pliée en cravate, dont les deux chefs, après avoir passé l'un au-dessus et en arrière de l'épaule, l'autre au-devant puis en arrière du thorax, venaient se fixer à un anneau scellé au mur. Des tractions modérées ont été ensuite exercées sur le bras, écarté du tronc et porté obliquement en avant. La tête de l'humérus a bientôt quitté sa position vicieuse pour se remettre en contact avec la cavité glénoïde.

Immédiatement après la réduction, le bras fut maintenu par un bandage analogue à celui que M. Velpeau applique dans le traitement des fractures de la clavicule; le malade le garda trois semaines. A cette époque, toute trace de contusion avait disparu, mais l'articulation présentait une certaine rigidité. Aussi M. Demarquay a-t-il recommandé à ce malade d'exercer les mouvements du bras, de manière à vaincre la roideur qui résulte de l'immobilité de ce membre.

En se rendant à la fabrique où l'accident eut lieu, M. Demarquay s'est assuré que la machine n'est autre qu'une roue mise en mouvement par une courroie en cuir, par laquelle le malade a été saisi; du reste, n'ayant pu obtenir aucun renseignement précis sur ce qui s'était passé, nous ne pouvons dans le cas actuel discuter le mécanisme suivant lequel la luxation s'est effectuée. Nous dirons seulement que M. Demarquay ayant désiré produire quelques luxations du bras en arrière sur le cadavre, afin d'étudier les lésions musculaires qui accompagnent ce déplacement, n'a pu le déterminer qu'en faisant exécuter au bras une violente rotation en dedans. Il reconnut alors que la tête humérale était en rapport immédiat en dedans avec le col de la cavité glénoïde. Le tendon du sous-scapulaire était fortement tendu au-devant de la cavité articulaire, le muscle sus-épineux avait été rompu.

Une particularité qui mérite d'être signalée dans cette observation, c'est le résultat fourni par la mesure comparative des deux membres; ils avaient tous deux la même longueur. Sur trois faits recueillis par M. Malgaigne, une seule fois il y eut un allongement de 13 millimètres; dans les deux autres faits les bras parurent de même longueur; il en a été de même dans une observation rapportée par Ph. Boyer. D'autres chirurgiens, MM. Velpeau, Sédillot, Lepelletier, etc., ont trouvé un allongement qui varie de six lignes à un pouce, tandis que Robert Dunn et M. Piel, et récemment M. Ed. Simon, sur un malade du service de M. Richet, notèrent un raccourcissement (chez ce dernier malade, le bras du côté de la luxation offrait un centimètre et demi de raccourcissement).

Le résultat des expériences de M. Demarquay ne concorde pas tout à fait avec celles de M. Malgaigne, et avec la description que M. Laugier a donnée d'une luxation récente qu'il eut l'occasion de disséquer. Dans ces faits, le tendon du sous-scapulaire avait été arraché de la petite tubérosité, tandis que dans les expériences de M. Demarquay, le tendon du sous-scapulaire fut toujours intact; le sus-épineux fut le seul muscle qui se déchira : du reste, il était aussi rompu sur la pièce de M. Laugier.

L'examen des planches montrera une fois de plus que M. Lackerbauer sait rendre avec une intelligence et une exactitude précieuses les détails de l'anatomie.

Dr A. DESPRÉS,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau, professées par M. le docteur Bazin, rédigées et publiées par M. le docteur Emile BAUDOT (1).

Alibert a écrit quelque part : « L'homme s'est toujours cherché dans son intérieur; il s'est négligé dans son enveloppe. » Les temps sont bien changés, et depuis deux ou trois ans à peine *l'enveloppe* dont il s'agit a servi de texte à quelques gros volumes. Cette exubérante fécondité de la littérature dermatologique conduit-elle la génération médicale actuelle à une solide instruction? Il est permis d'en douter un peu, lorsqu'on voit éclore tant de doctrines contradictoires : les uns, et parmi eux MM. Gibert, Devergie et Cazenave, conservent la méthode de Willan, mais avec une foule de variantes; M. Baumès croit aux fluxions; M. Hardy à ses diathèses; M. F. Rochard à sa localisation cutanée; M. Bazin à ses maladies constitutionnelles.

Nous ne pensons pas que les progrès de la thérapeutique cutanée soient sincèrement en rapport avec ce luxe écrasant de productions scientifiques : les doctrines antagonistes y sont professées avec trop d'exclusivisme, et elles offrent d'ailleurs trop de prise aux questions de personnalité.

M. Bazin s'est fait un nom dans l'enseignement particulier, et il a eu le rare bonheur d'avoir sous la main des internes zélés qui ont recueilli, rédigé et publié ses leçons.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 7 francs. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye.

Le nouvel ouvrage sur lequel nous devons aujourd'hui donner notre opinion, est l'expression très-nette des doctrines *absolues* de l'auteur, qu'il est presque possible de résumer en ces quelques mots : La pathologie cutanée est un mythe, et toutes les maladies de la peau, à l'exception d'un très-petit nombre d'affections, et principalement des exanthèmes et des affections parasitaires, ne sont que des reflets d'unités morbides, de diathèses s'appelant la *scrofule*, la *syphilis* ou *l'arthritis*. Ne demandons pas à M. Bazin la définition de la dartre, car il ne la regarde que comme une dépendance directe de l'une des trois maladies constitutionnelles que nous venons de nommer. Sa thérapeutique générale est très-logiquement mise en harmonie avec les idées émises, et le médecin de Saint-Louis combat la dartre avec l'arsenic, la scrofule avec l'iode, la syphilis avec le mercure, l'arthritis avec les alcalins.

Nous sommes bien loin, comme on le voit, des doctrines de l'École de Paris, auxquelles l'anatomie, la physiologie et l'histologie servent de base. Le *Traité des maladies de la peau* (1) de M. F. Rochard nous donne sur ce point une plus ample satisfaction. Cet auteur, en effet, considère la lésion anatomique comme le point de départ de la maladie, et sans nier pour cela l'influence des tempéraments sur la marche des affections morbides, il s'attache à l'étude de l'état local de la peau et formule un traitement également local. Vienne cependant une prédominance très-accusée de lymphatisme, l'auteur saisit l'indication, et il rentre sans arrière-pensée dans les grandes lois de la pathologie et de la thérapeutique générales.

Nous verrions avec plaisir M. le docteur Bazin faire quelques concessions à la localisation; son enseignement, en devenant moins exclusif, ne pourrait que se propager avec plus d'autorité, car on est invinciblement porté à se garer de l'absolutisme.

(1) Un vol. in-8°; prix, 6 fr. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye.

Dans le volume que nous avons sous les yeux, M. Bazin s'est particulièrement occupé de la question des classifications dermatologiques, et il a abordé l'étude très-approfondie de l'érythème, de l'herpès, de l'eczéma, du sycosis, de l'acné, du lichen, du pityriasis et du psoriasis. M. Bazin professe d'une manière magistrale, et il a rencontré dans M. Emile Baudot un interprète consciencieux, intelligent et correct.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Du tannin; de son emploi en médecine comme succédané du quinquina, par M. le docteur LERICHE (1).

Sous ce titre, M. le docteur Leriche vient de publier un mémoire couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles (médaille d'argent).

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'acide tannique par et convenablement administré est un excellent anti-périodique;

2° Il jouit d'une efficacité réelle dans le traitement de toutes les fièvres intermittentes, à type simple quotidien;

3° La facilité de son extraction, la modicité de son prix, l'innocuité de ses effets, le rendent préférable au sulfate de quinine, ou au moins aux autres dérivés du quinquina;

4° Il réunit, par conséquent, toutes les qualités d'un bon succédané, et il constitue jusqu'à présent le meilleur des fébrifuges indigènes.

(1) Une brochure in-8° de 25 pages. Prix : 1 fr. Paris, 1861, chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

La réduction a été obtenue avec facilité; cependant il paraît qu'il n'en est pas toujours ainsi, puisque celle-ci a été essayée par toutes sortes de procédés. Toutefois A. Cooper a obtenu la réduction en élevant le bras, méthode qui a été aussi tentée, mais sans succès, sur le malade dont M. Ed. Simon nous a communiqué l'observation : une forte traction exercée sur le bras porté en dehors et en avant fut nécessaire pour faire rentrer la tête humérale dans la cavité glénoïde; il est vrai que la luxation datait déjà de plus de huit jours, tandis que l'accident venait d'arriver lorsque le malade fut amené par M. Duhomme à la Maison de santé.

Transfusion du sang.

Une opération de transfusion du sang vient d'être pratiquée avec succès, chez une nouvelle accouchée, par M. le docteur Weickert, de Freiberg (Saxe).

Voici en quels termes la *Gazette hebdomadaire* de ce jour en rapporte les principaux détails :

Une femme, âgée de quarante-trois ans, en était à son onzième accouchement, lorsqu'elle fut prise d'une hémorrhagie qui ne tarda pas à l'épuiser, tous les moyens usités en pareil cas ayant été inutilement employés. Elle éprouvait des syncopes qui se succédaient à intervalles de plus en plus rapprochés. Déjà les extrémités étaient froides, les battements du cœur et le pouls étaient à peine perceptibles, les yeux avaient perdu leur éclat, tout, en un mot, révélait l'imminence de la mort. En cet état, M. Weickert ne voyant de chance de salut que dans la transfusion, se décida à pratiquer cette opération.

M. Weickert s'est servi de l'appareil de Martin, et il a rigoureusement observé toutes les précautions recommandées par ce dernier; néanmoins il a rencontré des difficultés imprévues. C'est un des enfants de la malade, garçon robuste de dix-sept ans, qui fournit le sang nécessaire à la transfusion. Désireux, avant toutes choses, de prévenir la coagulation du liquide, M. Weickert eut l'idée de ne laisser sortir à chaque fois de la veine que la quantité de sang strictement nécessaire pour remplir sa seringue; mais après deux ou trois de ces petites saignées, le jeune homme fut pris de syncope, et il fallut recourir, pour terminer l'opération, au dévouement d'une femme de vigoureuse apparence, qui consentit à se laisser saigner. La patiente a ainsi reçu dans ses veines du sang provenant de deux individus différents; circonstance insolite qui a prolongé bien au delà du terme ordinaire la durée de l'opération.

L'obstacle le plus sérieux contre lequel l'opérateur a eu à lutter, a été la coagulation rapide du sang; non-seulement le liquide se solidifiait en partie dans la seringue avant que la course du piston fût achevée, mais il commençait déjà à se coaguler dans le vase où on le recevait au sortir de la veine.

Enfin, M. Weickert signale une dernière particularité, qui a encore contribué à prolonger et à compliquer l'opération. La veine médiane gauche, qui a servi à l'injection du sang, avait été découverte dans l'étendue d'un demi-pouce, et dans toute cette longueur elle avait été dépouillée de sa gaîne de tissu conjonctif; au moyen d'un trocart on y avait pratiqué une ouverture par laquelle avait été introduite la canule conductrice du liquide. Les choses étant ainsi disposées, l'opérateur s'apprêtait à commencer l'injection, lorsque la malade fit un mouvement brusque qui déplaça la canule. Pour éviter le retour de cet accident, il fit découvrir et dénuder la veine dans une étendue plus considérable; il la souleva alors avec un fil, et chaque fois que l'injection du sang était interrompue, un aide serrait l'anse de fil, de façon à appliquer étroitement les parois du vaisseau sur la canule. Il n'y eut néanmoins aucune trace de phlébite. Enfin, malgré ces difficultés et ces complications, la réussite de l'opération n'en a pas moins été complète.

Nous avons reçu, à l'occasion de la consultation obstétricale de M. le professeur Finizio (de Naples) et de la réponse qu'y a faite M. Pajot, une lettre de M. le professeur Stoltz (de Strasbourg) et un travail de M. le docteur Ozanam. L'espace nous manque pour publier aujourd'hui ces deux documents relatifs à une des questions les plus graves de l'obstétrique; nous les publierons dans l'un des prochains numéros.

GUÉRISON DE LA DIARRHÉE CHRONIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS

par la viande sèche;

Par M. le Dr P. BERTHIER, médecin en chef des Asiles d'aliénés de Bourg (Ain).

Sublata causa tollitur effectus.

(Note adressée à l'Académie impériale de médecine, et lue dans la séance du 20 mai 1862.

Les mêmes agents morbides peuvent frapper tous les hommes; mais souvent ils revêtent des formes ou affectent des préférences suivant les climats, les races, les professions, les tempéraments et les domiciles. Nous prenons ici ce dernier mot, dans le plus large sens, c'est-à-dire comme synonyme d'habitation relative ou de résidence hospitalière. De là la nécessité d'une étude spéciale de ces conditions diverses, de là des thérapeutiques plus ou moins particulières, de là le nombre et le genre multipliés des pratiques. Ainsi, pour ne prendre que les pratiques nosocomiales, il est évident que certaines maladies sont leur lot habituel, entre autres les épidémies et une infinité d'autres qui leur sont véritablement endémiques.

Les asiles d'aliénés ne font point exception à cette règle. Outre la pathologie qui leur est commune avec les lieux de réunion considérable de malades, ils en possèdent une seconde, *sui generis*, inhérente à la nature de leurs habitants, et qui semble relever de l'ordre des cachexies ou des diathèses. C'est dans ce groupe qu'il paraît rationnel de ranger la diarrhée *chronique*, ce fléau trop ordinaire de nos établissements.

La diarrhée chronique prélève un tribut annuel sur ces malheureux, sans que l'art ait jusqu'ici trouvé le moyen d'y porter remède, malgré le zèle bien connu de nos confrères. Et ce n'est point à notre époque que ce reproche s'adresse, puisqu'il en fut presque toujours ainsi depuis la création de ces chrétiennes demeures. Esquirol, Georget, Broussais, Ferrus, Parchappe, l'ont maintes fois signalé. M. Thore, à qui l'on est redevable d'une étude approfondie des lésions intercurrentes de l'aliénation mentale, en parle en ces termes: « Presque toujours elle a une marche lente... Arrivée à une certaine période, elle défie tous les traitements ». M. Calmeil va plus loin : pour lui, l'entérite est l'affection la plus commune chez les aliénés. Reste à savoir si cette entérite est inflammatoire, comme il l'avance, l'anatomie pathologique n'en ayant pas dit encore son dernier mot, ou plutôt ayant été encore impuissante à le prouver.

Qu'est-ce donc alors que cette maladie, ni épidémique ni contagieuse, qui atteint généralement les déments, les idiots, les mélancoliques? qui résiste à tous les antiphlogistiques et à tous les astringents? qui, quoi qu'on fasse, et après des rémissions ou des fluctuations peu explicables, aboutit fatalement au marasme et à la mort?

L'excrétion intestinale immodérée provient surtout de trois causes : une fluxion irritative, une fluxion rhumatismale, une fluxion atonique. La première, nous l'avons préalablement écartée. La seconde, quoique assez fréquente, en raison des imprudences auxquelles les fous s'exposent, ne fournit pas cependant des explications formelles. La troisième est, je crois, la vraie coupable.

En effet, que se passe-t-il chez le fou atteint de diarrhée chronique? La manifestation d'un état général, consécutif à l'extinction graduelle des forces; par suite d'un défaut d'innervation qui a sa source dans la dépression physique et morale, la muqueuse de l'intestin plus ou moins anesthésiée rejette les aliments plus ou moins élaborés, la nutrition s'alanguit, le sang devient pauvre, la chaleur se perd et la vie s'éteint. Nourriture et médicament font office de poisons et ne déterminent plus qu'une sorte d'indigestion; car j'ai observé que les drogues, soit solides, soit liquides, occasionnent très-fréquemment une recrudescence du flux en question.

J'y avais souvent réfléchi, au désespoir de lutter vainement contre une redoutable infirmité, lorsque le hasard me mit sur la voie d'une médication en harmonie avec l'idée à laquelle je m'étais arrêté, et que je viens d'exposer. Étant en face d'un agonisant épuisé par un dévoiement invétéré et incoercible, je l'abandonnai aux soins de la sœur, lui permettant de le nourrir selon qu'il désirerait. La sœur prit le conseil à la lettre; elle fit manger le moribond, et le moribond survécut!

Résolu de mettre à profit ce trait de lumière, je fixai mon attention sur les quelques femmes placées dans la même situation. Il y en avait huit : pas une d'elles n'a succombé. Bien plus, elles ont guéri, et une seule reste rebelle au traitement employé. L'une était déjà envahie par une anasarque, l'autre avait été administrée; une troisième vomissait toute substance ingérée; toutes gardaient le lit, où elles souffraient depuis plusieurs mois et plusieurs années.

Or, voici la thérapeutique que j'avais dû adopter :

Tant que la langue, l'abdomen et le pouls indiquaient tant soit peu de réaction, je me bornais pendant quelque temps à une alimentation douce, à une hygiène excellente, et à des lavements amylacés; ou, s'il existait soit de la saburre, soit de la bile, soit des glaires, j'ordonnais d'abord quelques légers laxatifs, joints aux moyens précédemment indiqués.

Une fois la langue dépouillée, le pouls naturel, le ventre indolore, les garde-robes simplement diarrhéiques et l'appétit bon..., je prescrivais une nourriture tonique, le vin pur, le hachis ou la côtelette, concurremment avec des pilules d'alun ou de nitrate d'argent auxquelles je ne tardais pas à renoncer. Ce traitement était suivi avec persévérance pendant un ou deux mois, et l'amélioration survenait par la diminution de l'abondance des selles, qui, chez quelques sujets, revenaient à leur excès antérieur dès qu'ils cessaient ce régime, ne fût-ce que le jour maigre.

M. Girard de Cailleux a établi par des documents authentiques que les asiles d'aliénés qui accusent la plus forte mortalité sont ceux où l'on abuse des légumes, et que ceux où l'on abuse des légumes sont ceux où le chiffre des décès par maladie intestinale se trouve le plus élevé. N'y a-t-il pas là le plus sérieux enseignement?

On le voit, il s'agissait d'avoir affaire à un état atonique de l'intestin, et de combattre cette atonie par les meilleurs analeptiques; la promenade en plein air, la *viande sèche*, le *vin pur*, une excessive propreté, avec persistance, avec gradation, avec ménagements, ce en quoi nos religieuses, comme toujours, m'ont parfaitement secondé. La preuve, c'est qu'à l'asile des hommes, où à la même époque sévissait une diarrhée à caractère différent, ni mon collègue ni moi nous n'avons pu obtenir un seul résultat approximatif. Inutile d'ajouter que l'emploi de la viande crue ne nous a jamais réussi, quoique sagement expérimenté.

Ce n'est pas à dire, pour cela, que toutes les diarrhées de ce genre céderont infailliblement à cette médication. Ce sera celle qui aura le plus de chance de réussir dans la grande majorité des cas, car souvent l'agitation et les crises épileptiques s'opposent invinciblement à son succès.

M'est-il permis, maintenant, de conclure ainsi, jusqu'à contre-épreuve?

Lorsque le médecin aliéniste est en présence d'une de ces diarrhées qui résistent à tous les médicaments, de ces diarrhées apyrétiques accompagnées de faiblesse, d'adynamie, de langueur, il doit prescrire les bouillons gras, les consommés, le vin pur; et, dès que l'estomac est raffermi, la viande de bœuf ou de mouton hachée, l'exercice en plein air, l'habitation dans un lieu bien propre et bien aéré, où pénètre le soleil.

Il ne se désespérera point si au bout de plusieurs semaines ses efforts demeurent infructueux; il persévérera avec courage, avec prudence, avec le secours d'auxiliaires dévoués et intelligents.

Et délivrés de leur ennemi, les convalescents seront placés dans un quartier où pendant longtemps ils puissent être l'objet d'attentions toutes spéciales, sous peine de les voir retomber tôt ou tard aux prises avec une désolante infirmité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 juillet 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. le président annonce que M. Mac-Leod (de Glascow), membre correspondant étranger, et M. de Doubowisky, président de l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, membre correspondant de la Société, assistent à la séance.

LECTURE.

M. REYBARD (de Lyon), membre correspondant, lit un Mémoire sur un nouveau mode de traitement des rétrécissements de l'urèthre.

DISCUSSION.

M. RICHARD. Je veux demander à M. Reybard s'il pourrait joindre à son excellent travail les observations sur lesquelles il se base, afin que l'on pût bien constater la guérison, et depuis quand elle existe.

M. REYBARD. J'ai déjà traité quinze malades; c'est d'après leurs observations que je fonde l'espoir d'établir une nouvelle méthode de traitement des rétrécissements moins dangereux; ce que j'ai avancé n'est donc pas une théorie, mais un résultat de ma pratique.

M. RICHARD. J'ai voulu seulement manifester un désir et non produire une objection. Il est évident que si nous avions sous les yeux les observations de M. Reybard, nous pourrions plus facilement répéter ses expériences, et nous serions plus accessibles à la conviction.

M. REYBARD. Je communiquerai ces observations et je pourrai ainsi satisfaire au désir de M. Richard.

— M. LE PRÉSIDENT propose qu'il soit publié un extrait du mémoire de M. Reybard dans les *Bulletins de la Société*.

La Société adopte.

COMMUNICATION.

Tumeur du maxillaire inférieur; kyste alvéolo-dentaire; battements dans la tumeur; opération. — Refoulement de la langue. — M. LEGOUEST. Dans une des dernières séances, MM. Broca, Velpeau, Richet, Follin, ont appelé l'attention de la Société sur les battements que l'on perçoit dans les cavités osseuses remplies de liquide. Je viens d'avoir l'occasion de faire une observation analogue dans une tumeur du maxillaire inférieur.

Il s'agit d'un officier qui est entré dans mon service il y a six mois pour une tumeur du maxillaire inférieur. Cette tumeur offrait des battements isochrones à ceux du pouls au niveau de la première molaire. Par l'orifice qui était le siége de ce phénomène, on voyait aussi s'écouler un liquide ichoreux, extrêmement fétide. Le développement de cette tumeur, qui était très-dure et très-vasculaire, avait été très-rapide, puisque dans l'espace de six mois elle avait atteint le volume d'un œuf de poule. En outre, elle était le siége d'une douleur extrêmement vive et d'hémorrhagies très-abondantes.

En raison de ces douleurs, de la consistance, de l'écoulement du pus ichoreux très-fétide, surtout du développement rapide des hémorrhagies, je ne crus pas à l'existence d'un kyste, mais j'admis que la tumeur était cancéreuse. Je fis donc l'ablation de la mâchoire inférieure dans toute sa portion horizontale. Quand j'examinai la tumeur enlevée, et que je mets sous vos yeux, il me fut facile de reconnaître qu'elle était formée par un kyste alvéolo-dentaire, contenant dans sa cavité deux dents.

Je m'étais donc trompé dans mon diagnostic, mais je crois être excusable en présence des principaux symptômes qui s'étaient manifestés.

Quant aux battements, ils s'expliquent facilement par la grande vascularité de la tumeur et de la muqueuse qui tapissait le kyste.

Pendant l'opération, j'ai porté mon attention sur la rétraction de la langue. A peine avais-je coupé ses insertions antérieures, que le malade se leva brusquement; il était suffoqué. Pour remédier à cet accident, je crus devoir me contenter de passer une aiguille dans l'épaisseur de la langue. Mais cela fut insuffisant, et comme la langue se portait encore en arrière, je traversai toute son épaisseur avec un fil que je confiai à un aide d'abord, pendant que je terminais l'opération. Arrivé à son lit, le malade prenait lui-même le fil et tirait sa langue au dehors, si elle se portait trop en arrière. Aujourd'hui cette manœuvre n'est plus nécessaire, et la suffocation n'a plus lieu.

DISCUSSION.

M. RICHARD. Je trouve cette observation curieuse au point de vue du diagnostic. Il s'agit bien d'un kyste dentaire, et cependant tout conspirait pour dérouter le chirurgien. En effet, l'appel des dents fait

défaut, ici nous les trouvons en nombre complet; le début est celui des tumeurs à myéloplaxes, qui se montrent précisément entre la première molaire et la canine; enfin, il y avait des battements isochrones à celui du pouls. Je comprends facilement l'erreur dans laquelle M. Legouest est tombé, et tout le monde aurait jugé comme lui.

M. TRÉLAT. Je veux faire une objection à ce que M. Richard vient d'avancer. M. Richard dit que la présence de toutes les dents était une cause d'erreur. Je suis d'un avis contraire; ce n'est pas là un signe suffisant, et l'on sait qu'il est très-fréquent de voir des germes dentaires surnuméraires.

M. RICHARD. M. Trélat paraît connaître un grand nombre de faits contraires à mon opinion. Quant à moi, je connais les faits observés par M. Forget, et dans tous, au nombre de 12 ou 15, on a observé qu'il manquait une ou plusieurs dents. Je persiste donc à croire, d'après ces faits, que l'absence de dents peut être un bon élément de diagnostic.

M. CHASSAIGNAC. Quant au refoulement de la langue, je dois avouer que je suis peu disposé à l'admettre. Dans les nombreuses opérations que j'ai pratiquées sur le maxillaire inférieur, j'ai toujours eu soin de passer un fil à travers la langue pour me prémunir contre cet accident, et jamais je ne l'ai vu se manifester. Je crois donc volontiers que cette rétraction est une pure théorie.

M. RICHET. Je désire savoir s'il y avait paralysie du nerf mentonnier.

M. LEGOUEST. Elle n'existait pas.

M. RICHET. Je suis en droit de conclure que le kyste n'avait pas son point de départ dans le canal dentaire.

M. LEGOUEST. Les crises de douleur s'expliquent très-bien par la présence du nerf dentaire presque à nu au fond du kyste, qui s'emplissait de liquide et se vidait tour à tour. De là résultait une compression qui s'exerçait sur le nerf dentaire.

M. RICHET. Il n'y a pas longtemps que j'ai présenté une portion du maxillaire inférieur offrant des tumeurs dans son intérieur. Une de ces tumeurs comprimait le nerf dentaire. Ce fut seulement sur l'existence de la paralysie du nerf mentonnier que je portai mon diagnostic et que je me décidai à faire une résection, malgré l'avis contraire de M. Denonvilliers, auquel j'avais montré le malade. L'événement me donna raison.

Quant au refoulement de la langue, il a été le sujet d'une discussion dans la Société il n'y a pas longtemps. Cette discussion fut même terminée par la nomination d'une commission pour l'examen d'un malade qui se trouvait dans le service de M. Maisonneuve et qui n'avait pas de rétraction. Quant à moi, je soutenais l'existence de cette rétraction, parce que je l'avais observée. Ainsi, étant interne de Philippe Boyer à l'hôpital Saint-Louis, je fus appelé, un jour de garde, auprès d'une malade opérée par M. Jobert, qui avait passé un fil à travers la langue. Quand j'arrivai auprès de cette malade, elle était inanimée, parce que le fil ayant coupé la langue, celle-ci s'était rétractée. Je m'empressai, avec l'aide de M. Laurès, interne avec moi, de saisir la langue avec des pinces; après quelques difficultés, je parvins à l'amener au dehors, et je passai un second fil. Les accidents cessèrent immédiatement après. Un fait semblable avait été rapporté par Bégin.

Voici une autre observation :

Remplaçant M. Roux à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques années, j'avais enlevé la partie moyenne de la mâchoire inférieure et j'avais taillé l'os en biseau pour mieux l'affronter. Je faisais la suture des deux fragments rapprochés, lorsque l'interne m'avertit que le malade étouffait. Je tirai la langue au dehors, et quand je voulus de nouveau rapprocher les fragments, l'étouffement se reproduisit. En réfléchissant à ce fait, j'arrivai bientôt à l'expliquer de la manière suivante : il était évident qu'en se rapprochant les deux fragments diminuaient l'espace parabolique dans lequel se loge la langue, et dès lors celle-ci était refoulée en arrière. Cette explication était d'autant plus plausible qu'il m'avait suffi d'écarter les fragments pour faire cesser les accidents et de les rapprocher pour les reproduire.

On a discuté la question de savoir si la langue était portée en arrière soit par le refoulement, soit par la rétraction des muscles styliens. Je ferai remarquer que dans ce dernier cas c'était bien un refoulement.

Je désirerais savoir si M. Legouest n'avait pas rapproché les fragments, et n'avait pas ainsi produit un refoulement de la langue.

M. VERNEUIL. Pour éviter des recherches inutiles, on voudra bien me permettre de rappeler ici que cette question a été exposée dans tous ses développements dans une thèse soutenue devant la Faculté par M. Camille Augier.

M. LEGOUEST. Il n'y avait pas refoulement chez mon opéré, puisque l'accident est arrivé avant toute suture, tout rapprochement.

Du reste le refoulement de la langue n'est pas si fréquent que l'on pourrait se l'imaginer. Il y a longtemps que M. Hutin a publié une observation d'un soldat qui eut tout le maxillaire inférieur emporté par un boulet de canon, et cependant la langue ne se rétracta point, à la suite d'une restauration de la face. On trouve dans la clinique de Dupuytren un fait rédigé par M. Larrey. Il s'agissait d'un cas semblable à celui de M. Hutin ; on fit la réunion et la langue ne fut point refoulée en arrière.

J'ai en ce moment, dans mon service, un malade qui est affecté d'un délabrement semblable ; j'ai tenté chez lui une restauration en conservant un peu de la mâchoire inférieure. J'ai réuni les deux fragments et je n'ai pas observé le refoulement de la langue. Il est vrai qu'il reste au-dessous de la mâchoire un hiatus, et je ne sais pas si en le comblant je ne verrais pas se reproduire cet accident.

M. RICHET. Je ne veux pas prolonger cette discussion, cependant je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'il ne saurait y avoir le moindre doute sur l'existence et la possibilité de ce refoulement. Mon fait est là pour en donner la démonstration. M. Legouest vient de parler de restauration du maxillaire inférieur, j'avoue que je ne l'ai pas compris.

M. LEGOUEST. Je ne nie point le fait de M. Richet. J'ai seulement voulu dire que, dans un grand nombre de faits de délabrement de la mâchoire inférieure, les chirurgiens n'ont pas reculé devant une restauration dans la crainte de voir se manifester le refoulement de la langue, et malgré l'observation de M. Richet, je n'hésite point à suivre leur exemple, quelle que soit du reste la cause qui a produit ce délabrement.

M. DEBOUT. Dans les tumeurs du maxillaire inférieur, semblables à celles que M. Legouest vient de nous montrer, y a-t-il opportunité de faire la résection de l'os dans toute sa hauteur ? Ne serait-il pas préférable de ne réséquer que la portion alvéolaire et de respecter la base de l'os ? Cette manière d'agir aurait à mes yeux l'immense avantage de ne pas produire une déformation de la face trop considérable.

M. FORGET. Pour répondre à la question posée par M. Debout, je dois dire que déjà, dans mon mémoire, j'avais indiqué la nécessité de recourir seulement à des résections partielles de la mâchoire inférieure dans des cas analogues. Je crois, en effet, qu'ici on aurait pu n'enlever que la portion alvéolaire.

Quant à la rétraction de la langue, Delpech la redoutait beaucoup. Lisfranc était du même avis, et deux fois je l'ai vu prendre de grandes précautions pour l'éviter. En plaçant un fil qui traversait la langue, il rapprochait les fragments, et le refoulement n'avait pas lieu. Quant à la tumeur présentée par M. Legouest, je crois qu'elle est constituée par un kyste alvéolo-dentaire occupant l'espace de trois ou quatre alvéoles et s'étant développé du centre à la périphérie.

J'ai vu des malades affectés de tumeurs fibreuses de la mâchoire inférieure avoir des douleurs horribles. La cause de cette douleur tenait à ce que le nerf était à nu et comprimé par la tumeur. C'est là un bon moyen de diagnostic pour connaître le siége des tumeurs de la mâchoire inférieure.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. CHASSAIGNAC. L'enfant que j'ai l'honneur de présenter est âgé de sept à huit ans ; il est hydrocéphale, et a toutes ses fontanelles ossifiées. Il a, en outre, une double exophthalmie par suffusion séreuse des orbites. Autour de la région orbitaire, on voit un tel développement des vaisseaux que l'on croirait au premier abord à l'existence d'une tumeur cancéreuse. Il n'en est rien cependant. La vue est, du reste, bien intacte. La sensibilité de la région est aussi intacte. La projection des yeux hors de l'orbite s'est produite dans l'espace de quelques semaines. Il n'existe pas de ganglion volumineux dans la région cervicale. Je m'explique l'exophthalmie par la pénétration du liquide intra-crânien dans la cavité orbitaire, liquide qui, ne trouvant pas de place dans le crâne à cause de l'ossification des fontanelles et des sutures, reflue dans la cavité de l'orbite. Il n'y a de paralysie nulle part.

DISCUSSION.

M. GUERSANT. En rapprochant ce fait de ceux que j'ai observés, au nombre de quatre ou cinq, je n'expliquerais pas l'exophthalmie par le refoulement du liquide intra-crânien; je n'admettrais même pas l'existence d'une hydrocéphalie. Je crois plus volontiers à des tumeurs végétantes occupant la base du crâne et refoulant les deux yeux en avant. Le développement rapide de ces tumeurs s'expliquerait très-bien dans mon hypothèse. Du reste, si cet enfant vit encore quelque temps, je pense que les yeux seront complétement expulsés hors de l'orbite.

M. MARJOLIN. Chez les hydrocéphales, les yeux ne sont pas saillants ; ils sont plutôt caves, enfoncés sous les arcades orbitaires saillantes.

M. CHASSAIGNAC. Le crâne a des dimensions trop considérables pour qu'il n'y ait pas hydrocéphalie. Ainsi, le diamètre occipital frontal, mesuré suivant la courbure du crâne, offre 31 centimètres; la circonférence du crâne, prise au-dessus de l'oreille, est de 57 centimètres ; la courbe qui unit les deux extrémités du diamètre bi-temporal est de 26 centimètres.

M. GUERSANT. Il peut exister des dimensions semblables sans qu'il y ait hydrocéphalie.

M. MARJOLIN. Les renseignements que je prends me prouvent qu'il n'y a pas hydrocéphalie. Ainsi l'enfant est né avec une tête un peu volumineuse, mais régulièrement conformée ; l'intelligence est très-développée, et c'est précisément le contraire que l'on remarque chez les hydrocéphales.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Dans la dernière promotion au grade d'aspirant de 2e classe de la marine impériale, pour faits de guerre, nous voyons avec plaisir figurer le nom du petit-fils du savant anatomiste Ribes, ancien médecin en chef des Invalides et membre de l'Académie de médecine.

Ce jeune homme a fait les campagnes de Chine et de Cochinchine, et dans cette dernière campagne il a été grièvement blessé à la cuisse, dans un combat contre les Annamites.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'éducation des enfants : conseils aux parents pour l'hygiène à suivre, par Émile LE ROY, docteur en médecine. Un volume in-18 de 288 pages. Prix : 2 francs. Paris, 1862, chez Victor Masson et fils, place de l'École de Médecine.

Atlas complet d'anatomie chirurgicale topographique, pouvant servir de complément à tous les ouvrages d'anatomie chirurgicale, composé de 100 planches représentant plus de 200 figures dessinées d'après nature par M. Bion, et avec texte explicatif par B. J. BÉRAUD, chirurgien et professeur adjoint à la Maternité de Paris. Première partie comprenant les régions de la tête et du cou. 37 planches. Prix, figures noires, 18 francs; figures coloriées, 36 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

De la pénétration des corps pulvérulents, gazeux, solides et liquides, dans les voies respiratoires, au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, par le docteur Edouard FOURNIÉ (de l'Aude). Mémoire in-8°. Prix : 2 fr. *franco* par la poste. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Exercices et récréations anatomiques, par le docteur L. GIRAUDET fils, professeur d'anatomie à Tours. Un volume in-18 jésus de 300 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 94. — MARDI 12 AOUT 1862. (35e ANNÉE.) N° 94. — MARDI 12 AOUT 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Questions professionnelles. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Kyste profond du vagin. — De la légitimité de l'opération césarienne et de ses conditions de succès; moyen de rendre l'accouchement naturel pour les bassins d'environ 6 centimètres. — Carbonate de fer. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 4 août. — Lettre de M. Aubergier. — Nouvelles.

PARIS, LE 11 AOUT 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

On doit à Pourfour du Petit d'abord, puis plus tard à MM. Budge et Waller, d'avoir fait connaître le rôle du nerf grand sympathique dans les phénomènes de la vision et d'avoir établi que ce nerf tire son origine de la moelle et non du cerveau, comme le croyaient auparavant les anatomistes. Un nouveau fait important a été introduit par M. Cl. Bernard dans l'histoire de cet appareil nerveux. On se rappelle qu'en 1852, M. Bernard a montré l'influence remarquable du grand sympathique sur les phénomènes de vascularisation et de calorification, sans chercher à déterminer toutefois si les nouveaux nerfs vasculaires et calorifiques, dont ses expériences lui avaient révélé l'existence, avaient la même origine que les nerfs oculo-pupillaires, ou s'ils avaient au contraire une origine distincte. L'opinion qui tend à admettre la communauté d'origine de ces nerfs, s'étant accréditée parmi les physiologistes, sans être étayée sur les preuves expérimentales, M. Bernard s'est proposé de reprendre l'étude de ce point de physiologie et de le fixer par des expériences décisives.

Tel est l'objet du nouveau mémoire dont il a lu la première partie à l'Académie dans la dernière séance. On verra par l'extrait que nous publions de cet important travail dans le compte rendu de la séance, que les expériences qu'il a instituées à cet effet, démontrent que les nerfs vasculaires et calorifiques sont des nerfs moteurs spéciaux distincts topographiquement et physiologiquement des nerfs moteurs ordinaires ou musculaires proprement dits.

— La question des mariages consanguins continue à occuper une place importante dans les communications de l'Académie. On trouvera sur ce sujet, dans le compte rendu, une nouvelle note de M. Boudin, en réponse aux observations présentées par M. Isidor dans l'une des précédentes séances, et une communication de M. Beaudoin relative à l'histoire des effets de la consanguinité chez les animaux domestiques.

M. Flourens a fait, à l'occasion de cette dernière communication, quelques réflexions dont nous sommes heureux de constater l'accord avec les réserves que nous avons cru devoir faire relativement à la complexité de la question et au danger qu'il y aurait de conclure d'observations faites à des points de vue différents. Nous nous associons aussi de grand cœur à l'espoir exprimé par M. le secrétaire perpétuel que la commission de l'Académie qui se trouve appelée à s'occuper de ce sujet l'éclairera bientôt d'un nouveau jour.

Dr Brochin.

QUESTIONS PROFESSIONNELLES.

Une sage-femme n'a pas le droit de saigner un homme. — Elle n'a pas le droit de saigner avec ou sans ordonnance de médecin une femme en dehors des conditions de la grossesse. — Elle a le droit de saigner la femme enceinte dans toutes conditions d'accouchement.

L'extraction des dents ne doit pas être considérée, au point de vue légal, comme une opération chirurgicale. — L'élève initié à cette opération a le droit de la pratiquer sans avoir de diplôme.

Plusieurs de nos confrères de province nous ont adressé les questions suivantes. Voici les réponses:

Une sage-femme peut-elle, avec ou sans ordonnance de médecin, pratiquer la saignée sur l'homme?

La loi du 19 ventôse an XI, qui règle l'exercice de la médecine en France, détermine par ses articles 30, 31, 32, 33 et 34, les conditions requises pour l'exercice de la profession de sage-femme.

De ces divers articles, il résulte que la sage-femme n'acquiert par son diplôme que le droit de se livrer à *l'art des accouchements*. Elle ne peut donc donner ses soins qu'à la femme, et seulement *dans les conditions de grossesse*. Son titre de *sage-femme* ne lui donne aucun *droit* dans l'art de guérir en général, art dont l'exercice est entièrement réservé aux docteurs en médecine ou en chirurgie et aux officiers de santé (art. 1er et 2 de la loi du 19 ventôse an XI).

Elle ne saurait donc *légalement* saigner *un homme*, non-seulement sans ordonnance de médecin, mais même avec ordonnance de médecin.

Une sage-femme a-t-elle le droit sans ordonnance de médecin de saigner une femme en dehors des conditions de la grossesse?

Non; et cela par les motifs invoqués plus haut.

La sage-femme est exclusivement le *médecin* de la *femme grosse*.

Une sage-femme a-t-elle le droit de saigner une femme enceinte dans toutes les conditions de grossesse?

Oui; la sage-femme ayant acquis (art. 32 de la loi du 19 ventôse an XI) le diplôme qui lui permet l'exercice de *l'art des accouchements*, et rempli les formalités exigées par l'article 34 de la même loi, a le *droit* de donner tous les soins que lui semble réclamer l'état de la femme grosse qui lui accorde sa confiance. Elle reste seule juge de l'opportunité des saignées et autres modes de traitement, tout en observant la restriction que lui impose l'article 33 de ladite loi sur l'emploi des instruments dans les accouchements laborieux.

Donc, *une sage-femme a le droit de saigner une femme enceinte dans toutes les conditions de grossesse.*

L'extraction des dents doit-elle être considérée comme une opération chirurgicale?

Au point de vue de l'art, l'extraction des dents *constitue* sans contredit une opération chirurgicale: — il n'en est pas de même au point de vue de la loi.

En effet, si au point de vue légal l'extraction des dents était une opération chirurgicale, elle ferait partie de l'art de guérir, et *nul ne saurait exercer la médecine ou la chirurgie sans avoir de diplôme, de certificat ou de lettres de réception* (loi du 19 ventôse an XI, art. 35), sous peine d'amendes spécifiées par la même loi, art. 36.

Or si, comme nous allons le voir, la loi n'exige pas du dentiste un diplôme, un certificat ou lettre de réception, elle ne considère donc pas l'extraction des dents comme une opération chirurgicale.

L'élève initié à cette opération a-t-il le droit de la pratiquer sans avoir de diplôme?

Cette question est très-controversée.

MM. Coffinières, § 7; Briand et Chaudé, p. 837 et 842; Cunin-Gridaine, lettre ministérielle, répondent:

L'extraction des dents est une opération chirurgicale qui demande une connaissance précise de l'anatomie de la bouche et particulièrement des dents. Elle exige des notions d'anatomie, de physiologie, de médecine, d'hygiène et de mécanique. L'extraction d'une dent peut donner lieu à des accidents plus ou moins graves: fractures de l'alvéole, fractures de la mâchoire inférieure, du sinus maxillaire; luxations de la mâchoire, hémorrhagies, tous accidents qui réclament les secours d'un homme de l'art. Cette extraction des dents constitue donc une véritable opération chirurgicale; elle rentre à ce titre dans l'une des branches de l'art de guérir.

Or, l'art. 1er de la loi du 19 ventôse an XI porte que « nul ne pourra obtenir le droit d'exercer l'art de guérir sans être examiné et reçu comme il est prescrit par la même loi. » Et l'art. 35 impose l'obligation du diplôme, certificat ou lettre de réception.

Donc, l'exercice de l'art du dentiste réclame l'obtention préalable d'un diplôme, certificat ou lettre de réception.

Mais, répondent les partisans de l'opinion contraire,

Les lois qui défendent que l'on exerce la profession de médecin ou de chirurgien sans être muni d'un diplôme, ne s'appliquent pas aux individus qui ne se livrent qu'à la cure des dents. (Crim., Rej., 23 février 1827 (1); Crim., Cass., 15 mai 1846, aff. Rogers, D., p. 46, t. 1, 189; et sur renvoi, Amiens, 26 juin 1846; Merlin, *Quest. de droit*, v° DENTISTE.

Contra. Trib. de Boulogne, 15 juin 1846, aff. Teneur. D., p. 46, t. III, 123.) Dès lors, l'arrêt qui refuse d'appliquer une peine à ces derniers, en ce qu'ils ne sont pas munis de diplôme, ne viole aucune loi. (L. 19 vent. an XI, art. 1; Règl., 1768, art. 126. Même arrêt de 1827).

La jurisprudence a adopté cette dernière doctrine (2).

Donc toute personne initiée à l'extraction des dents a le droit de pratiquer cette opération sans avoir de diplôme.

E. D.-Le Sourd.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Kyste profond du vagin.

(Leçon recueillie par M. BOISSARIE, interne du service.)

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'une affection intéressante par sa rareté, par son mode particulier de développement, par les erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu, enfin par le genre de traitement qu'il convient de lui appliquer.

Il s'agit d'un kyste profond du vagin.

Vous avez pu voir au n° 6 de la salle Saint-Maurice la malade qui en est affectée. C'est une femme de trente-deux ans, d'une bonne constitution. Chez elle la menstruation s'est établie fort tard; ce n'est qu'à vingt ans que les règles sont apparues pour la première fois. Elle a eu quatre enfants qui sont venus à terme. Les deux premiers accouchements n'ont rien présenté de particulier; mais le troisième a été très-laborieux. On a fait à diverses reprises des tentatives d'application de forceps; l'enfant, d'un volume considérable, est venu mort. C'est à la suite de cet accouchement que s'est développée l'affection qu'elle présente en ce moment. Les débuts n'en furent pas sensibles; la malade ressentait des douleurs correspondant à la fosse iliaque droite, et dont elle ne pouvait se rendre compte. Au troisième mois, une tumeur pédiculée, du volume d'une petite noix, s'offrit à la vulve. Sur ces entrefaites, la malade devint enceinte. Trompés par le sentiment de pesanteur et les tiraillements qui se faisaient sentir, surtout pendant la marche, les médecins conseillèrent le repos au lit, qui fut gardé pendant les cinq derniers mois.

La malade, néanmoins, accoucha facilement à terme d'un enfant vivant. Depuis, la tumeur a continué de s'accroître, sans déterminer d'autres accidents qu'une gêne assez grande; les règles, devenues plus abondantes, apparaissent deux fois par mois; la santé générale n'est pas altérée.

A son entrée à l'hôpital, l'examen nous fait découvrir une tumeur qui ne dépasse pas la vulve lorsque la femme est couchée; tumeur oblongue, qui semble bilobée par une légère dépression médiane, qui est attachée par un large pédicule en avant et à droite du col de l'utérus; tumeur dépressible, indolente, fluctuante également dans tous ses points, du volume d'un gros œuf de poule. La pression hypogastrique la fait proéminer fortement à la vulve; une sonde, introduite dans la vessie, n'entre pas dans sa cavité. Tels sont les caractères principaux que nous présente cette tumeur, et qui appartiennent par leur ensemble aux kystes du vagin. Ces kystes ont été divisés en deux classes distinctes: les kystes superficiels et les kystes profonds.

Les premiers se rapportent aux nombreux follicules muqueux qui siégent à l'entrée du vagin, à la vulve, et qui se rencontrent plus nombreux au pourtour de l'urèthre. On peut les trouver, du reste, non-seulement à l'entrée du conduit, mais dans quelques cas dans son intérieur. En général peu volumineux, ils peuvent être multiples; ils se forment dans les follicules, dont le fond se dilate en goulot, tandis que leur orifice se ferme; leur structure ne présente rien de particulier; leur paroi est formée par la membrane muqueuse distendue. Les kystes folliculaires profonds naissent et se développent d'une façon différente; ils sont situés au fond du vagin, sur les côtés du col, et plus souvent sur la paroi antérieure. Ils sont placés profondément, sans communication directe avec la muqueuse; ce n'est que plus tard, dans le cours de leur développement, qu'ils soulèvent cette membrane, qui vient alors leur servir de tunique externe. Ces tumeurs sont en général uniques, bien circonscrites; il est rare qu'on puisse y constater la transparence; cependant, lorsqu'elles font saillie à la vulve et qu'elles sont très-distendues, on peut apercevoir la coloration du liquide qu'elles contiennent. Elles sont mobiles, et suivent dans leurs déplacements les mouvements des parties voisines. Quel est le mécanisme de leur formation?

Nous nous trouvons ici en présence de toute la pathogénie des kystes: différences de rapports entre l'exhalation et l'absorption, produits variables de l'inflammation, qui se limitent et s'isolent des parties voisines. Il est certain que la grossesse et

(1) Dalloz, *Jurisprud. génér.*, t. XXXI, p. 549. (Min. publ. c. dame Delpuch).

(2) Le projet présenté en 1847 à la Chambre des pairs, en assujettissant les dentistes à un diplôme *spécial* en rapport avec les soins *spéciaux* qu'ils sont appelés à rendre, vient encore à l'appui de ceux qui pensent que le silence de la loi met les dentistes hors de cause et autorise leur exercice sans diplôme.

l'accouchement semblent être une condition indispensable à leur développement; on ne les observe que chez les femmes mères. Ces tumeurs peuvent donner lieu à plusieurs méprises. On peut croire à une cystocèle, et il importe de bien s'assurer qu'il n'existe aucune communication avec la vessie. Le cathétérisme suffit pour mettre à l'abri de toute erreur. En effet, si la tumeur ne diminue pas tandis que la vessie se vide, c'est que ces deux cavités sont distinctes. Un prolapsus de la cloison vésico-vaginale peut en imposer quelquefois; vous vous en rendrez facilement compte en vous rappelant une malade depuis longtemps dans nos salles, et qui était affectée d'une chute considérable de la paroi vaginale. Nous avons pratiqué chez elle la cautérisation des parties saillantes, et vous avez pu suivre, sous l'influence du tissu inodulaire, le retrait graduel de la muqueuse herniée.

Dans quelques cas, les kystes de l'ovaire peuvent faire saillie dans le vagin, mais ils ne tardent pas à se développer du côté de l'abdomen, à prendre un volume considérable, et par le toucher on sent que leur point d'attache situé plus haut est tout à fait distinct du vagin.

Il ne faut pas attendre la guérison spontanée de ces kystes. Dans quelques cas, il est vrai, on les a vus se rompre et s'oblitérer ensuite; mais ces faits sont trop exceptionnels pour qu'on puisse espérer un semblable résultat. Pour ma part, je n'ai jamais observé ce mode de terminaison. Si l'on conserve quelques doutes sur la nature de la tumeur, on peut faire une ponction exploratrice. Dans la majorité des cas, cependant, cette opération préliminaire n'est pas nécessaire. Le traitement qui a été le plus préconisé est l'excision partielle, suivie de la cautérisation de la poche. Quand la tumeur est pédiculée, on a conseillé de la lier. On ne peut adopter cette méthode sans quelque réserve. Il n'est pas toujours facile de porter une ligature sur la racine de ces kystes. D'autre part, nous avons toujours été frappés de la quantité de vaisseaux développés dans leur paroi, de l'écoulement de sang qui s'exhalait par les orifices veineux.

Il nous est arrivé souvent d'avoir à la suite de l'excision des hémorrhagies graves. Il y a plusieurs années, j'opérai, rue Royale, par ce procédé, une malade qui avait un kyste du vagin très-volumineux. Après l'opération, il se déclara une hémorrhagie abondante, que l'on ne put arrêter qu'avec peine, malgré l'emploi du fer rouge et d'un tamponnement méthodique. Une seconde fois, j'opérais à l'hôpital, dans les mêmes conditions; l'hémorrhagie survint encore; mais comme j'étais prévenu, je me hâtai de tamponner exactement, et l'accident n'eut pas de suites. Ces diverses tentatives me firent renoncer à l'excision; je voulus essayer de la suture. Dans un cas qui se présenta peu de temps après, je fis la suture de la tumeur dans toute sa circonférence; je l'étreignis ainsi complétement dans toute son étendue; je pouvais me croire à l'abri de tout accident, et cependant l'hémorrhagie se reproduisit encore. C'est qu'en effet le traitement de ces kystes n'est pas une chose aussi simple, aussi indifférente que vous pourriez être tentés de le croire. Vous allez porter l'instrument tranchant, les caustiques dans une région bien importante à respecter. En avant, je trouve la vessie, dont les rapports sont souvent bien immédiats; dans le fond, la cavité péritonéale, et vous ne devez jamais vous exposer à intéresser cette séreuse. En présence de ces considérations, j'ai adopté un mode de traitement qui est ici sans danger. J'applique à ces tumeurs le traitement le plus employé dans les divers kystes, c'est-à-dire la ponction et l'injection iodée. Pour cela, par la pression hypogastrique, je fais saillir la tumeur à la vulve; arrivée là, je la saisis et la fixe avec des érignes. Je pratique la ponction avec un trocart ordinaire; le liquide contenu dans l'intérieur s'écoule en grande partie; j'injecte ensuite dans la poche la teinture d'iode. Je vous ai dit que cette méthode était sans danger; cette condition serait insuffisante si, par ce procédé, on ne pouvait obtenir d'une façon certaine l'oblitération de la poche. Vous avez droit de compter sur ce résultat. Dans quelques cas, il est vrai, ce succès sera incomplet; peut-être une première tentative serait-elle insuffisante; mais quelle méthode peut vous mettre à l'abri de toute incertitude? Réussit-on toujours dans les ponctions des kystes séreux du corps thyroïde, même dans les hydrocèles de la tunique vaginale? Est-il venu à l'esprit de quelqu'un d'y renoncer pour cela? D'ailleurs, pourquoi ne réussirait-on pas? N'êtes-vous pas ici dans les mêmes conditions que dans une cavité séreuse? La paroi interne de ces kystes est une membrane séreuse, et vous connaissez la facilité avec laquelle ces membranes s'adossent et se réunissent. Si vous aviez affaire à une cavité tapissée par une muqueuse, ces conditions seraient différentes. C'est pour cela que dans les abcès froids, dans les collections purulentes anciennes, l'oblitération de la cavité est difficile à obtenir. Cependant, même dans ce cas-là, quoique les muqueuses soient peu propres à l'adhésion, vous pouvez, par les injections iodées, déterminer un travail inflammatoire, une exhalation de lymphe plastique, et obtenir le résultat que vous cherchez.

En résumé, les kystes profonds du vagin, affection peu grave en elle-même, méritent, au point de vue du traitement, d'attirer toute votre attention. Situés au milieu d'organes importants à ménager, il ne faut agir qu'avec une extrême réserve. Vous ne pouvez guère compter sur une guérison spontanée; l'incision est insuffisante, et si vous avez recours à l'excision et à la cautérisation, vous devrez vous tenir en garde contre l'hémorrhagie, accident imminent et quelquefois difficile à arrêter. La ponction et l'injection iodée, tout en vous mettant à l'abri de toute complication, seront toujours d'une exécution facile, et vous assureront, dans la majorité des cas, des résultats heureux. C'est ce procédé que nous allons employer devant vous sur notre malade.

Nous avons annoncé que nous avions reçu de M. le professeur Stoltz, de Strasbourg, et de M. le docteur Ozanam, des communications relatives à la question de pratique obstétricale soulevée par M. le professeur Finizio, de Naples. Il nous est parvenu depuis une lettre de M. le docteur de Lignerolles. En raison de l'extrême importance de cette question, nous croyons devoir laisser toute latitude à la discussion et à l'expression des opinions les plus opposées, sans engager nullement sur ce grave sujet l'opinion du journal.

Voici le travail de M. Ozanam. Nous publierons dans un autre numéro les lettres de MM. Stoltz et de Lignerolles.

DE LA LÉGITIMITÉ DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE et de ses conditions de succès.

Moyen de rendre l'accouchement naturel pour les bassins d'environ 6 centimètres.

Par le Dr Ch. OZANAM, ancien bibliothécaire de l'Académie.

J'ai lu dans le numéro du jeudi 24 juillet de votre journal, que le docteur Finizio, de Naples, au moment de trancher la question si grave de l'*embryotomie* sur quatre personnes à la fois, s'adressait à vous pour avoir l'avis de la chirurgie française à cet égard. Le savant docteur Pajot, consulté, a répondu affirmativement, et a non-seulement légitimé cette opération, mais fait un crime de la repousser. « Laisser aller à terme, dit-il, une grossesse de quatre mois dans un rétrécissement de 5 centimètres, me paraît non-seulement une mauvaise chirurgie, mais une mauvaise action. » Une décision aussi absolue a étonné bien des personnes, et pour ma part, je serais désolé que le docteur Finizio crût que cette opinion est celle de la majorité des médecins français.

Certes, ce n'est pas au moment où l'*ovariotomie* est introduite en France, où M. Kœberlé à Strasbourg, et M. Nélaton à Paris, ouvrent largement l'abdomen pour en retirer des tumeurs inertes et sauvent une partie de leurs opérées; ce n'est pas à ce moment, dis-je, qu'il faut répudier l'opération *césarienne*, qui, sans offrir plus de danger pour la femme, conserve la vie à un enfant.

C'est en vain que certains utilitaires avancent que la mère est dans la maturité de la vie et de la force; que c'est un être utile et le fœtus un être problématique. Qu'en savent ils? Et si cet enfant doit s'appeler un jour César, comme celui qui l'un des premiers vint au monde de la sorte, n'a-t-il pas quelque droit à être sauvé, au point de vue de l'utilité? Et qui sait encore les enfants qui pourront naître de celui que l'on veut sacrifier?

Que l'habile docteur Finizio veuille bien lire le mémoire de M. de Lignerolles et la lettre de M. Lebleu à l'Académie (*Union médicale*, 1857, p. 526); mais surtout le savant ouvrage de M. Bourgeois, de Tourcoing, lu en 1859 à la Société de médecine d'Anvers: il y trouvera un travail inspiré par les plus saines doctrines, et l'un des plus intéressants qui aient paru sur la légitimité de l'opération césarienne; il y verra qu'on ne doit point la considérer comme l'*enfance de l'art*, mais bien comme sa conception la plus sublime: sauver deux vies à la fois!

Et de quel droit la chirurgie peut-elle enseigner le fœticide? Est-elle donc comme science en dehors des lois divines et humaines? Non, non, rien ne peut l'excuser. « Il y a, dit M. Bourgeois, dans toute société un principe fondamental, une loi éternelle et immuable, qui nous défend d'attenter à la vie d'autrui; notre art doit avant tout, et par-dessus tout, respecter et observer cette loi naturelle que chacun sent dans le fond de son cœur. Un acte qui consiste à tuer directement, de propos délibéré, une créature humaine, ne peut trouver place dans les opérations.

» Que si la malheureuse opinion des partisans du fœticide s'accréditait, ce serait un grand désastre pour l'ordre social. En ne respectant pas la grossesse, en ne la regardant pas comme sacrée et inviolable, ils ouvrent la voie à bien des crimes. Si l'on pratiquait l'avortement pour éviter un danger futur à la mère, l'abus survenant, ne serait-on pas tenté de le pratiquer pour sauver l'honneur d'une famille respectable, pour préserver de la honte le front d'une pauvre femme! Voilà où sont fatalement entraînés ceux qui considèrent le fœtus comme une ébauche, un parasite, une masse inerte. »

Mais si la loi naturelle et la société réprouvent le fœticide obstétrical, la religion et la science ne sont pas moins absolues.

Gardienne sacrée des droits, des devoirs et du bien, la religion doit être notre guide quand il s'agit de décider ce qui est *licite* ou *illicite*. Or elle établit cette vérité immuable, qu'on ne peut faire un mal absolu dans l'intention de produire un bien. Elle défend le meurtre de l'innocent et du juste; mais en même temps elle distingue avec une souveraine sagesse les diverses circonstances qui peuvent surgir, et ne les enveloppe pas toutes dans une même décision aveugle et absolue. Ainsi trois cas peuvent se présenter:

1° La femme est forte de santé, énergique de caractère; elle n'est point épuisée par la maladie, par un long travail ou des hémorrhagies. On peut la mettre dans de bonnes conditions hygiéniques; en un mot elle a de grandes chances de guérison. Dans ce cas, elle est tenue de se laisser faire l'opération césarienne, et c'est également un devoir pour l'accoucheur de la pratiquer, puisqu'il peut sauver deux vies à la fois.

2° Si la femme est faible, pusillanime, déjà fatiguée par un long travail; si elle se trouve dans des circonstances hygiéniques peu favorables, et que les chances de mort soient déjà grandes pour elle, la justice concède à la mère le droit de sacrifier son enfant, mais la charité lui fait un devoir de le sauver; elle ne fait pas mal en le sacrifiant, elle fait mieux en le sauvant, elle est héroïque.

3° Si les chances de mort sont à peu près absolues pour la mère, soit à cause de l'insalubrité extrême et des épidémies, soit par suite de maladies graves ou d'épuisement complet, non-seulement la mère a le droit de refuser l'opération, mais le chirurgien n'a pas le droit de la faire et d'achever ainsi une vie déjà vacillante (1).

Qui ne voit avec quel intérêt la religion prend tour à tour la défense des droits de chacun, protége le faible, décide le fort, stimule les lâches, encourage aux actions héroïques!

Mais arrivée à ce point, la question se complique; car, d'une part, il n'est pas permis d'opérer la femme sans chance de succès, et de l'autre, il n'est point permis non plus de tuer l'enfant. Que faire en pareille occurrence?

Il faut laisser, contrairement à l'opinion de l'honorable M. Pajot, marcher la grossesse jusqu'au bout, et cela pour plusieurs raisons.

1° Parce que dans le cours de cette grossesse mille accidents divers peuvent amener un avortement ou déterminer la mort naturelle du fœtus; alors le chirurgien est libre de pratiquer l'embryotomie, et n'a point à se faire le reproche d'avoir écrasé vivant un enfant qu'il n'aurait dû toucher qu'après sa mort.

2° Si la grossesse arrive à terme, le chirurgien ne peut dans ce cas extrême qu'attendre encore, soit qu'un effort heureux délivre la mère, comme cela plus d'une fois s'est vu (la mère accouchant d'un avorton ou se trouvant dans de meilleures conditions qu'on ne le croyait d'abord), soit que la prolongation du travail amène la mort de l'enfant.

Alors, quand le battement du cœur ne sera plus perçu, quand le méconium évacué depuis longtemps et l'immobilité du fœtus auront rendu sa mort certaine au moins moralement, l'accoucheur pourra, avec moins de regret, porter le céphalotribe sur un être humain et lui briser la tête.

Sans doute la femme pourra souffrir de ce plus long travail, mais autre chose est de faire le mal ou d'en être le témoin impuissant; puis elle trouvera sa récompense dans le témoignage de sa conscience et de son cœur; elle n'aura pas avancé d'une minute la mort inévitable de son enfant; elle aura pu lui procurer la grâce du baptême intra-utérin, et surtout elle n'aura pas prononcé ce mot si égoïste et si lâche: *Tuez-le, pourvu que je vive* (2).

Voyons maintenant ce que nous dira la science.

L'argument est clair, positif, suivant M. Bourgeois. « L'opération césarienne sauve beaucoup plus d'existences que celle de l'embryotomie. »

Tous les enfants sont sauvés lorsque l'opération césarienne est pratiquée à temps et convenablement. Quant aux mères, on peut estimer avec Villeneuve et Baudelocque, que les deux tiers des femmes opérées guérissent lorsqu'elles sont placées dans des conditions hygiéniques. Accordons néanmoins qu'il n'y aurait que la moitié, même le quart.

Sur 100 accouchements l'opération césarienne donne:

Enfants vivants. . . .	100
Mères sauvées	25 à 50
Total. . .	125 à 150 existences sauvées.

Sur 100 accouchements, l'embryotomie, qui n'est pas sans dangers et par laquelle il meurt bien un dixième des femmes, donnerait:

Enfants vivants. . . .	0
Femmes sauvées	90
Total. . . .	90 existences sauvées.

Mais une autre question grave surgit encore. Il est fréquent de voir les malheureuses atteintes de vice de structure du bassin avoir plusieurs grossesses. Si chaque fois on mutile le fœtus, qui ne voit l'immoralité flagrante de cette vie qui se passe pour la mère à procréer des enfants avec la préméditation de les faire écraser dans son sein, et la position hasardeuse de l'homme de l'art qui semble l'encourager, ou qui doit, pour lui éviter ces crimes, condamner cette femme au célibat absolu? Au contraire, après une première opération césarienne, cette opération elle-même devient beaucoup plus simple et moins dangereuse si l'on est obligé d'y recourir de nouveau, puisqu'elle se fait à travers des tissus cicatriciels.

(1) Vide P. Zacchias. *Quæstion. medico-legal.*, lib. IX, tit. 2. — 30 à 36. — Debreyne, *Embryologie sacrée.* — Gousset, *Théol. morale.*

(2) L'exemple suivant vient à l'appui de ce que j'avance, et prouve que bien des operations de céphalotripsie pourraient être évitees par un diagnostic plus exact ou par l'attente de l'événement.

Extrait du registre du Dispensaire général de Westminster, à Londres, Par Robert Bland.

Sur 1,897 accouchements, on a fait 8 perforations du crâne. Deux de ces femmes sont accouchées depuis d'enfants à terme et bien portants. Une troisième mit au monde un enfant très-petit et très faible, qui mourut deux ou trois jours après. Une quatrième est accouchée d'un enfant du terme de sept mois, qui est mort pendant le travail sans avoir été mutilé.

Mme Boivin, après cette citation, ajoute: Si deux de ces femmes par la suite sont accouchées à terme d'enfants bien portants, il est évident qu'on avait tué leurs premiers enfants sans nécessite! N'en est-il pas de même des deux suivantes? (Boivin, *Mémorial de l'art des accouchements*, 1824, 3e édition, nos 403 et 404.)

Voici quelques exemples qui démontrent à la fois ces deux vérités :

1° Que les femmes difformes ne renoncent point aux grossesses multiples, malgré le péril de leur situation ;

2° Que l'opération césarienne devient de moins en moins grave en se répétant.

Mangeld et Burghard opérèrent en 1797 et en 1805 la femme E. Mautz.

Rhode et Sommer opérèrent une femme à Riga, d'abord en 1796, puis en 1810.

Lorenzer, de Nimes en Bohême, opéra la femme Groger en 1802 et 1810.

Schmidt opéra une femme à Eylau en 1821 ; en 1825, à la deuxième opération, elle succomba.

Jobert, médecin à Château-Thierry, pratiqua l'opération deux fois sur la même femme à vingt mois d'intervalle.

Bacqua (de Nantes) opéra deux fois avec succès la femme Gobory. (*Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, t. X.)

Lamiral père, chirurgien de Marigny, réussit aussi deux fois sur la même femme.

Cabany vit à Givet une femme qui avait été opérée deux fois.

Mersem, à Cologne, opéra la femme Viander en 1826 et 1836.

Lebleu (de Dunkerque) opéra deux fois la même femme à dix ans d'intervalle. (*Académ. de méd.*, 1854, p. 1008.)

Gibson, Nancrède et Meigs opérèrent la même femme à deux reprises différentes. (*Gaz. méd.*, 1835.)

Rouvin, en 1838, raconte avoir opéré deux fois la même femme, dont le diamètre sacro-pubien n'avait pas plus de vingt lignes.

Stoltz, en 1849, opère la femme Fenninger, déjà opérée par M. Back en 1845.

Estorge a cité dans la *Gazette médicale de Lyon*, 1860, p. 11, l'histoire de deux opérations césariennes pratiquées avec succès chez la même femme par un médecin de la Louisiane.

Lemaitre, d'Aix (Haute-Vienne), opéra la femme Fauve trois fois, en 1805, 1807 et 1811.

Decoëne (de Courtray) a sauvé trois fois la même femme, Virginie Demunck.

Michaëlis (de Kiel) a opéré pour la quatrième fois, en 1836, la femme Adawetz, qui avait déjà subi trois fois l'opération césarienne.

Th. Bartholin a connu la femme d'un chirurgien qui fut opérée cinq fois.

Gimelle a connu à la Clinique une femme opérée cinq fois avec succès.

Rousset, en 1581, rapporte l'histoire de la femme Godard, qui subit six fois l'opération, eut six enfants vivants et mourut au septième accouchement, n'ayant pas été opérée.

Sonnius, médecin de Bruges, laissa opérer sept fois sa propre femme.

Nous obtenons ainsi un total de 61 opérations pratiquées avec succès sur 21 femmes seulement ; et sur ces 61 opérations, 40 ont pu être faites presque impunément ; on ne compte qu'une seule mort en tout.

Nous disons donc avec M. Bourgeois : « Il faut que la science accepte cette doctrine de vie, et qu'elle cesse d'enseigner la parole de mort, le *fœticide*. Que l'homme de l'art soit le protecteur de l'existence et non le bourreau » ; et qu'on ne nous accuse pas d'esprit anti-scientifique et rétrograde : quand la science propose l'accouchement prématuré artificiel, nous applaudissons, voilà le progrès ; mais qu'elle propose le fœticide, nous la repoussons. Jamais la mort ne fut un progrès.

La tradition médicale, l'enseignement de nos pères s'est constamment prononcé pour l'opération césarienne. « Mauriceau, Peu, Delamotte, Baudelocque, Capuron, Ant. Dubois, Villeneuve, ont enseigné cette doctrine. Aujourd'hui encore Stoltz, Carpentier, Lebleu, de Lignerolles, Bourgeois, Lenbert (de Louvain), Decoëne (de Courtray), Andrieux, réprouvent le fœticide, et pratiquent l'opération césarienne avec succès.

Et maintenant, que faire dans les circonstances dont parle le docteur Finizio ? « Les bassins viciés ont, dit-il, de cinq à sept centimètres de diamètre antéro-postérieur ; la grossesse d'une de ces femmes est arrivée à six mois, les autres sont de trois à quatre.

Ces renseignements sont incomplets, car nous ne savons si le bassin de 7 centimètres coïncide avec une grossesse de six ou de quatre mois.

Dans le premier cas, le mal est peut-être encore remédiable ; il l'est bien certainement si la femme est moins avancée.

Mais où est le remède ? Il est dans l'emploi méthodique de l'iodure de potassium employé à haute dose comme moyen d'arrêter la croissance du fœtus sans inconvénient pour sa vie.

Si cette thérapeutique importante signalée déjà depuis plusieurs années était mieux connue, on éviterait des opérations graves, et l'on sauverait des vies, surtout en combinant cette ressource avec l'accouchement prématuré artificiel.

En effet, on peut facilement obtenir par ce moyen une diminution de près de 1 centimètre dans le diamètre bipariétal de la tête du fœtus, et j'en ai fait l'expérience.

Or le fœtus est viable à trente et une semaines accomplies, et il atteint alors 7 centimètres de diamètre bipariétal.

Maintenant, si par l'emploi méthodique de l'iodure de potassium donné pendant deux ou trois mois, vous produisez un arrêt de développement de 1 centimètre, vous pouvez obtenir un accouchement prématuré naturel :

1° Dans le cas où le bassin n'a que 6 centimètres de diamètre, puisque vous obtenez à sept mois et demi un fœtus viable dont les diamètres bipariétaux ne dépassent pas ces dimensions ;

2° Vous obtenez un accouchement naturel dans le cas où le bassin n'a qu'un diamètre de 7 et demi à 8 centim., puisque l'enfant peut être porté à terme sans que la base du crâne dépasse ces limites.

Ainsi donc, l'un des bassins dont parle M. Finizio ayant 7 centimètres, l'enfant peut être sauvé en faisant précéder l'accouchement prématuré d'un traitement *atrophique énergique* ; il en sera quitte pour conserver cet arrêt de développement pendant cinq à six mois après sa naissance, ainsi qu'un *coryza chronique*, deux effets pathogénétiques de l'iodure de potassium que j'ai pu constater en 1854 dans un cas analogue.

Que si, dans un cas particulier et pris au dépourvu, le chirurgien ne pouvait avoir recours à cette méthode, ne devrait-il pas encore rejeter la céphalotripsie en pratiquant, s'il le faut, la *pubiotomie*, préconisée par Imbert et Stoltz ? Enfin, si l'on est obligé d'en venir à l'opération césarienne, il est toujours possible, dans une ville comme Naples, de mettre la malade dans un lieu où se trouvent réunies des conditions hygiéniques meilleures que celles d'un hôpital. M. Nélaton n'a-t-il pas placé une de ses opérées d'ovariotomie dans une maison de santé, et serait-on moins philanthrope à Naples qu'à Paris ?

Mais qu'il nous soit permis en passant d'exprimer notre étonnement à l'administration générale de l'Assistance publique : après toutes les sollicitations des médecins, après le remarquable mémoire de M. de Castelnau pour obtenir de placer les grandes opérations, et notamment l'opération césarienne, dans des circonstances favorables de bon air et de campagne, elle n'a encore pris aucune décision réelle à cet égard. Les femmes en couches sont encore accumulées dans cet hospice des Cliniques adossé à dix-neuf marches sous terre, et recevant toutes les émanations des cadavres disséqués à l'École pratique ; on dirait qu'on veut accumuler ensemble toutes les conditions d'insuccès ! A l'hospice Beaujon, n'est-il pas question en ce moment de faire un nouvel amphithéâtre d'autopsie à côté de la salle des femmes en couches ?

Quand à nous, nous croyons, avec le savant médecin belge :

1° Que l'opération réussira d'autant plus sûrement qu'on n'aura pas attendu trop longtemps, et laissé échapper l'*occasio præceps* d'Hippocrate ;

2° Que l'incision abdominale n'aura pas plus de 13 centimètres ;

3° Que l'on emploiera l'*arnica* comme prophylactique, la *glace*, l'*aconit* (ou mieux le *veratrum viride*) et la *quinine* comme antiphlogistiques.

A ces conseils, nous ajouterons, avec MM. Spiegelberg, Stoltz et Schiff (*Deutsche Klinik*, n° 15, 1856), qu'il faut employer le chloroforme pendant l'opération. On évite ainsi le plus souvent la sortie des viscères hors de l'abdomen provoquée par les cris et les efforts de la malade. Or le feuillet viscéral du péritoine est beaucoup plus sensible que le feuillet abdominal, et l'irritation déterminée par sa sortie est la cause la plus fréquente de la gravité de la péritonite consécutive. Les expériences faites sur les animaux par M. Schiff confirment cette manière de voir.

En second lieu, il faut faire une suture large, épaisse, profonde, et qui adosse face à face les deux parois du péritoine ; l'épanchement toujours si rapide de la lymphe plastique sur les bords des séreuses, transforme en peu d'heures la plaie pénétrante en plaie simple non pénétrante. Réunir la peau, sans réunir le péritoine, c'est enfermer la suppuration dans le ventre, le loup dans la bergerie ; là se trouve le véritable secret pour le succès des opérations péritonéales, ainsi que nos voisins d'outre-mer le savent fort bien.

Nous ajouterons encore l'emploi du collodion largement étendu par couche sur tout le ventre et d'heure en heure comme complément de la méthode indiquée par M. R. Latour. Nous avons, M. le docteur Jousset et moi, traité plusieurs cas de péritonites par perforation et de péritonites puerpérales des plus graves qui se sont arrêtées sous cette influence d'une façon magique. Le collodion peut, en outre, compléter la suture en maintenant les bords de la plaie rapprochés ; il agit comme anesthésique par l'éther qu'il contient et calme la douleur. Comme corps isolant et carboné, il empêche l'absorption de l'oxygène ; il est donc antiphlogistique ; nul doute que son emploi ne concoure puissamment à sauver les malades, et à faire prévaloir l'opération césarienne comme la première, la plus belle et la plus noble de toutes les conquêtes de la chirurgie.

CARBONATE DE FER EFFERVESCENT,

Par M. le Dr T. SKINNER, chirurgien-accoucheur des dispensaires de Liverpool.

Voici la formule à laquelle M. Skinner s'est arrêté à la suite d'une série d'expériences entreprises en commun avec plusieurs chimistes distingués :

Acide tartrique	96	grammes.
Bicarbonate de soude	160	—
Sulfate de fer	40	—
Sucre en poudre	44	—
Acide citrique	8	—

1° Mêlez le sulfate de fer avec le sucre et une partie de l'acide tartrique ;

2° Mêlez l'acide citrique avec le reste de l'acide tartrique et le bicarbonate de soude ;

3° Réunissez et mêlez intimement les deux mélanges ;

4° Versez le tout dans un bassin métallique placé dans un bain-marie, et agitez rapidement jusqu'à ce que tout soit réduit en granules d'un volume minime.

On peut ensuite aromatiser avec l'essence de citron.

Dose : une cuillerée à café deux ou trois fois par jour dans un verre d'eau, une heure après le repas. On attendra de préférence que l'effervescence qui se produit au moment du mélange avec l'eau soit passée.

C'est une préparation martiale d'un usage agréable, d'une tolérance facile et d'une action thérapeutique très-rapide. On la donnera surtout dans les cas qui ne réclament pas une médication ferrugineuse longtemps prolongée.

M. Skinner fait employer en même temps, comme eau dentifrice, la solution suivante :

Quadroxalate de potasse	2	grammes.
Eau de roses	175	—

M. f. dissoudre. (*British med. journ.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 août 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique. — M. CL. BERNARD lit une première partie d'un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique*. Dans la première partie de ce travail, qui formera plusieurs communications, le point que M. Bernard a l'intention d'établir, à l'aide d'expériences, c'est que les nerfs vasculaires et calorifiques sont des nerfs spéciaux distincts topographiquement et physiologiquement des nerfs moteurs ordinaires ou musculaires proprement dits.

Lorsque sur un animal vivant on vient à opérer dans le bassin la section du plexus lombo-sacré ou même seulement celle du nerf sciatique, on constate dans le membre qui est alors paralysé de la sensibilité et du mouvement, une suractivité de la circulation et une calorification plus considérable que celle des autres membres. Ces phénomènes vasculaires et calorifiques sont persistants et se montrent en général d'autant plus marqués que les animaux sont plus vivaces et mieux nourris. On a cru pouvoir tirer de cette expérience un argument en faveur de l'identité des nerfs musculaires et des nerfs vasculaires. Mais dès que l'on agit sur des nerfs mixtes, cela ne peut rien prouver pour l'identité des nerfs vasculaires et musculaires, pas plus que cela ne prouverait pour l'identité des nerfs moteurs et sensitifs. C'est aux origines médullaires des nerfs du membre postérieur qu'il faut nécessairement remonter pour savoir si la section des racines rachidiennes qui paralyse les muscles paralyse les vaisseaux et produit en même temps l'apparition des phénomènes calorifiques et vasculaires. Or cela n'a pas lieu, ainsi qu'on va le voir.

Sur plusieurs chiens, j'ai ouvert le canal vertébral de la région lombaire, et j'ai coupé à leur sortie de la moelle, tantôt du côté gauche, tantôt du côté droit, les paires rachidiennes sacrées et les quatre ou cinq dernières lombaires, c'est-à-dire toutes les paires nerveuses du plexus lombo-sacré qui fournissent la sensibilité et le mouvement au membre postérieur. Les animaux observés pendant longtemps après cette opération, même pendant vingt-quatre heures, n'ont jamais présenté ni vascularisation ni calorification dans le membre, dont la peau et les muscles étaient complétement paralysés ; il s'est présenté même assez souvent de ce côté un abaissement de température. Si, au lieu de couper les paires rachidiennes en entier, on résèque seulement une de leurs racines, on produit dans le membre postérieur une paralysie soit du mouvement par la section des racines antérieures, soit du sentiment par la section des racines postérieures ; mais encore, dans ces cas de paralysie partielle, je n'ai jamais observé dans le membre de vascularisation ni d'augmentation de chaleur pouvant faire voir qu'on avait agi sur les nerfs vasculaires et calorifiques. D'où il résulte clairement, ce me semble, que les nerfs vasculaires et calorifiques du membre postérieur ne naissent pas des mêmes racines de la moelle épinière qui lui fournissent ses nerfs moteurs et sensitifs.

L'expérience suivante, qui servira de contre-épreuve, prouve que sur un même animal on peut avoir une paralysie sans phénomènes calorifiques quand on agit sur les nerfs purs, et que l'on a aussitôt la paralysie avec phénomènes calorifiques quand on agit sur les nerfs mixtes.

Sur un chien vigoureux et en digestion, j'ai ouvert la colonne vertébrale dans la région lombaire et j'ai coupé du côté gauche les quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième paires lombaires, ainsi que les première, deuxième et troisième sacrées, c'est-à-dire toutes les paires qui fournissent au membre postérieur. La plaie du dos fut ensuite recousue, et on laissa l'animal en repos pendant plusieurs heures. Le membre postérieur gauche était complétement paralysé du mouvement et du sentiment, mais aucun excès de température ne se manifesta, aucune différence sous ce rapport n'était perceptible à la main entre les deux membres postérieurs. Dans cet état de choses, je mis à découvert et je coupai le nerf sciatique gauche à sa sortie du bassin. Je trouvai ce tronc nerveux complétement insensible.

Cette seconde section du nerf sciatique ne changea rien évidemment à la paralysie du mouvement et du sentiment qui existait déjà auparavant, mais elle fit aussitôt apparaître les phénomènes vasculaires et calorifiques qui se surajoutèrent en quelque sorte à la paralysie sensitive et motrice. En effet, à partir de ce moment, on vit peu à peu la chaleur augmenter dans le membre postérieur gauche. On percevait facilement à la main, entre les deux membres, une différence de température qui alla en augmentant au point que l'on put observer, à un certain moment, 6 à 8° de différence entre les deux membres. Cette différence se maintint jusqu'à la mort de l'animal, qui eut lieu le lendemain.

J'ai répété cette dernière expérience un grand nombre de fois avec des résultats semblables. Elle nous montre clairement que l'origine ou l'adjonction des nerfs vasculaires et calorifiques aux nerfs moteurs et sensitifs du membre postérieur doit avoir lieu en dehors du canal

vertébral, entre l'origine des racines rachidiennes et le point où j'ai coupé le nerf sciatique. Or, si l'on se demande quels sont les nerfs qui peuvent, durant ce court trajet, venir se joindre aux nerfs rachidiens lombo-sacrés, l'attention ne peut se porter que sur le nerf sympathique qui est placé sur les côtés de la colonne vertébrale. On va voir, en effet, que l'expérience prouve que c'est cette partie du sympathique qui régit dans le membre postérieur les phénomènes vasculaires et calorifiques.

Sur un chien de forte taille, vigoureux et en digestion, j'ai fait à la partie supérieure de l'aine du côté gauche une incision dont le milieu correspondait à l'épine iliaque antérieure. J'ai incisé ensuite successivement les muscles et le tissu cellulaire jusqu'au muscle psoas-iliaque, puis, sans entrer dans le péritoine, j'ai passé au-devant de ce muscle en soulevant le *fascia transversalis* en haut et en avant. Dans le fond de cette plaie maintenue écartée, au bord interne du muscle psoas-iliaque, j'ai trouvé sur les côtés de la colonne vertébrale la chaîne ganglionnaire lombaire du sympathique. A l'aide d'un petit crochet, j'ai arraché le filet nerveux et le ganglion qui reposent sur le côté des cinquième et sixième vertèbres lombaires. Cette destruction a été opérée sans toucher le moins du monde aux nerfs du plexus lombo-sacré, qui sont placés en dehors et plus profondément. Aussitôt après l'opération, la plaie fut recousue et l'animal mis en liberté. A quelques instants de là, on sentait déjà à la main une différence de température entre les deux pattes postérieures. La patte du côté opéré était beaucoup plus chaude, et on put observer, pendant les trois jours que survécut l'animal, un excès de température de 5 à 8° pour la patte gauche. Cependant, ni la sensibilité ni le mouvement n'étaient paralysés dans le membre opéré; l'animal marchait très-bien avec la patte postérieure gauche, quoiqu'il y eût un peu de roideur dépendant de la plaie elle-même, ainsi que je m'en suis assuré par diverses contre-épreuves.

Par les résultats qui précèdent et que j'ai souvent reproduits, on voit que l'on peut avoir dans le membre postérieur :

1° Des paralysies motrices et sensitives sans phénomènes calorifiques;

2° Des paralysies à la fois motrices, sensitives et vasculaires;

3° On voit en outre que les effets vasculaires et calorifiques peuvent être obtenus isolément, par la lésion du grand sympathique lombaire et avec l'intégrité complète des racines rachidiennes qui continuent à fournir la sensibilité et le mouvement dans les mêmes parties.

Ce sont ces derniers nerfs vaso-moteurs sympathiques qui viennent se mélanger et s'adjoindre aux nerfs du plexus lombo-sacré, en dehors de la colonne vertébrale, et cette circonstance nous permet d'expliquer pourquoi la section intra-vertébrale des paires rachidiennes ne produit qu'une paralysie de sentiment et de mouvement sans augmentation de chaleur, tandis que la section du nerf sciatique au delà de l'adjonction de ces nerfs du sympathique produit à la fois la paralysie du sentiment et du mouvement et augmente la calorification.

En résumé, il résulte de ces expériences qu'il faut nécessairement admettre pour le membre postérieur trois sortes d'influences nerveuses distinctes :

1° L'influence nerveuse sensitive appartenant aux racines postérieures qui entrent dans la composition du plexus lombo-sacré;

2° L'influence motrice ou musculaire appartenant aux racines antérieures du plexus lombo-sacré;

3° L'influence motrice vasculaire et calorifique appartenant au grand sympathique.

La seule conséquence que je veuille tirer des faits que j'ai rapportés, c'est qu'ils me semblent établir d'une manière incontestable que les nerfs vasculaires et calorifiques du membre postérieur ont une origine topographiquement et physiologiquement distincte de celle des nerfs musculaires. Je ne veux pas pour le moment aller au delà de cette conclusion, qui est l'expression exacte des faits. Avant de traiter d'une manière spéciale de l'origine des nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique, je veux montrer encore que le même isolement de ces influences nerveuses se retrouve pour le membre antérieur.

Dangers des mariages consanguins. — M. BOUDIN adresse quelques remarques en réponse aux objections présentées par M. Isidor contre un passage de son dernier Mémoire sur les *dangers des mariages consanguins*, dans lequel la fréquence de ces mariages parmi les Israélites est signalée comme cause de nombreux cas de surdi-mutité. M. Isidor conteste l'exactitude de plusieurs des données numériques sur lesquelles se base cette assertion; M. Boudin les maintient toutes; il a cité ses sources, des documents imprimés auxquels une simple dénégation n'enlève rien de leur force. D'autre part, il ne saurait admettre quelques-uns des chiffres fournis par M. Isidor. Ainsi, quand celui-ci affirme qu'à Paris, sur une population de 25,000 Israélites, on ne compte pas quatre sourds-muets, M. Boudin remarque que des renseignements recueillis pour la statistique générale de la France il résulte que pour tout le département de la Seine le chiffre de la population juive n'atteignait même pas 11,000.

La note de M. Boudin sera renvoyée, comme l'avait été la réclamation de M. Isidor, à l'examen de la commission déjà chargée de s'occuper de cette question, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer et Bienaymé.

Effets de la consanguinité chez les animaux domestiques. — M. BEAUDOIN communique une note renfermant quelques faits pour servir à l'histoire des effets de la consanguinité chez les animaux domestiques.

Ces faits, dit l'auteur, résultent d'un travail d'observations suivies et se continuant depuis vingt-deux années consécutives sur un troupeau de 300 brebis mérinos, qui pendant ce même laps de temps s'est constamment reproduit par lui-même, c'est-à-dire avec les seuls animaux mâles et femelles en faisant partie. J'ai donc ainsi eu sous les yeux un nombre considérable d'alliances consanguines, et en même temps à tous degrés de parenté.

Les bêtes formant le noyau primitif du troupeau étaient originaires de Saxe, et provenaient de bergeries renommées pour la pureté du sang. Elles étaient depuis quelques années seulement introduites dans la Côte-d'Or, lorsqu'en 1840 je commençai mes observations. Ces animaux étaient alors sans vigueur et d'une constitution débile, n'offrant aucune résistance aux affections morbides qui pouvaient les atteindre; néanmoins rien de particulier ne se remarquait chez eux à l'égard des vices, des infirmités ou des maladies qui sont quelquefois inhérentes à certains troupeaux; leur état de débilité paraissait d'ailleurs devoir être attribué plutôt à un défaut d'acclimatation qu'à toute autre cause. Telles étaient les bêtes au point de départ; voici maintenant les faits qui se sont présentés par la reproduction....

Je suis parvenu à constituer une race qui, en outre des qualités que je désirais conserver et de celles que je désirais y ajouter, jouit d'une santé et d'une vigueur tout à fait remarquables. Aucune maladie particulière n'a atteint ni les premières ni les dernières générations.

L'infécondité, cas que je redoutais le plus, ne s'est pas produite d'une manière sensible; toutefois je dois dire que j'ai constaté une moyenne annuelle de 6 pour 100 de cas de cryptorchidie ou de monorchidie. Quelques cas, mais moins nombreux, d'infécondité complète se sont fait remarquer chez les femelles. Les parts doubles ont été en moyenne de 5 pour 100, et en 1859, année où ces cas se sont produits avec une fréquence remarquable dans tous les troupeaux, ils ont été dans le mien dans la proportion de 7 pour 100.

La production de l'un et de l'autre sexe s'est toujours trouvée dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire dans des nombres sensiblement égaux. Je n'ai rien remarqué d'insolite à l'égard des avortements; les cas que j'ai constatés se rattachent, soit à une cause générale, et alors les troupeaux voisins en étaient également atteints; soit à une cause particulière, qu'il m'était toujours facile de trouver dans l'un de ces mille accidents auxquels tous les troupeaux sont sujets.

Il ne s'est produit aucun cas d'albinisme, mais au contraire, comme cela a lieu dans beaucoup de troupeaux, quelques cas de mélanisme.

Je n'ai constaté aucun cas de monstruosité; et les formes propres au troupeau, loin de dégénérer, se sont au contraire singulièrement améliorées.

Les observations qui précèdent concordent donc sensiblement avec celles qu'a citées M. Sanson, et les unes et les autres viennent ainsi se prêter un mutuel appui. Toutefois mes conclusions seront un peu différentes des siennes. M. Sanson me paraît avoir trop généralisé en disant que les faits qu'il cite « l'autorisent à conclure que, pour ce qui concerne au moins les animaux domestiques, les inconvénients attribués à la consanguinité n'ont aucun fondement dans l'observation. » Pour être exact, il me paraîtrait convenable d'ajouter : « lorsque les unions consanguines s'opèrent entre reproducteurs de choix. »

M. FLOURENS, à l'occasion de cette dernière communication, approuve la réserve de l'auteur, qui ne s'est pas dissimulé la part exercée par la volonté de l'homme sur les résultats obtenus. La question de la consanguinité n'est en effet rien moins que simple, et des observateurs placés à des points de vue différents peuvent arriver à des conclusions en apparence opposées et pourtant légitimes; leur tort commence au moment où ils veulent les généraliser en sortant des données du problème. Il est bien évident, par exemple, que quand il s'agit d'animaux domestiques dont on veut conserver la race, l'améliorer s'il est possible, en développant les qualités qui la rendent précieuse, les alliances consanguines sont en quelque sorte indispensables; elles ne sont pas cependant abandonnées au hasard, et l'on choisit pour reproducteurs les animaux les plus beaux, les plus vigoureux. Est-ce par des vues semblables qu'on est guidé d'ordinaire dans les mariages consanguins, et doit-on s'étonner que les résultats soient différents? Les agronomes savent bien que, pour les animaux, ce ne sont pas seulement les qualités, mais aussi les défauts qu'on peut reproduire et amplifier par voie de sélection. Nous manquons de renseignements quant à l'origine des bassets à jambes torses, mais nous connaissons celle des moutons à courtes jambes : c'est une race qu'on a propagée dans quelques pays, parce qu'on trouvait de l'avantage à avoir des animaux qui ne pussent franchir les clôtures; on a perpétué une difformité accidentelle survenue dans un seul individu et qui se reproduisit d'abord chez quelques-uns seulement de ses descendants, puis chez tous. Sans parler de monstruosités et en n'ayant égard qu'à la taille des individus, on produit au bout de quelques générations, parmi les chiens, à volonté une race de nains ou une race de géants. M. Flourens s'est beaucoup occupé de ces expériences, et il en communiquera peut-être un jour les résultats à l'Académie. La question dans sa généralité est d'un grand intérêt, et puisqu'une commission de l'Académie se trouve appelée à s'en occuper, il y a tout lieu d'espérer qu'elle l'éclairera d'un nouveau jour.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 1er août 1862, M. Milne-Edwards (Alphonse), docteur en médecine et ès sciences naturelles, est nommé aide naturaliste au Musée d'histoire naturelle.

— M. le docteur Chairon, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé chevalier de l'ordre d'Isabelle la Catholique.

— M. le docteur Thomas Stewart Traill, professeur de médecine légale à l'Université d'Edimbourg depuis 1832, vient de mourir à l'âge de quatre-vingts ans. Il avait donné ses soins à la huitième édition de l'*Encyclopædia Britannica*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, pour 1862, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1861, et les formules des médicaments nouveaux, suivi de « deux conférences faites aux ouvriers sur l'usage et l'abus des liqueurs fortes et des boissons fermentées », par A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. 22e année. Un volume in-32. Prix : 1 fr. 25 c. — Prix de la collection complète 25 volumes in-32, 31 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 95. — JEUDI 14 AOUT 1862. (35e ANNÉE.) N° 95. — JEUDI 14 AOUT 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du 15 août, le Journal ne paraîtra pas samedi.

PARIS, LE 13 AOUT 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Pendant que l'Académie poursuit péniblement la solution d'un des problèmes les plus difficiles qu'il lui soit donné de résoudre, la détermination d'une espèce ou d'une entité morbide nouvelle, une question du même genre, depuis longtemps pendante, a été portée à sa tribune. On connaît le dissentiment qui s'est élevé depuis quelques années entre les médecins de la marine sur la nature de la colique sèche, maladie spéciale, propre aux contrées équatoriales, et distincte de la colique de plomb, avec laquelle elle a d'ailleurs de nombreuses ressemblances, disent les uns; maladie identique à la colique saturnine, suivant d'autres, et qui reconnaît les mêmes causes et affecte la même marche et les mêmes symptômes.

M. le docteur Lefèvre est, comme on le sait, sinon le promoteur, du moins le plus ardent défenseur de cette dernière opinion qu'il a appuyée déjà de plusieurs publications importantes. C'est la thèse que le savant directeur du service de santé du port de Brest est venu étayer sur de nouveaux faits dans un mémoire dont il a donné lecture hier à l'Académie. Cette question est trop importante pour la laisser passer sans chercher à en connaître au moins les principaux éléments. Nous lui consacrerons un court examen dans l'un des prochains numéros.

Quant à la question du goître exophthalmique, sur laquelle la discussion n'a pas jeté jusqu'à présent de très-vives lumières, tant il est difficile même pour les cliniciens les plus habiles et les plus exercés de suppléer par le raisonnement à l'insuffisance des données de l'observation, nous avons tout le loisir d'y songer, le débat ne paraissant pas encore près de finir. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Observation et considérations sur l'ovariotomie.

Lorsque les chirurgiens cherchent par une opération nouvelle à reculer les limites de l'art, ils doivent rendre compte de leurs succès et de leurs revers; car si les premiers encouragent à tenter de nouvelles opérations, la connaissance des seconds prémunit contre certains entraînements, et permet souvent d'étudier quelques points de la question en litige. Aussi nous empressons-nous de porter à la connaissance du public médical un fait intéressant à connaître par les difficultés opératoires considérables qu'il a présentées, et que rien avant l'opération ne pouvait faire soupçonner.

Toutefois, un insuccès de plus ou de moins dans une pareille question ne doit pas empêcher les chirurgiens de recourir à l'ovariotomie, dans des cas bien déterminés et qui seront un jour définitivement fixés. Chaque jour nous voyons mourir d'érysipèle ou d'infection purulente des amputés de bras, de jambes ou de cuisses, et cependant chaque jour nous proposons à de pauvres malades de leur faire subir ces mutilations. Or, s'il est une maladie pour laquelle le chirurgien est autorisé à tenter une opération grave, c'est certainement le kyste de l'ovaire; tout le monde sait qu'un kyste de l'ovaire multiloculaire volumineux, et qui oblige le chirurgien à répéter souvent les ponctions, doit généralement amener la mort dans un temps prochain, et les malheureuses femmes qui portent ces kystes, quand elles résistent, mènent une vie misérable.

On comprend donc que la chirurgie française veuille, à l'exemple de la chirurgie anglaise, faire bénéficier notre pays d'une opération qui a donné à Londres des résultats si remarquables entre les mains de MM. Backer-Brown, Spencer Wils et Teyler Smith. Mais comme cette opération en France, au début, ne sera faite que sur des femmes dont la santé aura été depuis longtemps compromise, il ne faut pas espérer que nous puissions obtenir tout d'abord les mêmes résultats qu'en Angleterre. Chez nos voisins, les débuts de cette opération ne furent pas non plus très-satisfaisants. Il y a d'ailleurs dans cette opération des difficultés presque insurmontables. C'est certainement une des opérations dans lesquelles le chirurgien doit avoir le plus de sang-froid et le plus de résolution. S'il survient des difficultés, elles sont généralement presque insurmontables, et souvent compromettantes pour la vie de la malade. Si le chirurgien ne doit opérer qu'en présence d'indications pressantes, il importe cependant d'opérer avant que la malade soit épuisée et à bout de forces, car dans ce cas l'opération n'aurait point de chances de réussir.

Kyste de l'ovaire datant de dix-huit ans. — Six ponctions. — Ovariotomie. — Adhérences considérables. — Mort vingt-quatre heures après l'opération.

(Observation recueillie par M. GENTILHOMME, interne.)

La nommée X..., âgée de trente-neuf ans, entre le 2 juillet 1862 dans le service de M. Demarquay, pour y être soignée d'un kyste de l'ovaire très-volumineux.

Cette femme a été réglée pour la première fois à l'âge de seize ans. Depuis, les règles sont toujours venues régulièrement, sans être jamais accompagnées de malaise ou de douleurs; il y a trois mois, elles se sont supprimées tout à coup.

A l'âge de vingt et un ans, elle mit au monde un enfant bien portant. L'accouchement et ses suites furent aussi simples que possible.

A la suite de cet accouchement, le ventre resta volumineux. Bientôt le volume augmenta, et prit des proportions considérables. Un médecin, consulté dès le début de la maladie, diagnostiqua un kyste qui avait son point de départ dans l'ovaire droit. Tous les traitements employés vinrent successivement échouer contre cette maladie.

Le kyste, arrivé à un certain développement, demeura longtemps stationnaire. La première ponction fut faite au mois de juillet 1859; elle donna issue à 24 litres d'un liquide épais, filant, de couleur chocolat.

Après cette opération, la maladie parut complétement guérie, et resta pendant dix-huit mois sans donner de signes de son existence. La tumeur reparut à la suite d'une fièvre typhoïde, avec une marche beaucoup plus rapide que la première fois.

Deux années exactement après la première ponction, et par conséquent six mois depuis la reproduction du kyste, une deuxième ponction fut nécessaire. Le liquide extrait par cette ponction était clair et limpide comme du vin blanc. Après l'écoulement du liquide, on commença à sentir une tumeur dans le ventre: probablement un petit kyste contenu dans les parois du grand.

Nouvelle ponction le 2 janvier dernier, par laquelle on extrait 20 litres de liquide épais et gluant, semblable à du blanc d'œuf; il est tellement épais qu'il s'écoule difficilement par la canule du trocart.

A la suite de cette opération, on sent manifestement deux tumeurs volumineuses, très-distinctes, situées, l'une dans la fosse iliaque droite, l'autre dans la fosse iliaque gauche; celle de droite paraît un peu plus volumineuse que celle de gauche.

Le liquide s'étant reproduit, nouvelle ponction le 25 mars dernier.

Enfin, dernière ponction le 11 mai, par laquelle on retire 25 litres de liquide.

En résumé, cette femme a déjà subi cinq ponctions, par lesquelles on a retiré, en moyenne, de 20 à 25 litres de liquide.

A mesure que les ponctions sont renouvelées, elles deviennent de plus en plus rapprochées.

Après la première opération, la malade voit sa santé se rétablir à peu près complétement, les forces et l'embonpoint revenir comme avant la maladie. Mais la santé s'altère de nouveau en même temps que le kyste fait de nouveaux progrès. A mesure que les ponctions se succèdent, l'état général va continuellement en déclinant. Aujourd'hui, à l'entrée de la malade à l'hôpital, la faiblesse est très-grande, la maigreur considérable. Les membres sont grêles; il y a un peu d'œdème aux extrémités inférieures.

Le kyste s'est de nouveau rempli de liquide depuis six semaines. Le ventre est extrêmement volumineux; son développement paraît d'autant plus considérable que le reste du corps est très-maigre. La circonférence du ventre mesure 130 centim. au niveau de l'ombilic. De l'appendice xyphoïde à la symphyse pubienne, il y a 70 centim.

La respiration est embarrassée; les digestions se font mal; la malade rend une grande quantité de gaz après le repas, et elle ne peut prendre qu'une petite quantité de nourriture.

Le 4 juillet, M. Demarquay fait une ponction dans le but de soulager la malade et d'étudier la nature de la tumeur. Il sort par cette ponction vingt-deux litres de liquide visqueux, légèrement brunâtre. Cette opération est suivie d'un grand soulagement, et n'amène aucun accident. La respiration devient facile; l'appétit renaît; les digestions sont bonnes; les forces reviennent un peu, et bientôt la malade peut aller se promener au jardin.

Une seule ponction a suffi pour vider le kyste presque entièrement. Après cette opération, on peut sentir très-facilement dans le ventre deux tumeurs très-volumineuses, dont l'une, la plus grosse, est située dans la fosse iliaque droite, et remonte très-haut en s'avançant vers la ligne médiane, qu'elle dépasse de plusieurs centimètres. La deuxième a un plus petit volume. Elle paraît flottante au milieu de l'abdomen; mais elle a principalement son siége vers la grande courbure de l'estomac.

Ces tumeurs sont dures, irrégulières, bosselées. M. Demarquay diagnostique des tumeurs kystiques agglomérées, à parois épaisses, renfermées dans les parois du kyste principal.

Après la ponction, la malade éprouve un grand soulagement. L'état général paraît s'améliorer pendant quelques jours; mais le liquide se reproduit très-rapidement.

Après avoir pris conseil de plusieurs collègues, M. Demarquay se décide à pratiquer l'extirpation du kyste le 22 juillet 1862.

L'opération est faite dans une maison de santé, avenue de Saint-Cloud, près du bois de Boulogne, afin de mettre l'opérée à l'abri de toute influence nosocomiale.

La malade est endormie avec le chloroforme, puis elle est amenée sur le bord du lit, les cuisses et les jambes fortement fléchies. M. Demarquay, placé entre les cuisses de la malade, fait une incision à la peau sur la ligne médiane dans l'étendue de 20 centimètres environ. Il incise ensuite le tissu cellulaire sous-cutané; à ce moment de l'opération, il s'écoule une petite quantité de sérosité renfermée dans les mailles du tissu cellulaire, qui force l'opérateur à s'arrêter un instant jusqu'à ce que le liquide soit complétement écoulé. M. Demarquay incise ensuite la ligne blanche, puis le péritoine, et tombe immédiatement dans le kyste.

Après la ponction du péritoine, on voit presque toujours s'écouler un peu de liquide péritonéal. Le liquide qui s'écoule après l'incision du péritoine est épais, filant et gommeux, et ne ressemble nullement au liquide des séreuses. Le kyste est fortement adhérent en avant et il a été ouvert en même temps que le péritoine. La quantité de liquide qui s'écoule est peu abondante; l'incision est tombée sur cette portion du kyste qui est formée par une agglomération de kystes plus petits.

M. Demarquay essaye de détruire les adhérences avec les doigts; mais ce décollement est très-difficile, à cause de la friabilité du kyste. Il arrive cependant vers la partie supérieure de la tumeur où se trouve le grand kyste.

Un gros trocart est enfoncé dans cette partie pour faire écouler le liquide; il s'écoule en même temps par la face interne et par la face externe de la canule. Pendant ce temps, deux aides pressent sur les parois latérales du ventre pour régler l'écoulement du liquide et l'empêcher de s'épancher dans le péritoine.

Le kyste est saisi avec des pinces plates, et légèrement attiré en dehors; mais les parois se déchirent sous les plus faibles efforts. Cet accident se répète plusieurs fois et donne naissance à trois ou quatre larges ouvertures par lesquelles le liquide coule à flots. Les aides continuent à presser sur les parois du ventre et sur les bords de la plaie.

Les pinces plates étant insuffisantes pour amener le kyste en dehors, M. Demarquay introduit une main dans l'abdomen, déchire les adhérences qui retiennent encore le kyste, saisit à pleine main la tumeur qui se présente la première à l'ouverture de la plaie et opère de fortes tractions; quelques adhérences qui résistaient encore sont détruites, mais la tumeur se déchire sous la pression des doigts, et elle est trop volumineuse pour sortir à travers l'ouverture du ventre. M. Demarquay est obligé d'agrandir cette ouverture en prolongeant l'incision vers la partie supérieure; alors il extrait facilement une masse presque solide, très-volumineuse; le kyste vient à sa suite, et les autres tumeurs qui entrent dans la constitution du grand kyste sortent successivement à travers l'ouverture du ventre, comme les grains d'un chapelet. Il n'existait heureusement pas d'adhérences en arrière; l'intestin et les organes contenus dans la cavité abdominale restent en place.

Pendant qu'un aide maintient le kyste, M. Demarquay applique immédiatement sur le pédicule la pince modifiée par M. Mathieu, à 10 centimètres en dehors de l'utérus, et fait la section du pédicule à 2 centimètres en dehors de la pince, en coupant dans le kyste lui-même; le pédicule est mince, facilement étreint par la pince, et il ne s'écoule pas une goutte de sang après sa section.

Le kyste avait son siége dans l'ovaire droit; l'ovaire gauche est parfaitement sain et remis en place.

Après l'extraction du kyste, M. Demarquay enlève avec beaucoup de soin le sang qui s'est écoulé dans le ventre, à la suite de la rupture des adhérences, où il s'est mélangé avec une petite quantité de liquide kystique épanché pendant l'opération.

Ce temps de l'opération est très-long, parce que le sang continue à suinter principalement de la paroi abdominale à l'endroit où existaient les adhérences avec le kyste. Une petite portion du péritoine a été décollée à ce niveau, et la déchirure des vaisseaux du tissu cellulaire sous-cutané fournit aussi un peu de sang.

Une des sources de l'hémorrhagie est constituée par une déchirure du péritoine, longue de 4 ou 5 centimètres, siégeant à la base du pédicule à son côté droit. Cette déchirure a été produite probablement par les efforts de traction nécessaires pour extraire le kyste.

Toute la cavité péritonéale est épongée avec un grand soin, principalement la cavité du bassin où se trouve accumulé le liquide,

mais aussi les flancs, etc., partout où se trouve un peu de sang. Les vaisseaux qui fournissent l'hémorrhagie sont trop petits pour être liés. Heureusement l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même.

L'ouverture de l'abdomen est fermée par une suture avec des fils d'argent, qui comprennent dans leur anse le feuillet du péritoine.

L'opérée est restée endormie pendant la première partie de l'opération, jusqu'après l'extraction du kyste. A ce moment elle éprouve une espèce de défaillance qui fait craindre pour sa vie. On suspend dès lors l'emploi du chloroforme. De nombreuses et graves complications, des adhérences solides, la rupture du kyste, l'épanchement du sang dans la cavité péritonéale, ont rendu cette opération très-longue et très-pénible pour l'opérateur et pour l'opérée. L'opération, commencée à dix heures et demie, n'a pas duré moins d'une heure.

Pour tout pansement, on applique sur le ventre un gâteau de coton large et épais, maintenu en place par un bandage de corps.

La malade est replacée dans son lit, qu'on a eu soin de faire bassiner à l'avance. Elle est très-faible, la face est pâle, le pouls est petit, la voix éteinte. On cherche à la ranimer par tous les moyens possibles : on entretient du feu dans la chambre, on met des boules d'eau chaude dans le lit, et on lui fait prendre de temps en temps quelques cuillerées de thé chaud avec un peu de rhum.

Une heure après l'opération, la malade se plaint de coliques très-légères, d'envies de vomir. La figure est pâle, le pouls s'est un peu relevé, mais il y a toujours une grande faiblesse.

A deux heures du soir, elle est prise de hoquet et de vomissements; elle rend une grande quantité de matières bilieuses. Après ce vomissement, elle éprouve beaucoup de soulagement; mais les mêmes phénomènes ne tardent pas à se reproduire; ils reviennent d'abord toutes les heures, puis ils deviennent presque continuels. Ces accidents ont lieu principalement aussitôt que la malade prend un peu de boisson, soit de la tisane ou du bouillon.

A cinq heures du soir, la physionomie est bonne, les forces reviennent un peu, le pouls est fort.

M. Demarquay prescrit de la glace et des boissons froides. Le hoquet et les vomissements continuent.

A dix heures et demie du soir, le pouls est à 100 pulsations; il n'y a pas de gonflement ni de douleur dans le ventre. L'état est satisfaisant.

La glace est continuée jusqu'à minuit. Les vomissements continuant toujours, on essaye de donner un peu de tilleul chaud, mais on est obligé de revenir immédiatement à la glace. Pendant toute la nuit la malade a un hoquet presque continuel et des vomissements très-fréquents. On est obligé de lui maintenir presque constamment de la glace dans la bouche; malgré cela, elle vomit à différentes reprises une grande quantité de bile; elle est très-agitée et ne repose pas une minute pendant toute la nuit.

A sept heures du matin, lors de la visite de M. Demarquay, elle est très-fatiguée, très-faible. La face est pâle, le pouls est petit et fréquent. Il n'y a pas la moindre douleur dans le ventre ni de gonflement. La plaie est en très-bon état. M. Demarquay prescrit un peu de bouillon; on continue l'usage de la glace et des boissons froides.

A neuf heures et demie, elle se trouve plus mal. La faiblesse augmente. Elle se plaint d'étouffements, et elle demande qu'on ouvre les fenêtres. Le pouls est très-petit, la face devient bleuâtre, et la malade s'éteint tout à coup à dix heures du matin.

L'autopsie n'a pas été faite.

Le kyste, contenant et contenu, pesait 40 livres. Il était constitué par une vaste poche principale remplie d'un liquide épais, filant, présentant une coloration brunâtre. Les parois de cette poche ont été déchirées pendant l'extraction du kyste; elles sont du reste peu épaisses et très-friables.

Dans les parois de cette cavité, on trouve trois tumeurs distinctes formées des agglomérations de petits kystes. La plus volumineuse de ces tumeurs était très-adhérente avec la paroi abdominale, et on a eu la plus grande peine à la détacher; elle a été ouverte en même temps que le péritoine. Les petits kystes qui la composent renferment un liquide épais, gélatineux, présentant une coloration jaunâtre.

Les deux autres tumeurs sont un peu moins volumineuses; elles ne présentaient aucune adhérence avec les parties voisines. Elles n'offrent rien de particulier à noter.

L'étude des kystes de l'ovaire a certainement été faite en France avec soin par des hommes distingués. Cependant, quand il s'agit de faire l'opération de l'ovariotomie, on s'aperçoit bien vite qu'une foule de questions, dans cette étude, sont insolubles. Souvent même il y a des difficultés sérieuses dans le diagnostic; et dans ce cas, tout chirurgien prudent devra s'abstenir. Cependant, dans un cas, M. Spincer Wellsfit heureusement l'ovariotomie sur une femme au sujet de laquelle des chirurgiens distingués étaient partagés d'opinion. Pour agir ainsi, il faut avoir une conviction bien profonde. Il y a deux points également très-importants à élucider dans la question de l'ovariotomie: le premier est relatif aux adhérences; le second à la friabilité des kystes, deux particularités présentées par mon opérée.

Quiconque ne s'est pas trouvé en présence de ces deux complications de l'ovariotomie, ne peut se faire une idée des difficultés que cette opération présente. Quand ces adhérences ont une grande étendue surtout, les difficultés sont telles, que souvent, en Angleterre, on a laissé des opérations inachevées. Le fait est arrivé tout récemment à un des ovariotomistes les plus habiles de Londres. Toutefois, à mesure que les recherches et les études se sont multipliées, on est parvenu à vaincre un grand nombre de ces difficultés, et il est actuellement assez rare qu'une opération d'ovariotomie ne soit pas conduite à son terme.

Le danger de ces adhérences et de cette friabilité du kyste, c'est de prolonger la durée de l'opération, d'amener dans le péritoine l'écoulement d'une certaine quantité de sang et de la matière du kyste; et il importe, dans ce cas, ainsi que le recommandent les chirurgiens anglais et ainsi que M. Nélaton et moi l'avons fait, de ne fermer complétement la cavité péritonéale qu'après avoir fait cesser tout écoulement sanguin et avoir fait disparaître toute trace d'épanchement kystique.

On comprend tout ce que de pareilles complications apportent de difficultés pour le chirurgien et de dangers pour l'opérée. Or il est à peu près impossible, dans l'état actuel de la science, de prévoir ces adhérences, et il faut le dire, la chirurgie anglaise n'est pas plus avancée que la chirurgie française sous ce rapport.

Dans quelques cas, en cherchant dans les antécédents de la malade, on peut avoir quelques présomptions, mais rien de positif à cet égard. C'est donc là un sujet d'étude tout nouveau.

Une des complications les plus communes de l'ovariotomie, consiste dans les vomissements et les vomiturítions. Notre opérée a éprouvé cet accident pendant les vingt-quatre heures qu'elle a vécu; toutefois ces vomissements ne sont pas toujours une complication grave; ils sont sérieux, en ce sens qu'ils impriment des secousses aux viscères intérieurs; mais ils n'empêchent pas de guérir; ils cèdent quelquefois à quelques lavements d'opium, vingt à trente gouttes de laudanum de Sydenham introduites dans le rectum, à un peu de glace, ou à une compression légère exercée par un aide sur la région de l'estomac; souvent ils cessent d'eux-mêmes. Ces vomissements n'empêchent pas toutefois la réaction de s'établir. Ainsi sur notre opérée, dans l'après-midi, une réaction très-bonne s'était établie à dix heures du soir; la malade était bien pleine d'espoir; le pouls large, à 100 pulsations; le ventre était souple, déprimé, indolore, pendant tout le temps que cette pauvre femme a survécu. A quoi ces vomissements peuvent-ils être attribués? Est-ce à la lésion du péritoine ou à l'ébranlement causé par une semblable opération? Cela n'est pas probable. Nous pensons qu'il faut en chercher la cause au début, dans la section et l'isolement du pédicule, ou dans le déplacement imprimé à l'utérus. A ce point de vue, il y aurait encore quelques recherches à faire, en Angleterre, pour savoir si les femmes chez lesquelles on retient le pédicule au dehors avec une pince spéciale ont plus ou moins de vomissements que celles chez lesquelles on lie le pédicule à l'aide de plusieurs ligatures, et que l'on remet ensuite dans la cavité abdominale quand les vomissements persistent et que des accidents péritonéaux surviennent. Il n'y a pas de doute sur la cause des vomissements : mais je parle de ceux qui suivent immédiatement l'opération, et qui se prolongent sans qu'aucune péritonite survienne pour les expliquer.

En général, quand l'ovariotomie ne réussit pas, la mort est prompte; il arrive assez souvent qu'elle ait lieu dans les vingt-quatre heures. Les Anglais l'attribuent dans ce cas à l'épuisement nerveux, et il nous paraît bien évident que notre malade a succombé à des accidents de ce genre. Nous avons déjà dit qu'à dix heures du soir le pouls était bon, large, à 100 pulsations, et si ce n'eût été quelques vomiturítions, son état aurait été très-satisfaisant. Dans la nuit, il est survenu de l'agitation, le pouls est devenu petit, filiforme; la malade a été prise de découragement; c'est dans cet état que nous l'avons trouvée à sept heures du matin. Le ventre était souple, déprimé, non douloureux à la pression; la malade se remuait dans son lit comme si elle n'eût point subi l'ovariotomie la veille; le pouls s'est déprimé de plus en plus, et la malade s'est éteinte en parlant et en accusant un peu de malaise.

En présence de cet insuccès, il y a à se demander si l'opération que j'ai faite était légitime: la réponse ne saurait être douteuse, cette femme était à l'âge moyen de la vie, la maladie faisait de rapides progrès.

Il y avait trois semaines qu'elle avait été ponctionnée, et il fallait de nouveau recourir à la paracentèse. La malade connaissait son état; elle savait qu'une opération grave pouvait la sauver, elle la réclamait: elle était venue à Paris avec la pensée de se faire opérer. Sans doute, elle pouvait vivre encore quelques mois, pendant lesquels ses forces se seraient épuisées, ce qui eût rendu toute opération impossible; quoiqu'elle eût maigri depuis quelques mois, elle était dans un état qui commandait l'opération, et à moins de proscrire l'ovariotomie en France, il faut reconnaître que je m'étais placé dans d'assez bonnes conditions. C'était aussi l'opinion de mes honorables collègues qui ont vu cette malade.

Il est sans doute pénible de voir augmenter les tables mortuaires de l'ovariotomie; mais, avant tout, je crois que dans cette matière il faut dire toute la vérité, afin qu'on puisse juger en connaissance de cause : c'est ce que je fais ici en publiant l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. Gentilhomme, interne du service, qui n'a point quitté la malade.

TUMEUR FIBREUSE

développée dans le cul-de-sac vaginal,

Par M. Dr Clément Ollivier (d'Ingrandes).

Mme D....., d'Ancenis (Loire-Inférieure), âgée de trente-sept ans, ayant eu dix enfants, dont le dernier il y a quatre ans, est venue me consulter, croyant être affectée d'une descente de matrice. Sa dernière couche a été heureuse, elle s'est remise aussi promptement que des couches antécédentes, seulement depuis trois ans, sans autres souffrances que des maux de reins, des tiraillements et des défaillances d'estomac, elle sentait comme un corps étranger prêt à franchir la vulve, et en même temps elle était inondée par une grande abondance de flueurs blanches. Toujours assez régulièrement menstruée, seulement moins abondamment.

A l'examen des parties externes de la génération, on aperçoit, faisant saillie hors de la vulve, une portion charnue de la grosseur d'un œuf, assez semblable à un museau de tanche boursouflé, mais mou, ayant la couleur normale de la chair.

Au toucher, on trouvait que cette portion charnue n'était que la partie inférieure d'une tumeur remplissant entièrement l'excavation pelvienne, et dont l'insertion par une large base non pédiculée, partait du cul-de-sac vaginal à droite, à deux centimètres du museau de tanche, pour envahir la partie droite de la lèvre postérieure du col utérin; l'utérus étant refoulé lui-même par la tumeur dans la fosse iliaque gauche.

L'exploration donne lieu à l'issue d'une grande quantité de liquide séreux et nauséabond, et à des fausses membranes.

Au moyen d'une traction légère, je fis sortir hors de la vulve cette masse fibreuse énorme qui avait pris la forme de l'excavation pelvienne, qu'elle remplissait en entier.

Mais son insertion principale étant établie sur une partie membraneuse sans pédicule bien caractérisé, je jugeai prudent, au lieu d'en faire l'ablation immédiate au moyen de l'écraseur linéaire, d'en faire la ligature, non dans l'espoir d'en obtenir la chute par mortification, les parties liées offrant une densité et un volume trop considérables, mais dans le but de former le pédicule qui manquait, et de simplifier l'opération définitive, de manière à conjurer tout accident, soit qu'une hémorrhagie pût se manifester, soit qu'ayant à opérer sur des parties contiguës au péritoine, je dusse éviter toute lésion de cette membrane.

En effet, deux jours après j'avais obtenu une sorte de pédicule qui me permit, en attaquant les tissus couche par couche, au moyen de ciseaux courbes, de détacher la tumeur. Une petite artère fournissant une certaine quantité de sang, j'appliquai sur la plaie résultant de l'insertion de cette masse fibreuse, un fort tampon imbibé de perchlorure de fer.

La tumeur, parfaitement arrondie depuis que j'en avais opéré la ligature, pesait de douze à treize cents grammes.

La malade fut prise d'une fièvre assez vive, qui dura trente-six heures.

Mais j'enlevai le tampon au bout de vingt-quatre heures, craignant que la malade n'en fût incommodée.

Au bout de huit jours, ayant examiné la plaie, je la trouvai en voie de cicatrisation, offrant la dimension d'une pièce de cinq francs environ; il existait comme une espèce d'excavation dans sa partie membraneuse, c'est-à-dire sur celle située en dehors du col utérin. Toutefois, le toucher trouve ces chairs d'une densité normale et de bonne nature.

La lèvre inférieure du col de la matrice est fortement engorgée et saignante, mais n'offre aucune trace de tissu dégénéré. Il suffira donc de dégorger cette partie de l'organe pour obtenir une guérison complète.

A la date du 20 juillet, la malade était sortie de la Maison de santé, radicalement guérie et entièrement débarrassée de l'engorgement secondaire de l'utérus, qui persistait après l'opération.

Déjà j'ai publié dans ce journal plusieurs observations pouvant servir à l'histoire des végétations développées dans le conduit vaginal (1850-1860).

Ces végétations, du genre cancéreux ou encéphaloïde, se rencontrent assez souvent dans le vagin ou au col utérin, et naissent aux dépens de l'organe même dont elles sont une dégénérescence morbide : aussi sont-elles sujettes à récidive.

Au contraire, les tumeurs fibreuses ou sarcomateuses sont bien plus rares.

L'excroissance charnue ou sarcome, dit Sennert, naît indifféremment sur toutes les parties du corps; on l'apporte en naissant ou il survient à la suite de l'âge. Le sarcome n'incommode que par sa grosseur et sa situation, et ne cause aucune espèce de douleur, ce qui le distingue du squirrhe. D'ailleurs il n'est pas sujet à récidive, n'étant pas le résultat d'un état morbide des organes auxquels il semble n'être que contigu.

Aussi chez la malade que je viens d'opérer serait-il bien difficile de déterminer la cause qui a donné naissance à cette tumeur sarcomateuse, l'engorgement de la lèvre postérieure du col utérin étant indépendant de la tumeur, qui recevait au contraire un filet artériel partant du cul-de-sac vaginal, et d'un endroit éloigné du col utérin avec lequel elle n'avait aucun rapport d'homogénéité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 août 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports des médecins des épidémies du département des Vosges (commission des épidémies);

2° Une observation d'angine de poitrine, par M. le docteur Labalbary, de Bourg-la-Reine (commissaires, MM. Bouillaud, Desportes et Beau);

3° Deux notices en langue anglaise sur la folie héréditaire, par M. Cullis, de Cheltenham. (Commissaires, MM. Baillarger et Falret.)

— M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du onzième volume du *Recueil d'hygiène et médecine militaires.*

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bouchut, qui, à l'occasion du dernier rapport de M. Vernois, déclare que personne avant lui n'a employé la loupe et le microscope pour la détermination médico-légale de la respiration des nouveau-nés;

2° Un mémoire sur la variole et la vaccine, par M. le docteur Franquebalme, de Goudargues (commission de vaccine);

3° Un travail intitulé : *Traité de la prophylaxie de la fièvre jaune,* par M. le docteur Édouard Kick, de Krems (Autriche) [commissaire, M. Mélier];

4° Une observation d'hypertrophie du corps thyroïde, accompagnée de névropathie du cœur et d'exophthalmie, par M. le docteur Ant. Cros. (Commissaire, M. Trousseau.)

Sur la structure du muscle obturateur du col de la vessie et sur la manière dont certains corps étrangers sont entraînés dans cet organe. — M. LE Dr A. MERCIER adresse sous ce titre la lettre suivante :

Dans la dernière séance de l'Académie, une communication a été faite, où il était dit que nous ne savons rien de la manière dont les corps étrangers sont parfois entraînés du méat urinaire dans la vessie.

Dernièrement aussi je lisais, dans les comptes rendus d'une autre société savante, les opinions les plus inexactes sur les moyens d'occlusion du col vésical.

Comme ces deux sujets sont connexes et que je crois les avoir éclaircis tous les deux, je prends la liberté d'en dire quelques mots.

1° Il y a près de vingt-cinq ans que j'ai prouvé, ce me semble, que c'est un tort de chercher des fibres circulaires autour du col de la vessie ; que cet orifice ne se ferme pas par le rapprochement des différents points de sa circonférence vers un point central, mais bien par l'entraînement de son bord postérieur ou rectal sur le bord antérieur, de manière à former valvule ou soupape.

Les fibres qui soulèvent ainsi le bord postérieur font partie d'un plan musculaire transversal assez épais, occupant tout l'espace compris entre les orifices des uretères et celui de l'urèthre. Les fibres postérieures forment, en faisant saillir la muqueuse, le relief connu sous le nom de bord postérieur du trigone, et remontant partie sur les uretères, partie sur la paroi postérieure de la vessie. Les moyennes s'étalent sur les parois latérales. Quant aux antérieures, elles obliquent de plus en plus en avant, de telle sorte que celles qui sont les plus rapprochées du bord postérieur de l'orifice uréthral se rendent, en contournant les bords latéraux de cet orifice, à la paroi antérieure de la vessie.

Ce plan musculaire rappelle de la manière la plus exacte celui qui recouvre la grosse tubérosité de l'estomac sous le nom de *fibres à anses, en écharpe*, etc. Qu'on suppose, en effet, un estomac renversé et son grand cul-de-sac tourné en arrière, la vessie aura, quant à sa structure musculaire, une très-grande analogie avec lui.

Ce sont ces fibres antérieures qui déterminent la soupape par leurs contractions. J'ai démontré comment elle s'affaisse, mais il serait inutile de l'exposer ici. Il me suffira de dire que lorsque l'équilibre est rompu entre ces forces antagonistes, il y a ou incontinence d'urine ou rétention, par ce que j'ai nommé *valvule musculaire du col de la vessie*.

Ces faits ont été constatés par les diverses commissions pour le prix d'Argenteuil et consignés dans le rapport de celle de 1852. Nous allons voir comment ils se lient à la seconde question, que je vais examiner.

2° C'est une erreur de supposer que tous les corps susceptibles d'être introduits dans l'urèthre peuvent être entraînés spontanément du méat urinaire dans la vessie. On voit habituellement, après la lithotritie, des fragments rejetés au dehors ; en voit-on rebrousser chemin et rentrer dans la vessie sans y être repoussés ? Jamais. Tous les corps étrangers ronds, ovalaires ou peu longs, qui introduits dans l'urèthre, ont passé dans la vessie, y ont été poussés le plus souvent par de fausses manœuvres d'extraction ; et comme ces corps ont quelquefois un bout plus arrondi et plus lisse que l'autre, et que c'est par ce bout qu'on les présente au canal, il s'ensuit que la moindre propulsion les fait avancer, tandis qu'à moins des plus grandes précautions, une impulsion *à tergo* n'a d'autre résultat que de les faire arc-bouter contre les tissus antérieurs.

Ce sont des corps longs et surtout des sondes qui ont été entraînés spontanément dans la vessie ; voici comment.

Supposons qu'une sonde ait dépassé le col et que celui-ci soit le siége d'une irritabilité très-grande, les fibres qui soulèvent son bord postérieur se contractent convulsivement et tendent à entraîner le bec de la sonde vers la paroi antérieure de la vessie. E. Home, qui ne savait pas comment se ferme l'orifice vésical de l'urèthre, avait noté, sur deux jeunes gens à canal irritable, que les bougies qu'il laissait en place avaient « leur extrémité courbée *en haut*, qu'une rainure étroite et transversale existait sur la face *inférieure*, et qu'il n'y en avait pas en dessus. » Le second malade craignait même que la bougie ne vînt à être coupée en travers et que sa pointe ne restât dans la vessie. (*On strictures*, t. I, p. 345 et suiv.)

Des sondes métalliques ont été cassées de cette manière. (V. mes *Recherches* de 1856, p. 610). Mais qu'il s'agisse d'une sonde élastique, le spasme des fibres obturatrices du col soulèvera son extrémité interne vers la paroi antérieure de la vessie, et tendra à faire glisser sa tige de bas en haut sur le bord antérieur du col comme sur une poulie de renvoi. A chaque contraction la sonde pénétrera donc d'une nouvelle quantité, surtout si son extrémité externe a passé dans le canal et arc-boute sur ses parois, ainsi que je l'exposais plus haut.

— M. J. CLOQUET offre en hommage, au nom de M. le docteur Devilliers, une observation manuscrite de rétrécissement du bassin, occasionné par une tumeur fibreuse ayant nécessité l'opération césarienne, par Coutouly, membre de la Société royale de chirurgie.

— M. DEPAUL dépose sur le bureau un volume intitulé : *Des inflexions de l'utérus dans l'état de vacuité*, par M. le docteur Picard.

— M. ROGER, au nom de M. le docteur Feldmann, dépose une brochure relative au traitement de l'anthrax et du furoncle.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture de la lettre suivante de M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, en réponse aux faits exposés dans le mémoire lu par M. Desormeaux dans la dernière séance.

« Monsieur le Président,

» M. le docteur Desormeaux, chirurgien de l'hôpital Necker, a lu, mardi dernier, à l'Académie impériale de médecine, un travail par lequel, au milieu de considérations générales dont plusieurs me semblent dignes d'approbation, ce praticien tend à établir que la salle Saint-Pierre (chirurgie-hommes) était, il y a quelques semaines, *insalubre* ; mais que, par suite de la démolition terminée le 12 juin dernier, d'un bâtiment voisin, elle ne laisse aujourd'hui plus rien à désirer ; que la salle Sainte-Marie (chirurgie-femmes), placée pourtant dans une condition absolument identique par rapport au bâtiment démoli, ne se ressentait nullement de l'existence de cette construction, puisqu'elle a toujours été parfaitement saine ; qu'enfin les faits observés dans le service *depuis le 12 juin*, sont venus révéler tout à coup la cause du mal, complétement ignorée jusque-là.

» La salle Saint-Pierre n'a jamais été et ne peut être insalubre ; la démolition du bâtiment de l'avant-cour n'a pas modifié sensiblement les conditions où se trouve cette salle. Si M. le docteur Desormeaux était dans le vrai, la salle Sainte-Marie aurait dû participer à la prétendue insalubrité de la salle parallèle ; enfin, les faits observés dans le service chirurgical de Necker ne justifient pas les assertions du praticien qui en est chargé.

» C'est ce que je vais essayer de démontrer.

» L'hôpital Necker se compose de deux parties distinctes : d'une avant-cour formée par quatre corps de bâtiments renfermant la plupart des services généraux ; l'un en façade sur la rue de Sèvres, deux autres sur les côtés, le quatrième édifié à vingt mètres du bâtiment d'entrée, qui sépare l'avant-cour du grand jardin de l'hôpital.

» C'est au delà de ce bâtiment, que se trouve l'hôpital proprement dit : il se compose de deux grands pavillons parallèles, dirigés du nord au sud, des deux côtés du jardin, en arrière des bâtiments actuels. Ces pavillons, absolument semblables, sont percés de nombreuses et hautes fenêtres. Leurs façades latérales sont de toutes parts dégagées de constructions, et se développent sur des jardins spacieux.

» Le pavillon de l'est, au rez-de-chaussée duquel se trouve la salle Saint-Pierre, composée de 51 lits (y compris 8 lits séparés), donne à l'orient sur un promenoir planté, et profite d'un grand espace vide qu'offrent les cours de l'hôpital des Enfants ; au couchant, il est bordé par le jardin central, d'une superficie de 2,312m.

» Le pavillon de l'ouest, qui renferme au rez-de-chaussée la salle Sainte-Marie avec ses 26 lits, a sa façade orientale sur le même jardin, et au couchant il se développe sur un promenoir planté et dégagé à peu près comme l'est le pavillon parallèle.

» L'un et l'autre pavillons sont ventilés mécaniquement le jour et la nuit, et on *n'y remarque aucune odeur, même le matin, avant l'ouverture des fenêtres*.

» Quant à la capacité des salles Saint-Pierre et Sainte-Marie, il suffit de dire que la première donne 44m,294 par malade, et la seconde, 44m,320.

» On comprend tout de suite, d'après cette description, que l'hôpital Necker doive se trouver dans des conditions exceptionnelles de salubrité. L'assertion de M. le docteur Desormeaux a donc quelque chose d'étrange, pour quiconque connaît l'ensemble de nos établissements hospitaliers.

» Est-il vrai que la démolition du petit bâtiment de l'avant-cour ait ouvert une vaste issue au vent du nord, et qu'elle ait modifié les conditions de l'hôpital ? On va en juger.

» Le bâtiment en question n'avait que 25m de large, et son extrémité orientale était à 12m,60 du pavillon où se trouve la salle Saint-Pierre. Cette salle, *qui est au rez-de-chaussée*, qu'on ne l'oublie pas, se trouve encore abritée du vent du nord 1° par des bâtiments contigus formant une saillie de 12m,60 ; — 2° par le bâtiment en façade sur la rue de Sèvres, construit à 20m en arrière ; — 3° enfin par une troisième ligne de constructions formée par les maisons édifiées à 15m,60 de l'autre côté de la rue de Sèvres. Peut-on donc soutenir avec M. Desormeaux que la salle Saint-Pierre soit maintenant à découvert du côté du nord ?

» D'ailleurs, est-ce bien du côté du nord qu'il y a lieu de dégager de *préférence* les hôpitaux ? A Paris, les vents du nord sont exceptionnels ; — en 1861, d'après les relevés de l'Observatoire, le vent du nord a soufflé seulement 28 fois ; mais les vents du sud à l'ouest ont régné 107 jours, ceux du sud 45 jours, ceux de l'ouest au nord 46 jours. Or, la situation des deux pavillons est telle, que l'on peut dire, sans crainte d'être démenti, que leurs façades sont balayées à peu près constamment par les vents les plus fréquents à Paris, outre que la ventilation mécanique de jour et de nuit jette à l'intérieur, sans courants, des masses d'air pur prises dans les jardins, loin des façades principales.

» On vient de voir que la salle Sainte-Marie, placée aussi au rez-de-chaussée, et qui est absolument dans la même position que la salle Saint-Pierre, n'aurait rien gagné, d'après M. le docteur Desormeaux, à la démolition du bâtiment de l'avant-cour, puisqu'elle était *salubre* avant comme après cette démolition. Est-ce donc que ce bâtiment, qui en était également distant, ne l'abritait pas, elle aussi, des vents du nord ? Si les complications entrevues par M. Desormeaux tenaient, pour la salle Saint-Pierre, à l'existence de ce bâtiment, par quel effet mystérieux la salle Sainte-Marie en était-elle affranchie ? Explique qui pourra cette énigme.

» Voyons maintenant si les chiffres de la mortalité générale comparée dans les services de chirurgie des hôpitaux, justifient l'assertion de M. le docteur Desormeaux sur le *triste état sanitaire* de la salle Saint-Pierre. Je relève ces chiffres daus nos comptes pour plusieurs de nos établissements placés dans des conditions matérielles évidemment inférieures à celles qu'on rencontre à Necker :

	1857	1858	1859	1860	1861
	p. 0/0	p. 0/0	p. 0/0	p. 0/0	p. 0/0
Hôtel-Dieu. . . .	5.52	4.98	4.62	6.03	4.99
Pitié.	6.40	7.02	5.69	7.67	7.20
Charité.	3.69	4.12	2.83	4.36	4.47
Saint-Antoine. . .	6.48	6.72	6.06	5.89	5.52
Beaujon.	6.70	7.78	5.83	8.33	7.80
Lariboisière. . . .	5.40	6.32	6.52	8.06	7.95
Necker.	6.77	5.49	6.37	5.28	5.78

» On voit, d'après ces chiffres, que la mortalité afférente aux services de chirurgie de l'hôpital Necker ne diffère pas sensiblement de celle que l'on constate dans les mêmes services des autres hôpitaux. On remarque même que les trois hôpitaux qui se rapprochent le plus de Necker, sous le rapport de leur situation ou de leur aération (la Pitié, Beaujon et Lariboisière), accusent une plus forte mortalité que l'hôpital qui est en cause.

» Est-ce sérieusement que M. le docteur Desormeaux s'appuierait sur sa propre expérience pour juger un service auquel il n'est attaché que depuis sept mois, et aurait-il la prétention de faire considérer comme définitivement acquis des effets qui se seraient manifestés *depuis le 22 juin dernier*, date de l'achèvement de la démolition du bâtiment de l'avant-cour? En matière aussi délicate, et alors que les faits seraient bien constatés, une expérimentation aussi courte ne peut servir de base à des conclusions scientifiques, et quand la statistique a tant de peine à faire ressortir des résultats vrais, après une longue série d'observations, ne devrait-on pas être surpris que des appréciations recueillies dans de telles conditions trouvassent la moindre créance?

» M. le docteur Desormeaux paraît avoir été frappé d'une certaine augmentation de mortalité qui est survenue, il est vrai, dans son service depuis qu'il l'occupe. On constate, en effet, pour la salle Saint-Pierre, du 1er janvier au 31 juillet 1862, une mortalité de 10,96 p. 0/0 ; mais il n'a pas remarqué que la salle Sainte-Marie, qu'il considère comme étant dans les meilleures conditions, offre pourtant une mortalité à peu près égale (9.92 p. 0/0). D'un autre côté, les décès de la salle Saint-Pierre ne se répartissent pas d'une manière égale entre les sept mois écoulés de 1862. Mars et avril en comptent 20 ; mais sur ce nombre, 6 seulement ont eu lieu *après opérations*. Les 14 autres paraissent s'être produits à la suite d'affections graves, quelques-uns par suite d'érysipèles. Au contraire, janvier et février présentent des résultats beaucoup meilleurs, et que l'on peut comparer à peu près à ceux de mai, juin et juillet, quoique le bâtiment signalé fût encore debout dans les deux premiers mois de l'année. Sauf pour mars et avril, la salle Sainte-Marie a donné une mortalité au moins aussi forte que la salle Saint-Pierre.

» M. le docteur Desormeaux, en attribuant les effets qu'il n'a pu expliquer à la disparition d'un bâtiment, a perdu de vue les circonstances que je viens de faire connaître, et il a oublié aussi que les services de chirurgie comme ceux de médecine sont soumis partout à des alternatives dont il serait téméraire de vouloir préciser les causes. Le service de M. le docteur Desormeaux a subi cette année, comme beaucoup d'autres, l'influence des érysipèles, qui a régné aussi dans la ville, et cette influence s'est fait sentir encore dans la salle Saint-Pierre *devenue saine*, c'est-à-dire après la démolition du bâtiment de l'avant-cour.

» Ne suis-je donc pas autorisé à conclure, à l'encontre de M. le docteur Desormeaux, que la salle Saint-Pierre n'était et n'est pas plus insalubre que la salle Sainte-Marie, que le service de chirurgie de l'hôpital Necker est placé dans de bonnes conditions, et que l'interprétation que M. le docteur Desormeaux donne aux faits qu'il a observés est dénuée de tout fondement ?

» Pardon, Monsieur le Président, de cette trop longue lettre ; mais c'est un devoir pour moi de ne point laisser s'établir des opinions d'autant plus dangereuses, que ceux qui les produisent ont par leur position plus d'autorité. A entendre quelques chirurgiens, qui heureusement ne font pas encore école, l'on ne mourrait plus dans les hôpitaux que du bâtiment ; mais les sophistes de la médecine auront beau faire : la nature de l'affection, la constitution et l'état moral du malade, la sûreté du diagnostic, l'opportunité de l'opération, l'habileté du chirurgien, les soins consécutifs, le régime alimentaire approprié, seront toujours les causes principales du succès ou de l'insuccès des opérations de la chirurgie.

» Ne négligeons pas, cependant, tout ce qui peut contribuer à aider aux meilleurs résultats : construisons des hôpitaux perfectionnés ; améliorons ceux qui existent ; classons rationnellement nos malades ; détruisons l'encombrement là où il se produit ; exagérons la propreté, et n'omettons les soins d'aucune sorte. Mais lorsqu'on rencontre tant de bonnes conditions dans nos services ; lorsque les étrangers compétents qui nous visitent témoignent tant de satisfaction de ce qu'ils voient ; lorsque Londres s'apprête à copier notre hôpital le mieux approprié, ne décrions pas notre propre maison ; et quoiqu'en fait d'améliorations il soit bon d'être un peu cosmopolite, ne soyons pas plus Anglais que les Anglais.

» Veuillez agréer, Monsieur le Président, etc.

» A. HUSSON. »

LECTURE.

Colique sèche. — M. LEFÈVRE, directeur du service de santé de la marine à Brest, lit un travail intitulé *Appréciation des objections faites à la doctrine de l'étiologie saturnine de la colique sèche des pays chauds.*

Après un exposé de la question et une longue discussion de l'opinion de ses contradicteurs sur ce sujet, M. Lefèvre déclare qu'un examen un peu sérieux fait ressortir l'insuffisance de ces objections, et que l'on reste en présence de deux faits incontestables : d'une part, la présence sur les vaisseaux de causes d'intoxication plombique nombreuses, variées, pouvant agir par diverses voies avec une rapidité plus ou moins marquée sur la santé des hommes d'équipage; de l'autre, l'apparition fréquente d'une maladie ayant tous les caractères des maladies de plomb. Nier la dépendance qui doit exister entre ces deux faits lui paraît aussi contraire à la logique qu'au bon sens.

M. Lefèvre ajoute que depuis qu'il a signalé l'étiologie saturnine de la colique sèche, grâce aux précautions prises à bord des vaisseaux pour s'en garantir, la maladie devient de plus en plus rare dans nos diverses stations, et n'y revêt plus le caractère prétendu épidémique, ou, lorsqu'il se présente, on pourrait, comme on l'a fait en 1860 aux Antilles à bord de l'aviso l'*Achéron*, à démontrer qu'il est le résultat d'un empoisonnement général par une eau contenant du plomb.

Obstétrique. — M. DEVILLIERS dépose sur le bureau une série de mémoires intitulés :

1° *Diagnostic différentiel et causes des hydropisies de l'œuf humain;*

2° *Observations d'hydropisie des villosités choriales ;*

3° *Observations d'hydropisie de l'amnios;*

4° *Observations d'hydrorrhée.* (Renvoi à la section d'accouchements.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le goître exophthalmique.

La parole est à M. Bouillaud. (M. Larrey prend le siége de la présidence.)

Suite de la discussion sur le goître exophthalmique.

M. BOUILLAUD, dans la première partie de son discours, appréciant les idées émises par MM. Piorry et Trousseau sur la question, reconnaît que M. Piorry a formulé une opinion juste, mais qui est celle de tout le monde, en disant que le siége des maladies doit être cherché dans les organes. Il ne peut y avoir à cet égard de véritable contradiction entre ses deux collègues. La pathologie basée sur l'anatomie pathologique, en d'autres termes l'organicisme, est aujourd'hui la médecine universellement admise. Cela n'empêche pas qu'on doive admettre des maladies générales aussi bien que des maladies locales. Mais si personne ne conteste ces principes, comment se fait-il qu'on dispute tant sur les mots? Ici M. Bouillaud critique à cette occasion les

dénominations proposées par M. Trousseau pour désigner des maladies nouvelles, ainsi que le mot de *triade* employé pour désigner la réunion des trois ordres de phénomènes que l'on prétend constituer la maladie qui fait le sujet de cette discussion.

Dans la seconde partie de son discours, M. Bouillaud, après avoir rappelé les principes généraux qui doivent présider à la détermination de la nature des maladies et à leur nomenclature, entre dans le fond du sujet.

Cette maladie, dit-il, est beaucoup moins composée qu'on ne l'a prétendu, au moins sous le rapport de l'état du cœur, et on peut retrancher cet élément de la fameuse triade.

En compulsant les cas particuliers qui s'élèvent au nombre de 21, y compris les 3 cas que j'ai observés moi-même, il n'en est pas un seul dans lequel l'analyse ait pu faire découvrir une maladie du cœur; dans la plupart des cas, il est vrai, il y a des phénomènes cardiaques coïncidant avec d'autres états nerveux; encore en est-il 2 ou 3 où j'ai constaté l'absence complète de ces phénomènes. Cet élément peut donc être éliminé de la manière la plus formelle.

On m'a reproché de n'avoir pas cherché l'explication de la triade; mais c'eût été chercher l'explication de la dent d'or, puisque je viens de démontrer que ce n'est plus une triade, mais bien une *binade*. Restent donc deux éléments entre lesquels il n'y a aucun rapport nécessaire démontré, aucune relation connue. C'est, d'une part, une lésion organique; de l'autre, un déplacement; il n'y a rien là qui constitue une unité morbide.

Pour former avec ces deux éléments une unité morbide, on a imaginé deux hypothèses; on a dit: c'est une névrose, c'est une cachexie. Il fallait préciser les caractères de cette névrose ou de cette cachexie; c'est ce qu'on s'est bien gardé de faire. On a fait intervenir encore dans cette discussion la célèbre expérience de M. Cl. Bernard, dans laquelle cet éminent physiologiste a constaté l'augmentation de la température et la suraction des vaisseaux sanguins sous l'influence d'une lésion du nerf grand sympathique; et on en a déduit que M. Bernard avait donné, sans s'en douter, l'explication de la fameuse triade allemande ou anglaise. Qui croira sérieusement voir dans ce rapprochement une explication claire de l'état en question? Laissons donc cette expérience pour ce qu'elle vaut, et elle vaut beaucoup assurément, mais elle n'a aucune relation avec le fait qui nous occupe. On voit tous les jours des milliers de malades chloro-anémiques, et tous les jours je vois prendre les troubles fonctionnels du cœur que présentent ces malades pour des lésions organiques. Rien n'est plus commun que ces erreurs de diagnostic, par la raison qu'il n'y a rien de plus commun que les palpitations du cœur purement nerveuses.

Voyons ce qui en est de la prétendue cachexie exophthalmique. En donnant le nom de cachexie à l'insuffisance des globules du sang, on substitue un mot vague au mot bien défini de chlorose. Où est ici la cachexie? Elle est tellement fruste qu'on peut bien dire, en réalité, qu'elle n'existe pas du tout. Personne ne nous a dit ce qu'était cette cachexie, en quoi elle consiste; on ne nous l'a pas montrée. Avant de lui donner un nom, au moins aurait-on dû s'assurer de son existence. Je suis donc fondé à la considérer comme non avenue.

Il reste donc en définitive ceci: un goître et une exophthalmie, une lésion organique et un déplacement d'organe. Quant à l'étiologie, on n'en a rien dit; M. Trousseau n'a assigné à cette maladie aucune cause différente de celles que l'on connaît. Pour moi, je n'ai vu aucune cause, je ne dis pas spécifique, mais spéciale de cette maladie. J'ignore si Graves ou Basedow ont parlé de l'étiologie du goître exophthalmique; M. Trousseau ne nous l'a pas dit. J'ai cherché pour ma part, en faisant l'analyse de toutes les observations, si dans les antécédents des malades, dans l'état général, constatés par les divers observateurs, il n'y aurait pas quelque circonstance qui pût éclairer quelque peu ce point si obscur de l'étiologie. Qu'ai-je trouvé? La réunion de toutes les causes banales de toutes les maladies; mais de cause spécifique, point. Cependant, en y regardant de près, j'ai cru reconnaître que l'état général de débilitation dans lequel se trouvent ces malades pouvait se rattacher à ces phénomènes si bien étudiés par Tissot et Lallemand, l'onanisme et l'abus des plaisirs vénériens. Si ce n'est pas là la cause de cet état morbide, je suis convaincu du moins que cette circonstance joue un rôle considérable dans sa manifestation. On pourrait, à ce point de vue, rapprocher de cet état le goître des femmes grosses. Il semble y avoir un rapport entre les lésions de la glande thyroïde et les troubles fonctionnels des organes sexuels.

En résumé, il faut conclure de tout ceci que la maladie dite goître exophthalmique ne saurait être considérée comme une entité morbide; c'est tout simplement une réunion de deux éléments morbides, le goître et l'exophthalmie, dont on ne connaît pas l'origine, et qui ne reconnaissent aucune cause spécifique. Il y a, au contraire, dans les phénomènes généraux qui accompagnent ces deux lésions quelque chose de commun avec beaucoup d'autres affections connues, et qui peuvent les rapprocher jusqu'à un certain point du crétinisme et des divers états généraux de débilitation et de dégénérescence organique auxquels donnent lieu l'onanisme et les excès vénériens.

Il resterait à aborder un dernier problème, celui du traitement. Comment déterminer les éléments de traitement d'une maladie qu'on ne connaît pas? Cherchera-t-on à combattre l'exophthalmie? Mais par quel moyen? C'est un déplacement. S'agit-il de combattre le goître? Pour combattre une maladie quelconque, il faut d'abord bien définir la lésion à laquelle on a affaire. Voyons comment on a envisagé ici cette question. Nous voyons d'abord que par une singulière inadvertance on a considéré les préparations iodées si bien indiquées dans le goître, non-seulement comme inutiles, mais même comme nuisibles. On en a dit autant du fer. On nous prive donc ainsi des deux moyens de traitement les plus actifs, et qui semblent au premier abord les mieux indiqués. Que nous reste-t-il? L'hydrothérapie... Je crois qu'on s'est fait une illusion profonde. Ce n'est pas le médicament qu'il faut accuser d'inefficacité dans ce cas; c'est à l'état nerveux particulier, à l'état hypochondriaque des malades qu'il faut attribuer les insuccès que l'on a constatés. Je suis convaincu que c'est là la vraie cause des insuccès que l'on a constatés.

Jamais je n'ai observé, pour mon compte, aucun accident qui pût être attribué à l'iode. Je pourrais rappeler à ce sujet ce que j'ai déjà dit il y a quelque temps au sujet de l'iodisme.

Quand on examinera la question de plus près, on verra que l'iode n'a jamais été nuisible ou contraire par lui-même, mais seulement qu'il n'a pas été supporté en raison d'un état nerveux particulier des malades. Il en est ainsi du fer chez beaucoup de chlorotiques. On aurait donc grand tort de se priver de cette ressource thérapeutique, qui, sauf quelques exceptions, peut rendre des services.

M. Bouillaud termine par quelques considérations sur l'empirisme et le rationalisme, et conclut en faisant prévaloir cette dernière méthode sur la première.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans le numéro de jeudi 24 de votre journal, généralement répandu et justement estimé, une consultation obstétricale que M. le professeur Finizio (de Naples) vous a adressée, et la réponse qu'y a faite M. Pajot, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, actuellement chargé d'un enseignement officiel.

Les doctrines qui sont professées dans ces deux écrits m'ont tellement étonné, que je ne puis résister au désir de témoigner ma surprise publiquement.

Comme le plus ancien professeur de Faculté chargé de l'enseignement de l'obstétricie en France, je crois de mon devoir de protester contre de pareilles doctrines, qui recommandent si à la légère le fœticide dans le but d'épargner à une femme une opération qui compte les succès par centaines, et que M. Pajot se plaît à appeler *une opération de l'enfance de l'art!*

Je proteste surtout contre le dernier alinéa de la réponse de M. Pajot, où il dit que: « Laisser aller *à terme* une grossesse de quatre mois *dans un rétrécissement de 5 centimètres*, lui paraît non-seulement *une mauvaise chirurgie*, mais *une mauvaise action!!* »

Je veux croire que notre confrère s'avouera qu'il s'est laissé entraîner trop loin en écrivant ces mots. Son jugement téméraire condamne non-seulement un très-grand nombre de praticiens distingués et consciencieux, mais encore un enseignement réfléchi et basé sur une longue expérience.

Ce n'est pas la première fois que je m'élève contre une doctrine d'origine anglaise, qu'on a cherché depuis un certain nombre d'années à transporter sur le continent. C'est cette pratique homicide qui porte le cachet de l'enfance de l'art. Et pendant que la réaction se fait en Angleterre, on s'évertue en France à faire accréditer des doctrines surannées.

En insérant cette lettre dans votre *Gazette*, Monsieur le Rédacteur, vous ferez savoir au public médical, tant indigène qu'étranger, que les idées qui ont généralement cours aujourd'hui à Paris ne sont celles professées et défendues dans d'autres centres d'instruction, ni celles de tous les accoucheurs français.

Agréez, etc. Al. Stoltz.

Strasbourg, le 31 juillet 1862.

La lettre de M. le docteur de Lignerolles, que nous avons annoncée, renfermant au fond la même protestation et les mêmes opinions que celle de M. Stoltz, nous croyons pouvoir nous dispenser de la publier. Nous avons reçu d'ailleurs depuis d'autres communications sur le même sujet, qui nous mettront dans la nécessité de reprendre la question.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 14 juillet, ont été promus au grade de médecin aide-major de 1re classe, MM. les médecins aides-majors de 2e classe, Morache, Gros, Pingat, Delbousquet, Auffan, Bourreiff, Pasquet, Balley, Poirée, Arnould, Taquoy et Cartier.

— Un concours pour la place de chef-interne, médecin résidant à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, sera ouvert le mercredi 26 novembre prochain.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 28 octobre inclusivement, au secrétariat de l'Administration des hospices, *cours d'Albret*, 91.

— Sont chargés de présider la session d'examen des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui doit s'ouvrir dans le mois de septembre prochain:

Pour les Ecoles situées dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen (Ecoles de Reims, d'Amiens, d'Arras, de Lille, de Caen et de Rouen):

MM. Gavarret, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Chatin, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les Ecoles situées dans les Académies de Rennes et de Poitiers (Ecoles de Rennes, de Nantes, d'Angers, de Poitiers, de Tours et de Limoges):

MM. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Guibourt, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les Ecoles situées dans les Académies de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon (Ecoles de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon):

MM. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Kirschleget, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg;

Pour les Ecoles situées dans les Académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger (Ecole de Marseille, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger), *par délégation spéciale:*

MM. Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine et professeur à la Faculté de médecine de Paris; Planchon, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier.

M. Denonvilliers est autorisé à se faire suppléer, pour la présidence du jury de l'Ecole d'Alger, par M. Rouget, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires, publié par MM. H. Bouley et Reynal. Tome VIIe. Prix: 7 fr. 50 c., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. Paris, 1862, chez Asselin, libraire, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

A partir de demain, les bureaux du Journal seront transférés rue de l'Université, 8.

PARIS, LE 18 AOUT 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une de ces savantes et ingénieuses leçons dont il ne nous reste aujourd'hui que quelques rares échos déjà lointains, M. le professeur Lordat, examinant devant ses élèves cette thèse, savoir, si l'hérédité physiologique suit les mêmes lois chez l'homme et chez les animaux, arrivait à cette conclusion : que les qualités acquises des animaux se transmettent par l'hérédité, tandis que l'homme ne transmet à ses descendants que les traits physionomiques de la constitution organique, et non les qualités intellectuelles et morales qu'il a acquises lui-même, et que ceux-ci devront acquérir à leur tour au prix du même travail et des mêmes efforts. Nous nous sommes déjà demandé, en nous fondant sur des considérations de même ordre, au sujet de la question de la consanguinité, si les effets des rapprochements consanguins étaient les mêmes chez l'homme et chez les animaux, et si l'on était suffisamment fondé à conclure des uns aux autres par voie d'analogie. Encore supposions-nous dans les doutes que nous exprimions à cet égard, qu'il y avait sur ce point, entre les zootechnistes, un accord qui est loin d'exister. Si bien qu'avant de chercher à éclairer la question des effets des rapprochements consanguins chez l'homme par les effets de la consanguinité chez les animaux, il importe d'abord de l'éclairer sur ces derniers eux-mêmes. Laissant donc de côté pour le moment la question principale, dont nous n'avons à attendre provisoirement la solution que de l'observation, nous nous bornerons à mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques-uns des principaux éléments de la discussion zootechnique soulevée à cette occasion. On a vu dans le numéro de mardi dernier la note de M. Beaudoin. On trouvera dans le compte rendu de la séance de l'Académie l'extrait d'une note de M. le docteur Gourdon. Voici enfin une lettre que nous adresse M. A. Sanson, en réponse aux objections et aux réserves qui ont été exprimées au sujet de sa précédente communication :

Monsieur le Rédacteur,

Pour disserter utilement sur un sujet scientifique, il est quelques conditions préalables à remplir. La première de ces conditions, c'est de comprendre et de parler le langage de la science ; la seconde, d'avoir une connaissance complète des travaux qui ont été faits sur ce sujet, et tout au moins de ceux que l'on croit devoir discuter.

Il me paraît que si ces nécessités de toute controverse sérieuse avaient été suffisamment comprises, je ne me verrais pas dans l'obligation de répondre aux objections restrictives, aux réserves dont la note que j'ai lue à l'Académie des sciences sur la consanguinité a été l'occasion un peu partout, mais principalement dans votre journal.

Si chacun, en effet, avait compris la véritable signification physiologique du mot, je n'aurais pas à relever la confusion commise entre l'*hérédité* et la *consanguinité*. Et si les auteurs des objections avaient pris connaissance entière de ma note, ils auraient vu que ma conclusion s'applique à la consanguinité, non à l'hérédité.

J'ai dit « que, pour ce qui concerne au moins les animaux domestiques, les inconvénients attribués à la consanguinité n'ont aucun fondement dans l'observation. » Je n'ai formulé cette conclusion qu'après l'avoir assise sur des faits empruntés à l'histoire des races multipliées par une attentive sélection. Ces faits sont les seuls qui puissent avoir de la valeur dans une pareille question, précisément parce qu'ils la présentent avec ses éléments simples et dégagée de toute cause d'erreur. Quand on parle des inconvénients de la consanguinité, on ne veut pas désigner autre chose que les effets résultant de l'union de deux parents d'ailleurs irréprochables sous le rapport de leur constitution physiologique. Ceux qui font intervenir d'autres considérations ne sont donc pas à la question. Une des bases scientifiques de la zootechnie est cette proposition : Les semblables purs engendrent leurs semblables. Or, c'est contre cette proposition que s'inscrivent les hygiénistes qui prétendent prouver par des chiffres ou des observations isolées que le seul fait de la parenté des reproducteurs, ou la consanguinité, suffit pour donner naissance à un produit altéré dans sa constitution, amoindri par rapport aux qualités de ses auteurs, ou atteint de quelque vice organique.

Et c'est cette allégation qui n'a aucun fondement dans l'observation.

Quand celle-ci est interrogée avec une compétence et un esprit de critique suffisants, elle prouve au contraire que la proposition plus haut énoncée est d'autant plus vraie, que les semblables unis ont entre eux un degré de parenté plus rapproché. L'observation démontre que la consanguinité élève l'hérédité à sa plus haute puissance, voilà tout. Elle assure à peu près infailliblement dans le produit la répétition des qualités ou des vices des ascendants. En somme, elle transmet ce qui existe chez ces derniers, les mérites de la famille ou ses défauts.

Je n'ai pas voulu prouver autre chose. Et je crois l'avoir établi assez clairement pour qu'il n'y ait aucune modification à introduire dans ma conclusion.

Dans tous mes travaux zootechniques, dans ma dernière note comme ailleurs, j'ai toujours considéré les accouplements consanguins comme un cas particulier de la sélection. Ceux qui entendent le langage de la zootechnie savent que la signification de ce dernier mot se restreint au choix des reproducteurs qui présentent au plus haut degré les qualités de la race. J'ai cru cependant devoir discuter les observations relatives aux métis en général, et particulièrement à ceux de l'espèce porcine anglaise, dont on tire argument sans s'apercevoir que l'on sort ainsi de la question. La spécialité de ces métis est précisément de faire tourner au bénéfice de leur exploitation économique des dispositions anormales, qui ne sont profitables qu'à la condition de demeurer dans des limites déterminées. Au delà de ces limites, où savent seuls se maintenir les éleveurs habiles, l'opération purement artificielle périclite. L'exagération de l'aptitude spéciale de l'individu dit perfectionné, le conduit le plus ordinairement à l'infécondité, en vertu d'une loi que les physiologistes connaissent bien.

En outre, par cela seul qu'il s'agit de métis, les hommes compétents savent combien sont précaires les caractères qui constituent dans ce cas ce que l'on appelle le perfectionnement, et combien demeure puissant l'atavisme de la race mère. Or, à ce double titre, par cela seul aussi qu'elle favorise l'hérédité des caractères les plus fixes comme celle de l'aptitude la plus prononcée, la consanguinité va contre le but que doivent atteindre les métis, soit qu'elle le fasse dépasser, soit qu'elle amène ce que les Allemands appellent un *coup en arrière*, et ce que nous nommons plus clairement une *rétrogradation*. Mais il importe de remarquer que cela ne sort pas des lois de l'hérédité, et ne saurait en rien prouver que la consanguinité puisse agir autrement qu'en favorisant leur action.

C'est l'occasion de faire observer que je n'ignore point ce qu'on entend par amélioration des animaux domestiques. Si ceux qui ont cru devoir examiner ma conclusion sur la consanguinité à ce point de vue veulent bien prendre la peine de consulter le chapitre V de la deuxième partie du *Livre de la ferme*, ils s'apercevront qu'ils auraient à la rigueur pu s'en abstenir. Sans cela même, en prenant connaissance des faits consignés dans ma note, ils verront que leurs objections n'ont d'autre base qu'un défaut d'information. Ces faits, tels qu'ils y sont exposés, répondent d'eux-mêmes à leurs critiques.

En effet, quels sont les résultats attribués à la consanguinité par les statisticiens non observateurs ou les observateurs de sentiment qui proclament ses dangers?

Les principaux sont :

1° La dépression des facultés intellectuelles, la perversion d'une façon ou de l'autre des fonctions du système nerveux;

2° L'infécondité ;

3° L'albinisme, le rachitisme, la scrofule, etc.; en un mot, l'affaiblissement de la vitalité ou de la constitution.

Aux premiers, je réponds en montrant une liste de chevaux anglais dits de pur sang issus de reproducteurs consanguins, et qui comptent parmi les plus célèbres étalons vainqueurs sur l'hippodrome. A cela l'on m'objecte que les chevaux de course ne se montrent supérieurs que dans leur spécialité. On ne me l'apprend point. Mais en est-il moins vrai que cette spécialité nécessite une puissance nerveuse, physique et intellectuelle, portée à son plus haut degré? On voudra bien prendre garde que les individus cités ont vécu dans le temps où les courses étaient à la fois des épreuves sérieuses de vitesse et de fond; dans le temps où un *Forester*, par exemple, qui n'avait jamais été vaincu, se voyant dans une course dépassé par *Eléphant*, non loin du poteau d'arrivée, saisit ce dernier par la mâchoire avec ses dents, pour ne pas subir cet affront, en se précipitant sur lui d'un bond désespéré. On eut beaucoup de peine à lui faire lâcher prise. C'est dans ce même temps qu'un autre cheval de course, en pareil cas, mordit son antagoniste au jarret pour le retenir.

Cela n'indique pas, j'imagine, que les chevaux de course, qui donnaient à chaque instant de pareilles marques d'émulation, fussent alors de simples automates ou des idiots.

A l'opinion qui accuse la consanguinité de conduire à l'infécondité, j'oppose l'exemple de *Favourite*, taureau de Durham, employé dans le troupeau de Charles Colling durant seize années consécutives, en faisant la monte avec six générations de ses filles et petites-filles, et qui releva précisément la fécondité du troupeau, affaiblie par l'influence antérieure d'*Hubback* et de *Bolingbroke*. Ces deux derniers, à cause de leur tendance à l'obésité, et par conséquent à l'infécondité, avaient dû être réformés.

Enfin, pour établir le peu de fondement des derniers inconvénients supposés, je montre que la race bovine du Morbihan, la plus sobre, la plus rustique, la plus vigoureuse de nos races françaises, se reproduit en général par des accouplements consanguins, et même en l'absence de toute sélection. Je fais voir en outre que tous les moutons à laine soyeuse de la variété mérine dite de Mauchamp, qui ne le cèdent en rien sous aucun rapport aux autres mérinos, appartiennent à une unique famille consanguine, dont la souche ne remonte qu'à 1828, et que cette souche est un agneau malingre, chétif, mal conformé, né par hasard dans le troupeau de M. Graux avec les caractères particuliers de lainage qui distinguent la variété. La sélection en a fait les beaux animaux que nous voyons aujourd'hui. Et je ne connais pas de plus puissant argument contre les prétendus inconvénients de la consanguinité.

Que ces faits soient ou non applicables à l'espèce humaine, j'ai là-dessus mon opinion particulière; mais il ne m'appartenait pas d'envisager la question à ce point de vue. J'ai voulu demeurer sur mon terrain. Vous venez de voir, j'espère, Monsieur le Rédacteur, que sur ce terrain je n'ai pas à craindre les objections.

Veuillez agréer, etc. A. SANSON.

Nous dirons à notre savant correspondant, avec M. Flourens et avec notre confrère M. Gourdon (voir les comptes rendus de la dernière séance de l'Académie et de la précédente), que nous reconnaissons volontiers la valeur des faits cités en faveur de la consanguinité, comme moyen d'amélioration ou de perfectionnement relatif, en développant chez certains animaux les formes, les qualités ou aptitudes les mieux appropriées au but qu'on s'en propose; mais alors même que cette pratique serait toujours sans danger et favorable, d'une manière absolue, au perfectionnement général de l'espèce, ce qui est encore en contestation, il n'en faudrait encore rien conclure, autrement qu'à titre de simple renseignement, par rapport aux effets de la consanguinité chez l'homme, qui comporte des données différentes et des éléments d'une bien plus grande complexité. Tel a été le seul motif, et tel est le sens des réserves que nous avons faites et que nous maintenons par rapport aux applications de la zootechnie à la physiologie humaine, comme nous en avons fait par rapport aux éléments statistiques qui ont été le point de départ de ce débat. — Dr Brochin.

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a adressé au ministre de l'instruction publique et des cultes le rapport suivant :

Monsieur le Ministre,

Dès que j'ai été appelé par la haute confiance de l'Empereur à la tête de la Faculté de médecine de Paris, je me suis préoccupé des moyens les plus propres à étendre et à compléter l'enseignement de cette École.

La Faculté de médecine de Paris doit un enseignement complet aux étudiants dont elle fera des docteurs.

Son vœu le plus vif est d'attirer les élèves et de les retenir dans son sein. Fidèle à la gloire de son passé, elle a conservé la noble ambition d'être le centre scientifique où viennent affluer les étudiants et les docteurs de tous les pays; aussi elle comprend que l'enseignement doit répondre à tous les besoins; il faut que cet enseignement ait l'éclat et le nombre, et pour cela il faut aussi qu'il soit à la fois *général* et *spécial*.

Si l'enseignement général est largement organisé, s'il est distribué par d'éminents professeurs avec une incontestable supériorité, il existe cependant pour les *spécialités* une lacune qu'il est nécessaire et facile de combler sans rien changer au régime fondamental de la Faculté.

En effet, en appelant à l'enseignement des *spécialités* des agrégés libres, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, l'Université utilisera à la fois l'aptitude à l'enseignement dont ils auront déjà fait preuve, et leur savoir et leur expérience, et par cette nouvelle application de l'agrégation on fortifiera de plus en plus, par les *cours complémentaires*, les études pratiques si importantes dans un art long et difficile.

Le nombre et la nature des cours complémentaires, que le ministre de l'instruction publique est toujours libre d'instituer comme de simples cours auxiliaires à côté des grandes chaires, pourront varier suivant les exigences de l'enseignement et les progrès de la science.

J'ai l'honneur d'être, etc. RAYER.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes;

Vu le rapport du doyen de la Faculté de médecine de Paris,

Vu l'avis conforme du vice-recteur de l'Académie,

Arrête ce qui suit :

Article 1er. Il est établi dans la Faculté de médecine de Paris des

cours complémentaires des études médicales pratiques, à titre d'enseignement auxiliaire.

Art. 2. Cet enseignement auxiliaire se composera des cours complémentaires spéciaux ci-après :

1° Cours clinique des maladies de la peau;
2° Cours clinique des maladies syphilitiques;
3° Cours clinique des maladies des enfants;
4° Cours clinique des maladies mentales et nerveuses;
5° Cours clinique d'ophthalmologie;
6° Cours clinique des maladies des voies urinaires.

Art. 3. Les agrégés libres seront chargés de ces cours complémentaires. Ils devront être médecins ou chirurgiens des hôpitaux.

Art. 4. Ils seront nommés pour trois ans par le ministre, sur la présentation d'une liste de deux candidats (pour chaque cours) dressée par la Faculté de médecine.

Pour l'année scolaire 1862-63, la nomination sera faite directement par le ministre.

Art. 5. Il sera ultérieurement pourvu aux indemnités à allouer aux agrégés chargés des cours complémentaires, sans qu'il puisse en résulter aucune charge nouvelle pour le budget de l'instruction publique.

Nous recevons de M. le docteur Pajot la réponse suivante à la lettre de M. le professeur Stoltz insérée dans le numéro de jeudi dernier. Cette réponse ne pouvait souffrir de retard. Nous publierons plus tard quelques-unes des autres communications que nous avons reçues sur le même sujet.

Monsieur le Rédacteur,

Personne plus que moi n'estime le talent et la personne de M. le professeur Stoltz; je l'ai prouvé cent fois publiquement lorsque avec mon si regrettable collègue Cazeaux nous vulgarisions à l'école de Paris les excellents travaux de l'éminent accoucheur de Strasbourg. Mais nous différons si radicalement d'avis sur la question de l'opération césarienne; et à propos de la consultation qu'on me demandait de Naples, sa dernière lettre a été si vive à mon égard qu'il ne m'est pas permis de la laisser sans réponse.

Voici, sur l'opération césarienne pendant la vie, l'exposé de mes principes :

Au-dessous de cinq centimètres, *à terme*, tant que le céphalotribe pourra passer, je ne la pratiquerai jamais; mais je conçois, dans ce cas, qu'on puisse la proposer.

Lorsque la femme vient me trouver au début, je crois de mon devoir de pratiquer l'avortement, et je maintiens l'expression qu'a blâmée M. Stoltz; je me croirais coupable d'une mauvaise action, si j'attendais le terme de la grossesse dans le but de pratiquer l'opération césarienne.

Pour moi, cette opération ne doit jamais être *choisie*. Quand il n'y a pas d'autre ressource, mieux vaut la faire que de laisser mourir la femme sans secours; on peut au moins sauver l'un des deux individus, et accorder à l'autre plus de chances de survivre qu'en abandonnant la mère et l'enfant.

Si l'opération césarienne compte les succès par *centaines*, elle compte les morts par *milliers*.

Depuis que l'imprimerie existe, il n'est peut-être pas un seul cas de succès qui n'ait été publié; on s'empresse moins de faire connaître les morts.

Non, *faire choix* de l'opération césarienne n'est pas l'*enfance de l'art*; M. Stoltz a raison. Pour moi, ce n'est pas de l'art, c'est une inspiration de sauvage qui coupe l'arbre pour avoir le fruit.

Conseiller l'avortement avec des hommes comme MM. P. Dubois, Velpeau, Cazeaux, etc., c'est, dit-on, recommander le fœticide; préméditer l'opération césarienne, c'est préparer d'ordinaire un assassinat scientifique, et quelquefois un fœticide.

Le savant professeur de Strasbourg n'y a pas réfléchi, assurément, en m'accusant de condamner des confrères distingués; je ne me permets jamais de blâmer la conduite d'un collègue dans des cas aussi épineux. Chacun pratique l'art selon sa conscience. On m'a demandé mon avis, je l'ai donné; cela n'engage personne.

M. le professeur Stoltz me permettra encore de lui représenter, avec toute la déférence que je lui dois, qu'en qualifiant mon jugement de téméraire, il m'a donné le droit de lui dire que son opinion me paraît être d'un autre siècle.

Dans les pays obscurcis par certaines idées que je n'ai point à apprécier ici, on trouve bon nombre d'accoucheurs qui partagent l'avis de M. Stoltz. Chez nous, centre de toutes les idées avancées, on en trouve peu ou pas. Paris n'a jamais été si loin de Rome!

Je ferai remarquer, en terminant, avoir dit dans ma dernière lettre : « *Peu* d'accoucheurs en France attendraient pour faire l'opération césarienne. » Je n'ai pas dit qu'il n'y en avait point. Je réservais donc la place de M. Stoltz et de tous les partisans de cette opération; dans ma pensée, il était le plus éminent.

Je finis comme j'ai commencé. Nul plus que moi ne respecte dans le professeur de Strasbourg l'homme et le savant; je ne tiendrai toujours pour heureux et honoré des conseils de son expérience; mais sur l'*avortement* provoqué et la *section césarienne*, nous ne nous entendrons *jamais*.

Je n'espère pas plus parvenir à le persuader qu'il ne réussira à me convertir. Nous sommes destinés sur ce sujet à mourir tous deux dans l'impénitence finale.

Un dernier mot. Depuis plus de vingt ans, en comparant dans mes cours l'avortement et l'hystérotomie, j'ai constamment demandé, et je demande encore à mes auditeurs, lequel d'entre eux choisirait l'opération césarienne. Sur plus de *neuf mille* médecins français, étrangers et élèves, je n'en ai encore trouvé qu'*un seul* qui me déclarât carrément qu'il optait pour l'opération césarienne. C'était un officier de santé. J'ai donc, comme on peut le voir, recueilli un nombre assez imposant d'adhésions à la doctrine que je soutiens; de plus, j'aurai pour moi certainement tous les pères, toutes les mères, toutes les femmes, et, j'aime à le croire, quelques maris. J'aurai contre moi M. Stoltz, mon plus illustre adversaire, quelques rares accoucheurs français, célibataires sans enfants pour la plupart, et l'intolérance.

Enfin, pour clore cette longue lettre, M. Stoltz veut-il me permettre de lui adresser une question?

J'ignore s'il est assez heureux pour avoir des enfants. S'il avait une fille avec un bassin de moins de 5 centimètres (il est de ces pauvres disgraciées douées de toutes les qualités du cœur et de l'esprit), attendrait-il le terme de la grossesse pour lui ouvrir le ventre, ou la ferait-il avorter?

Veuillez agréer, etc. PAJOT.

Nous avons reçu trop tard pour l'insérer aujourd'hui une observation d'ovariotomie pratiquée avec succès par M. Nélaton. Nous la publierons dans le numéro prochain.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Érysipèle consécutif à des ulcérations du cuir chevelu donnant lieu à une exophthalmie suite d'une inflammation du tissu cellulaire intra-orbitaire. Symptômes de méningo-encéphalite et de compression. Mort.

(Observation recueillie par M. C. GERMIER.)

S..., âgé de soixante-douze ans, bien conservé, étant privé de dents, portait un râtelier depuis une vingtaine d'années, et était atteint d'un catarrhe de la vessie consécutif à un rétrécissement si considérable de l'urèthre, qu'il était excessivement difficile d'y porter des bougies. Des accidents graves survenaient quand on voulait dilater le canal. Sous l'influence des boissons à haute dose et du bicarbonate de soude, les accidents du côté de la vessie cessèrent d'une manière complète, et cela bien que l'urine contint, lorsque le mal existait, des quantités énormes de pus.

Ce malade fut atteint il y a un an de tous les symptômes de ramollissement tel que les auteurs l'ont décrit. Un régime réparateur, d'excellent vin, firent dissiper tous ces symptômes, et le malade revint à un état de santé très-supportable.

Il y a huit ou dix mois, il eut une éruption à la tête, occasionnée par une pommade dite des *frères Mahon*, et de petites ulcérations avec des croûtes se manifestèrent dans le cuir chevelu, au-dessous de l'oreille droite.

Il y a huit ou dix jours qu'un érysipèle se déclara. Parti de ce point, il s'étendit à l'une et l'autre joue avec les caractères d'acuité les plus prononcés, et les deux paupières furent également envahies. En même temps il y avait de la fièvre. On couvrit la face avec de l'axonge; la dermite ne s'étendit point, mais la rougeur persista néanmoins, et la tuméfaction des paupières prit un grand développement. Quelques purgatifs furent donnés à l'intérieur. Cependant, le mal continuant, on cessa les onctions. M. le professeur Piorry fit substituer à ce moyen l'emploi du diachylon lycopodé, et le lendemain la dermite des joues était complètement arrêtée. L'œil droit fut amélioré, mais il n'en fut pas de même de l'œil gauche, sur lequel le diachylon ne put être appliqué.

Les paupières se tuméfièrent davantage; on plaça alors un vésicatoire sur la tempe et les joues, pour remédier à l'œdème. Ce moyen n'empêcha pas l'œdème de faire une saillie considérable, et cette saillie fut telle et l'exophthalmie portée si loin, que la cornée transparente était à plus de 2 centimètres au-dessus du niveau de l'œil de l'autre côté. Il était évident qu'il y avait un engorgement considérable du tissu cellulaire de l'orbite, ou un abcès qui portait l'œil en dehors.

Il y a trois jours que le caractère de ce mal s'est prononcé. M. le professeur Piorry a eu un instant l'intention de plonger un trocart dans l'orbite pour évacuer la sérosité ou le pus; mais l'état du malade lui parut si grave, qu'il ne voulut pas faire cette opération. Du reste, il n'y avait de fluctuation nulle part, et le soir même l'œil était moins saillant. Jusqu'alors, à part un peu de délire, l'intelligence était parfaitement conservée. Hier matin, tout à coup, l'intelligence se perdit; l'état du malade fut le même que celui qu'on observe dans les épanchements de la base du crâne. L'état fébrile s'est déclaré de nouveau, des râles se sont manifestés dans la poitrine, et le malade a succombé ce matin.

Après la mort, l'œil s'est affaissé; on n'a plus trouvé de fluctuation. La veille déjà, la saillie de l'œil avait commencé à diminuer, au moment même où les accidents mortels s'étaient déclarés.

Il y a lieu de penser, dit M. Piorry, que l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite s'est propagée vers la base de l'encéphale, ou qu'un abcès orbitaire s'est ouvert à la base du cerveau.

Les points culminants de cette observation, pour M. Piorry, sont ceux-ci, savoir :

Qu'il n'y a pas plus d'érysipèle exophthalmique que de goître exophthalmique; dans l'un ou l'autre cas, c'est un accident de l'orbite qui détermine l'exophthalmie.

Que l'érysipèle provient d'une ulcération de la peau;

Que l'emplâtre de diachylon lycopodé a arrêté la dermite partout où il a été appliqué;

Que l'on fait vivre longtemps et que l'on guérit quelquefois le catarrhe de la vessie en rendant l'urine le moins excitable possible.

Spléno-mégalie. — Fièvre intermittente. — Œdème. Guérison par l'extrait de quinquina Armand (1).

(Observation recueillie par M. Léon GUICHARD, externe du service.)

Le 3 mars 1862 est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, lit n° 20, dans le service de M. le professeur Piorry, le nommé G..., âgé de soixante-deux ans, journalier.

Ce malade, d'une bonne constitution et d'une force moyenne, n'a jamais eu de maladie grave.

Il y a une quinzaine de jours environ qu'à son lever il a ressenti quelques frissons, qui ont été suivis de chaleur et de sueur; la durée de l'accès fébrile fut de dix minutes. Une violente céphalalgie frontale se fit ressentir au début de l'accès et disparut avec lui; à peu près à la même époque, le malade s'aperçut que ses jambes et ses pieds enflaient de jour en jour et refusaient de le porter.

Aujourd'hui ce malade se présente à nous dans l'état suivant : il est sombre et taciturne; il éprouve de la gêne à respirer, et ressent tous les jours depuis quinze jours, et toujours à la même heure, un léger accès fébrile (frissons, chaleur, sueur); les membres inférieurs sont œdématiés, et ce malade ne marche qu'avec une grande difficulté.

L'examen plessimétrique et stéthoscopique des organes donne le résultat suivant :

Les deux poumons sont sonores et la respiration s'y fait bien; le foie est petit : il n'a que 12 centimètres et s'étend fort peu au delà de la ligne médiane; le cœur est peu volumineux; l'auscultation n'y révèle aucun bruit anormal. La rate a 10 centimètres de haut en bas et s'étend jusqu'à quelques centimètres à gauche de la ligne médiane. Le gros intestin ne contient pas de matières fécales.

M. Piorry fait administrer au malade trois cuillerées d'extrait de quinquina Armand, et dans la soirée on lui en fait prendre encore trois nouvelles cuillerées.

Le lendemain matin, la rate était revenue à l'état normal, l'œdème avait complétement disparu et la fièvre n'avait pas reparu. Le malade était guéri.

Pour s'assurer que c'était bien la rate qui donnait lieu à une matité aussi étendue dans l'hypochondre gauche, M. le professeur Piorry fit prendre au malade trois cuillerées du remède Armand, remède dont l'efficacité est incontestable; la question fut bientôt jugée; en effet, au bout de quelques minutes la rate ne présentait plus que 8 centimètres de haut en bas.

M. le docteur Henri Favre a fait la remarque suivante, qui est d'une grande justesse, c'est que tous les individus qui ont une rate volumineuse sont tristes et mélancoliques. En effet, ce malade paraissait très-abattu, en proie à une profonde tristesse, et ne répondait qu'avec peine aux questions qu'on lui adressait; il est à noter aussi que la névralgie de la cinquième paire coexiste presque toujours avec l'accès fébrile. Enfin, cette observation prouve une fois de plus l'utilité de l'examen plessimétrique des organes. En effet, dans ce cas-ci on aurait passé à côté de la lésion principale (la spléno-mégalie), car le malade ne se plaignait que de son œdème, et ne parlait nullement de sa fièvre intermittente, qui revenait tous les jours.

(1) En réponse aux demandes qui nous ont été faites sur le fébrifuge Armand, nous répondrons que ce produit, extrait d'une plante indigène qui est essayée depuis environ quatorze mois avec succès dans le service de M. le professeur Piorry à l'hôpital de la Charité, est soumis à l'examen de l'Académie de médecine, qui se prononcera sans doute prochainement sur sa valeur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 août 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Consanguinité des animaux domestiques. — M. J. GOURDON lit une note sur la consanguinité chez les animaux domestiques dont voici un extrait :

Les recherches récentes de M. le docteur Boudin sur les mariages consanguins ont soulevé une question de zootechnie pratique d'une haute importance et sur laquelle des opinions tout opposées ont été émises. Les uns, s'associant aux vues du savant statisticien qui a entrepris de démontrer, par le seul langage des faits, les inconvénients et les dangers de la consanguinité, condamnent en principe l'emploi chez les animaux de ce mode de reproduction. D'autres, au contraire, considérant les résultats avantageux, à certains égards, fournis chez les diverses races domestiques par les alliances entre parents, ont conclu à l'innocuité absolue de cette pratique, non-seulement chez les animaux, mais encore, par voie de déduction, dans l'espèce humaine.

Cette dernière doctrine établit entre l'homme et les animaux une assimilation qui manque d'exactitude. Nous reconnaissons volontiers la valeur des faits que l'on cite en faveur de la consanguinité; nous apprécions tout le mérite des races précoces d'engrais et de la race chevaline pur sang d'Angleterre, résultant, les unes et les autres, d'alliances consanguines, et dont la création, loin de porter atteinte à la santé et à l'intégrité des espèces, a été pour ce pays la source d'une incalculable prospérité agricole. De même chez nous, pour la race ovine Mauchamp, la race chevaline anglo-arabe du Limousin, qui par leurs qualités ne paraissent pas moins devoir exonérer la consanguinité des reproches qui lui sont adressés..... On ne voit pas toutefois comment de tels exemples ont pu être invoqués en faveur des unions consanguines, ni comment ils peuvent infirmer les principes posés par les hygiénistes, qui ont condamné, dans l'intérêt des générations futures, ces sortes d'alliances.

Nous n'apprendrons rien à personne en rappelant que le mot amélioration a une signification toute différente suivant qu'on l'applique à l'homme ou aux animaux; que ce mot représente chez ceux-ci, non comme dans notre espèce, l'accroissement des puissances organiques qui concourent à entretenir la santé et la vie, mais bien le développement au plus haut degré des formes et des aptitudes les mieux appropriées à la destination de l'animal, considéré comme machine de produit ou de travail, dût ce développement être obtenu aux dépens de la constitution du sujet et de la durée de son existence.

Ces facultés nouvelles que nos besoins nous font rechercher, varient suivant les espèces. Tantôt, comme chez les races de produit, c'est la précocité, la prédominance du système musculaire, l'aptitude à l'engraissement; ou une lactation abondante, ou encore la production d'une laine fine et soyeuse; tantôt, comme chez le cheval pur sang, c'est une vitesse d'allure excessive; toutes choses assurément utiles, à un point de vue donné, mais qui, physiologiquement parlant, n'en constituent pas moins de véritables anomalies. Ces belles races anglaises, le bœuf durham, le mouton dishley, le porc newleicester, pour ne citer que les plus célèbres, vrais chefs-d'œuvre de l'industrie humaine, qui font l'admiration du monde entier et la fortune de leurs propriétaires, sont en définitive de véritables monstruosités, constituées contrairement à toutes les lois de l'hygiène, dans l'acception rigoureuse du mot.

Que voit-on, en effet, chez ces animaux? Des formes naturelles détruites, un développement contre nature du système adipeux, une rapidité de croissance qui rapproche d'autant le terme de la vie, une fécondité moindre, une prédisposition plus grande aux affections cachectiques, etc. Or, si tels sont les produits de la consanguinité, il

n'y a pas lieu, tant s'en faut, d'en rien conclure contre l'influence pernicieuse justement attribuée à ce mode de reproduction.

Il ne faut pas d'ailleurs exagérer le rôle de la consanguinité. D'abord, elle ne concourt pas seule au perfectionnement des races domestiques. Il est d'autres moyens encore, consacrés par la pratique et par la science, pour donner aux animaux les qualités requises; tels sont : la castration, la stabulation permanente, l'alimentation forcée, l'entraînement, etc., à l'aide desquels on peut aussi modifier, plus ou moins, les facultés natives des individus pour les diriger vers un but déterminé, et sans que pour cela, remarquons-le en passant, on ait jamais conclu, de l'efficacité de ces pratiques comme moyen d'amélioration des races animales, à leur innocuité dans l'espèce humaine.

On doit considérer, en second lieu, que la consanguinité n'a par elle-même sur le perfectionnement artificiel des espèces animales aucune influence propre. Elle n'est qu'une circonstance accessoire de la seule force alors mise en jeu, la puissance héréditaire. Ce que recherche l'éleveur en unissant des parents, ce n'est pas la parenté elle-même, c'est une certitude plus grande de l'existence des aptitudes, des caractères qu'il a intérêt à perpétuer, et qu'il ne peut trouver réunis à un plus haut degré que chez des sujets issus du type même qui les a primitivement offerts. La méthode *in and in* n'a pas d'autre but. Comprise de la sorte, la consanguinité est pour l'éducateur une ressource précieuse. Elle constitue un procédé aussi prompt qu'efficace pour fixer des formes nouvelles, des facultés exceptionnelles. C'est la puissance d'hérédité doublée, en quelque sorte, en vue d'un résultat spécial, calculé et arrêté d'avance.

Par tout cela on peut apprécier quel est le rôle véritable de la consanguinité dans la reproduction et l'amélioration des espèces animales domestiques. Elle convient quand on n'a qu'un très-petit nombre de sujets propres à assurer la conservation des caractères que l'on désire fixer. C'est une ressource pour suppléer à l'absence de reproducteurs de choix et pour tirer le meilleur parti possible des types exceptionnels que l'on rencontre; c'est, en un mot, l'élément essentiel du métissage pour la création de races nouvelles. Et à ce résultat, d'un haut intérêt économique, nous comprenons très-bien qu'on puisse temporairement sacrifier quelque chose de la santé des individus : surtout si l'on sait s'arrêter à temps, avant que le mal soit irréparable. Mais il faut se garder d'en faire un système général de reproduction, qui serait une cause rapide de dépérissement et de décadence pour toutes les races.

En résumé, la consanguinité n'est nullement, comme on l'a avancé par une interprétation forcée de ce qui se passe chez les animaux domestiques, une pratique favorable en elle-même ou tout au moins sans danger.

Loin de là, elle est pour toutes les espèces une cause d'abâtardissement et de déchéance. Il est utile quelquefois d'y recourir, comme à un mal nécessaire que l'on subit en vue d'un intérêt supérieur. Mais cela n'atténue en rien ses inconvénients propres, auxquels on remédie en faisant cesser ces unions aussitôt que ne s'en fait pas sentir la nécessité absolue.

(Renvoi à la commission chargée de l'examen de diverses communications récentes concernant les alliances consanguines, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer, Bienaymé.)

Renouvellement de l'air dans les poumons de l'homme. — M. N. GRÉHANT présente, par l'entremise de M. Milne-Edwards, l'extrait d'un mémoire intitulé : *Du renouvellement de l'air dans les poumons de l'homme.*

Les mouvements intermittents qui augmentent et diminuent la capacité des poumons, dit l'auteur, déterminent une véritable ventilation. Le volume d'air pur qui pénètre dans les bronches par l'inspiration est rejeté en partie par l'expiration qui suit avec une certaine quantité d'air vicié; l'autre partie reste dans les poumons et sert au renouvellement des gaz qu'ils contiennent.

Pour séparer dans les gaz expirés l'air pur de l'air vicié, je fais suivre une inspiration d'hydrogène d'une expiration égale; alors l'hydrogène représente l'air pur.

Je prends une cloche munie d'un robinet à trois voies; l'enveloppe du robinet porte trois tubes : le premier est mastiqué dans la cloche, le second est introduit dans la bouche; le troisième, qui s'ouvre dans l'air, est garni d'une toile métallique : si l'on approchait un corps allumé du gaz expiré, l'inflammation de l'hydrogène ne se propagerait pas dans les poumons.

Je fais inspirer un demi-litre d'hydrogène, je recueille par l'expiration un volume égal d'un mélange que j'analyse dans l'eudiomètre à eau. Le gaz expiré contient sur 400 volumes 34 volumes d'hydrogène; en tout 170 centimètres cubes; par conséquent 330cc d'hydrogène sont restés dans les poumons.

Si l'on fait inspirer un demi-litre d'air, 170 centimètres cubes d'air pur sont rejetés par une expiration égale avec 330 centimètres cubes d'air vicié, et 330 d'air pur restent dans les poumons.

L'auteur rapporte d'autres expériences qui montrent que l'hydrogène ne pénètre pas dans les poumons à une plus grande profondeur que l'oxygène, qui est plus dense que l'air; et qu'après les deux mouvements respiratoires l'air est distribué uniformément dans l'étendue de l'arbre aérien. (Commissaires, MM. Milne Edwards et J. Cloquet).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 août 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Mattei fait hommage à la Société des trois livraisons qui ont paru de son ouvrage intitulé *Clinique obstétricale.* (Commissaire, M. Depaul.)

COMMUNICATION.

M. DESORMEAUX donne lecture d'un travail envoyé par M. le docteur Raimbert (de Châteaudun), membre correspondant de la Société de chirurgie.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. TRÉLAT. Dans notre précédente séance, j'avais contesté à notre collègue M. Richard la valeur de l'absence ou de la présence des dents normales pour le diagnostic des kystes alvéolo-dentaires. M. Richard ayant persisté dans son opinion, j'apporte la preuve que de mon côté je ne me suis pas trompé.

Mon argumentation s'appuyait principalement sur l'existence bien constatée des dents surnuméraires. Celles-ci se présentent à un premier degré sous l'aspect de ce qu'on a nommé *dents prolifères* ou *masses dentaires*. Le cas cité par M. Oudet (*Dictionnaire en 30 vol.*, article DENTS), et rapporté par M. Forget dans son mémoire; le cas communiqué par M. E. Rousseau à Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (*Histoire des anomalies de l'organisation*, t. Ier, p. 641), appartiennent à cette variété.

Meckel, Otto, Arnold-Etienne et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire citent des exemples de dents absolument surnuméraires. J'ai vu moi-même quatre pièces, dont trois appartiennent à M. Désirabode et une à la Faculté (pièce de MM. Marjolin père et Rullier), où on constate de la façon la plus incontestable la présence de dents surnuméraires. On compte toutes les dents normales, et de plus des molaires ou des incisives anormales, comme position et comme nombre.

Aussi la plupart des auteurs classiques ont-ils accepté et reproduit des faits aussi bien démontrés. On a même publié des faits cliniques qui ne peuvent avoir d'autre explication; ainsi on peut lire dans le tome XVI de la 1re série des *Archives* (page 121) le récit d'une triple éruption des deux dernières molaires chez une jeune femme bien constituée d'autre part. Evidemment, il y a là au moins deux dents surnuméraires.

On a remarqué que les dents surnuméraires sont plus fréquentes à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure, et que ce sont plus souvent des incisives que des canines ou des molaires. L'explication de ce fait, qui embarrasse les auteurs du *Compendium de chirurgie*, me paraît des plus simples. Les travaux de Geoffroy Saint-Hilaire et de M. Coste nous en donnent la clef. Ce sont des incisives parce que cette sorte de dents est la plus nombreuse, et ce sont les incisives supérieures parce que l'évolution du maxillaire supérieur est plus tardive que celle du maxillaire inférieur; c'est la même chose que pour le bec-de-lièvre.

J'étais donc fondé à dire que puisque le nombre des dents n'est pas constant, puisque ce nombre peut subir des augmentations ou des diminutions, on ne pouvait regarder comme un signe diagnostique certain des kystes dentaires ou alvéolo-dentaires, l'absence ou la présence d'une ou de plusieurs dents.

Cette argumentation rationnelle n'aurait guère que la valeur d'une probabilité, si d'autres faits ne venaient lui restituer toute sa portée et démontrer péremptoirement que dans les kystes dentaires on peut observer des dents hors nombre et les dents normales, ainsi : fait de Blasius (*Mach. sup.*, 3e série, t. II, p. 408), et fait de Legouest, qui est très-intéressant; et hors rang, en même temps que toutes les dents normales sont en place.

De ces faits, l'un est celui que M. Legouest nous a communiqué; le kyste contenait une canine et une petite molaire, et le bord alvéolaire était pourvu de toutes ses dents normales. Un autre cas est rapporté dans les *Archives* (3e série, t. II, p. 408). Une jeune fille de vingt-deux ans avait une tumeur considérable du sinus maxillaire gauche; elle vint consulter Blasius, qui perfora le sinus au-dessus de la fosse canine par une large ouverture. Une assez grande quantité de liquide s'écoula, et le doigt introduit dans la cavité reconnut à sa partie supérieure un corps lisse et dur encastré dans la paroi orbitaire. Ce corps put être extrait à l'aide d'un mince davier, et fut reconnu pour être une dent canine. *Cette dent*, dit l'auteur, *était non seulement anormale, mais encore surnuméraire.*

Il résulte de tout ceci qu'il peut y avoir des dents surnuméraires; que ces dents surnuméraires peuvent se faire jour à l'extérieur sur le bord alvéolaire; que ces dents surnuméraires peuvent être renfermées dans des kystes alvéolo-dentaires, dont elles sont sans doute la cause déterminante.

En présence de ces faits, le nombre des dents ne peut plus fournir un signe certain de diagnostic pour les kystes alvéolo-dentaires.

COMMUNICATION.

Refoulement de langue. Tumeurs à myéloplaxes des mâchoires. — M. RICHET. Je tiens à communiquer à la Société un fait relatif au refoulement de la langue, et qui vient de se passer il y a trois jours seulement dans mon service.

Un jeune homme de Laon s'est présenté avec une tumeur siégeant à la partie médiane de l'os maxillaire inférieur. Cette tumeur datait de trois mois, et elle s'était montrée après l'avulsion de quelques dents. Je diagnostiquai une tumeur à myéloplaxes, et je vis bientôt que pour guérir il fallait enlever la partie moyenne de la mâchoire. Le malade fut chloroformé. Pour éviter la rétraction de la langue, j'eus recours au moyen suivant : Je fis une incision convenable sur le bord inférieur de l'os, et je le mis à découvert. Je séparai alors la lèvre inférieure et le menton de la face antérieure de l'os, ce qui me permit de soulever la région mentonnière et la lèvre inférieure jusqu'au niveau de la lèvre supérieure. A droite, je fis la section de l'os entre la deuxième et la première molaire, et à gauche entre la première molaire et la canine. Je fis ensuite la section des muscles qui s'insèrent aux apophyses géni. Le malade était d'abord couché; mais au moment de cette dernière section je le fis mettre sur son séant, et je ne vis aucune espèce de rétraction de la langue. Les ligatures étaient faites, lorsque je voulus m'assurer si en rapprochant les deux fragments je produirais le refoulement. A l'instant même, ce rapprochement fut suivi d'étouffement. Au contraire, dès que j'abandonnais les os à eux-mêmes, l'étouffement cessait. La démonstration était très-claire. Depuis l'opération, la langue n'a pas de tendance à se rétracter; elle semble plutôt se porter en avant qu'en arrière. Ce matin même, cinquième jour de l'opération, on peut refaire l'expérience et refouler à volonté la langue, en rapprochant les deux fragments du maxillaire inférieur. J'ai rendu M. Hervez de Chégoin et plusieurs confrères qui suivaient ma visite, témoins de cette expérience.

Puisque j'ai parlé de ce malade, l'on voudra bien me permettre de montrer immédiatement la tumeur que je lui ai enlevée. C'est une tumeur à myéloplaxes, comme je l'avais diagnostiqué. Comme le trait de scie à droite avait laissé une surface un peu altérée, j'ai dû faire une seconde section un peu plus loin. Vous pouvez voir une tumeur à enveloppe exclusivement osseuse, contenant dans son intérieur uniquement des myéloplaxes. Quant au nerf dentaire, il n'était pas atteint, et cela se comprend, d'après la situation de la tumeur sur la ligne médiane, empiétant peu sur les parois latérales.

DISCUSSION.

M. LEGOUEST. Personne ne révoque en doute l'existence du refoulement de la langue chez mon opéré; il s'est reproduit plusieurs fois.

Quant au refoulement indiqué par M. Richet, je le crois possible; mais pour ma part, je ne l'ai pas observé. Dans certains cas de tentatives de suicide, soit par des pistolets, soit par des fusils, assez fréquents, que fait-on? On commence par enlever les esquilles mobiles ou adhérentes, produites sur la mâchoire inférieure; il en résulte quelquefois une perte de substance considérable; on réunit la plaie par des points de suture, et cependant on ne voit point de refoulement de la langue.

Pourquoi voit-on ce refoulement dans un cas et ne l'observe-t-on pas dans d'autres? Pourquoi M. Richet l'a-t-il vu avec une perte de substance de l'os peu grande, tandis qu'à la suite de coups de feu amenant une perte de substance plus grande, on ne le voit point? Il y a là des conditions spéciales que l'on devrait nous faire connaître.

M. FORGET. Je veux faire remarquer qu'au point de vue pratique le fait de M. Richet laisse à désirer.

Il est évident que si on rapproche les deux fragments de la mâchoire, on refoule la langue, et le malade étouffe; mais si on se contente de laisser les fragments en place, je n'ai pas vu qu'il y eût refoulement de la langue. Il me semble dès lors qu'il est nécessaire de distinguer si la pression extérieure intervient ou n'intervient pas. Cliniquement parlant, elle n'est pas en jeu, et dès lors pas de refoulement possible. Si vous pressez et rapprochez les fragments, vous ne faites qu'une expérience curieuse.

M. DOLBEAU. En voyant la pièce de M. Richet, je me demande pourquoi on n'a pas fait une excision de la coque osseuse, suivie d'ablation de la tumeur ou de cautérisations consécutives. Ceci n'est pas une simple vue théorique. En 1855, M. Nélaton pratiqua la résection de toute l'épaisseur de la mâchoire inférieure pour une tumeur à myéloplaxes. Le malade guérit, mais il y eut une déviation telle des dents, que celles de la mâchoire inférieure ne correspondaient plus à celles de la mâchoire supérieure, d'où résultait une grande difficulté dans la mastication.

Plus tard M. Nélaton, se trouvant en présence d'une semblable tumeur, modifia sa manière d'agir; il n'eut plus recours à la résection, il se contenta d'exciser la tumeur et de cautériser le siége de son implantation avec la pâte de Canquoin. Le malade a parfaitement guéri sans avoir une difformité; je crois que l'observation est relatée dans la thèse de M. Eug. Nélaton.

Il y a deux ans, un malade se trouvait dans le service de M. Denonvilliers. Il avait une tumeur de la mâchoire inférieure, pour laquelle on proposait de faire la résection totale du maxillaire inférieur. M. Denonvilliers se contenta de faire une simple excision; le malade guérit.

J'ai moi-même opéré une petite fille pour une tumeur de la ligne médiane du maxillaire inférieur; j'ai fait l'excision avec un gros bistouri, et depuis deux ans la guérison ne s'est point démentie.

J'ai vu à la Société anatomique une tumeur du la mâchoire inférieure enlevée par M. Velpeau il y a une quinzaine de jours; je crois que dans ce cas encore la résection aurait été avantageusement remplacée par l'excision.

Je pense que nous ne connaissons pas encore assez bien les tumeurs à myéloplaxes. Tout ce que nous en savons aujourd'hui nous semble démontrer qu'elles sont assez localisées, et il ne faut se décider à faire de grands sacrifices que si on y est forcé. Guidé par ces principes, je ne fais la résection qu'à la dernière extrémité. Ainsi, il y a deux ans, à l'hôpital Saint-Louis, je fus consulté par un garçon de salle de cet hôpital, qui portait une tumeur à myéloplaxes, ayant la forme d'un gros champignon, et siégeant sur la mâchoire inférieure.

Si on avait voulu tout enlever, il fallait nécessairement lui pratiquer la désarticulation de la mâchoire inférieure. Je me contentai avec un gros scalpel d'enlever tout ce que je pus, et le malade s'en est bien trouvé. En somme, je crois que l'on fait trop souvent et trop facilement la résection de la mâchoire inférieure. Chez la petite fille dont il a été question ici, et que j'ai perdue après l'opération, j'ai d'abord essayé de l'excision, et ce n'est que lorsque j'ai vu qu'il m'était impossible de tout enlever, que je me suis décidé à faire la résection.

M. RICHET. Je vais d'abord répondre à M. Forget. Effectivement, quand on a fait la résection de la mâchoire inférieure, si on a conservé la peau et les parties molles dans leur intégrité, et s'il n'est pas nécessaire de faire la suture, le refoulement n'a pas lieu. Quand je l'ai produit, ce n'était pour ainsi dire que dans le but d'une curiosité physiologique.

Quant à M. Dolbeau, je lui réponds que ce n'est pas sans y avoir bien réfléchi que je me suis décidé à faire la résection chez mon dernier malade. Pour soutenir sa manière de voir, M. Dolbeau s'appuie sur des extirpations incomplètes, et en particulier sur un opéré qui est dans le service de M. Denonvilliers.

Relativement à ce dernier malade, je dirai que je l'ai visité ce matin même. M. Dolbeau dit qu'il est guéri. Or, rien n'est plus inexact. Loin d'être guéri, ce malade porte encore de nombreuses et larges fistules autour de la mâchoire, et il est soumis tous les quinze jours à des cautérisations.

M. Denonvilliers détruit ainsi avec la pâte de Vienne les bourgeons qui ne cessent de se produire dans le sinus maxillaire. Je ne sais ce qui arrivera à ce malade, mais après l'opération que lui a fait subir M. Dolbeau, je crains bien qu'on ne soit obligé de le soumettre à une résection totale du maxillaire supérieur.

M. Chassaignac m'a cité un fait dans lequel on a été obligé de pratiquer trois opérations. Tout cela n'est pas rassurant, et je dois déclarer hautement que je ne suis pas partisan de la chirurgie économique. Ainsi, sur la pièce que j'ai montrée à la Société, il y avait trois tumeurs disséminées dans l'épaisseur de l'os. Si j'avais fait une simple excision, j'aurais eu certainement une récidive. Dans le cas actuel, si M. Dolbeau avait examiné la pièce, il aurait pu voir que dans ma première section à droite j'avais laissé une partie de la tumeur dans le corps de la mâchoire, et qu'il m'a fallu faire une deuxième section.

Cette partie de tumeur s'enfonçait dans la surface du corps de l'os comme une sorte de cupule. Or, avec une simple excision, comment aurais-je pu tout enlever? C'était tenter l'impossible et s'exposer sans motif à une récidive certaine en ne pratiquant point la résection. En agissant, au contraire, comme je l'ai fait, je prétends que j'ai été plus utile à mon malade; je lui ai évité de pénibles souffrances dans l'avenir. J'ai dit que ce n'est pas sans réflexion que j'ai dû prendre cette

décision. En effet, avant d'opérer je me suis éclairé de l'avis de M. Hervez de Chégoin, qui a bien voulu assister à l'opération. Je lui ai exposé mes raisons et il a été convaincu comme moi de la nécessité de ce sacrifice. Si j'avais fait une section du bord alvéolaire, il serait resté de la base de l'os une portion tellement mince qu'elle n'aurait eu que deux millimètres. Or, je suis certain qu'un mouvement intempestif, ou bien les phénomènes d'inflammation, auraient suffi pour en produire la fracture. Dans ce cas, quel avantage aurais-je obtenu? Oui, je le déclare hautement, je rejette les opérations incomplètes, et je préfère les opérations radicales.

M. VERNEUIL. Je suis bien aise d'avoir entendu l'argumentation de M. Richet. Comme lui, je suis l'ennemi de la chirurgie parcimonieuse. A ce propos, je relaterai ici une observation très-concluante.

Une jeune fille, très-bien portante du reste, portait à la mâchoire inférieure une tumeur à myéloplaxes. On lui fit une excision et une abrasion. Un moment on crut à la guérison, mais une récidive ne tarda pas à se manifester. Il fallut alors lui enlever une moitié de la mâchoire, et elle succomba aux suites de cette dernière opération.

On est en droit, dès lors, de se demander si on aurait eu un résultat aussi fâcheux en faisant la première fois une résection au lieu d'une opération incomplète.

Je connais un autre fait aussi probant. Dans un hôpital, un interne en pharmacie portait une tumeur de la mâchoire; un chirurgien distingué lui fit une excision; l'excision étant faite, il pratiqua plusieurs cautérisations avec le fer rouge. On croyait avoir tout enlevé ou tout détruit, mais bientôt on vit repousser de nouveaux bourgeons; on les cautérisa encore avec le fer rouge, mais avec le même insuccès, les bourgeons reparaissaient toujours. Depuis, cet interne a quitté Paris avec les marques trop certaines d'une récidive. La pièce de M. Richet présentée dans une de nos précédentes séances est très-probante, et fournit une explication bien évidente de la cause de ces récidives.

On pourrait avec raison comparer les tumeurs à myéloplaxes de la mâchoire inférieure aux cancroïdes des lèvres. Pour prévenir les récidives, il faut dans ces sortes d'affections faire des sacrifices et enlever radicalement le mal dans sa racine. Fidèle à ces principes, j'ai toujours cherché à dépasser les limites du mal. Dernièrement, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai enlevé une petite tumeur à myéloplaxes égale en volume à la moitié d'une cerise. Il semblait qu'il suffisait d'un coup de ciseaux pour en débarrasser le malade, et cependant j'ai procédé autrement pour n'avoir pas de récidive. J'ai sacrifié quatre dents, et j'ai dû reséquer une bonne partie du rebord alvéolaire. J'ai, dans cette circonstance, eu recours à un procédé très-simple qui dispense de faire usage de la scie ou de la gouge. A la base de la partie malade j'ai pratiqué trois perforations dans le maxillaire inférieur. Puis, avec une pince de Liston, j'ai fait sauter cette partie en réunissant les perforations. Bien m'en a pris d'avoir ainsi sacrifié largement les parties, car j'ai pu m'assurer sur la pièce que le périoste alvéolo-dentaire était malade jusqu'au fond de l'alvéole. Je le demande, dans cette circonstance l'excision simple de la tumeur n'aurait-elle pas été infailliblement suivie de récidive? Je constate, au contraire, qu'après mon opération il n'y en a pas eu.

Quant au malade qui est dans le service de M. Denonvillers et qui a été présenté comme guéri par M. Dolbeau, je puis assurer qu'il ne l'est point. L'opération qu'on lui a pratiquée a été complétement inutile, parce qu'elle était incomplète, parce qu'on a employé pour lui la chirurgie économique.

M. DOLBEAU. Si ce malade n'est pas guéri, il a du moins éprouvé du soulagement. J'admets que l'on soit obligé de lui faire une autre opération plus tard, mais on peut toujours attendre. J'ai cité deux cas de guérison. Je suis partisan de la chirurgie économique, parce que je me mets à la place des malades, et, si j'avais leur mal, j'essayerais d'abord d'une excision. Si vous êtes conséquents avec vos principes, au lieu de réséquer une partie de l'os, il faut l'enlever tout entier.

M. TRÉLAT. Il me semble que l'on ne s'entend pas bien; je crois qu'on abuse de l'expression *tumeurs à myéloplaxes*. On ne parle pas des tumeurs fibreuses dans ce débat. M. Dolbeau demande que les tumeurs bénignes de la mâchoire soient ouvertes, excisées avant d'en arriver à la résection; mais cette demande me paraît très-rationnelle; je suivrai toujours cette conduite. MM. Richet et Verneuil répondent qu'ils craignent les récidives. Mais qu'est-ce que ces tumeurs qu'on a enlevées? Il est évident que s'il s'agit d'une tumeur qui a récidivé, il faudra aller plus loin: c'est encore rationnel. La tumeur que nous avons enlevée à une petite fille était fibreuse. Il faut regarder la tumeur avant d'aller plus loin. Faites, au besoin, la ponction exploratrice.

M. FORGET. Je suis de l'avis de M. Trélat. On aura toujours avantage à rechercher la nature de la tumeur avant de l'enlever. Je crois qu'on évitera ainsi des opérations graves. Certains produits enkystés, certains abcès osseux, ne doivent pas être soumis à des résections; l'excision suffit pour les combattre.

Il y a quelques semaines, une jeune dame vint me consulter pour une tumeur de la mâchoire inférieure. Cette tumeur formait une saillie assez considérable dans la cavité buccale, et les deux dents qui lui correspondaient étaient mobiles. Je lui proposai une opération; elle la refusa. Elle attendit encore trois mois, au bout desquels elle revint me voir. La tumeur avait fait des progrès, et je constatai alors une tumeur à myéloplaxes. Au premier abord, j'avais eu l'intention de faire la résection, mais j'y renonçai pour l'excision et l'abrasion suivies de la cautérisation au fer rouge. Jusqu'ici tout s'est bien passé; mais en présence des faits qui se sont produits dans cette discussion, j'avoue que j'ai quelques craintes pour une récidive.

A propos du manuel opératoire, je dois ajouter que dans ce cas j'ai eu recours à un procédé qui me paraît encore plus expéditif que celui employé par M. Verneuil en pareille circonstance. Je me suis servi d'une pince à mors très-aiguës, et saisissant le bord alvéolaire par sa base, j'ai, d'un coup, fait partir les deux alvéoles. J'ai ruginé ensuite la surface de la plaie.

En ce qui concerne le fait de M. Richet, je le regarde comme très-démonstratif, et je déclare hautement que j'aurais agi comme il l'a fait. Il est très-évident que là une abrasion avec excision aurait été insuffisante et suivie de récidive.

En résumé, il faut savoir se guider d'après les circonstances, et le diagnostic n'est pas toujours assez simple pour que l'on puisse avoir une opinion exclusive.

M. RICHET. On disait que la question avait dévié; c'est très-juste. Au point où en est la question, il ne s'agit plus de savoir s'il faut ou non sacrifier plus ou moins, il s'agit de poser son diagnostic. Je ne crois pas qu'en présence de mon malade, il y ait un seul chirurgien qui se serait contenté de faire ce que propose M. Dolbeau. Je tiens avant tout à établir nettement dans ce débat que je ne fais pas une résection de la mâchoire pour une épulis simple. Je n'ai jamais parlé d'une semblable tumeur dans ma communication; je ne voudrais pas que l'on me fît dire ce que je n'ai pas dit. Toute la question se réduit à ceci: établir le diagnostic. Sur cette base, il est évident que l'on pourra s'entendre.

M. VERNEUIL. Je reproche à M. Dolbeau d'avoir exagéré son argumentation. Quand les tumeurs de la mâchoire sont petites, nous ne réséquons pas. Et malgré l'assertion de M. Dolbeau, je puis l'assurer que nous traitons nos malades comme nous voudrions qu'on nous traitât nous-mêmes.

Si, après des opérations insuffisantes, nous avons vu des récidives conduire à des opérations graves, nous sommes décidés avec connaissance de cause à faire une opération radicale en premier lieu. Il faut enlever tout ce qui est malade, et pour les tumeurs à myéloplaxes comme pour les cancroïdes, il ne faut pas ménager les pertes de substance si l'on veut éviter des récidives fâcheuses. M. Dolbeau cite des cas de guérison; mais j'ai montré de mon côté plusieurs faits de récidive qui sont loin d'être favorables à son opinion.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 11 août 1862, M. Sénard, chirurgien principal de la marine, est nommé second médecin en chef dans le service colonial, pour continuer à être détaché en cette qualité comme adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine.

MM. Villette, chirurgien principal de la marine, et Riou-Kérangal, chirurgien de 1re classe, sont nommés seconds médecins en chef de la marine (service colonial).

M. Collin, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Marseille, est nommé à l'emploi de médecin principal de 2e classe.

— Par divers décrets rendus à l'occasion de la fête du 15 août ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, savoir

Au grade de commandeur.

MM. Barthez, médecin-directeur de l'hôpital militaire de Vichy, et Hutin, médecin inspecteur des armées.

Au grade d'officier.

MM. Armand, médecin-major de 1re classe;
Bigot, chirurgien principal de la marine;
Danyau, chirurgien en chef de la Maison d'accouchements;
Decaisne, professeur au Muséum;
Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg;
Gavarret, professeur à la Faculté de médecine de Paris;
Godelier, médecin principal de 1re classe;
Hervez de Chégoin, membre de l'Académie de médecine;
Laborie, médecin en chef de l'Asile impérial de Vincennes;
Lecoq, professeur à la Faculté des sciences de Clermont;
Louvel, chirurgien des Maisons impériales de St-Denis et d'Ecouen;
Roche, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier.

MM. Bérenger, chirurgien de 2e classe de la marine;
Berquier, pharmacien aide-major de 1re classe;
Blot, agrégé près la Faculté de médecine de Paris;
Brohon, infirmier-major, sergent;
Cédont, chirurgien de 2e classe de la marine;
Couffon, chirurgien de 2e classe de la marine;
Daremberg, bibliothécaire à la bibliothèque Mazarine;
Desbarreaux-Bernard, professeur à l'Ecole préparat. de Toulouse;
Dubourquois, chirurgien de 2e classe de la marine;
Duchartre, membre de l'Institut;
Daumas, médecin aux eaux de Vichy;
Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier;
Faure, pharmacien-major de 1re classe;
Gafreau, professeur à l'Ecole préparatoire de Lille;
Hattute, médecin-major de 2e classe;
Hupé, aide naturaliste au Muséum;
Jacquemier, membre de l'Académie de médecine;
Japiot, médecin-major de 2e classe;
Lebidois, professeur à l'École préparatoire de Caen;
Lombard, médecin des Jeunes aveugles;
Mabit, médecin du lycée de Bordeaux;
Macé, chirurgien de 1re classe de la marine;
Meurs, médecin-major de 2e classe;
Moutard-Martin, médecin à l'hôpital Beaujon;
D'Orbigny, aide naturaliste au Muséum;
Pellarin, chirurgien de 1re classe de la marine;
Péruy, médecin-major de 2e classe;
Poggioli, ancien chirurgien militaire;
Sollier, médecin major de 2e classe;
Thomas, professeur à l'École préparatoire de Tours,
Tixier, professeur à l'École préparatoire de Clermont.

La médaille militaire a été accordée aux infirmiers militaires: Vray, Mongis, Souvigny, Veyssière, Touzet, Nièze, Michaut, Porcheron, Lescure.

BULLETIN BIBLIOGRABPHIQUE.

Manuel d'anatomie pathologique générale et appliquée, contenant la description et le catalogue du Musée Dupuytren, par Ch. HOUEL, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, conservateur du Musée Dupuytren. 2e édition, 1862. Un volume grand in-18. Prix: 7 fr. Vient de paraître à la librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 97. — JEUDI 21 AOUT 1862. (35e ANNÉE.) N° 97. — JEUDI 21 AOUT 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 AOUT 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un incident grave et qui a provoqué de vives réclamations de la part de plusieurs membres, a eu lieu hier au commencement de la séance. On se rappelle que dans l'une des précédentes séances, M. Vernois faisant un rapport sur un mémoire de M. Bouchut, relatif à un nouveau procédé de docimasie pulmonaire, concluait en disant qu'il n'y avait rien de nouveau dans ce travail, et que ce que M. Bouchut indiquait comme un procédé de son invention était généralement connu des médecins adonnés aux études médico-légales. M. Bouchut a cru devoir en appeler de ce jugement au jugement du public médical, en insérant dans l'*Union médicale* son mémoire augmenté d'une réponse à la revendication de priorité dont il a été l'objet, et d'expériences nouvelles destinées à réfuter quelques-unes des objections du rapport. M. Vernois est venu dénoncer ce fait à la tribune, grossi d'une accusation de déloyauté motivée sur ce que M. Bouchut aurait fait subir à son mémoire, en le publiant, des altérations, des additions et des retranchements qui changeaient le sens et la portée du rapport.

Cette accusation portée contre un savant étranger à l'Académie, et qui ne pouvait y répondre directement, a produit un sentiment à peu près unanime de réprobation. Et, en examinant en effet ce mémoire, on voit que s'il diffère en quelques points du travail présenté à l'Académie, ils ont été indiqués par une note de l'auteur, et ces modifications portent seulement sur des points tout à fait secondaires. N'y a-t-il donc pas lieu de regretter que le rapporteur n'ait pas mis plus de modération et de retenue dans ses paroles?...

L'Académie a entendu dans cette séance une excellente dissertation de M. Beau sur la question du goître exophthalmique, et une lecture de M. Laborie, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements. — Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Ovariotomie pratiquée avec succès par M. Nélaton.

Observation et réflexions par M. le docteur d'HEURLE, ancien interne des hôpitaux.

Mme T..., âgée de quarante et un ans, d'une santé habituellement bonne, a encore ses père et mère, qui ne sont atteints d'aucune maladie ni infirmité ; réglée à douze ans, mariée à vingt-trois, elle est accouchée à vingt-cinq d'une fille bien portante.

En octobre 1855, cette dame, voyant le ventre grossir, vint me consulter pour savoir si elle était enceinte ; ses règles continuaient à paraître, et après un examen attentif je crus pouvoir diagnostiquer un kyste de l'ovaire gauche, et conseillai à la malade de ne rien faire. Elle alla consulter quelques médecins et une foule d'empiriques ; tous les traitements échouèrent, comme cela devait arriver, et le 12 juin 1861 je revis Mme T..., dont l'abdomen avait acquis un volume tel que, tombant en forme de besace, il dépassait les genoux ; le poids en était insupportable, et la dyspnée était arrivée à son plus haut degré. L'utérus faisait en dehors de la vulve une saillie de 8 centimètres. L'état général était bon, a menstruation régulière.

Le 16 juin, je pratiquai la ponction ; il s'écoula 40 litres de liquide jaune citron et de consistance un peu épaisse. Je reconnus alors une énorme masse formée par des kystes de différentes grosseurs, depuis le volume d'une tête d'enfant jusqu'à celui d'une petite orange. Cette masse flottait dans l'abdomen entourée d'une atmosphère liquide ; c'était un kyste multiloculaire, par conséquent pas d'injection iodée possible.

Du 16 juin 1861 au 4 juillet 1862, la malade fut ponctionnée treize fois, sans compter l'évacuation du liquide de cinq kystes des plus volumineux et des plus accessibles.

La coloration et la densité du liquide évacué (600 litres environ) ont varié ; deux fois la coloration a été plus foncée et la densité a été toujours en augmentant. Les kystes nous ont toujours donné un liquide visqueux, et une fois de consistance de gelée. Lors des dernières ponctions, les jambes ne s'œdématiaient plus, et la malade n'éprouvait presque plus de dyspnée ; elle était seulement retenue sur son lit par le poids énorme de son ventre.

A la suite des ponctions, nous n'avons jamais eu d'accidents, si ce n'est deux fois des coliques intenses, et une fois, lors de la ponction d'un kyste, un écoulement de sang assez considérable.

Les règles se sont supprimées depuis le mois de janvier.

En avril et mai, lors des neuvième et dixième ponctions, je priai plusieurs de mes confrères d'examiner avec moi la malade, et de me donner leur avis au sujet de l'ovariotomie que je me proposais de pratiquer, et qui, en présence de l'inutilité de mon traitement palliatif, me paraissait être la seule chance de salut. La malade réclamait d'ailleurs une intervention plus active, acceptant toutes les chances de cette opération.

Les chirurgiens et médecins qui voulurent bien se rendre à l'invitation que je leur fis de me donner leur opinion furent d'avis qu'il fallait attendre, et qu'il serait téméraire de pratiquer l'ovariotomie.

Ils avaient d'ailleurs reconnu avec moi que le kyste était multiloculaire, qu'il avait un pédicule commun, que l'utérus était mobile ; mais ils craignaient des adhérences avec d'autres organes et n'étaient pas assez édifiés sur l'opportunité de l'opération.

Sollicité par Mme T..., et croyant fermement qu'il n'y avait pas pour elle d'autre ressource, je résolus de pratiquer l'ovariotomie, et le 4 juillet je fis préalablement la dernière ponction.

Voici quel était le volume de l'abdomen :

De l'appendice xiphoïde au-dessus de la vulve, 0,92 centimètres ; d'une épine iliaque à l'autre, 106.

M. Martin-Magron, mon maître et mon ami, me donna le conseil de prendre l'opinion d'un homme dont le nom fait autorité dans la science. Je conduisis Mme T... chez M. Nélaton, qui, dès qu'il l'eut examinée, me proposa, avec sa bienveillance ordinaire, de l'opérer lui-même, ce que j'acceptai avec reconnaissance pour la malade, heureux de la voir placée entre des mains plus habiles. La malade n'est préparée d'aucune façon ; elle nous aide à disposer tout ce qui est nécessaire, et le lendemain 9 juillet, à huit heures et demie du matin, à son domicile, situé à Montrouge, près des fortifications, en présence de MM. Martin-Magron, Philipeau, Bastien Duret et Sorel, l'opération fut pratiquée par M. Nélaton de la manière suivante :

La malade est placée sur une table recouverte d'un matelas, la tête un peu soulevée ; les jambes écartées, dépassant le matelas et reposant sur des chaises, sont maintenues dans cette position par deux aides. Les éponges et les mains du chirurgien ont été trempées et lavées à plusieurs reprises dans de l'eau tiède. La malade est chloroformée, et, sans attendre la résolution, dès que l'insensibilité est constatée, M. Nélaton incise couche par couche l'abdomen jusqu'au péritoine, dans une longueur de 25 centimètres, depuis l'ombilic jusqu'au-dessus du pubis. Par une petite ouverture faite au milieu de l'incision, il introduit une sonde cannelée sur laquelle il incise le péritoine en haut et en bas. Un flot de liquide s'échappe, c'est celui qui est contenu dans la cavité abdominale ; alors apparaît entre les lèvres de la plaie la tumeur ovarique. Le chirurgien, à cause de son énorme volume, ponctionne successivement deux kystes ; le liquide s'échappe brusquement, tant entre les parois des kystes et la canule que par la canule elle-même. Cette manœuvre prenait du temps ; nous n'avions pas à redouter, du reste, l'épanchement dans l'abdomen ; ce que voyant, M. Nélaton introduit ses deux mains jusqu'au milieu de l'avant-bras, et, soulevant la masse, il l'énucle libre de toute adhérence.

Pendant ces manœuvres, deux syncopes étaient survenues ; la respiration avait cessé. Nous dûmes renoncer à continuer l'emploi du chloroforme, et nous plaçâmes, sur l'avis de M. Nélaton, la malade la tête en bas ; chaque fois ce moyen réussit, et la malade respira de nouveau.

Ce furent les seuls accidents qui troublèrent l'opération. Le pédicule était très-court ; la tumeur était sessile ; une grosse ficelle dut être jetée à la base de la tumeur pour étreindre le pédicule et faciliter l'application du *clamp*, que l'on isole avec un morceau de flanelle. Lorsqu'il est bien fixé, M. Nélaton coupe le pédicule, après s'être bien assuré toutefois qu'aucune portion n'a pu échapper à la constriction. La tumeur laisse échapper une portion notable de liquide par les ouvertures qui ont été faites.

L'intérieur du ventre est abstergé avec le plus grand soin jusque dans ses moindres anfractuosités, et M. Nélaton applique lentement quatorze points de suture métallique, s'assurant fréquemment qu'il ne se fait pas d'hémorrhagie.

Deux petites artères seulement sont liées sur le trajet de l'incision ; les bords de la plaie sont affrontés de façon que les parties semblables se correspondent, péritoine contre péritoine, etc. ; la plaie est pansée à plat ; le ventre, entouré de ouate, est maintenu avec une ceinture de flanelle, et la malade, vêtue seulement d'une courte chemise de flanelle et enveloppée dans une couverture de laine, est transportée dans son lit.

La journée se passe bien ; la figure reste toujours bonne, le moral excellent ; la chaleur est entretenue à l'aide de cruchons remplis d'eau, qui sont enlevés vers le soir, parce que la malade ne s'est pas refroidie et qu'elle se plaint de la chaleur. Il n'y a pas eu d'altération ; on a donné en petite quantité de l'eau et du sirop de groseille à la glace, et, à part, six cuillerées à café de cognac.

Le soir, à huit heures et demie, 112 pulsations ; la malade se soulève pour uriner dans un bassin plat.

La nuit est bonne ; la malade a bu au moins six verres d'eau avec du sirop de groseille ; et à cinq heures du matin elle vomit sans efforts par régurgitation ; le liquide rendu est teinté de vert.

Le 10 juillet, pouls à 84. La malade urine facilement et abondamment ; elle a des nausées qu'elle attribue à la chaleur. La journée se passe bien, à part les coliques. A quatre heures, le pouls, toujours de bonne qualité, est à 80. La nuit est bonne ; pas d'altération.

Le 11, bonne journée ; cependant encore des coliques et des nausées, qui ne sont pas assez intenses pour qu'on juge à propos d'y remédier. Pouls à 80. La plaie, qui a la forme d'un S, est presque réunie par première intention ; pas de ballonnement du ventre.

Le 12, l'état est très-satisfaisant ; le pouls est à 84. La respiration donne le chiffre de 20 par minutes. M. Nélaton enlève une partie de la flanelle qui garnissait le clamp, situé à une certaine profondeur, à cause de la brièveté du pédicule. Cette manœuvre, rendue difficile par la profondeur de l'infundibulum, détermine quelques douleurs. On donne un potage et de l'eau de Seltz. La miction se fait facilement.

Le 13, les coliques deviennent plus rares et disparaissent. Pouls à 84. La malade accusait dès l'apparition des douleurs deux sensations différentes ; l'une avait son siége dans le bas du ventre, et surtout à gauche ; l'autre se faisait sentir dans les intestins. Les premières ont disparu avant les dernières. La malade croit toujours avoir besoin d'aller à la garde-robe. Afin d'éviter les mouvements chez Mme T..., que l'on a bien de la peine à maintenir, on a attendu pour donner un lavement, qui est rendu comme il avait été pris. Le clamp est enlevé par M. Nélaton, qui remplit l'infundibulum de charpie carbonifère. Pour régime : potages, poulet, vin, eau de Seltz. Pouls à 82.

Le 14 et le 15, même état satisfaisant.

Le 16, enlèvement des fils de suture.

Le 17, les intestins, qui comme tous les autres organes avaient été comprimés, ont repris leur volume ordinaire, et me font craindre un moment qu'un peu de liquide ne se soit reproduit.

Le 18, le pus qui séjourne au fond de l'infundibulum donne de l'odeur ; on panse trois fois par jour, et on imprègne la charpie d'eau chlorurée.

Du 19 au 25, rien de particulier. Un petit abcès s'est formé sur le côté droit et au niveau du sixième point de suture.

Le 26, la sécrétion du pus se tarit ; l'infundibulum diminue de profondeur.

Le 27, la malade se lève.

Du 28 au 31, la guérison se confirme de plus en plus. L'enfoncement s'efface davantage encore et devra disparaître bientôt presque complétement.

Aujourd'hui, quarante jours se sont écoulés depuis l'opération, la malade n'offre plus rien de particulier qu'une longue cicatrice au bas de laquelle existe un petit enfoncement. La santé est parfaite. Il y a seulement un peu de liquide dans l'abdomen, ce que nous avions prévu, pensant bien que le péritoine ne pouvait pas cesser brusquement d'être le siége d'une hypersécrétion qui avait eu lieu pendant sept ans.

Examen du kyste, par M. le docteur HOUEL.

Vide de son liquide ou à peu près, au moment où M. Nélaton me l'a apporté, le kyste formait encore une masse du volume de deux têtes d'adulte, et il pesait environ 1 kilogr. 500 gram. Sa surface, qui était bosselée, inégale, présentait dans certains points un épaississement fibro-cartilagineux, tandis que dans d'autres elle était mince. Elle était en outre sillonnée par un nombre considérable de veines volumineuses, dont les principales, distendues par une injection, avaient le volume du pouce et constituaient des espèces de sinus. Les artères, au contraire, étaient très-petites. En outre, il existait à la surface du kyste, indépendamment des ponctions qui ont été faites au moment de l'opération pour l'extraction du liquide, trois ou quatre pertuis de grandeur variable, à bords minces cicatrisés, qui communiquaient dans les loges du kyste. Il est probable qu'ils résultaient des anciennes ponctions dont les orifices fistuleux établissaient une communication entre ces kystes et la cavité péritonéale.

L'incision des poches principales du kyste, qui sont peu volumineuses, puisqu'aucune n'était capable de contenir plus d'un litre de liquide, démontre dans les parties profondes l'existence d'un très-grand nombre de kystes en forme de grappe, dont le volume varie entre celui d'une orange et d'une noisette. Tous ces petits kystes, qui résultent du développement des œufs de la vésicule de Graaff, contenaient un liquide filant, colloïde ; leur paroi, quelquefois épaisse, d'autres fois mince, se déchirait avec une extrême facilité.

REMARQUES. — Sans nous préoccuper des motifs qui ont déterminé les chirurgiens et les médecins que nous avions consultés tout d'abord, hommes d'ailleurs très-compétents en pareille matière, dans l'avis qu'ils nous ont donné, nous devons faire observer que l'opération et ses suites ont confirmé toutes nos prévisions.

A cet égard, et au point de vue des règles qui peuvent être tracées par des chirurgiens plus autorisés que nous, je ferai remarquer :

1° Que l'examen de la tumeur conduisait à considérer l'ovariotomie comme étant sinon facile, au moins très-praticable.

2° Que les urines n'étant ni sucrées ni albumineuses ; les membres inférieurs d'ailleurs et les téguments de l'abdomen n'étant plus infiltrés lors des dernières ponctions, l'ascite était

due à la présence des kystes dans l'abdomen. Elle était aussi une forte présomption sur l'absence d'adhérences des kystes aux parois abdominales, malgré les nombreuses ponctions pratiquées, ce que j'avais prévu et annoncé, pensant bien que l'épanchement ascitique, qui se faisait d'une manière incessante, devait empêcher toute inflammation adhésive.

La quantité de liquide sécrété peut être évaluée pour les derniers mois à deux litres par jour.

3° L'intervalle des ponctions se rapprochant et l'évacuation des kystes n'ayant pas notablement modifié la sécrétion du liquide ascitique, il était évident pour tous que la mort n'était plus qu'une question de temps.

4° Et enfin, non-seulement nous étions convaincu que l'ovariotomie offrait la seule chance de salut, mais encore la malade, très-énergique, réclamait instamment cette opération, dont elle connaissait toute la gravité. Le consciencieux travail de M. Worms et la brochure de M. Ollier m'avaient édifié autant que possible sur la légitimité de l'opération; il n'y avait donc plus à hésiter.

Avions-nous quelque avantage à attendre encore? Evidemment non. La santé générale s'était conservée parfaite; les membres inférieurs n'étaient plus œdématiés. L'état local, à part la sécrétion ascitique et kystique, ne laissait rien à désirer au point de vue d'une opération, et nous pensons avec M. Backer-Brown, et contrairement à l'opinion de M. Clay (de Manchester), que l'organisme sain est toujours plus apte à supporter un grand traumatisme.

Un moment nous eûmes la pensée d'attirer les kystes au dehors par une étroite ouverture en les vidant successivement; ce mode d'opérer avait, parait-il, été déjà employé par M. Langenbeck; mais en réfléchissant que ce moyen pourrait n'être pas radical, qu'il faudrait y revenir plusieurs fois et qu'alors il nous offrirait des chances de mort multipliées, nous y avons renoncé, et l'examen de la tumeur nous a prouvé que ce procédé eût été mauvais et qu'il peut être appliqué seulement dans le cas de kyste uniloculaire et à parois très-minces.

N'a-t-on pas lieu d'être surpris de l'innocuité de toutes les manœuvres sur ce péritoine qu'on ne touchait une première fois qu'en tremblant? Treize fois il est soumis à des ponctions pratiquées avec un trocart de gros calibre; deux autres fois nous introduisons dans l'abdomen une forte canule aplatie qui laisse se développer deux ailerons destinés à empêcher le retrait des kystes; les manœuvres deviennent de plus en plus hardies pour l'exploration des kystes; et enfin, lors de l'extraction de la masse kystique, ce péritoine est incisé, mis à l'air, épongé et suturé, sans qu'il en résulte même un accès de fièvre.

M. Nélaton a déjà fait ressortir cette considération à la tribune de l'Académie de médecine; mais, pour l'expliquer, ne pourrait-on pas admettre que la sensibilité et la vitalité du péritoine sont modifiées sous l'influence de la sécrétion abondante des fluides blancs, de la macération, et de la distension à laquelle est soumise cette membrane séreuse dans les cas d'ascite? La conséquence, au point de vue de l'ovariotomie, serait celle-ci : c'est que le péritoine sera d'autant moins accessible à une inflammation consécutive, que l'hydropisie ascite accompagnera l'hydropisie enkystée, circonstance qui deviendra une indication d'opération au lieu d'être un empêchement, comme quelques chirurgiens l'ont pensé.

Quant à la reproduction en petite quantité du liquide de l'ascite, elle n'a rien qui puisse nous inquiéter; elle était prévue : et ce qui pourrait arriver de plus mauvais, c'est que nous fussions obligés de lui donner issue par une ponction. Quant au fait de savoir si l'ascite était due à la présence des kystes, c'est indiscutable, puisque en quarante jours nous n'avons pas dans l'abdomen la quantité de liquide qui y était sécrété en quarante heures pendant les huit ou dix derniers mois.

L'opium, contrairement à l'opinion des chirurgiens anglais, n'a pas été administré; nous pensons qu'il n'a d'autre utilité que de combattre l'élément douleur.

Il est maintenant une condition à laquelle nous attachons la plus haute importance, c'est l'éloignement des centres de population et de tout foyer d'infection; notre malade, comme nous l'avons dit, habitait Montrouge, près des fortifications; sa chambre était exposée au midi, et devant elle s'étendaient des jardins et des champs.

Nous pensons aussi qu'il est bon d'enlever toute espèce de vêtement, de couvrir et d'entourer seulement la malade de laine, de telle façon qu'on n'ait à lui faire exécuter aucun mouvement une fois l'opération terminée.

Nous sommes bien loin des opinions formulées il y a six ans à l'Académie de médecine sur l'extirpation des kystes de l'ovaire; nous croyons que la légitimité de cette opération est aujourd'hui acquise à la chirurgie française; les faits en si grand nombre observés à l'étranger et ceux peu nombreux encore que nous possédons, mais qu'il est si facile de vérifier, feront disparaître, nous l'espérons, les appréhensions qui ont jusqu'ici arrêté nos chirurgiens et ont très-certainement empêché d'arracher à la mort un nombre de femmes assez grand pour nous faire regretter de n'avoir pas imité plus tôt nos voisins d'outre-Manche.

Il n'est pas douteux que l'avenir nous réserve des succès dans les cas si nombreux où la multiplicité et le volume des kystes devront compromettre, dans un avenir prochain, la vie des malades, et ne laissent d'autres chances de vie que l'ovariotomie.

Cette observation a la plus grande ressemblance avec celle de M. Clay (de Manchester), rapportée dans l'excellent travail de M. Worms, *De l'extirpation des kystes de l'ovaire*, page 33.

HOPITAL DE CHATEAUDUN. — M. RAIMBERT.

Coup de feu à poudre sous la mâchoire inférieure. — Inflammation œdémateuse très-étendue autour de la partie contuse. — Symptômes d'empoisonnement. — Mort.

Lésions anatomiques internes ayant la plus grande analogie avec celles produites par le virus charbonneux à la suite de la pustule maligne. — Inoculation des tissus altérés à un lapin. — Insuccès de l'inoculation.

(Communiqué à la Société de chirurgie, séance du 6 août.)

Roger, âgé de dix-neuf ans, chasseur au 5e régiment, entre à l'hôpital le 21 octobre 1861.

Nous recueillons sur les causes de sa blessure les renseignements suivants :

Ce militaire avait commis des fautes graves et déserté. Sur le point d'être mis en prison pour être traduit ultérieurement devant un conseil de guerre, il quitte le quartier de cavalerie avec le projet de se suicider, et emporte un pistolet qu'il dissimule dans son pantalon. Bientôt après il se tire sous la mâchoire un coup de cette arme chargée à poudre seulement; puis il rentre rapportant la balle, qui s'était par hasard échappée du canon sans qu'il s'en aperçût d'abord, est mis de suite en prison, le 14 ou le 15 octobre, et y reste jusqu'au 18.

La veille de ce dernier jour, le médecin avait remarqué que ce militaire avait un peu de gonflement au cou.

Le 18, il croit apercevoir une petite eschare au côté gauche de cette partie, et constate une augmentation de la tuméfaction. Il fait alors sortir ce militaire de prison et l'admet à l'ambulance.

Le 21, il lui trouve de la fièvre et de l'incertitude dans la marche; la tuméfaction a subi un nouvel accroissement. Le blessé est envoyé à l'hôpital. Il s'y rend porté par ses camarades, mais il peut monter l'escalier soutenu seulement par les bras.

Cet homme, examiné le jour même de son entrée (21), présente au-dessous de la mâchoire inférieure une large surface grisâtre, boursouflée, qui s'étend d'un côté à l'autre, et se prolonge davantage du côté droit, où elle atteint l'angle de la mâchoire. De haut en bas, elle s'étend depuis le menton jusqu'à l'os hyoïde ou le bord supérieur du larynx. A gauche, près de la ligne médiane et de l'os hyoïde, nous remarquons une surface ronde de la largeur d'une pièce de 1 franc, sur laquelle la peau n'a subi aucune altération. Autour de la surface grisâtre et au-dessous les tissus sont très-tuméfiés, œdémateux, d'une résistance médiocre, et donnent la sensation d'une pâte ferme. La tuméfaction est plus étendue du côté droit que du côté gauche. A droite, elle occupe toute la partie latérale du cou, presque jusqu'à la nuque, et a une teinte d'un rose légèrement violâtre. En bas, elle s'étend sur toute la partie antérieure du thorax jusqu'à sa base; la peau a conservé sa couleur normale; elle est même peut-être plus pâle; sa chaleur est évidemment moindre que celle des parties saines. Elle offre au toucher la même sensation d'état pâteux que les parties situées autour de la lésion sous-maxillaire. L'aspect de toutes ces parties nous rappelle celui du gonflement, souvent très-étendu, qu'on observe autour d'une pustule maligne datant de plusieurs jours.

Le blessé a de la peine à avaler, sa respiration est un peu bruyante, sans paraître notablement gênée. A l'auscultation, nous constatons la pénétration complète de l'air dans les poumons, dont le bruit vésiculaire est un peu dur. Le pouls est peu développé, mou, très-dépressible. Pas de céphalalgie. Le malade a des vertiges et de la peine à se tenir debout, mais il se tient assez facilement et volontiers assis dans son lit. — Eau vineuse, eau de groseilles; cataplasmes couverts de taffetas gommé, bouillon.

Le 22, diminution du gonflement sur toutes les parties œdématiées et principalement sur la poitrine. Le malade dit sa respiration moins gênée; il a des nausées et une sensation de gêne dans la gorge qui le porte à faire des efforts fréquents pour cracher. Il vomit de temps en temps ses boissons, et surtout l'eau vineuse. Il se tient assis ou couché sur le côté droit; le décubitus latéral gauche lui est impossible. Sensation générale de malaise extrême, constipation, douleurs de ventre, et besoin d'aller à la selle sans pouvoir le satisfaire. Il se lève, quoique titubant, et se rend plusieurs fois seul aux latrines. — Eau de groseilles, limonade purgative.

Le 23, le malade a été plusieurs fois à la selle; l'état du gonflement est à peu près le même, il n'a pas notablement diminué depuis hier. Quelques portions de la surface grisâtre, détachées par les cataplasmes, laissent à nu de petits points rougeâtres. Autour de cette surface, on observe aussi un liséré rouge, comme si elle allait se séparer de la peau saine.

Le pouls est imperceptible; la peau se refroidit et prend, aux mains et à la face surtout, une légère teinte violâtre. Agitation, anxiété, malaise général extrême, que le malade ne peut définir. — Vin de Bordeaux additionné de 30 gr. de sirop de morphine par verre, à prendre par petites cuillerées; potion diacodée avec 1 gr. d'extrait de quinquina; eau de groseilles; cataplasmes saupoudrés de poudre de quinquina.

Le malade vomit le vin, mais conserve la potion; il ne veut boire que de l'eau de groseilles. Il a des besoins fréquents d'uriner qu'il ne peut satisfaire; oppression plus prononcée, dont il accuse ce besoin non satisfait. La percussion de l'hypogastre ne fait pas constater la distension de la vessie par de l'urine.

Le malade ne sait quelle position tenir dans son lit; il se plaint d'une assez vive douleur à la partie supérieure de la cuisse droite. La peau est plus refroidie, plus violacée; pas de sueur; sommeil impossible; intelligence conservée. Mort à dix heures du soir.

Autopsie le 24, seize heures après la mort. — Toute la partie postérieure du tronc est d'une teinte violacée; la tache grisâtre, faisant relief sous la mâchoire, a pris une teinte brune par suite de son exposition à l'air. Elle est constituée par l'épiderme boursouflé que le grattage avec un scalpel enlève facilement en mettant à nu le derme, qui a une teinte d'un bleu violâtre.

La peau n'est pas encore mortifiée et transformée en une véritable eschare; mais ses propriétés vitales ont dû être profondément modifiées et même altérées. Le point large comme une pièce d'un franc qui nous avait paru intact l'est en effet; il tranche par sa couleur blanche et rosée avec les parties qui l'entourent.

Au-dessous de la peau le tissu cellulaire est infiltré d'un sang noir à demi coagulé. Il laisse échapper une odeur qui sans être celle de la gangrène, en approche cependant. Cette odeur, assez forte d'abord, s'affaiblit promptement et n'est plus perçue à distance au bout de quelques instants. L'infiltration sanguine s'étend à droite sur toute la partie latérale et postérieure du cou, depuis la partie supérieure du larynx jusqu'à l'apophyse mastoïde. A gauche, elle est beaucoup moins considérable et moins étendue; elle ne dépasse pas le bord interne du sterno-mastoïdien.

Les vaisseaux veineux du cou, surtout à droite, sont gorgés d'un sang noir fluide qui, étendu en couche très-mince, offre une teinte violâtre.

Les cavités buccale et pharyngienne ne présentent aucune infiltration séreuse appréciable. La moitié droite de la muqueuse de la lèvre inférieure est d'une pâleur extrême, tandis que la gauche est d'un rouge violâtre.

Les deux tiers postérieurs des deux poumons offrent une légère teinte violacée; ils sont congestionnés, mais crépitants et sans aucune infiltration sanguine ou séreuse. La surface des sections pratiquées dans leur épaisseur a la même couleur; elle est sèche, on y voit sourdre des vaisseaux incisés un sang noir et épais.

Les cavités gauches du cœur ne contiennent qu'une petite quantité de sang de même nature; les cavités droites en contiennent davantage, environ une cuillerée à soupe. Les gros vaisseaux veineux sont gorgés de sang. L'aorte est colorée en violet à sa face interne, mais la légère couche de sang qui lui donne cette coloration, enlevée, elle nous apparaît avec sa couleur blanche naturelle.

La surface interne de l'estomac est d'un rose légèrement violâtre. Dans sa moitié droite on y observe deux ou trois taches de la largeur d'une lentille, plus ou moins saillantes et d'une couleur rouge plus ou moins foncée, allant même jusqu'au noir. Elles sont produites par une infiltration sanguine dans l'épaisseur de la muqueuse stomacale. Une des moins foncées a l'apparence d'une véritable vésicule.

La muqueuse ramollie s'enlève facilement et laisse dans le tissu sous-jacent une tache de couleur rouge en rapport avec la quantité de sang infiltrée, mais plus claire que la petite tumeur. Dans le grand cul-de-sac il existe de petites taches moins saillantes, larges comme de petites têtes d'épingle; elles y forment une sorte de pointillé noir.

Les mêmes taches ou pustules se retrouvent dans l'intestin grêle, à partir de la deuxième portion du duodénum. Elles occupent le plus souvent les valvules conniventes, et sont d'autant moins nombreuses et d'autant plus éloignées les unes des autres qu'on les observe plus loin de la partie supérieure de l'intestin; on en rencontre jusqu'auprès du cœcum.

Celles de la partie inférieure sont moins foncées et moins saillantes que celles de la partie supérieure; elles ne constituent plus que de simples taches. Sur tous ces points la muqueuse est ramollie et s'enlève facilement. Le mucus intestinal a une couleur rougeâtre dans le jéjunum et d'un brun verdâtre dans l'iléum.

Tous les ganglions mésentériques sont gorgés d'un sang noir; les plus volumineux sont ramollis et parfois difficiles à distinguer de caillots sanguins infiltrés dans l'épaisseur du mésentère.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi inférieure de l'abdomen, au-dessus du pubis, est infiltré de sérosité. En décollant cette membrane, on pénètre dans le tissu cellulaire du petit bassin, qu'on trouve rempli de sang noir infiltré et en grande partie coagulé.

La rate a environ 10 centimètres de longueur; sa coloration est normale; elle est flasque et cède sous la pression en faisant éprouver la sensation de l'étain, sans que son enveloppe se déchire. Le foie paraît sain. Les muscles sont un peu violâtres.

Inoculation. — Le 25, dans la matinée, nous inoculons dans l'aisselle d'un fort lapin un ganglion mésentérique infiltré de sang noir, ainsi qu'un fragment de tissu cellulaire pris à la peau de la région cervicale la plus infiltrée de sang noir. Suture de la plaie d'inoculation sous-cutanée.

Le lendemain, la suture est rompue et la plaie en suppuration. Nous y apercevons le ganglion introduit. L'animal résiste à cette inoculation, dont il paraît à peine souffrir.

Le même lapin ayant été inoculé le 10 novembre avec un petit fragment de pustule maligne, a succombé au bout de trois jours. Nous avons trouvé, dans le point inoculé avec les tissus du militaire, une matière purulente ou puriforme, de consistance caséuse.

Il y a eu évidemment chez ce militaire un empoisonnement à la suite d'une violente contusion; cet empoisonnement, qu'avant la mort du malade nous comparions à celui causé par le virus de la pustule maligne, en raison du gonflement œdémateux, de la marche, de l'étendue de ce gonflement et des symptômes généraux, a été confirmé par l'autopsie. Si l'on rapproche, en effet, les lésions trouvées chez ce militaire de celles que nous avons décrites dans notre *Traité des maladies charbonneuses*, on trouvera des deux côtés une turgescence sanguine des vaisseaux et des ganglions du mésentère, et dans le tube digestif des petites tumeurs noires hémorrhagiques; seulement dans le cas d'empoisonnement par le virus charbonneux, ces petites tumeurs sont le plus souvent ulcérées, gangrenées, en forme de cupules à fond jaunâtre; tandis que dans l'observation qui précède, la muqueuse n'est que ramollie à leur surface. La virulence du principe gangréneux n'est pas non plus la même dans les deux cas : celui de la pustule maligne convenablement inoculé détermine presque constamment la mort; l'inoculation de celui que nous avons emprunté aux tissus altérés du militaire n'a produit aucun effet.

On pourrait être tenté peut-être d'admettre dans cette circonstance le développement spontané du virus charbonneux sous l'influence d'un violent traumatisme : telle n'est pas notre manière de voir. Nous pensons qu'il y a entre le principe gangréneux qui, dans notre observation, a succédé à un coup de feu à poudre, et le principe gangréneux de la pustule maligne, la différence qui sépare entre eux les diverses sortes de pus; les plus spécifiques de ceux qui ne sont doués d'aucune propriété particulière, et dont la résorption a cependant de funestes conséquences. Les effets de la résorption des fluides altérés de la gangrène n'ont pas été autant étudiés que ceux de la résorption purulente. Les auteurs que nous avons pu consulter sur les diverses espèces de gangrène se sont bornés à les étudier dans le point de leur manifestation, sans s'occuper des lésions internes qu'elles pouvaient faire naître.

La résorption d'un principe gangréneux non spécifique et néanmoins délétère, nous paraît pouvoir expliquer et en même temps faire cesser peut-être les dissidences qui existent entre les auteurs qui admettent le développement spontané du virus charbonneux chez l'homme, et

ceux qui le nient. En effet, n'a-t-on pas dû bien souvent prendre pour des charbons spontanés des tumeurs gangréneuses dont les fluides étaient résorbés et allaient empoisonner le sang d'abord, puis porter dans les organes internes ou ailleurs des lésions gangréneuses qui déterminaient promptement la mort, sans avoir cependant la spécificité du virus charbonneux?

FISTULE SALIVAIRE DU CONDUIT DE STÉNON.

Guérison rapide au moyen du collodion;

Par M. Jules CHAMPOUILLON, médecin-major à l'hôpital de Tlemcen.

Les fistules du conduit de Sténon sont traitées par deux ordres de procédés dont l'application doit être faite avec un certain discernement; car de ces procédés, les uns ne conviennent qu'à certains cas, les autres offrent souvent des inconvénients. Ainsi, le procédé adopté par M. Deguise, quoique l'un des plus sûrs cependant, ne peut être employé contre les fistules qui ont leur siége vers le bord postérieur du masséter, et cela, tant à cause de l'obliquité des ponctions que par suite de l'impossibilité où l'on est de maintenir le fil métallique à travers les fibres de ce muscle. La compression est-elle préférable? Sans contredit, elle est plus commode, et elle offre non moins de chances de succès; mais ce succès est quelquefois contre-balancé par un engorgement douloureux, tenace, de la partie soumise à cette compression. Quant aux autres méthodes également préconisées, on peut dire que les résultats en sont très-variables, puisque les cas de guérison et de non-réussite se font numériquement équilibre.

Dans l'observation suivante, la simplicité du moyen a pour ainsi dire égalé son efficacité. Ce moyen, toutefois, semble devoir être subordonné dans son application à deux circonstances principales : perte de substance peu considérable, perméabilité du conduit.

Zimha-ben-Mimoun, originaire de Tétuan, est âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique nettement accusé, comme celui d'ailleurs de la plupart des indigènes de cette contrée.

Le 24 mai 1862, cette jeune femme reçoit de son mari, atteint subitement de manie furieuse, de nombreux coups de sabre disséminés sur toutes les régions du corps. Appelé immédiatement sur le lieu de cette scène, M. J. Champouillon constate vingt-huit plaies, dont aucune cependant ne lui paraît mettre en danger l'existence de la victime. L'une de ces plaies s'étend de la partie supérieure du tragus gauche jusqu'à 4 centimètres de la commissure des lèvres du même côté; elle intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et une très-légère épaisseur de la couche musculaire de cette région.

Le conduit de Sténon ne paraît pas tout d'abord lésé; quatre points de suture entortillés sont immédiatement placés et aidés d'un bandage convenable. Au bout de quelques jours, la réunion est complète, mais en avant seulement; le tiers postérieur de la plaie est en pleine suppuration.

Le 2 juin, M. J. Champouillon remarque que la compresse servant au pansement est imbibée d'un liquide qui s'échappe d'un petit orifice à 2 centimètres au-devant de l'oreille. La quantité de ce liquide, reconnu pour de la salive, augmente beaucoup pendant la mastication. Un stylet d'Anel, introduit par l'ouverture de la plaie, trouve et parcourt facilement la portion buccale du conduit de Sténon.

Le 5, l'orifice de la plaie est cautérisé avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent. L'oblitération ainsi obtenue n'est que momentanée, car le 7, après la chute de l'eschare, le liquide reparaît en abondance, et l'orifice s'est notablement agrandi. Une nouvelle cautérisation est pratiquée, mais avec aussi peu de succès.

Le 8, une mince feuille d'étain (à défaut de feuille d'or) est appliquée sur la plaie, et maintenue en place avec un emplâtre adhésif. Mais dès le lendemain le liquide fusait entre l'emplâtre et la peau.

Le 11, nouvelle application de la feuille métallique, suivie d'un résultat semblable.

Le 12, après avoir introduit le stylet d'Anel dans la portion buccale du conduit, de telle façon que l'instrument reste en arrière du point de suture qu'il se propose d'établir, M. J. Champouillon passe verticalement une épingle dans les deux lèvres de la plaie; il retire ensuite le stylet et serre le fil. Quelques heures après cette petite opération, un des enfants de la malade, dans un brusque mouvement de caresse, arrache le pansement, y compris le point de suture. Cet accident donne à la plaie le double au moins de sa largeur primitive. M. J. Champouillon panse alors tout simplement au collodion : il en applique une couche épaisse laissée à l'air libre, et il recommande à la malade d'appliquer pendant le repas le bout du doigt indicateur sur l'orifice de la plaie, de manière à assujettir l'enduit adhésif pendant les mouvements de mastication, qui d'ailleurs devront être modérés autant que possible. Un nouveau badigeon au collodion est pratiqué chaque jour du 12 au 18; le 22, la guérison était complète, et elle ne s'est point démentie depuis lors.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 août 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Hérault, de l'Aveyron et du Loiret.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un compte rendu des vaccinations et des revaccinations pratiquées à la Maison de Saint-Lazare pendant les années 1860, 1861 et 1862, contenant des recherches expérimentales sur l'action du virus-vaccin, par M. C. A. Martin, interne à Saint-Lazare. (Commission de vaccine.)

2° Une note de M. le docteur Pons (de Bèze, près le Vigan), ayant pour titre : *Etude sur la fièvre intermittente et rémittente.*

3° Une lettre de M. le docteur Wanner sur un point relatif à l'histoire de la circulation du sang, résumé dans cette proposition : *Que la pression atmosphérique préside à la circulation du sang comme à la fonction respiratoire.* (Renvoi à M. Vernois.)

4° Une note de M. J. Charrière, qui soumet à l'examen de l'Académie un nouveau modèle de pessaire, qu'il a fabriqué d'après les indications de M. Guéneau de Mussy.

Il se compose de deux lamelles à double courbure, en bois ou en ivoire, terminées par des bords arrondis, et maintenues écartées par un ressort galvanisé et revêtu d'une enveloppe en caoutchouc B. Une bande en caoutchouc A, percée d'une ouverture, tend à rapprocher les bords supérieurs des lamelles; à leur bord inférieur se trouve un petit canal dans lequel on fixe un cordon C, qui sert à rapprocher les deux bords inférieurs du pessaire quand on veut le retirer; ce cordon, attaché à une ceinture, empêche l'instrument de tomber par terre s'il venait à se déplacer.

L'utérus est soulevé par la bande de caoutchouc sur laquelle il repose; en pesant sur cette bande, il tend à rapprocher les deux bords supérieurs, d'où résulte par un mouvement de bascule un écartement proportionné des bords inférieurs qui appuient sur les os ischions, écartement qui s'oppose à la sortie de l'instrument hors des voies génitales.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL met sous les yeux de l'Académie un buste en bronze de Dupuytren dont M. Nélaton fait hommage à l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Nélaton au nom de l'Académie.

— M. RAYER dépose sur le bureau une première livraison d'un grand ouvrage sur la lèpre que publient MM. les docteurs Boeck et Danielssen. M. Rayer expose en quelques mots le contenu de cette livraison.

M. TARDIEU fait hommage, au nom de l'auteur, M. le docteur Linas, d'un volume intitulé : *Les eaux de Paris étudiées au point de vue de la santé publique.*

« Dans cet ouvrage plein d'intérêt, ajoute M. Tardieu, l'auteur étudie toutes les questions d'hygiène et de salubrité publique que soulève l'important problème du choix et de la distribution des eaux potables dans une grande ville; il examine avec soin les différentes manières dont le problème a été résolu par les hygiénistes et les hydrologues les plus éminents de nos jours; enfin, il fait une application de ces données scientifiques à la question spéciale des *eaux de Paris*, question si vivement débattue et qui récemment encore était à l'ordre du jour. »

— M. VERNOIS, dans une sorte de rapport supplémentaire au sujet du mémoire de M. Bouchut, relatif à un nouveau procédé de docimasie pulmonaire, signale à l'Académie, comme un acte contraire à ses usages et de plus comme un fait de déloyauté, la publication que M. Bouchut a faite de ce mémoire, auquel il a, dit M. le rapporteur, fait subir des interpolations, des additions et des retranchements, desquels il résulterait que le jugement formulé dans le rapport semblerait porter à faux.

Plusieurs membres, notamment MM. Gibert, Gaultier de Claubry, Chevallier et H. Bouley, s'élèvent contre ces paroles du rapporteur, qui font peser un reproche grave sur une personne étrangère à l'Académie et qui n'a pas le droit de s'y défendre.

M. GAULTIER DE CLAUBRY demande à répondre aux accusations de M. Vernois.

Mais sur l'observation de M. le président, que la discussion qui sera incessamment ouverte sur le rapport de M. Vernois fournira naturellement l'occasion de discuter également sur l'incident, l'Académie passe à l'ordre du jour.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le goître exophthalmique. La parole est à M. Beau.

Suite de la discussion sur le goître exophthalmique.

M. BEAU. La maladie qui est actuellement en discussion est singulière à cause du nombre des organes qu'elle atteint et par conséquent de la grande quantité de symptômes qu'elle présente. L'état cachectique est pour ainsi dire radical dans la constitution de cette maladie, car il figure dans la plupart des dénominations qu'on lui a données, et il englobe à lui seul une foule de symptômes qui sans lui ne seraient rattachés à rien. Et pourtant M. Trousseau n'accepte pas cet état cachectique. Voilà une grave dissidence entre lui et le grand nombre d'auteurs qui ont fait entrer le mot *cachexie* dans la dénomination de la maladie exophthalmique. Cela tient à ce que le mot cachexie n'est pas compris de la même manière par tout le monde. Pour M. Trousseau, la cachexie est la dernière expression de la chlorose ou de l'albuminurie, c'est une sorte d'altération profonde, indéterminée, irrémédiable de l'organisme; tandis que pour les auteurs qui ont observé la cachexie dans la maladie de Basedow et qui l'ont signalée dans la dénomination de cette maladie, le mot cachexie est tout à fait synonyme de chlorose, d'anémie ou d'hydrémie, et en cela ils ont été fidèles à la tradition. (Ici l'orateur entre dans des développements historiques étendus sur la signification que les auteurs ont assignée au mot cachexie.)

Par conséquent, ajoute-t-il, les différents auteurs qui ont fait figurer ce mot dans la dénomination de la maladie de Basedow étaient parfaitement autorisés à lui donner son ancienne signification, et ce mot est tout à fait l'équivalent du mot anémie, qui a été employé aussi par d'autres observateurs. En effet, les malades atteints de l'affection qui nous occupent frappent l'attention par quatre grands symptômes qu'il est impossible de ne pas rattacher à l'anémie ou à la cachexie, la faiblesse des muscles, la mollesse ou flaccidité des chairs, la décoloration des tissus et souvent la bouffissure.

A ces phénomènes radicaux il s'ajoute d'autres symptômes plus ou moins nombreux, plus ou moins variables, comme pour leur faire cortége et en définitive pour constituer l'ensemble symptomatologique des différentes espèces anémiques ou cachectiques qui existent dans la science. C'est ainsi qu'il y a dans la maladie décrite par MM. Graves et Basedow, des phénomènes nerveux multiples tenant soit à des modifications de l'intelligence et du caractère, soit à des altérations fonctionnelles du tube digestif, soit à un trouble de l'appareil utérin que l'on retrouve plus ou moins dans la chlorose des jeunes filles, même dans l'anémie des mineurs et dans la cachexie des nègres.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que des phénomènes de névrose affectant la tête, le thorax ou l'abdomen, se montrent sur le fond cachectique ou anémique de la maladie.

Après avoir examiné les symptômes qui sont communs à la cachexie exophthalmique et aux autres cachexies ou anémies, M. Beau aborde l'étude des trois ordres de phénomènes qui donnent un cachet particulier à cette maladie, et qui pour cela ont été compris sous le nom de triade caractéristique de la maladie de Basedow, les phénomènes cardiaques, le goître et l'exophthalmie.

Dans l'examen qu'il fait des symptômes cardiaques, M. Beau établit que l'énergie circulatoire du cœur et des artères, présentée comme donnant un cachet particulier à la cachexie exophthalmique, se retrouve aussi dans l'état qui fait le fond de la chlorose et de l'anémie, et la cachexie en général. Il reconnaît seulement que dans ces derniers états, les symptômes de plénitude du cœur et des artères ont habituellement moins d'intensité que dans la cachexie exophthalmique.

A quoi tient cette exagération des battements cardiaques et artériels de la cachexie exophthalmique? M. Beau est d'avis qu'elle dépend d'une affection matérielle du cœur, mais d'une affection parfaitement curable, telle que celle qui a été constatée récemment dans la grossesse (hypertrophie passagère du cœur des femmes grosses, de M. Larcher). C'est cette dilatation hypertrophique qui est la cause de ces battements, de ces souffles circulatoires intenses qui caractérisent à un si haut point la cachexie exophthalmique.

Quant au goître et à l'exophthalmie, sans entrer dans la discussion de tous les faits qui ont été mis en avant pour en expliquer la formation, M. Beau incline à penser qu'une congestion considérable de la glande thyroïde et des globes oculaires ou des tissus intra-orbitaires, est la cause de leur développement et des symptômes qui en résultent. Cette congestion dépend-elle d'un relâchement déterminé dans les vaisseaux de la thyroïde et de l'appareil oculaire, par l'influence du grand sympathique, ou bien résulte-t-elle de la pénétration dans les vaisseaux de ces deux organes d'une ondée surabondante envoyée à chaque systole par le cœur dilaté ou hypertrophié? Ce sont des questions encore à résoudre.

Pour résumer l'idée générale que je me fais de la cachexie exophthalmique, ajoute M. Beau, et je tiens surtout à cette dénomination sous laquelle elle a été signalée en France par M. Charcot, je dirai que c'est une cachexie, ou une anémie, ou une chloro-anémie, dans laquelle il y a une prédominance marquée de symptômes cardiaques et vasculaires, tenant à une dilatation hypertrophique curable du cœur. Il y a de plus ici deux lésions qui donnent un cachet caractéristique à cette maladie, et qui la séparent des autres cachexies ou anémies, c'est un goître et une exophthalmie.

La cachexie exophthalmique est donc une cachexie ou anémie, comme l'anémie des mineurs, comme la cachexie des nègres, comme l'anémie consécutive aux grandes pertes de sang, comme la cachexie des jeunes filles ou chlorose, avec laquelle elle a des symptômes communs; seulement elle diffère de toutes ces cachexies ou anémies par l'exagération des symptômes cardiaques et par le développement du goître et de l'exophthalmie.

Le goître et l'exophthalmie sont des symptômes frappants qui masquent le fond cachectique de la maladie de Basedow, qui en font une cachexie larvée, comme le coma, le délire, etc., masquent dans certains cas les stades des fièvres intermittentes, et en font des fièvres que pour cela on appelle fièvres larvées. Mais les fièvres larvées, toutes graves qu'elles soient, appartiennent au genre des fièvres intermittentes, de la même manière que la cachexie exophthalmique doit appartenir au genre des cachexies.

Je regrette dès lors beaucoup de ne pouvoir partager à ce sujet les idées de M. Trousseau, qui regarde la maladie de Graves ou de Basedow comme une maladie *sui generis*, une maladie d'une espèce à part, c'est-à-dire une maladie spécifique. Cette assertion de notre savant collègue a été brillamment développée; mais il m'a été impossible de l'accepter comme une démonstration, malgré la raison principale sur laquelle il s'est fondé, à savoir : que dans la maladie de Graves, les symptômes nerveux secondaires lui ont suffi, en l'absence de symptômes caractéristiques de la triade, à diagnostiquer la maladie chez une dame de Genève, et à annoncer par conséquent le développement ultérieur du goître, de l'exophthalmie, etc. C'est là évidemment un diagnostic très-hardi et très-heureux, mais ce n'est pas un argument suffisant de la spécificité de la maladie.

Passons aux causes de la cachexie exophthalmique.

L'étiologie est un point assez négligé non-seulement de la maladie qui nous occupe, mais encore de toutes les maladies en général, c'est-à-dire le côté faible de la médecine actuelle. Je sais que la recherche des causes n'est pas facile. Le froid, par exemple, sur plusieurs personnes qui s'y exposeront, produira là une pneumonie, c'est une pleurésie chez l'un, une diphthérie chez l'autre, une névralgie, et chez un grand nombre ne produira rien du tout. Qui oserait pourtant nier le froid comme cause fréquente de maladies? Il en est de même des causes morales, qui me paraissent jouer un très-grand rôle dans la production des maladies, et particulièrement dans la cachexie exophthalmique, et auxquelles on n'accorde pas cependant toute l'importance qu'elles méritent.

Les renseignements sûrs et précis que j'ai pu obtenir sur sept cas de cachexie exophthalmique me donnent à ce sujet une opinion très-arrêtée que je serais heureux de vous voir partager. Voici ces faits :

1° Une dame dont le mari avait occupé une haute position sous le gouvernement de Louis-Philippe, et qui n'avait pas de fortune personnelle, tombe dans une position très-médiocre à la révolution de février. Elle contracte la cachexie exophthalmique.

2° Une dame perd à la suite de procès injustes une partie de sa fortune; elle est atteinte de la même maladie.

3° Une dame russe que j'ai vue en consultation avec M. Mattei est affligée d'être séparée de son mari qu'elle aime beaucoup et dont elle est jalouse; elle est atteinte de cachexie exophthalmique qui résiste longtemps à tous les moyens thérapeutiques. A Paris, où son mari est venu la rejoindre, elle est traitée avec succès par les ferrugineux; mais son mari est obligé de la quitter de nouveau; dès ce moment les ferrugineux n'agissent plus bien, et la maladie reparaît dans toute son intensité.

4° La jeune fille d'un artisan de Paris ne peut se marier avec un jeune homme qu'elle aime depuis longtemps; elle contracte la même maladie.

Enfin, j'ai observé cette maladie sur trois hommes, dont deux médecins de province, chez lesquels est s'est montrée après des chagrins profonds, irrémédiables. Ce qu'il y a de curieux, c'est que chez tous les trois il y a absence d'exophthalmie, la maladie étant seulement constituée par l'état cachectique, l'affection du cœur et le goître.

Après ces faits, il est impossible de nier que les causes morales ne produisent la cachexie exophthalmique; mais, d'un autre côté, il y aurait de la témérité à dire qu'elles la produisent exclusivement.

Quand on veut guérir une maladie, la première indication à remplir est d'en enlever la cause; toutes les autres indications en dehors de celle-là sont incertaines ou secondaires. Mais il n'est guère possible au médecin d'enlever l'influence d'un chagrin, d'un ennui, d'une antipathie. Par conséquent, le traitement proprement dit d'une maladie produite par ce genre de causes, échoue presque toujours. On comprend maintenant, si nous revenons à la cachexie exophthalmique, pourquoi les meilleurs moyens, tels que les préparations ferrugineuses, l'hydrothérapie, etc., ont fort peu d'efficacité dans le traitement de cette maladie, et pourquoi celle-ci ne guérit le plus souvent qu'au bout d'un temps fort long; c'est que la cachexie exophthalmique est produite habituellement par des causes morales, qu'elle est entretenue par leur persistance, et qu'elle ne peut céder à la thérapeutique qu'au bout d'un long temps, lorsque ces causes se sont affaiblies ou usées.

Nous voyons tous les jours la même inefficacité de la thérapeutique dans l'état morbide qui fait le fond de la cachexie exophthalmique, c'est-à-dire dans l'anémie, la chloro-anémie, la chloro-hystérie, etc., quand elle dépend d'une cause morale. Dans ces anémies, il n'y a guère à faire que de l'hygiène et de la médecine morale. Quand la cause se trouve affaiblie ou épuisée, on emploie les moyens thérapeutiques, qui alors sont bien supportés et produisent leurs bons effets ordinaires. Ce système me paraît le meilleur à suivre dans le traitement de la cachexie exophthalmique.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

LECTURE.

Rôle des symphyses pendant l'accouchement. — M. E. LABORIE, candidat pour la section d'accouchement, lit un mémoire sur le rôle des symphyses pendant l'accouchement, qui constitue la première partie d'un travail intitulé : *Études sur le bassin.*

Ce premier mémoire se résume dans les conclusions suivantes :

1° Si par tous ou presque tous les accoucheurs il est admis que par suite du ramollissement des ligaments qui unissent les articulations propres du bassin, ces articulations acquièrent un certain degré de mobilité, la valeur de cette mobilité dans l'accouchement reste très-controversée.

2° Tous les anatomistes s'accordent aujourd'hui pour ranger les symphyses sacro-iliaques et pubiennes dans la classe des arthrodies. Mais d'après nos recherches faites, surtout sur des bassins de femmes récemment accouchées, nous sommes porté à considérer ces jointures comme appartenant à une classe spéciale mixte. Elles semblent en effet présenter d'une part quelques-uns des caractères assez éloignés, il est vrai, des exarthroses par la forme de leurs faces articulaires qui est convexe sur un des os et concave sur l'autre, et d'autre part de gynglimes par la manière dont leur mouvement paraît limité dans un seul sens.

3° L'influence exercée sur le travail de l'enfantement par la mobilité des symphyses est nulle ou à peu près nulle au détroit supérieur, quel que soit d'ailleurs ce mouvement, soit écartement, soit glissement.

4° C'est seulement quand l'enfant est engagé dans le petit bassin, et lorsqu'il se présente au détroit inférieur, que la mobilité des jointures joue un rôle véritablement important.

5° Le mécanisme qui donne lieu à l'ampliation du détroit inférieur est des plus simples.

Comme ce détroit offre des diamètres moindres que ceux du détroit supérieur, il fallait pourvoir à cette inégalité pour permettre à l'enfant d'exécuter les phénomènes si complexes d'évolution qui se passent à la partie inférieure du petit bassin. Les diamètres obliques et coccy-pubien se laissant facilement agrandir par la laxité du ligament sacro-sciatique d'une part, et par la mobilité de la symphyse sacro-coccygienne d'autre part, toute la résistance se trouve donc au diamètre transverse. Mais la pression exercée par les forces qui poussent la tête contre les tubérosités de l'ischion est assez puissante pour en opérer l'écartement.

Cet écartement se produit comme il suit : les symphyses sont disjointes par un mouvement de bascule qui rend facile la structure de ces articulations et le ramollissement des ligaments. Cette disjonction se produit d'autant mieux que la force qui la détermine agit à l'extrémité d'un bras de levier très-long représenté par toute la distance qui sépare les ischions des symphyses. Ce levier étant de 128 millimètres entre l'extrémité inférieure de la symphyse sacro-iliaque et la tubérosité ischiatique, un écartement de 2 millimètres à la partie inférieure de la symphyse permet à l'extrémité du levier, c'est-à-dire au diamètre transverse, un allongement de près de 2 centimètres, et tout porte à croire que cette augmentation doit être encore plus considérable.

6° Chez les primipares âgées de plus de trente ans, la mobilité des symphyses pouvant être nulle ou considérablement limitée, la difficulté de l'accouchement se concentre au détroit inférieur, malgré la bonne conformation de l'accouchée, et le plus souvent on doit intervenir par l'application du forceps, la puissance d'expulsion étant insuffisante pour vaincre l'obstacle apporté par le défaut d'écartement des ischions. (Renvoi à la section).

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets rendus à l'occasion de la fête du 15 août, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Bergonier, médecin à Paris;
Caviole, maire de Cahors, médecin de l'hospice;
Cyvoct, du conseil général de l'Ain, médecin de l'hôpital de Belley;
Delmas, médecin du bureau de bienfaisance du 1[er] arr. de Paris;
Desjardins de Morainville, médecin de l'association des artistes;
Duclos, médecin de l'hospice de Saint-Gatien, à Tours;
Fillolet, médecin en chef de l'hospice d'Elbeuf;
Gubian, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon;
Lavocat, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse;
Tisserand, professeur à l'école vétérinaire de Lyon;
Le Dr Gervais (de Caen), direct. de l'école supérieure du commerce;
Houzelot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Meaux;
Aguilhon, médecin des épidémies de l'arrondissement de Riom;
Pressat, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nice;
Jacquot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Dié;
Guillaume, membre du conseil d'hygiène de Sarreguemines;
Guillonzo, médecin sanitaire à Saint-Nazaire;
Blatin, médecin à Paris;
Thore, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Sceaux;
Le Bret, médecin inspecteur des eaux thermales de Baréges.

— L'arrêté ministériel qui établit dans la Faculté de médecine de Paris des *cours complémentaires*, a fait hier à l'Académie le sujet des conversations de la salle des Pas-Perdus. On applaudissait en général à la nouvelle création; mais plusieurs regrettaient qu'on n'eût pas pris une mesure plus radicale, en créant des *chaires véritables* au lieu de *cours complémentaires*. Cependant, au milieu de discussions assez animées, on pouvait facilement distinguer deux camps en présence.

Le premier demandait pourquoi M. le ministre de l'instruction publique n'avait point usé de son pouvoir de nommer directement à ces *chaires de deuxième ordre* les sommités de ces branches diverses de la science. C'eût été étendre à ces nouvelles chaires l'usage adopt en ce moment pour la nomination aux *véritables chaires*. Ce camp dressait sa liste de la manière suivante :

Maladies de la peau, MM. Bazin, Cazenave, Devergie ou Hardy.
Maladies syphilitiques, M. Ricord.
Maladies de l'enfance, MM. Barthez, Blache, Bouchut ou Roger.
Maladies mentales et nerveuses, MM. Baillarger ou Moreau (de Tours).
Maladies des yeux, MM. Desmarres ou Sichel.
Maladies des voies urinaires, MM. Civiale, Phillips ou Ségalas.

A cette première liste, le camp opposé répondait qu'il ne fallait pas fermer cette porte de l'enseignement à nos agrégés, et que cet essai pourrait bien révéler un nouveau professeur, réduit aujourd'hui au silence par le terme de son exercice. Et il dressait cette nouvelle liste:

Maladies de la peau, MM. Cazenave ou Devergie.
Maladies syphilitiques, MM. Giraldès, Gubler ou Verneuil.
Maladies de l'enfance, MM. Bouchut ou Roger.
Maladies mentales et nerveuses, M. Marcé. Cet agrégé, quoiqu'en exercice, semblait seul en mesure de faire ce cours complémentaire.
Maladies des yeux, MM. Chassaignac, Follin ou Foucher.
Malades des voies urinaires, MM. Broca ou Ad. Richard.

Tels étaient les propos tenus dans la salle des Pas-Perdus.

Mais nous pouvons ajouter que le ministre a les droits les plus étendus pour la nomination à ces *cours*, puisqu'il peut nommer *agrégé libre* tout docteur en médecine ayant rendu des services à la science par son enseignement ou ses publications.

— M. le docteur Tanquerel des Planches, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie des sciences, fondateur et président de la Société d'agriculture de la Mayenne, membre du conseil général de l'agriculture, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à l'âge de cinquante-trois ans, dans son château de Rochesseille (Mayenne). En 1848, il avait cessé d'exercer la médecine à Paris. M. Tanquerel des Planches a publié un excellent *Traité des coliques saturnines* (2 vol. in-8°), auquel fut décerné par l'Institut le prix réservé aux meilleurs ouvrages destinés à prévenir les accidents et maladies des métiers insalubres.

— M. le maire de Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire) nous prie de porter à la connaissance du corps médical le besoin que cette ville a en ce moment de :

1° Un docteur-médecin. Il n'en existe qu'un au chef-lieu de canton. Un autre médecin vient de décéder et n'est pas remplacé ;
2° Un pharmacien. Il n'existe pas de pharmacien dans tout le canton.
3° Une sage-femme. Il n'en existe pas dans le canton.

La situation de Montreuil-Bellay, à l'extrémité des trois départements de Maine-et-Loire, Deux-Sèvres et Vienne, l'importance et la richesse du pays, en font un poste exceptionnellement avantageux.

BULLETIN BIBLIOGRABPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique d'entomologie et de pathologie comparées de la psore ou gale de l'homme et des animaux domestiques, par M. C. Delafond, directeur de l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie impériale de médecine, et M. H. Bourguignon, docteur en médecine, lauréat de l'Institut, etc. 1862, un vol. in-4° de 650 pages, avec 7 planches. Prix : 30 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Mémoire sur les perforations et les divisions de la voûte palatine, par le docteur Baizeau, professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires. In-8° de 32 pages. Prix : 1 fr. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 98. — SAMEDI 23 AOUT 1862. (35e ANNÉE.) N° 98. — SAMEDI 23 AOUT 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux du Journal sont maintenant rue de l'Université, 8.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'avortement provoqué dans le cas de rétrécissement extrême du bassin.

En publiant la lettre de M. le professeur Finizio (de Naples) et la réponse de notre confrère M. Pajot relativement à la conduite à tenir en cas d'angustie du bassin, nous nous attendions aux objections et même aux protestations dont cette réponse devait être l'objet. Nous avons cru devoir laisser à cet égard le champ libre aux partisans comme aux adversaires de la pratique proposée; le travail de M. Ozanam et la lettre de M. le professeur Stoltz résument assez complétement les principaux motifs d'opposition au précepte formulé par M. Pajot pour que nous ayons cru pouvoir nous dispenser de publier d'autres communications qui n'y auraient rien ajouté d'essentiel.

On a vu la réponse de M. Pajot à la lettre de M. Stoltz. Il restait à apprécier la valeur des arguments et des faits invoqués par M. Ozanam. M. le docteur Pihan-Dufeillay, professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes, auteur d'une excellente étude statistique sur l'opération césarienne, en a fait, suivant nous, une très-juste appréciation dans la lettre qu'il nous a adressée, et que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs. Ce compte réglé entre nos confrères, nous demanderons la permission, à notre tour, d'émettre notre opinion sur cette grave question. Laissons parler d'abord notre correspondant de Nantes :

Monsieur le Rédacteur,

La grande latitude que vous laissez à la production dans votre estimable journal des opinions diverses dont la lettre du professeur Finizio vient de provoquer la manifestation, m'engage à vous adresser quelques très-courtes réflexions, qui ont pour but unique de rétablir la vérité des faits étrangement faussés par les assertions émises par M. le docteur Ozanam. (*Gazette des Hôpitaux* du 12 août dernier.)

Partisan de l'opération césarienne, dont j'ai cherché à démontrer l'utilité dans un long et récent mémoire (*Archives générales de médecine*, numéros d'août et septembre 1861), je serais plus qu'un autre peut-être porté à admettre ou tout au moins à désirer la vérité des conclusions qu'avance, sans démonstration, M. Ozanam. Plein de déférence pour l'autorité respectable, quoique trop peu scientifique en pareille circonstance, qu'il invoque comme le guide qui seul doit enseigner les cas où l'opération est *licite* ou *illicite* (p. 374, colonne 2, alinéa 7), je ne discuterai point certaines maximes, tout au moins singulières, dont vient de faire justice un légiste distingué dans un important ouvrage tout récemment publié (1).

Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de praticiens qui, appelés à extraire un fœtus voué à une *mort inévitable* (colonne 3, § 9), hésitent à accélérer un peu l'époque de cette mort, alors qu'il semble prouvé par les travaux les plus recommandables que la vie de la mère sera le prix de ces quelques heures d'existence intra-utérine que M. Ozanam prescrit d'accorder au fœtus, fœtus dont l'expulsion sera d'ailleurs, je le répète à dessein, précédée d'une *mort inévitable*. Autre chose est de faire le mal, dit notre confrère, ou d'en être le témoin impuissant. Dans le cas présent, ne serait-il pas plus juste de dire que celui-là fait le mal, qui en demeure le témoin *volontairement* impuissant.

Quoi qu'il en soit, du reste, de ces opinions, c'est uniquement au fait scientifique que je veux arriver. Obligé de négliger, en raison sans doute du court espace que pouvait lui réserver le journal, de spécifier par catégories les résultats de l'embryotomie et de l'opération césarienne, résultats si différents suivant les conditions accessoires indépendantes de l'opération en elle-même, M. Ozanam a invoqué les chiffres bruts et en a fait la base de tout son travail. Comptant le nombre d'existences sauvées par l'opération césarienne, puis celui des existences conservées par l'embryotomie; comparant ensuite ces deux chiffres, et remarquant que le premier l'emporte sur le second, il en a conclu à la supériorité de l'hystérotomie sur l'embryotomie.

« Le raisonnement est clair, positif, » nous dit-il; et certes je serais tout le premier à en reconnaître la valeur, si malheureusement sa majeure ne reposait sur une donnée complétement erronée. « Tous les enfants sonts sauvés lorsque l'opération césarienne est pratiquée à temps et convenablement (colonne 3, alinéa 12). *Sur 100 accouchements l'opération césarienne donne donc 100 enfants vivants* » (alinéa 13). Et, tout heureux d'un si beau résultat, M. Ozanam oppose ce chiffre formidable au zéro négatif de l'embryotomie; qu'il y ajoute 25 à 50 femmes sur 100 sauvées par l'hystérotomie, et il obtient, pour cette opération, le nombre de 125 à 150 existences arrachées à la mort, qu'il oppose triomphalement aux 90 femmes qui constituent les seules existences que parvient à conserver l'embryotomie.

Plût à Dieu que de si beaux résultats pussent se rencontrer ailleurs que dans la lettre de notre confrère! Pour mon compte, à moins qu'il ne s'agisse de l'expérience personnelle de ce savant médecin, j'aurais désiré voir indiquées les sources où il a puisé de si extraordinaires résultats. Jamais, que je sache, personne n'a songé à prétendre que l'opération césarienne sauvait tous les enfants (100 sur 100). Bien plus, c'est là l'opinion générale, l'opération césarienne, si meurtrière pour la mère, l'est presque autant pour son produit; or, comme je ne veux, malgré la vulgarité de ce fait, rien avancer sans en donner preuve, je vais rapporter les quelques statistiques suivantes, qui donneront à cette parole autant d'autorité, je l'espère, qu'aux affirmations de M. Ozanam.

M. le professeur Velpeau, dans la deuxième édition de son *Traité des accouchements* (p. 459), résumant les nombreux tableaux qu'il a réunis sur ce sujet, présente ainsi le bilan des réussites et des échecs concernant l'enfant :

Enfants morts ou vivants. — En tout, 67 vivants, 29 morts.

Dans la neuvième édition de son ouvrage, John Burns (de Glascow) rapporte que, sur 33 opérations authentiques d'hystérotomie, 12 fois seulement les enfants vécurent jusqu'à la douzième heure qui suivit leur extraction. (Traduct. de l'*Encyclopédie*, p. 322, colonne 1.)

Kayser (de Copenhague), dont le fameux mémoire *De eventu sectionis cæsareæ* contient de si nombreuses et si précises indications, tranche par des chiffres imposants la question qui nous occupe.

Il divise avec un grand soin et beaucoup de justesse les opérations césariennes en trois groupes, suivant le temps écoulé entre le début du travail et le moment de l'opération.

Dans le premier groupe, l'opération fut pratiquée dans le cours des vingt-quatre heures qui suivirent l'apparition des premières douleurs. Le nombre des enfants morts fut de 28 0/0.

Dans la seconde catégorie, qui comprend les hystérotomies pratiquées de la vingt-quatrième à la soixante-douzième heure après le début du travail, le nombre des enfants morts fut de 32 0/0.

Dans la troisième série, qui renferme toutes les opérations faites au delà de la soixante-douzième heure, le nombre des enfants morts fut de 60 0/0.

Ce même médecin, reprenant la question à un autre point de vue et se basant comme point de départ de son calcul sur le moment de la rupture des membranes et non plus sur la date du début du travail, trouva que les enfants morts extraits par l'hystérotomie pratiquée au moment de cette rupture figuraient dans la proportion de 14 0/0.

Dans les vingt-quatre premières heures après la perte des eaux, le chiffre des décès s'élevait à 22 0/0.

Au delà de la vingt-quatrième heure, cette proportion, plus que doublée, était de 49 0/0.

Ce sont des chiffres analogues qui figurent dans la cinquième édition du *Traité d'accouchements* de M. Cazeaux, où nous voyons le nombre des enfants morts être de :

3 sur 37 avant la rupture des eaux : 8 0/0.
7 sur 32 de sept à vingt-quatre heures après la rupture : 22 0/0.
18 sur 37 vingt-quatre heures après la rupture : 49 0/0 (p. 887).

Cette même statistique, empruntée, en partie au moins, à Kayser, est également reproduite en 1852 dans le savant mémoire *Sur les avantages comparés de l'opération césarienne et de l'avortement provoqué* du professeur Hubert (de Louvain); nous y trouvons de plus une statistique due à Michaëlis, et qui établit que 110 enfants extraits par l'opération césarienne ont fourni 29 morts; 4 étaient d'une faiblesse extrême, 63 vivants, et enfin il en restait 14 dont l'état n'était point mentionné dans les observations.

En 1848, le volume VII de l'*Half yearly extracts of medical Sciences* (p. 330) publiait un tableau de 38 opérations césariennes pratiquées dans les Iles Britanniques, de l'année 1739 à l'année 1843. Ces 38 opérations permirent d'extraire 39 enfants : 18 étaient vivants, 18 étaient morts; l'état des trois derniers n'est pas mentionné.

Dans un mémoire présenté en septembre 1854 à l'Académie des sciences, M. le professeur Stoltz cite, entre autres faits, ceux d'Hœbecke, qui obtint sur 11 opérations 6 fois la guérison de la mère et 9 fois seulement l'enfant vivant.

En 1859, le professeur Murphy (de Dublin) publiait, dans le numéro de février de la *Revue trimestrielle de Dublin*, l'analyse de 477 opérations césariennes; le nombre des enfants obtenus vivants ne s'élevait qu'à 277, et celui des fœtus retirés morts de l'utérus à 140. Le résultat des autres opérations, quant aux enfants, n'avait point été indiqué dans les observations collectionnées.

Moi-même, en compulsant les notes qui m'ont servi à rédiger le tableau d'opérations que j'ai joint au travail publié par les *Archives*, j'ai trouvé que sur 85 opérations de toutes provenances, pratiquées de 1845 à 1859, le nombre des enfants retirés morts de l'utérus ouvert par le couteau était de 29, c'est-à-dire comprenait plus du tiers des fœtus extraits par le chirurgien.

En présence de ces statistiques, qu'il serait aisé de multiplier pour peu qu'on voulût faire entrer en ligne de compte toutes celles qui ne comprennent que quelques faits, et qui dès lors ne peuvent offrir que des résultats très-incertains et trop peu concluants, il est difficile d'admettre, à l'exemple de M. Ozanam, que l'opération césarienne sauve tous les enfants, et que « sur 100 accouchements cette opération donne 100 enfants vivants. » Réfuter les prémisses d'un syllogisme aussi péremptoirement que le font les faits que je viens d'accumuler suffit amplement pour détruire toute la valeur d'un raisonnement, et dans ce cas particulier pour enlever aux conclusions de M. Ozanam la valeur et l'importance que semblait leur assigner la forme trop affirmative de son travail.

Quant aux résultats heureux qu'il paraît attendre du traitement *atrophique énergique* et de la *pubiotomie*, je crains fort qu'ils ne soient de même nature que l'issue favorable constante pour le fœtus de l'hystérotomie. Ce sont là du reste deux questions qu'on n'agite plus guère de nos jours, depuis qu'en ont fait justice les travaux consciencieux de nos maîtres.

Ce n'est pas la première fois que cette question se présente. On n'a pas oublié, sans doute, les savantes discussions et l'examen approfondi dont elle a été l'objet, il y a quelques années, à l'Académie de médecine et dans la presse médicale tout entière (voir notamment les comptes rendus de la discussion de 1852); mais nous craignons, à la manière dont la question est posée de part et d'autre, qu'on n'ait un peu trop oublié les sages opinions qui ont prévalu à cette époque.

Si, d'une part, on sacrifie, avec une rigidité qui répugne au sentiment humain, l'intérêt de la conservation de la mère aux prescriptions des lois religieuses et civiles, ou aux convenances sociales, dont c'est plus que jamais ici le cas d'interpréter l'esprit bien plus que la lettre; n'est-ce pas aussi faire trop bon marché de ces graves considérations, que de réduire la question aux termes d'un simple précepte de pratique obstétricale, c'est-à-dire au seul calcul des chances relatives, qu'offre tel ou tel procédé pour la sauvegarde de la vie de la mère? Non, quoi qu'on en puisse dire, ce n'est pas là une simple question d'obstétrique, et il n'est pas possible de se soustraire au point de vue moral qui complique la question.

Sans doute, en face de la situation exceptionnelle dans laquelle se trouve placé le praticien obligé de subir l'alternative du sacrifice de l'un ou l'autre des deux êtres qui lui sont confiés, la loi civile comme la loi morale se taisent. L'avortement provoqué dans le but de soustraire la femme à une mort inévitable, ne sera jamais imputé à crime au praticien, à quelque point de vue que l'on se place. Mais plus la latitude qui lui est laissée à cet égard est grande, plus s'élèvent aussi pour lui la responsabilité morale de sa détermination et les devoirs de prudence et de circonspection qui lui sont imposés; plus aussi le professeur qui parle du haut de la chaire doit-il mettre de réserve dans la formule de ses préceptes.

Nous ne croyons pas qu'en pareil cas on doive imposer au praticien un précepte, une règle de conduite absolue. Qu'on se rappelle plutôt en quels termes s'exprimaient à cet égard, à l'Académie de médecine, les hommes qui sont à juste titre en possession de l'autorité la plus incontestée en pareille matière:

« La provocation de l'avortement a été surtout conseillée et mise en pratique dans les pays où les opérations césariennes ont été presque toujours mortelles. Ainsi en France, c'est surtout à Paris que cette opération a été acceptée et appliquée, parce que jusqu'à présent aucune opération césarienne n'a été heureuse pour la mère. Mais ces conditions si défavorables aux résultats de l'hystérotomie n'existent point partout; on les rencontre à un moindre degré dans les villes de second ou de troisième ordre, et surtout dans les petites localités et à la campagne. Établir comme règle absolue qu'on doit toujours et partout provoquer l'avortement pour n'être pas réduit à la nécessité de pratiquer plus tard l'opération césarienne, ne serait-ce pas infliger le reproche d'imprudence au moins au médecin qui, ayant pu provoquer l'avortement, aurait donné la préférence à l'opération césarienne et l'aurait pratiquée avec succès? »

Voilà comment s'exprimait M. P. Dubois, dont l'opinion sur un pareil sujet ne saurait assurément être suspecte.

« Qu'on puisse prendre le parti de pratiquer l'avortement, rien de mieux, disait à cette même époque M. Danyau, et je n'aurais pour moi aucune répugnance si l'occasion m'était offerte d'avoir à me décider entre l'avortement provoqué et la perspective d'une opération césarienne inévitable au terme de la grossesse, à suivre l'exemple de ceux de mes collègues qui ont pris ce parti; mais le devoir absolument, mais y être obligé, voilà ce à quoi, pour ma part, je ne puis consentir; voilà ce que repousse et ce que repousseront certainement bien des praticiens

(1) Brillant-Laujardière : *De l'avortement provoqué au point de vue médical, théologique et médico-légal*. In-8°. Paris, 1862. Chez Aug. Durand, rue des Grès, 7. Prix : 7 francs.

de la province. Je veux, dans tous les cas, conserver ma liberté d'action. Quelque peu partisan que je puisse être de l'opération césarienne, ne puis-je pas me trouver un jour, hors de Paris ou dans Paris même, en présence d'un cas évidemment favorable, et dont il me sera permis d'améliorer peut-être encore les conditions à l'époque de l'opération et pour toute la durée de ses suites?... »

Ce sont là des paroles très-sensées, qui, en consacrant implicitement la légitimité de l'avortement obstétrical, n'en font pas cependant un précepte absolu, laissant à la conscience du praticien, guidé par les vœux de la famille et de la principale intéressée, et par les avis de ses confrères, l'appréciation des motifs de sa conduite et le choix du parti qu'il devra prendre.

En effet, si le plus souvent la femme dont la vie est menacée implore l'assistance du médecin et réclame l'existence au prix même de celle de son enfant, ne pourra-t-il pas s'en trouver chez qui la voix du sang crie plus haut que l'instinct de leur propre conservation, et qui se refusent à un pareil sacrifice! Que si, d'un autre côté, des intérêts sociaux d'une telle importance se rattachent à l'existence de l'enfant, qu'on ne consente à aucun prix à décréter sa mort, que fera le médecin? Passera-t-il outre pour suivre le précepte de l'Ecole?

Mais laissons ces considérations de côté, nous ne voulons pas refaire ici d'ailleurs l'argumentation si énergique et si pressante de Bégin, à laquelle notre prédécesseur avait donné l'appui de son talent et de sa haute raison. Supposons le praticien entièrement livré à son libre arbitre, dégagé de toute pression et de toute influence morale, comme il l'est déjà vis-à-vis de la loi; il n'a en vue que l'intérêt de la mère qui lui est confiée. La question est réduite ici aux proportions d'une question purement obstétricale. Dans ces conditions même, le précepte de l'avortement tel qu'il a été formulé, n'est-il pas encore trop absolu? On argüe toujours de la dure nécessité où est le praticien d'opter entre le sacrifice nécessaire de l'enfant ou celui de la mère. Mais si cette alternative n'est que trop vraie à Paris, par exemple, est-elle aussi vraie ailleurs? Si elle est vraie aujourd'hui, le sera-t-elle demain? le sera-t-elle toujours? L'opération césarienne a réussi quelquefois, elle peut réussir encore; elle peut réussir plus souvent. L'ovariotomie aussi était condamnée en France comme ne réussissant jamais, et nous venons d'enregistrer deux succès.

Nous acceptons volontiers cet argument de M. Ozanam, avec qui tant de points de dissidence nous séparent d'ailleurs. Pourquoi ne pas faire la part des perfectionnements opératoires, qui pourront accroître un jour peut-être les chances actuelles de l'hystérotomie? Et, d'ailleurs, la céphalotripsie qu'on propose de lui substituer toujours, au terme de la grossesse, est-elle donc elle-même si inoffensive qu'elle n'ait aussi quelquefois ce triste résultat d'entraîner la mort de la mère, après qu'on a sciemment et volontairement tué l'enfant?

M. Pajot le sait si bien lui-même, qu'il s'est attaché à perfectionner cette opération et à en rendre le manuel plus sûr. (Voir le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 9 janvier 1862.) Qu'il nous permette donc de nous servir de son propre exemple, et qu'il nous laisse espérer que d'autres seront peut-être assez heureux pour apporter aussi un jour d'heureuses modifications à l'opération césarienne.

Sans doute les cas que nous avons spécifiés comme étant de nature à restreindre l'application du précepte de l'avortement, sont des exceptions, nous le concéderons volontiers; mais à ce titre même encore en faudrait-il tenir compte. Comme il est certain qu'il y a des exceptions de la règle, dit Pascal, il faut en juger sévèrement mais justement.

En résumé, nous ne différons pas fondamentalement d'avis avec notre savant confrère sur la règle générale de conduite des praticiens dans le cas en question. Il est même très-probable, si nous avions été mis en demeure de formuler directement notre opinion sur la question posée par M. le professeur Finizio, que nous l'aurions fait, avec beaucoup moins d'autorité sans doute que M. Pajot, dans le même sens. Mais nous l'aurions fait en termes beaucoup moins absolus et en resserrant, dans l'hypothèse d'une de ces exceptions dont il vient d'être question ou des conditions spéciales dont on ne peut connaître qu'en présence du fait lui-même, la possibilité d'opter pour une tout autre pratique. C'est dans le but d'apporter ce tempérament à la réponse de M. Pajot, que nous avons cru devoir entrer dans ces quelques explications. — Dr Brochin.

Rhumatisme articulaire aigu guéri avec la plus grande rapidité par la saignée.

Un jeune homme est entré le 1er août 1862 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, dans le service de M. le professeur Piorry. Ce jeune homme était atteint de plusieurs arthrites qui occupaient les articulations tibio-tarsiennes, surtout à droite, et les deux articulations fémoro-tibiales; l'articulation radio-carpienne du même côté, était excessivement malade. On ne trouvait point de liquides dans les jointures; la tuméfaction était considérable, la douleur très-vive, la chaleur extrême; le pouls était plein, fort et développé; la face était rouge, les lèvres roses, la langue blanchâtre; il y avait enfin tous les symptômes qui existent dans l'hémite : fièvre inflammatoire des auteurs; aucun symptôme n'existait du côté du cœur et aucun autre organe n'était malade. On prescrivit une saignée de 1,200 gr.

Comme des érysipèles avaient eu lieu à plusieurs reprises dans les salles de M. le professeur Piorry, on prit beaucoup de précautions pour la saignée qui fut pratiquée; la peau fut lavée, et la plaie produite par la lancette fut mise à l'abri du contact de l'air. Le sang, qui était rouge, le caillot consistant, ne présenta nullement de la couenne, bien que la saignée fût faite par une large ouverture.

Le jour de la saignée le malade eut peu de soulagement, mais le lendemain les accidents se calmèrent et les effets furent instantanés. Depuis cette époque le malade ne souffre en aucune façon, et il ne s'est manifesté aucun symptôme morbide du côté du cœur. On n'a cessé de donner des aliments au malade.

Il est bien rare de voir la série des symptômes du rhumatisme articulaire aigu cesser d'une manière presque subite sous l'influence des saignées; mais il est à remarquer que dans ce cas l'hémite (état couenneux du sang) n'existait pas, et c'est probablement à ce qu'il n'y avait pas de fibrine en suspension dans le sérum que ce résultat remarquable doit être attribué.

Ce qui importerait dans un cas pareil qui viendrait à se présenter, dit M. Piorry, ce serait de déterminer *à priori* s'il y a de la fibrine en suspension dans le sérum; malheureusement ce cas prouve qu'il est à peu près impossible de le faire avant de saigner, attendu qu'il y avait ici des symptômes d'hémite et que cet état pathologique n'existait pas. Il y avait seulement chez ce malade trop de sang en général.

Ce cas prouve encore l'utilité de la saignée dans les cas de rhumatisme articulaire.

Tumeur squirrheuse (fibro-plastique) enkystée. Ablation de la tumeur. Guérison.

Les cas dans lesquels le tissu cellulaire sous-cutané est le siége primitif d'une dégénérescence, ne sont pas très-communs. Cette dégénérescence se manifeste sous forme de petites tumeurs dures et enkystées. Dupuytren, qui en a donné la meilleure description, les a appelées *tumeurs squirrheuses enkystées*. Avant lui, on décrivait ces tumeurs sous le nom de *névromes*, et on les rapportait à une affection des filets nerveux.

L'observation que nous allons rapporter, et dont nous devons la communication à M. A. Lorda, externe des hôpitaux, nous présente l'exemple d'une tumeur qui, par son siége, ses symptômes et sa marche, doit être rangée parmi les tumeurs squirrheuses enkystées de Dupuytren.

Mme L..., âgée de cinquante-cinq ans, douée d'un tempérament sanguin, a toujours joui d'une excellente santé. Ses parents sont morts à un âge fort avancé, sans avoir jamais eu la moindre affection cancéreuse. A l'âge de douze ans, elle fit une chute sur le genou droit; il y eut au niveau du centre de la face antérieure de la rotule une écorchure qui se cicatrisa au bout de trois ou quatre jours.

Un an après, apparut sur la cicatrice un petit bouton gros comme une tête d'épingle. Ce bouton était indolent, restait stationnaire et ne causait aucune gêne. Il y a douze ans, c'est-à-dire trente-deux ans après l'apparition du bouton, la malade fit une nouvelle chute sur le genou droit; elle y éprouva aussitôt des douleurs atroces qui durèrent pendant trois jours.

A partir de ce moment, les douleurs reviennent par accès deux ou trois fois tous les jours; leur intensité augmente de plus en plus. Ces douleurs ressemblent à la sensation produite par des épingles qu'on enfoncerait dans la tumeur; elles s'irradient du genou vers l'épigastre, durent une demi-heure à chaque accès; il n'y a que la chaleur du foyer qui puisse les calmer.

La malade, après avoir suivi une foule de traitements internes, se présente le 9 juillet à la clinique de M. le docteur Fano. Voici ce que l'on observe :

A la partie moyenne de la face antérieure de la rotule, on voit une tumeur ovoïde, grosse comme une noisette. Cette tumeur est mobile, dure, et la moindre pression exercée sur elle arrache des cris à la malade. La peau a conservé sa coloration naturelle.

Le 10 juillet, la tumeur est enlevée; elle n'adhère nullement à la peau, est enkystée dans le tissu cellulaire sous-cutané. Une coupe de la tumeur nous montre une masse homogène, d'un blanc terne, ne présentant pas de cavités et ayant la consistance du tissu fibreux.

A l'examen microscopique, on trouve :

1° Du tissu conjonctif et du tissu fibreux;

2° Du tissu fibro-plastique.

Quant aux suites de l'ablation de la tumeur, elles furent des plus heureuses. On réunit les lèvres de la plaie par trois points de suture entortillée. La plaie se réunit en partie par première intention; une autre portion suppura et fut cicatrisée après dix jours.

Transfusion du sang.

L'opération de transfusion pratiquée il y a quelques jours à Freyberg (Saxe) par M. le docteur Weickert, et dont le rapport a été inséré dans la *Gazette* du 9 août, est un fait trop intéressant pour ne pas laisser une impression profonde. Nous y voyons rendue à la vie et à ses onze enfants une femme si exsangue que les syncopes se rapprochaient de plus en plus; ses extrémités étaient déjà froides, son pouls insensible, et l'opérateur n'espérait plus rien des moyens ordinaires.

Il faut féliciter M. Weickert d'avoir pensé à la transfusion et d'avoir été heureux dans son emploi, car le rapport nous montre que l'opération a été difficile et non sans danger. Il est évident pour tous, en effet, que l'opérée pouvait recevoir dans ses veines un sang coagulé, et, supposé qu'elle échappât à la mort, elle devait éprouver une phlébite consécutive, car il n'est pas ordinaire qu'on puisse impunément mettre une veine à nu dans une étendue de plusieurs centimètres, et l'isoler pour un temps considérable de sa gaîne normale.

Est-ce à dire que la transfusion soit si dangereuse qu'il faille la rejeter? Le fait qui précède prouverait seul le contraire, et les annales de la science comptent déjà un certain nombre de succès dans des cas désespérés. La transfusion est prise au sérieux par les physiologistes et les médecins modernes : Magendie, Bérard, MM. Cl. Bernard, Longet, Grisolle, Malgaigne... Mais c'est une opération dont le succès a été trop incertain; et le médecin qui ne veut rien donner au hasard est privé d'un moyen héroïque, n'ayant pas sous sa main de procédé sûr et facile.

Aussi sommes-nous heureux de dire qu'à l'Exposition de Londres, dans la riche collection de M. Mathieu, figure un appareil tout récent, qui promet une ère nouvelle à la transfusion, en donnant au praticien un moyen facile et à l'abri de tout danger.

L'hématophore de M. le docteur Moncoq, de Caen, met en rapport, par un courant non interrompu, le sujet pléthorique qui fournit le sang et le sujet anémique qui le reçoit. La partie moyenne de cette circulation intermédiaire est un petit cylindre en verre gradué, dans lequel un piston forme la systole et la diastole. Deux petites valvules en caoutchouc CC, placées en sens inverse, à la partie inférieure du ventricule artificiel, dirigent le courant sanguin.

Un tube capillaire, C E D, long de 10 centimètres, terminé par un petit trocart d'argent D ouvert sur ses facettes qui plongent dans la veine du sujet pléthorique, amène le sang dans le petit cylindre au point C. Un second tube de même forme et de même longueur porte le sang dans la veine anémique. Ce second tube n'est adapté à son trocart D, introduit d'abord dans la veine anémique, que quand le sang a chassé l'air de l'appareil. Il faut opérer au pli du bras, et il est facile d'agir à très-petite distance, ce qui est essentiel.

Ce procédé semble aussi simple et aussi parfait que possible comme opération, il n'exige qu'une double ponction microscopique; il permet d'éviter absolument l'introduction de l'air; et, fait capital, son action instantanée prévient la coagulation et permet de transfuser le sang en nature, triple progrès qui fera de la transfusion une opération dont le succès ne sera plus un fait exceptionnel.

L'auteur a contrôlé sa théorie par diverses expériences sur les animaux, et il a obtenu un succès complet, notamment chez le bœuf et le cheval (veines jugulaires).

HOPITAL DE VANNES. — M. de Closmadeuc.

Chute sur la tête. — Mort subite deux ans après. — Abcès du cerveau. — Hémorrhagie ventriculaire.

Le 31 octobre dernier, dans la matinée, et pendant l'exercice des recrues sur le champ de manœuvre de Vannes, le nommé Louis P..., âgé de vingt-neuf ans, né à Castillon (Gard), sergent au 74e de ligne, est pris tout à coup d'étourdissement; il remet son fusil à un camarade, chancelle en balbutiant quelques mots, étend les mains comme pour chercher un appui, et tombe foudroyé.

Transporté immédiatement à l'hôpital civil, où nous le trouvons sans connaissance, les membres en résolution complète, la face livide, les lèvres violettes et souillées de salive écumeuse, les pupilles dilatées et immobiles, la respiration inégale et stertoreuse, le pouls plein et lent, *il meurt quelque temps après dans des attaques de convulsions épileptiformes*.

Surpris de cette mort aussi prompte qu'elle était imprévue, nous dûmes, même avant de procéder à l'autopsie et pour arriver à poser un diagnostic tout au moins rationnel, nous enquérir de certains renseignements près de M. le médecin-major du 74e et près des camarades de P... Voici ce que ces renseignements nous apprirent :

Il y a environ deux ans (le régiment était alors en garnison à Avesnes), P... s'avisa de découcher une nuit, et fut obligé, paraît-il, pour rentrer à la caserne, de franchir un passage difficile du rempart. Il fit une chute dans le fossé et tomba la tête la première. Il faut croire que le passage était difficile, puisque dans le même endroit et en exécutant le même saut périlleux, un autre soldat avait été tué sur le coup.

Toujours est-il que P..., qui était en faute, après avoir perdu quelque temps connaissance, se releva et se traîna comme il put jusqu'à la caserne, ne souffla mot de ce qui lui était arrivé, resta à la chambre pendant deux ou trois jours, prétextant une indisposition, et fut bientôt rétabli.

Depuis ce moment notre soldat continua à se bien porter, et rien, dans ses allures et surtout dans la manière dont il accomplissait son service, n'était de nature à laisser supposer qu'il fût malade. Bon militaire, d'une santé excellente, actif, rangé, intelligent, de caporal qu'il était il ne tarda pas à être nommé sergent.

Cependant ses camarades, que j'ai interrogés et auxquels il avait conté son aventure, se rappellent parfaitement que de temps à autre P... se plaignait de violentes douleurs de tête, qui le jetaient dans un état de prostration considérable. Ces céphalalgies intermittentes n'étaient survenues que depuis sa chute dans le fossé; P... en faisait lui-même la remarque, et ses camarades ne doutaient pas que les migraines ne se rattachassent à quelque *dérangement dans la tête*, suivant leur expression. Cela durait chaque fois six heures, douze heures, vingt-quatre heures, deux jours au plus; un sommeil de plomb dissipait la douleur; tout rentrait dans l'ordre, et notre sergent reprenait son service comme par le passé. Du reste, aucun trouble apparent dans les fonctions intellectuelles, pas plus que dans les fonctions locomotrices.

Quelques mois seulement avant la mort, M. le médecin-major, le docteur Mauduit, s'aperçut néanmoins d'une altération notable dans les traits de P... La face était pâle, comme plombée, exprimant la souffrance intérieure; le corps s'amaigrissait. Dans la pensée que cet état général manifesté extérieurement par une altération profonde de nutrition des tissus, pouvait peut-être masquer le début de quelque affection organique, M. le docteur Mauduit examina P... avec soin. Le résultat de son examen fut négatif. Le cœur, les poumons, les organes digestifs, ne présentaient rien de particulier.

Tous ces renseignements étaient d'une grande importance, et avant l'autopsie nous étions déjà amenés à poser un diagnostic. Ce cas n'avait-il pas une ressemblance frappante avec tous ces cas de mort subite survenue longtemps après des blessures à la tête? Nous allions probablement rencontrer quelque lésion grave des centres nerveux, tumeur, ramollissement, abcès, corps étranger, hémorrhagie, etc.

Autopsie. — Voyons maintenant ce que nous a révélé l'ouverture du cadavre, pratiquée par moi vingt-quatre heures après la mort.

Disons tout de suite, pour abréger l'observation, que les viscères thoraciques et abdominaux ont été trouvés sains, tous les désordres étant concentrés dans le crâne.

1° Les téguments du crâne ne présentent aucune trace de blessure antérieure, aucune cicatrice. Il en est de même de la boîte osseuse, qui n'est le siége d'aucune tumeur ni de fracture ancienne. Les veines de la dure-mère sont gorgées d'un sang noir, sans épanchement sanguin ou autre à l'extérieur du cerveau.

La masse encéphalique, enlevée avec précaution, est placée sur une table, sa base reposant sur la surface d'appui. A première vue, l'hémisphère gauche semble notablement augmenté de volume; ses circonvolutions supérieures bombent davantage que celles de l'hémisphère droit. Si on palpe à l'aide des doigts la surface convexe de l'hémisphère, on perçoit sur-le-champ une sensation de fluctuation prononcée et dans une grande étendue, indice d'un épanchement contenu sous les premières couches de la substance cérébrale.

Le cerveau est divisé à mesure par tranches horizontales jusqu'aux ventricules. Le ventricule latéral gauche apparaît alors considérablement distendu et rempli de sang liquide, rouge, analogue à du sang récemment sorti des vaisseaux.

Le ventricule moyen est également rempli de sang, et en communication par une déchirure avec le ventricule latéral.

2° En même temps la substance cérébrale qui limite en dehors le ventricule latéral est creusée d'une cavité à peu près sphérique, dans laquelle se logerait une noix de moyenne grosseur. Cette cavité est remplie de sang, comme le ventricule, avec lequel elle communique par une ouverture à bords déchiquetés, du calibre d'un tuyau de plume. Un filet d'eau, projeté sur le cœtenu, entraîne à la fois du sang et une matière jaunâtre semi-liquide. Après ce lavage, la cavité se trouve tapissée par une couche de matière pulpeuse, de couleur jaune verdâtre, qu'il est facile de reconnaître pour du pus concret. Cette bouillie purulente est elle-même séparée de la substance blanche du cerveau par une sorte de membrane pyogénique grisâtre, dont les lambeaux lacérés sont surtout visibles dans le point où la rupture du foyer a eu lieu, c'est-à-dire à l'ouverture de communication entre lui et le ventricule latéral.

On constate, en outre, par la dissection, que cette cavité, véritable foyer de pus, est creusée aux dépens de la substance cérébrale de l'hémisphère, qui limite en dehors le ventricule. La substance blanche qui forme paroi n'est le siége d'aucun ramollissement, mais légèrement piquetée de rouge.

En résumé, l'autopsie met en évidence :

1° Un abcès siégeant dans l'épaisseur de la substance blanche du cerveau; abcès d'origine ancienne, et qu'en l'absence de toute autre cause, on est porté à rattacher au fait traumatique d'une chute remontant à deux années; abcès qui n'a eu d'autre expression symptomatique pendant la vie que quelques troubles passagers, des céphalalgies intermittentes; et dans les derniers mois, une altération de nutrition qui appela l'attention du médecin.

2° Une hémorrhagie ventriculaire récente, produite probablement lors de la rupture instantanée de la cloison qui séparait l'abcès des chambres cérébrales, cette hémorrhagie ayant donné lieu aux accidents terminaux et à la mort.

L'enseignement qui ressort de cette observation n'est pas nouveau. On ne saurait être trop réservé dans son pronostic, lorsqu'il s'agit de violences extérieures portées sur le crâne, ces accidents pouvant donner lieu à des complications tardives, qui, bien qu'à longue échéance, n'en sont pas moins mortelles. Partant, les *cent jours de bon guet* que recommandent Roger, de Parme, et plus tard Ambroise Paré, ne sont pas toujours suffisants pour mettre à l'abri des conséquences d'une chute sur la tête.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 août 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. FOUCHER. Lors de la communication de fistule vésico-vaginale que j'ai faite au nom de M. Rames, j'ai dit que le moyen employé par M. Rames pour refouler la fistule et la rendre plus accessible, était nouveau. Je dois reconnaître que M. Chassaignac, dans une discussion récente, avait déjà parlé de ce moyen, mais sans avoir eu, je crois, l'occasion de l'appliquer aux fistules vésico-vaginales.

M. Rames ne connaissait pas la communication de M. Chassaignac, et en faisant l'application de ce procédé qui lui a été fort utile, il n'a fait que donner plus de valeur aux idées de notre collègue.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. DOLBEAU. Dans la dernière séance, il a été question d'un malade du service de M. Denonvilliers. J'ai visité ce malade ce matin, et je vais communiquer à la Société le résultat de mon observation.

Ce malade, qui sera présenté à la Société par M. Denonvilliers, portait une tumeur du maxillaire droit ayant envahi le sinus correspondant du même nom.

En l'opérant, M. Denonvilliers fit une incision curviligne sur la joue, mit à nu la paroi externe et antérieure du sinus, et put ainsi extraire, cueillir la tumeur. Le bord alvéolaire fut conservé, et après l'opération, les dents qui s'y implantaient étaient vacillantes.

Il y a dix-huit mois que cette opération a été faite. Depuis quinze jours seulement, on a été obligé de faire une cautérisation avec le caustique Filhos.

Voici l'état actuel :

La face est presque normale; la balafre de la joue s'est réunie peu à peu, quoiqu'il n'y eût point de suture. Il y a des dents de ce côté, et elles sont solides; quelques-unes sont déviées. La voûte palatine, qui après l'opération avait été réduite à la portion membraneuse et était tellement amincie que M. Denonvilliers fut sur le point de l'exciser, est aujourd'hui devenue résistante et a sa forme arquée. Quant au tissu morbide, il existe au niveau de la première molaire sous forme d'une petite tumeur d'un centimètre de diamètre. Du côté opposé, la mâchoire est saine; la santé générale est excellente. Ce fait démontre donc que la chirurgie économique peut guérir.

M. BROCA. Je ferai remarquer à M. Dolbeau qu'il s'écarte de la question. Il ne s'agit ici que des tumeurs myéloïdes. Or, je ne pense pas que les observations antérieures à la découverte de ces tumeurs puissent servir à éclairer le débat.

Or il y a un fait bien grave, constaté plusieurs fois, c'est que les tumeurs myéloïdes se montrent sous forme de foyers multiples disséminés. C'est là-dessus que doit porter le débat. Quant au degré de fréquence de ces foyers, nous ne le connaissons pas encore d'une manière suffisante.

M. DOLBEAU. Je n'ai pas entendu changer la manière de faire des autres. Je dis que, pour les tumeurs à myéloplaxes, je connais des cas de guérison. M. Broca, s'appuyant sur l'anatomie pathologique, prouve qu'il existe plusieurs foyers, et que l'on doit dès lors faire une opération radicale.

Quant à moi, de la connaissance de ce fait, j'en tire une conclusion contraire, et je m'oppose à la résection.

M. BROCA. Dans les cas connus de myéloïdes, on a remarqué qu'il y avait une tumeur principale et autour d'elle comme des satellites, des petites tumeurs presque au contact de la première. Cependant, quoique très-voisines, ces petites tumeurs sont souvent séparées par une coque osseuse très-mince. Or, si vous enlevez la tumeur principale, vous laissez encore une partie du mal qui amènera une récidive. On ne connaît qu'un seul fait de M. Nélaton présentant deux tumeurs isolées et complétement indépendantes; l'une des tumeurs siégeait à la mâchoire inférieure, et l'autre à la mâchoire supérieure. On a vu, au contraire, plusieurs fois une tumeur principale présenter autour d'elle de petites tumeurs groupées. Cette seule considération suffit pour déterminer le chirurgien à prendre des mesures pour se garantir contre des récidives toujours fâcheuses.

COMMUNICATION.

Luxation de l'avant-bras en arrière et en dedans. — M. MOREL-LAVALLÉE. Dans une récente discussion, on avait soutenu que cette variété de la luxation en arrière était extrêmement rare, presque sans exemple; j'avais au contraire cherché à en établir la fréquence. Le hasard a voulu que le premier cas de luxation du coude qui se soit depuis présenté à moi, fût précisément un fait de ce genre. J'en ai d'ailleurs retrouvé d'autres dans mes cahiers; d'après mon observation, cette variété compterait au moins pour un tiers dans les luxations de l'avant-bras en arrière.

Voici ce nouveau fait :

Le 29 juin 1862 est entré dans mon service, à l'hôpital Beaujon, deuxième pavillon, numéro 16, D... (Jean), quarante-deux ans, tailleur de pierres, rue de Lévis, 59. Cet homme, de complexion ordinaire, s'était, à l'âge de dix-huit ans, démis le coude gauche; mais après la réduction, la conformation et les mouvements du membre étaient revenus à l'état naturel. Hier, monté sur un tabouret dont un des pieds se cassa, il tomba sur le coude; aucun bruit particulier n'a été entendu dans le coude au moment de l'accident; les mouvements furent anéantis immédiatement, il n'y eut pas de perte de connaissance; la douleur ne se montra qu'une heure et demie après l'accident; mais il faut noter que, dix minutes après l'accident, un pharmacien avait fait de vaines tentatives de réduction.

État actuel. — L'avant-bras est en flexion à angle obtus sur le bras et dans la pronation. Les mouvements volontaires sont impossibles; les mouvements communiqués sont limités; la flexion et l'extension font décrire aux doigts un arc de 20 centimètres au plus. La rotation, peu douloureuse, est assez facile et assez étendue.

Déformation. — 1° En arrière, il y a une saillie considérable de l'olécrâne, porté en même temps en haut et en dedans; en haut, on embrasse avec le pouce et l'index la cavité sigmoïde; le bord interne de l'olécrâne affleure et déborde même le sommet de l'épitrochlée; le tendon du triceps est soulevé, écarté de l'humérus; il n'est pas tendu, on peut glisser le doigt entre le muscle et l'os.

S'agit-il d'une luxation seule du cubitus en arrière et en dedans, ou d'une luxation des deux os dans le même sens? S'il s'agit de la première hypothèse, nous aurons une augmentation de la distance du cubitus au radius, le ligament interosseux ayant été déchiré dans sa partie supérieure; ou cette distance est normale: ce n'est point une luxation du cubitus, c'est donc une luxation de l'avant-bras en arrière et en dedans. En effet, on sent au coude, en arrière, la cupule radiale saillante au point de recevoir l'extrémité du doigt. Immédiatement au-dessous ou plutôt au-devant d'elle, on constate, comme si elle était à nu, la gorge de la poulie humérale; l'épicondyle est difficile à sentir, cependant on s'assure que le radius en est très-éloigné, de l'épaisseur au moins de la cupule.

Le bord interne de l'avant-bras dépasse de plus de 1 centimètre le sommet de l'épitrochlée. De cette éminence à l'extrémité du petit doigt, on trouve pour longueur de l'avant-bras et de la main 0,39 du côté malade et 0,41 du côté sain; différence, 0,02. Dans la flexion, on entend des craquements entre l'humérus et le cubitus.

2° En avant, le pli du bras est presque complétement effacé à cause du gonflement, ce qui empêche de constater nettement la présence de l'extrémité inférieure de l'humérus, dont on sent pourtant la résistance, qui se prononce surtout en dehors.

Réduction. — J'administre le chloroforme; puis on pratique l'extension avec une serviette pliée en cravate et nouée sur le poignet; la contre-extension avec une alèze en cravate, dont le milieu est passé sous l'aisselle du côté malade, et les deux chefs, ramenés l'un en avant, l'autre en arrière, sont fixés à la tête du lit. Au moment des tractions, je fixe d'une main la partie inférieure de l'humérus en dedans, et de l'autre j'attire l'extrémité supérieure de l'avant-bras en dehors. Les deux premières tentatives échouent; l'avant-bras descendait bien assez, mais son déplacement en dedans, au lieu de s'effacer, s'exagérait.

A la troisième tentative, je redoublai d'efforts pour réduire ce déplacement en dedans, et je réussis. A l'instant la conformation et les mouvements du membre se rétablirent.

DISCUSSION.

M. TRELAT. Si le déplacement est tel que le figure ce dessin schématique, je croirais plutôt à une luxation en dedans; mais je ne m'arrêterai qu'aux détails fournis par l'observation. Quand je disais que la luxation en dedans et en arrière est rare, je me basais sur les faits connus, qui sont en effet peu nombreux. Il est résulté de la discussion qui a eu lieu précédemment que l'expression de *luxation en arrière et en dedans* n'est pas exactement définie par tous les chirurgiens de la même manière; il est possible dès lors que MM. Morel-Lavallée et Richet regardent comme luxations en dedans et en arrière celles que M. Malgaigne considère comme étant des luxations en dedans. En admettant la manière de voir de M. Morel-Lavallée, je ne vois encore qu'un fait de plus à ajouter à deux connus; mais je ne crois pas que ce fait puisse démontrer la fréquence des luxations en question.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je crois plutôt que l'on a pris la luxation que je présente pour une luxation en arrière, et la preuve c'est que M. Huguier, mon collègue à l'hôpital Beaujon, en voyant cette forme du coude, a cru au premier abord à une luxation en arrière. Mais, en examinant plus attentivement, M. Huguier n'a pas tardé à se convaincre qu'il observait réellement une luxation en dedans et en arrière. Un prosecteur des hôpitaux dont le nom m'échappe, a pu vérifier l'exactitude de mon observation, et il a partagé ma conviction. Si je consulte mes registres, je trouve que les cas de luxations en dedans et en arrière sont pour un tiers dans le nombre total des luxations du coude.

M. GIRALDÈS. Si on avait fait mouler le coude avant la réduction, on n'aurait pas de contestation. Quant au dessin présenté, il offre l'inconvénient d'être purement conventionnel, et si on le fait imprimer, on pourra croire qu'il représente la réalité.

M. TRÉLAT. J'aurais désiré que M. Morel-Lavallée nous dît l'âge de son malade, si la réduction a été facile, et depuis combien de temps datait la luxation.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai donné tous les renseignements dans l'observation que je viens de lire. Je suis d'accord avec M. Giraldès; j'aurais voulu avoir le moule, mais j'ai dû, avant tout, me préoccuper de réduire. Quant au diagnostic de cette luxation, il est tellement facile, qu'il suffit de voir pour arriver à la certitude; c'est net, c'est palpable.

AUTRE COMMUNICATION.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je veux communiquer encore une observation rare de *déviation du pied à la suite de fracture du péroné compliquée de fracture de la malléole interne*. Le pied est relevé en dehors, de sorte que le blessé semble sur l'extrémité du fragment supérieur du tibia. Le malade avait été traité en ville de sa fracture.

LECTURE.

M. BROCA donne lecture de l'observation suivante, adressée à la Société par M. le docteur Fleury (de Clermont), membre correspondant de la Société, et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Observation de pseudarthrose du bras traitée avec succès par le séton.

J'ai l'honneur de vous adresser l'observation d'un malade affecté d'une fausse articulation du bras, survenue à la suite d'une fracture de l'humérus qui ne s'est pas consolidée, et que j'ai fait disparaître en introduisant un séton entre les deux fragments.

Je n'ai pas l'intention de discuter la valeur des moyens employés pour combattre cette infirmité, ni d'indiquer les motifs qui m'ont fait pencher pour le séton; mais je désirerais connaître votre opinion sur un procédé opératoire qui est indiqué dans tous les traités de pathologie externe, en termes tellement succincts cependant, que lorsqu'on arrive à la pratique on ne trouve aucune règle qui puisse servir de guide.

Boyer ne cite aucun fait qui lui soit personnel; il se borne à relater deux observations, l'une de Percy, qui n'a rien de commun avec le procédé actuel, car il l'emploie pour faciliter la sortie des esquilles d'un os fracturé; l'autre de Physic (de Philadelphie). Chez le second malade, la mèche reste en place pendant quatre mois (du 10 décembre au 4 mai), et n'est retirée que lorsque la consolidation commençait à s'effectuer.

Delpech se borne à dire qu'une mèche de séton doit être entretenue pendant un certain temps, sans rien préciser.

M. Nélaton parle aussi d'un temps plus ou moins long, sans entrer dans plus de détails.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie pratique* conseillent d'attendre, pour retirer la mèche du séton, qu'une masse osseuse se soit formée autour du point fracturé.

Samuel Cooper, dans son *Dictionnaire de chirurgie pratique*, dit bien que cette opération a été faite avec succès par Brodie chez un garçon de treize ans; mais il n'entre dans aucun détail qui soit de nature à diriger les praticiens qui n'ont jamais eu recours à ce procédé opératoire.

Si nous consultons les observations qui ont été publiées dans les journaux de médecine, nous voyons que Fahnestock (*Gaz. méd.*, 1844)

guérit une fausse articulation du cubitus en laissant en place le séton pendant quatre ou cinq mois, tandis que M. Jobert le retire au bout de huit jours, dans la crainte qu'il ne laisse des trajets fistuleux organisés (Académie de médecine, septembre 1840).

Chez le malade qui fait le sujet de mon observation, j'ai retiré la mèche au bout de vingt jours, et je crois que si elle était restée en place plus longtemps, elle eût amené une inflammation du périoste qui se serait terminée par suppuration, et qui eût pu entraîner la nécrose de l'humérus.

C'est un terrassier âgé de trente-cinq ans, né à Thiers (Puy-de-Dôme), qui se fractura le bras gauche au mois de septembre 1861, dans une chute qu'il fit dans la Franche-Comté, en descendant une montagne couverte de glace.

Il se rendit immédiatement après l'accident à l'hôpital de Salins, où on lui appliqua l'appareil ordinaire (bandage roulé, quatre attelles).

Deux mois après, la fracture n'étant pas consolidée, le malade se rendit à l'hôpital de Besançon, où on plaça un appareil inamovible, qu'il conserva six semaines. Au bout de ce temps, il retourna dans sa famille. Le médecin qu'il fit appeler trouvant les choses dans le même état, l'engagea à se rendre à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il fut reçu le 31 janvier de cette année.

Ce qui frappe de prime abord lorsqu'on examine le membre malade, c'est l'angle saillant que forme l'humérus à sa partie moyenne; les deux fragments font une saillie en dehors, et dans ce point existe une mobilité telle, que l'on peut lui imprimer des mouvements dans tous les sens. On perçoit alors une crépitation qui n'a pas la rudesse de celle que font entendre les deux fragments d'un os récemment fracturé, mais qui rappelle un peu celle que l'on entend lorsque l'on imprime à une articulation qui est restée longtemps immobile des mouvements assez étendus. Une fausse articulation est donc formée, on ne peut en douter. Les moyens d'union doivent offrir une assez grande laxité, à en juger par la mobilité des fragments. Ce membre est faible; les mouvements y sont fort limités, très-lents; aussi le malade emprunte-t-il à chaque instant le secours de la main opposée pour lui venir en aide. Il peut cependant porter le bras malade derrière la tête en contractant le triceps brachial et les muscles situés à la partie postérieure de l'épaule.

Cet homme, qui est fort, bien constitué, a toujours joui d'une bonne santé; aucun vice, soit héréditaire, soit acquis, n'a entaché ses antécédents. Un traitement local doit donc suffire; il n'y a aucune autre indication à remplir. Je donne la préférence au séton.

Le 3 février, deux incisions de 3 centimètres de longueur sont pratiquées au niveau de la solution de continuité, l'une en dehors, l'autre en dedans, au niveau de l'insertion du triceps à l'humérus. Pendant qu'un aide exerce une traction un peu forte sur les deux extrémités du membre, je glisse entre les deux fragments, sans beaucoup de difficulté, une mèche en linge. Les tissus fibreux de nouvelle formation n'avaient pas encore acquis la force de résistance qu'ils auraient offerte plus tard. Les plaies sont pansées simplement.

L'opération avait été assez douloureuse; l'inflammation consécutive fut vive, la suppuration abondante les cinq ou six premiers jours; le pus avait une odeur fétide. Nous sommes forcé de maintenir pendant huit à dix jours des cataplasmes émollients, et de combattre l'insomnie par des pilules d'extrait gommeux d'opium. Sous l'influence de cette médication, l'inflammation a diminué; mais la suppuration est toujours aussi fétide. (Lotions chlorurées; pommade camphrée ajoutée au cérat.) — Les lèvres de la plaie sont rouges et gonflées. On ne retire la mèche que tous les deux jours, pour éviter au malade les douleurs que détermineraient des pansements trop fréquemment répétés. Elle est enlevée définitivement le 24. Elle est donc restée en place vingt jours seulement.

Le 13 mars, la mobilité est la même; la suppuration est toujours très-abondante, le pus s'écoule même assez difficilement. Je suis forcé, le 22, d'agrandir la plaie située au côté externe du bras, et de prolonger l'incision jusqu'au fond du foyer où séjourne le pus.

A dater de ce moment, l'amélioration qui s'est manifestée a été assez sensible; l'écoulement du pus est moins abondant, et à la fin du mois on sent au niveau de la fracture une espèce d'anneau dur, qui a 2 ou 3 centimètres de hauteur au-dessus et au-dessous de la fausse articulation; il est évidemment formé par le périoste, qui constitue une espèce de brassard qui emprisonne les deux fragments, dont la mobilité commence à disparaître. Le bras et l'avant-bras sont le siége d'un léger œdème, que l'on combat au moyen d'un bandage roulé.

Le 3 avril, après deux mois de traitement, un bandage inamovible est appliqué; le bras est solidement fixé. Le malade peut sortir et faire d'assez longues promenades. Mais bientôt il accuse quelques démangeaisons; une odeur fétide s'exhale des pièces du pansement: nous sommes forcé de l'enlever au bout de dix jours. Du pus séjournait sous la ouate qui entourait la peau, et nous constatons que le bras a perdu de sa force, et que la mobilité, sans être à beaucoup près aussi prononcée que les premiers jours, est cependant plus marquée qu'à l'époque où l'appareil amidonné avait été placé. Un pansement simple lui est substitué; des attelles en bois très-léger, que l'on enlève chaque jour, maintiennent les fragments en place, sans nous empêcher de surveiller la plaie, dont la suppuration diminue assez vite dès que le pus a un écoulement facile à l'extérieur.

Le 15 mai, nous revenons à l'appareil inamovible, qui reste en place jusqu'au 30; mais c'est par un excès de précaution, car le bras avait repris toute sa solidité. Le malade se plaint seulement d'éprouver de la roideur dans les mouvements du coude. — Bains; liniments savonneux.

Il quitte l'hôpital le 7 juin. Quatre mois ont donc été nécessaires à sa guérison, mais elle est aussi complète que possible. On ne sentait plus cette espèce d'anneau interposé entre les deux fragments; le bras avait cependant encore un centimètre de circonférence de plus que celui du côté opposé.

Serait-on parvenu au même résultat en se bornant à mettre en contact la mèche avec la face externe du périoste?

M. Jobert a lu à l'Institut, dans sa séance du 16 avril 1860, une observation dans laquelle il établit qu'une mèche glissée entre le périoste et les parties molles, sans toucher aux fragments de la fracture, a suffi pour en amener la consolidation.

Si des faits semblables se reproduisaient, ils simplifieraient singulièrement le traitement des pseudarthroses survenues à la suite des fractures non consolidées.

J'ai cru que ces observations offriraient assez d'intérêt pour appeler sur elles l'attention de la Société, et qu'une discussion provoquée dans son sein servirait à élucider une question qui est encore enveloppée d'une certaine obscurité.

Je lui soumettrai donc ces trois questions:

1° Une fausse articulation existant depuis plusieurs mois, survenue après une fracture qui ne s'est pas consolidée, quel est le traitement le plus convenable pour la faire disparaître?

2° Si on donne la préférence au séton, combien de temps ce corps étranger doit-il rester interposé entre les fragments?

3° Le séton, mis en contact avec la peau externe du périoste, suffira-t-il pour amener la consolidation de la fracture, sans qu'il soit nécessaire de le placer entre les deux fragments?

— **M. BROCA** donne lecture d'une autre observation adressée à la Société par M. le docteur de Closmadeuc, chirurgien en chef de l'hôpital de Vannes, membre correspondant de la Société de chirurgie. (Voir plus haut.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets rendus à l'occasion de la fête du 15 août, ont été nommés dans la Légion d'honneur:

Au grade d'officier.

MM. Huet, médecin des prisons de la Seine;
Magne, médecin oculiste à Paris.

Au grade de chevalier.

MM. Lagillardaie, chirurgien en chef de l'hospice de Vannes;
Laroche, chirurg. aide-major du 3e bat. de la garde nat. de la Seine;
Letourneux, médecin de l'hospice de Fougerolles (Mayenne);
Marie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Auxerre;
Massard, chirurgien-major du 34e bat. de la garde nat. de la Seine;
Varnier, chef de bureau à l'Assistance publique;
Vidal, médecin de l'hospice de la Reine-Hortense, à Aix-les-Bains;
Vignes, médecin en chef de l'hospice de Tarbes.

— A propos de la création des *cours complémentaires* près la Faculté de Paris, le *Courrier du Bas-Rhin* publie l'article suivant:

« Il nous sera permis de dire, à l'éloge et à l'honneur de la Faculté de médecine de Strasbourg, que ces cours spéciaux que l'on introduit à Paris comme une innovation utile, comme un complément nécessaire des études pratiques, existent depuis longtemps à la Faculté de Strasbourg. Ainsi, en parcourant le tableau des cours de cette Faculté, qui est déjà fixé pour l'année scolaire 1862-1863, nous trouvons:

» Pour le semestre d'hiver, une clinique des maladies syphilitiques et cutanées, par M. le professeur Michel; une clinique des maladies chroniques, par M. le professeur Coze.

» Pour le semestre d'été, une clinique des maladies des yeux par M. le professeur Stœber, une clinique des maladies des enfants par M. le professeur Tourdes, une clinique des maladies syphilitiques et cutanées par M. le professeur Michel, une clinique des maladies chroniques par M. Hecht, agrégé, une clinique des maladies mentales par M. Dagonet, agrégé et médecin à l'hospice des aliénés de Stephansfeld.

» Ces cours spéciaux, complémentaires, ont lieu à côté des cours fondamentaux, des cours magistraux, si l'on peut ainsi dire, qui comprennent les branches principales de l'enseignement médical, anatomie, physiologie, pathologie et clinique médicales et chirurgicales, chirurgie opératoire, accouchements, médecine légale, hygiène, physique, chimie, histoire naturelle médicales, etc.

» Indépendamment de cet enseignement si multiple, si varié, théorique et pratique à la fois, le programme de la Faculté de médecine comprend en outre, en été comme en hiver, une série de conférences et d'exercices pratiques auxquels les élèves prennent part sous la direction des professeurs et agrégés, et qui ont pour but de les initier à tous les détails de la pratique médicale et chirurgicale, quelle que soit la destination ultérieure de chacun d'eux, dans les campagnes comme dans les villes.

» On peut donc dire qu'à tous égards, au point de vue théorique comme au point de vue pratique, le cadre de l'enseignement de la Faculté de médecine de Strasbourg est fort étendu, plus étendu que celui de la Faculté de Paris, qu'il offre aux jeunes gens toutes les ressources qu'ils peuvent désirer pour leur instruction médicale, et que les innovations que l'on va faire dans l'intérêt des élèves de la Faculté de Paris sont des avantages dont jouissent depuis longues années les élèves de la Faculté de Strasbourg. »

— Un de nos amis nous écrit de Schwalheim:

« Ainsi qu'il était facile de le prévoir, Schwalheim débute par un grand succès. Les malades viennent réclamer les bienfaits de ses eaux minérales et de son établissement hydrothérapique, que recommandent l'autorité et l'expérience de M. le docteur Louis Fleury. Voici les noms de quelques-unes des personnes qui s'y trouvaient ces jours passés:

» MM. le conseiller d'Etat Wellenstein (de Luxembourg); le colonel de Thierry (de Liége); le marquis de Pendola (de Naples); M. et Mme Albert (de Paris); Barberon, receveur des finances (de Marseille); M. et Mme Lamont (de Luxembourg); Rapin, ingénieur en chef des ponts et chaussées (de Paris); le docteur Saucerotte (de Lunéville); le comte de Bonnaire (de Paris); le professeur Wysinski (de Varsovie); Mme Heiligenthal (de Strasbourg); Dufoy (de Freibourg); Malapert (de Poitiers); Hervé (de Strasbourg); Zurlinden (de Colmar). »

Au commencement de cette année, un de nos confrères nous a envoyé, pour prix de son abonnement, deux coupons d'*obligations de la ville de Paris*, nos 48,477 et 48,479.

Ces obligations sont sorties au dernier tirage, et seront remboursées à leur propriétaire à raison de 500 fr. chacune.

Il peut les présenter quand il jugera convenable de le faire. Nous tenons les deux coupons à sa disposition.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebórda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Journal de la santé du roi Louis XIV, de l'année 1647 à l'année 1711, écrit par Vallot, d'Aquin et Fagon, premiers médecins du roi, avec introduction, notes, réflexions critiques et pièces justificatives, par J. A. Le Roi, conservateur de la bibliothèque de la ville de Versailles, etc. Un volume in-8°. Paris, 1862, chez Aug. Durand, libraire-éditeur, 7, rue des Grès.

Anatomie philosophique. Conformation osseuse de la tête chez l'homme et les vertébrés, par le docteur Cam. Bertrand. Un volume in-8° de xxxii-256 pages et dix planches in-4° et in-8°. Montpellier, 1862. Prix: 5 fr. Paris, chez Victor Masson et fils.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois.. 16 » Un an. . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux du Journal sont maintenant rue de l'Université, 8.

PARIS, LE 25 AOUT 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Cl. Bernard a communiqué dans cette séance la deuxième partie de ses recherches expérimentales sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique. Cette deuxième partie est relative aux nerfs du membre supérieur. On y verra que pour ces membres comme pour les membres inférieurs les résultats ont été les mêmes, c'est-à-dire qu'on peut avoir dans les uns comme dans les autres des paralysies motrices et sensitives, tantôt privées, tantôt accompagnées des phénomènes vasculaires et calorifiques, suivant que dans l'opération le sympathique a été respecté ou non. On y voit, en outre, que la lésion isolée des ganglions du grand sympathique amène la manifestation des phénomènes calorifiques et vasculaires coexistant avec l'intégrité parfaite des racines rachidiennes. Partout les nerfs vasculaires et calorifiques ont été trouvés topographiquement et physiologiquement indépendants des nerfs musculaires proprement dits; d'où cette proposition générale, que l'appareil circulatoire vasculaire possède un système vaso-moteur spécial.

Fidèle à sa méthode rigoureuse, M. Cl. Bernard n'a pas voulu, dans l'interprétation des résultats de ses expériences, aller plus loin que le fait physiologique qu'ils ont mis en lumière. On sait que les anatomistes ont longtemps discuté et discutent encore sur la question de savoir si les nerfs sympathiques forment un système séparé de l'appareil nerveux cérébro-spinal, ou bien s'ils n'en sont qu'une dépendance. « On me demandera nécessairement, dit M. Bernard, ce que je déduis de mes recherches sous ce rapport; on me demandera si j'en conclus que les nerfs vasculaires naissent de la moelle ou s'ils en sont indépendants. Je répondrai que je ne crois pas que personne aujourd'hui soit à même de résoudre cette question d'une manière absolue... Il faut laisser pour les études de l'avenir les questions indécises et se borner à dire ce qui paraît évident et incontestable. » D'ailleurs, comme le fait remarquer avec raison l'éminent physiologiste, eût-on même prouvé que tous les nerfs vasculaires viennent de la moelle épinière, ils n'en devraient pas moins être considérés comme formant un système de nerfs à part, les propriétés vitales, quand il s'agit de physiologie, devant toujours primer les considérations anatomiques.

Il reste à déterminer un point important de la physiologie du nerf grand sympathique, savoir si ce système nerveux a ses centres d'actions réflexes en dehors du cerveau et de la moelle épinière; c'est ce que M. Bernard se propose d'examiner dans une de ses prochaines communications.

On trouvera dans le compte rendu l'extrait d'un mémoire de M. Demarquay, sur l'ablation des polypes naso-pharyngo-maxillaires à l'aide d'un nouveau procédé ostéoplastique.

Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. A. RICHARD.

Observation de luxation double de la mâchoire inférieure en avant, datant de six semaines. — Réduction. — Guérison complète.

(Recueillie par M. GILLETTE, interne du service.)

Le nommé L... (Félix), marchand forain, âgé de trente-deux ans, entre à la Clinique le 18 juillet 1862. C'est un homme brun, assez fort, quoiqu'il ait eu dans sa jeunesse quelques antécédents scrofuleux, asthmatique depuis sept ou huit ans, et n'ayant été victime d'aucun accident traumatique antécédent.

Il y a quelques mois, il éprouva, à quatre ou cinq reprises différentes, en bâillant, une gêne subite, mais passagère, pour rapprocher la mâchoire inférieure de la supérieure. Ce n'était là qu'un phénomène instantané en quelque sorte, la contraction des muscles de la mâchoire suffisant pour remettre immédiatement les surfaces articulaires en place.

Le 10 ou le 12 juin dernier, se réveillant pendant la nuit, il bâilla un peu plus fort que d'habitude, éprouva tout à coup une légère secousse dans la tête, sentit un craquement au niveau des oreilles, et s'aperçut qu'il ne pouvait plus faire exécuter des mouvements à sa mâchoire inférieure : son menton était un peu plus saillant en avant.

La douleur qu'il avait ressentie immédiatement après l'accident était très-aiguë au-devant des deux oreilles, dans les régions temporales; elle se répandait sur les deux régions géniennes, et avait son maximum d'intensité au niveau des deux os malaires et au-dessous des orbites.

Le sentiment d'effroi dont il fut saisi et qui s'accrut peut-être encore quand il vit sa salive couler involontairement de la bouche, se calma peu à peu : il put se rendormir, et le matin il trouva son oreiller mouillé par une grande quantité de salive qui s'était écoulée pendant son sommeil.

Le lendemain, l'impossibilité de rapprocher complétement les deux mâchoires était toujours la même, et la parole extrêmement difficile, bien plus difficile qu'elle ne l'est actuellement : les *l, t, th, ch*, étaient surtout les lettres qu'il avait de la peine à prononcer.

Deux jours après, aux douleurs qui étaient toujours aussi vives au niveau des deux os malaires, vint se joindre un gonflement des joues assez considérable, qui commença à diminuer au bout de trois jours et disparut complétement le douzième.

La mastication, la déglutition des solides et même celle des liquides étaient extrêmement gênées. Pendant huit jours le malade ne put manger que de la panade et boire à peine le quart d'un verre de liquide à l'aide d'efforts de déglutition très-pénibles et fréquemment répétés. Quand il venait de boire, il éprouvait généralement des bourdonnements d'oreilles, qui du reste se reproduisaient plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Cette gêne extrême de la déglutition ne dura guère que dix ou douze jours; au bout de ce temps, il put boire plus facilement et déglutir les aliments semi-liquides avec beaucoup moins de peine.

Son accident lui étant arrivé à Attichy, près de Compiègne (Oise), il alla consulter peu de temps après un médecin, qui ne reconnut pas la luxation, le malade ne s'étant plaint surtout à lui que d'un violent mal de gorge. Du reste, les douleurs dont la mâchoire avait été le siége pendant près de quinze jours s'étant calmées presque entièrement, et les mouvements semblant revenir un peu, L... continua à travailler et ne voulut plus consulter pour un mal qui ne le faisait pas souffrir, et ne s'accusait que par de la déformation et de la gêne de la parole et de la mastication.

Il resta dans cet état pendant un mois; mais voyant qu'il n'allait pas mieux, il se décida à venir à Paris et consulta un dentiste, qui dut certainement reconnaître le déplacement de la mâchoire, car il essaya, dit le malade, de la lui remettre en place en lui introduisant les pouces dans la bouche et en lui poussant un bouchon entre les molaires. Ces tentatives furent complétement infructueuses; aussi L... entre à la Clinique le 18 juillet, et voici quels sont les symptômes que l'examen permet de constater :

Le menton est abaissé et fait une saillie plus marquée qu'à l'état normal. L'angle du maxillaire inférieur est de chaque côté relevé et repoussé en arrière. Les mâchoires étant aussi rapprochées que possible, laissent en arrière, entre les dents, un intervalle qui permet d'y introduire le petit doigt; en avant, cette distance est de 2 centimètres au moins.

Les incisives inférieures sont sur un plan bien plus antérieur que les supérieures, de sorte que les dents des deux mâchoires ne se correspondent plus. On ne peut constater aussi bien les rapports des molaires, celles de la mâchoire inférieure manquant en grande partie.

Lorsqu'on prend le menton et qu'on cherche à imprimer des mouvements d'élévation et d'abaissement, on y réussit dans des limites extrêmement restreintes, mais cependant bien mieux qu'on n'aurait pu le faire immédiatement après l'accident, d'après ce que nous dit le malade, qui affirme en même temps qu'il y a un mois les deux mâchoires étaient plus écartées l'une de l'autre qu'elles ne le sont actuellement.

Si on examine les rapports du condyle avec la cavité glénoïde, on sent au toucher qu'il s'est porté en avant, et qu'il éprouve sur place de légers mouvements quand on vient à abaisser ou élever l'os maxillaire; mais il ne roule pas sous le doigt comme à l'état normal. Derrière lui, c'est-à-dire entre lui et le tragus, la dépression, qui est ordinairement si manifeste dans les luxations récentes, est très-peu accusée; elle est presque nulle chez notre malade.

La saillie formée par l'apophyse coronoïde, au niveau du tubercule malaire, ne se sent que très-imparfaitement à travers les téguments; mais si on vient à introduire profondément dans la cavité buccale deux doigts entre le bord alvéolaire supérieur et la paroi interne de la bouche, on arrive facilement sur le bord tranchant des deux apophyses coronoïdes, et on sent leur sommet arrêté au niveau de l'os malaire, mais s'en distinguant parfaitement, en ce qu'on peut leur imprimer de très-légers mouvements en abaissant et élevant successivement la mâchoire.

Tous les symptômes précédents n'ayant pas permis de doute à l'égard du diagnostic, et le malade désirant être débarrassé le plus promptement possible d'une infirmité qui l'empêche, comme il dit, de manger et de parler comme un autre, on essaye la réduction le 24 juillet, c'est-à-dire quarante-quatre jours après l'accident.

FEUILLETON.

Les houilleurs et les houillères. — Le sucre des urines de diabétiques. Londres et Paris au point de vue des objets de consommation.

L'extraction du charbon constitue pour l'ouvrier chargé de ce pénible travail une existence toute particulière. Contraint de rester la journée entière dans les profondeurs de la terre, respirant au milieu d'une poussière sans cesse entretenue, prenant pour exécuter son labeur des positions exceptionnellement exagérées, le houilleur ne tarde pas, comme nous le verrons tout à l'heure, à se voir imprimer par ces diverses circonstances un cachet très-sensible pour l'observateur.

Mais avant d'étudier le houilleur, il est bon de descendre sur le théâtre de son travail, et d'établir une distinction entre les mines, selon qu'on y exploite le charbon gras, demi-gras ou le charbon maigre. C'est à l'oubli de ces divisions qu'on doit le vague et souvent l'inexactitude de ceux qui ont écrit sur les maladies des houilleurs : il ne faut pas généraliser, mais circonscrire le sujet.

L'atmosphère des mines varie selon la nature du charbon exploité.

La houille grasse ou bitumineuse est la couche la plus superficielle d'un bassin houiller; au-dessous d'elle, on trouve la houille demi-grasse; enfin les couches les plus profondes sont formées par la houille maigre. Le degré de profondeur des couches d'un bassin peut servir à caractériser la nature de la houille, et telle couche maigre dans une localité devient grasse par le fait de son arrivée à la superficie du bassin dans une autre localité.

La distinction des trois espèces de charbon n'est pas inutile au médecin, car si toutes les mines dégagent du gaz, du grisou, et sont soumises aux lois de la combustion lente, la houille grasse produit infiniment plus d'émanations et de poussier que la maigre. La pesanteur spécifique du poussier provenant du charbon gras est moindre que celle du poussier maigre : l'eau, qui incommode tant les exploitations de charbon maigre, ne se rencontre que rarement dans les couches de charbon gras.

A l'aide de ces premières données, on peut déjà se rendre compte des affections rhumatismales plus communes chez les ouvriers qui extraient le *maigre*, et des affections broncho-pulmonaires plus fréquentes chez ceux qui travaillent dans le gras et certains demi-gras.

On sait combien de causes nécessitent dans les mines l'emploi d'une ventilation habilement dirigée. Il n'est plus besoin aujourd'hui d'insister sur cette nécessité.

Nous venons de jeter un coup d'œil rapide sur les mines de charbon; quels sont maintenant les travaux qui s'y exécutent?

Autrefois, pour pénétrer dans la mine et pour en sortir, l'ouvrier était forcé de se servir des échelles. C'était une première fatigue que les ingénieurs modernes lui épargnent au moyen de parachutes successivement perfectionnés et d'ingénieuses warocquières. Aujourd'hui les échelles sont devenues pour l'ouvrier un objet de répulsion suffisant pour lui faire refuser le travail dans une charbonnière où on les conserverait.

Cette première dépense de forces supprimée, il ne nous reste plus à considérer que le travail du houilleur dans la fosse. Ce travail est exécuté par des *ouvriers à la veine*, des *chargeurs à la taille*, des *hiercheurs* et des *ouvriers qui étançonnent*, etc.

Les *ouvriers à la veine* gagnent le plus d'argent; mais l'établissement du *marché à forfait* les stimule et les entraîne dans les excès de travail. Or, rien de plus fatigant que leur travail. Le plus souvent couchés sur le côté, quelquefois sur le dos, ou même sur le ventre, accroupis, à genoux, le plus rarement debout, ces ouvriers abattent le charbon, enfoncent les bures et les bouveaux. L'air qui les entoure est imprégné des émanations du charbon et chargé de poussier; aussi le mineur n'ose pas inspirer largement; l'hématose reste incomplète, et les organes thoraciques perdent leur jeu régulier.

Le *chargeur à la taille* se trouve à peu près dans les mêmes conditions que l'ouvrier à la veine, mais sa position est moins forcée, et son attitude peut varier.

Le *hiercheur* était autrefois obligé de traîner, au moyen de courroies fixées autour des épaules, un lourd chariot sur des voies mal entretenues. Aujourd'hui il n'a qu'à pousser devant lui de petits wagons sur un chemin de fer. Ce travail exige de la part du hiercheur la tension des bras et une constante inclinaison en avant. La poitrine se trouve comprimée latéralement par la tension des muscles de l'épaule et du thorax.

Réduction. — Le malade est couché sur le dos. Anesthésie complète par le chloroforme. Les commissures étant écartées le plus possible par deux aides, M. Richard essaye la réduction d'abord avec l'instrument de Stromeyer, puis avec le même instrument modifié par M. Nélaton, qui diffère du premier en ce qu'il se compose, comme on le sait, de trois branches garnies à leur extrémité de coussins, dont deux sont introduites dans la bouche et servent à écarter les mâchoires, tandis que la troisième, appuyant à l'extérieur sur le menton, tend à le repousser en haut et en arrière.

M. Richard renouvelle ses tentatives deux ou trois fois sans résultat, puis essaye de nouveau, sans plus de succès, le procédé de M. Nélaton, c'est-à-dire celui qui consiste à agir, à l'aide des deux pouces introduits dans la cavité buccale, directement sur les apophyses coronoïdes.

Voyant que la force de ses poignets ne peut lui suffire en cette circonstance, M. Richard prie M. Tillaut, qui assistait à la visite, d'essayer la réduction. M. Tillaut, plaçant ses genoux l'un à droite, l'autre à gauche du malade, de façon à avoir un point d'appui considérable sur le lit, introduit ses deux pouces dans la bouche et les applique directement sur le rebord tranchant du sommet de chaque apophyse coronoïde qu'il repousse énergiquement en bas. Après deux ou trois tentatives, il sent la mâchoire céder et reprendre par une secousse instantanée sa position normale. Immédiatement toutes les dents supérieures et inférieures se correspondent, et les symptômes que nous avons notés plus haut disparaissent.

Une fronde est appliquée aussitôt après la réduction.

Le malade n'éprouve aucune souffrance pendant tout le temps des manœuvres précédentes.

Douleurs assez vives dans la mâchoire pendant quinze ou seize heures.

Il est condamné à un mutisme complet pendant vingt-quatre heures, et réprime surtout les envies de bâiller qui sont très-fréquentes chez lui.

Le soir il peut prendre un bouillon.

Le 25 juillet, il ne mange pas de la journée, se trouve un peu mal à son aise, ne désire prendre que de la tisane.

Le 26, il prend des potages, peut parler sans écarter les mâchoires. La parole est redevenue aussi facile qu'auparavant. La difficulté qu'il avait de prononcer certains mots a complétement disparu; il conserve encore sa fronde.

Les jours suivants le malade va de mieux en mieux; la mastication commence à se rétablir sans qu'il en résulte aucune douleur; la prononciation n'est plus gênée en aucune façon, et comme preuve de son complet état de guérison, L... dit qu'il peut tenir aussi bien qu'auparavant sa plume entre les dents.

Il sort le 31 juillet.

Cette observation prouve une fois de plus que le véritable obstacle à la réduction de la luxation de la mâchoire inférieure est, comme l'a si bien démontré M. le professeur Nélaton, l'accrochement de l'apophyse coronoïde sous le tubercule de l'os malaire, et ne réside ni dans les différents rapports des surfaces articulaires entre elles, ni dans la contraction de certains muscles.

Elle montre aussi que, d'après le dire du malade lui-même, la laxité trop grande des capsules synoviales et des ligaments, a été une cause prédisposante fort remarquable à noter ici, puisque, plusieurs fois avant la production de sa luxation, cet homme avait été obligé de faire intervenir énergiquement la contraction des muscles élévateurs de la mâchoire pour remettre les articulations dans leurs rapports normaux après un écartement involontaire un peu trop prononcé.

La cause occasionnelle a été chez ce malade le bâillement, cet acte physiologique qui mettant en jeu la contraction de certains muscles de la mâchoire, agit en portant l'écartement des maxillaires au delà des limites naturelles, et doit être regardé comme étant une cause bien plus fréquente de luxation que le traumatisme lui-même.

Les symptômes observés offrent aussi quelques considérations assez importantes en raison de l'ancienneté de la luxation. Cet homme nous dit qu'actuellement, c'est-à-dire près de six semaines après son accident, il trouva l'écartement entre les deux mâchoires bien moindre qu'après la production de la luxation; c'est là en effet un phénomène qui a été assez souvent observé dans les déplacements articulaires de ce genre datant de quelques semaines, et que l'on doit, comme on le sait, attribuer à la contraction incessante des muscles temporaux, masséter et ptérygoïdien interne.

Nous noterons aussi qu'à ce symptôme on doit en joindre un autre presque aussi important, celui de l'amoindrissement ou même de la disparition à peu près complète de la dépression anté-auriculaire. Depuis quelque temps la prononciation était un peu plus facile chez lui, la mastication commençait même à se faire aisément, la salive ne s'écoulait plus de la bouche; tous symptômes qui auraient pu empêcher un chirurgien attentif de reconnaître l'existence d'une luxation bilatérale.

Le traitement a été simple et on s'est borné à cette seule indication : dégager le sommet des apophyses coronoïdes. Il n'a même pas été nécessaire de leur imprimer un mouvement de propulsion en arrière vers l'excavation zygomato-maxillaire; du moment que M. Tillaut a eu le bonheur de pouvoir décrocher en quelque sorte les apophyses, la mâchoire a été d'elle-même reprendre sa position normale.

Nous terminerons par cette remarque de M. Richard : Que les luxations temporo-maxillaires, une fois réduites, ne se comportent pas de même façon que les autres luxations. L'articulation remise en place n'est que peu douloureuse, pourvu qu'on la maintienne dans l'immobilité absolue pendant quelque temps, et reprend ses mouvements bien plus rapidement que les autres articulations placées dans les mêmes conditions.

En effet, le malade du service de M. Richard est sorti sept jours après la réduction de sa luxation, ayant recouvré entièrement la prononciation et la mastication, et n'accusant pas la moindre douleur du côté des articulations temporo-maxillaires, même pendant le jeu des surfaces articulaires l'une sur l'autre.

LE TÆNIA ET LA GRAINE DE CITROUILLE.

Par M. le Dr L. Tarneau, médecin aide-major au train d'artillerie de la Garde.

La thérapeutique devient chaque jour plus riche en tænifuges. Nous en connaissons pour notre part seize, dont onze employés en Abyssinie, que M. le docteur E. Fournier a étudiés avec le plus grand soin dans sa thèse inaugurale. Comme on le voit, on n'a que l'embarras du choix, et c'est probablement pour cela que beaucoup de praticiens laissent dans l'obscurité certains médicaments bien insignifiants en apparence, mais qui ne sont pourtant pas à dédaigner.

Absolument parlant, y a-t-il un spécifique du tænia? En un mot, existe-t-il un médicament qui tue et expulse *sans retour* le ver solitaire partout et toujours? Nous pouvons répondre hardiment non, sans crainte de nous tromper ni de froisser personne.

On voit souvent des cas de tænia résister obstinément à l'action de certaines substances réputées à juste titre comme des tænicides dignes de confiance, et céder comme par enchantement à tel tænifuge, qui lui-même, à son tour, ne réussira pas chez un autre individu. Il faut donc mettre la main sur le bon, mais ce n'est pas toujours chose facile. De là des tâtonnements très-ennuyeux et pour le malade et pour le médecin, auxquels il faut néanmoins se résigner bon gré mal gré. C'est ce qui résulte de notre propre histoire. Nous n'avons, en effet, été complétement débarrassé de notre helminthe que par la graine de citrouille, après avoir pris à plusieurs reprises du grenadier et du kousso.

C'est encore l'histoire d'une jeune fille de vingt-quatre ans, du service de M. le professeur Piorry, chez laquelle les purgatifs, le kousso, le grenadier, ont échoué, pour laisser triompher l'extrait éthéré de fougère mâle. On sait que l'invention de ce médicament est due à Peschier (de Genève), qui, en 1826, a substitué cette préparation à la poudre de la plante; l'action de cette substance, d'après MM. Trousseau et Pidoux, est plus puissante que celle du grenadier.

Cette observation présente un phénomène bien digne de remarque, c'est que la malade vomissait très-souvent des parcelles de tænia après ses repas. Cette particularité est excessivement rare. Elle ne s'est pas présentée une seule fois dans les 54 observations que nous avons publiées; et dans notre *Symptomatologie*, qui roule sur des recherches considérables, nous ne l'avons même pas signalée. On sait, d'après les diverses autopsies faites par Lorenzo Nannoni, Giudetti, de Blainville, Van Beneden et Salathé, que le tænia réside toujours dans la portion supérieure de l'intestin grêle. Aussi est-il facile de comprendre qu'il puisse remonter jusque dans l'estomac, et donner lieu aux vomissements caractéristiques que nous venons de signaler; mais, nous le répétons, cela est fort rare.

Dans l'appendice de notre travail sur le tænia en Algérie, nous avons dit : « Nous croyons fermement que la médication par la graine de citrouille mérite de fixer désormais d'une manière sérieuse l'attention des praticiens, et d'être employée plus souvent qu'elle ne l'a été jusqu'à ce jour. » A ce propos, nous avons raconté notre aventure et ses péripéties, qui est tout à l'avantage de ce modeste médicament.

Nous avons ensuite rapidement esquissé les grands avantages que possède cette médication, qui réunit selon nous tant d'excellentes conditions, que nous sommes étonné qu'on ne l'essaye pas tout d'abord, sauf à recourir à d'autres substances si celle-ci ne donne pas de résultat satisfaisant. Que risquez-vous après tout? Dans tous les cas, vous courez la chance de débarrasser votre malade au moyen d'un médicament qui n'en a que le nom, car par le fait la graine de citrouille pilée avec du sucre et additionnée de lait constitue, ainsi que nous l'avons déjà dit, un brouet fort agréable à prendre.

En est-il de même du kousso, du grenadier? Hélas! non, tant s'en faut. Quelquefois ces substances sont rejetées presque aussitôt leur ingestion dans l'estomac; dans d'autres circonstances, elles produisent de violentes coliques, surtout cette dernière. Dans tous les cas, il vous sera impossible de les faire avaler à un enfant.

Voilà les véritables raisons qui me détermineraient à me traiter ou à traiter mes malades par la graine de citrouille si le cas se présentait. Et si j'insiste tant sur ce point, c'est que cette question de répugnance et de profond dégoût qu'inspirent généralement la décoction de grenadier et le kousso semble inquiéter fort peu certains praticiens. Je les engage à faire comme moi l'expérience des trois préparations, et je devine à l'avance et à coup sûr celle à laquelle ils donneront la préférence.

On a reproché à la graine de citrouille la lenteur de ses effets. D'abord on me permettra de faire observer que cette lenteur n'existe pas toujours, et pourvu que le malade ait le soin de prendre 30 grammes d'huile de ricin fraîche deux heures après, il est rare que l'helminthe ne soit pas expulsé quelques heures plus tard. En tout cas, ce serait là un bien léger inconvénient; en effet, que le malade rende son tænia dix heures plus tôt ou plus tard, ce doit être probablement un faible souci pour lui, et je ne vois pas là matière à bannir une médication qui offre tant d'autres agréments.

Quant au prix, dont il faut aussi faire la part, surtout dans la médecine du pauvre, il défie toute concurrence. On peut s'en procurer partout, et le plus souvent *gratis*.

Les deux observations qu'on va lire viennent s'ajouter à la longue série de faits déjà publiés en faveur de la graine de citrouille contre le tænia. Espérons que les expériences se continueront malgré les insuccès qu'on pourra rencontrer, et que cette préparation, quelque modeste qu'elle puisse paraître, prendra en temps et lieu la place qui lui semble incontestablement due parmi les bons et *surtout* les agréables tænicides.

Obs. I. — Mlle X..., âgée de treize ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution médiocre, rend depuis quelque temps (avril 1861), par les selles, des anneaux de tænia. Notre ami le docteur Vitrac, se rappelant que nous avions fait des recherches sur ce sujet, nous demanda conseil. D'après notre avis, il essaya la graine de citrouille (150 graines pilées avec du sucre et délayées ensuite dans une tasse de lait).

La petite malade fut soumise à la diète; la veille et le lendemain elle absorbait avec avidité, pour ainsi dire, le brouet que ses parents avaient préparé eux-mêmes. Deux heures après, elle prenait 20 grammes d'huile de ricin, et, dans la journée, nous eûmes la satisfaction de voir un tænia de deux mètres et demi avec sa tête.

Le *hiercheur* circule dans des galeries où l'air est meilleur qu'à *la taille*; mais dans les endroits dits *sur le retour d'air*, il se trouve encore au milieu d'une atmosphère très-chargée de gaz et de poussière.

Restent *les ouvriers*. Ceux-ci étançonnent, boisent, remblayent, arrangent les voies et travaillent ordinairement la nuit. Leur situation est par cela même plus avantageuse. L'activité de la mine a cessé; les ouvriers n'y sont plus, partant moins de fumée, moins d'émanations, moins de poussier que pendant le jour. Leur hygiène est donc plus satisfaisante; ces ouvriers s'éloignent beaucoup du véritable houilleur, et peuvent être rapprochés des terrassiers, charpentiers, etc.

La nature si pénible des travaux que réclame l'extraction du charbon, imprime, avons-nous dit, un cachet tout particulier aux houilleurs.

« Si vous trouvez en chemin un homme de taille inférieure à la moyenne, avec une grosse tête, des cheveux courts et souvent clairsemés, à face large, épanouie, sans expression, sans mobilité, d'un teint bistre ou blafard, maculé en une foule d'endroits, surtout sur le nez, les tempes et autour des yeux, de taches bleuâtres ou noires, les unes irrégulièrement linéaires, les autres ponctuées; trapu, mais fortement constitué, épaules larges, cou gros et court, narines ouvertes, mains carrées, bras assez longs et bien conformés; jambes courtes, cambrées, de telle façon que les pointes des pieds regardent en dedans, les talons et les mollets en dehors; genoux rapprochés, hanches plates, bassin évasé vers le bas, vous pouvez déclarer hardiment que vous avez vu un houilleur-né ou un houilleur de l'ancienne époque. »

Il existe, en effet, trois grandes classes de houilleurs. Les *houilleurs* anciens, ceux qui ont reçu par voie d'hérédité les marques de la profession; c'est celui dont nous venons de reproduire le type. A cinquante ans, ils sont valétudinaires (rhumatismes, roideur des articulations, déviation de l'épine dorsale, catarrhe bronchique chronique, asthme, consomption pulmonaire lente, maladies du cœur, altérations diverses des voies digestives et de la nutrition, etc.); leur tempérament est lymphatique, avec un état anémique particulier et une tendance aux maladies asthéniques. Souvent diathèse scrofuleuse. Du reste, sobres, honnêtes, intrépides, attachés au sol et à la famille. Cette première classe disparaît.

Une *deuxième classe de houilleurs* est formée par des sujets qui dès leur jeunesse travaillent dans les charbonnages, mais qui ne conservent que l'expression lente et pesante des premiers, sans reproduire les autres difformités héréditaires. Braves et courageux, ils oublient toutefois l'amour du sol et de la famille : l'esprit de l'indépendance les a envahis.

Les ouvriers dits houilleurs de circonstance ou d'occasion constituent la troisième classe. Anciens militaires congédiés, étrangers expatriés par la misère, ces ouvriers quitteront au premier jour le charbonnage ou finiront par se fusionner avec les houilleurs de la deuxième classe.

On le voit par ce rapide exposé, la famille des houilleurs est un monde à part : travail, coutumes, mœurs, toutes choses ont une forme particulière chez ces ouvriers. L'étude de leurs maladies faite sur place devait avoir un intérêt réel pour le monde des houillères, et le *Traité pratique des accidents et des difformités des houilleurs*, de M. Boens-Boissau, a dû recevoir en Belgique le meilleur accueil. En France, nous possédons d'importantes mines houillères; c'est rendre service à nos confrères que leur signaler l'œuvre consciencieuse du médecin belge.

Pour le plus grand nombre de nos lecteurs, nous avons cru devoir seulement détacher quelques pages qui indiquent le terrain sur lequel se trouve placé le praticien. A nos confrères des mines de juger l'œuvre plus intimement. Nous les avertirons toutefois d'avance que le titre du livre de M. Boens-Boissau pèche par la modestie, car ce ne sont pas seulement les accidents et les difformités, mais la pathologie médicale et chirurgicale des houilleurs, que le médecin belge a décrite complétement *de visu* (1).

— L'importance de la détermination du sucre dans l'urine des diabétiques nous engage à reproduire le procédé que recommande le docteur Roberts. Ce praticien base son procédé sur la perte de densité que l'urine éprouve après la fermentation.

Fait-on fermenter l'urine du diabète au moyen de la levûre de bière, sa densité tombe de 1,030 ou 1,050 à 1,009 ou 1,002, parfois même à 1,000. La perte du sucre par la fermentation et l'alcool pro-

(1) Un vol. gr. in-8° de 180 pages. 1862. Bruxelles, Tircher, libr., 20, rue de l'Étuve. — Paris, chez les principaux libraires.

Obs. II. — M. Z..., mécanicien à Bordeaux, âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament sec et nerveux, est atteint de tænia depuis cinq ou six mois. Les fèces en contiennent des débris. Tourmenté par cet incident, il écrit à son frère, officier d'administration dans un de nos hôpitaux militaires, afin de le prier de demander un remède au médecin en chef. Nous nous trouvions dans le cabinet de ce dernier lorsque M. X... vint solliciter une consultation pour son frère. Nous n'hésitâmes pas à lui recommander la graine de citrouille, en lui donnant les instructions nécessaires.

Six jours après, M. X... communiquait une lettre à son frère dans laquelle il lui disait : « Le 1er mars 1862, je me suis mis à la diète ; le 2, à quatre heures du matin, j'ai pris la préparation que tu m'as recommandée, et que j'ai, par parenthèse, trouvée fort bonne ; à six heures j'absorbais trente grammes d'huile de ricin, et, à onze heures, je rendais cinq mètres cinquante centimètres de mon ver, avec une extrémité tout à fait filiforme. »

Ce mode de traitement vient de recevoir une sanction solennelle dans les mains de mon collègue M. le docteur Desmorets, médecin-major au 13e régiment de ligne. Sur 34 cas, cet habile praticien vient d'obtenir 33 succès, résultat magnifique, qui doit enhardir les plus timides et les plus incrédules. Ces militaires avaient contracté le tænia en Syrie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 août 1862. — Présidence de M. Duhamel.

Nerfs vasculaires et calorifiques du membre supérieur. — M. Cl. Bernard lit sous ce titre la suite de son mémoire sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique.

Le plexus brachial, chez le chien, est composé par les trois dernières paires rachidiennes cervicales et par les deux premières dorsales. Au-dessous de ce plexus se trouve, en arrière le ganglion premier thoracique, plus en avant et accolé au nerf vague, le ganglion cervical inférieur. C'est particulièrement de ces deux ganglions qu'émanent les nerfs vasculaires et calorifiques du membre supérieur ; ceux-ci viennent ensuite s'unir aux nerfs rachidiens lorsque le plexus brachial est constitué et à peu près au niveau de son passage sur la première côte.

Pour prouver que dans le membre antérieur les effets calorifiques et vasculaires sont distincts des phénomènes sensitifs et moteurs, j'ai employé le même moyen de démonstration que pour le membre postérieur.

Première expérience. — Quand on coupe dans le canal vertébral ou immédiatement à la sortie des trous de conjugaison les nerfs du plexus brachial, c'est-à-dire les trois dernières paires cervicales et les deux premières dorsales, on paralyse le membre de tout mouvement et de toute sensibilité ; mais on n'observe rien de plus, et on ne voit pas survenir les phénomènes vasculaires et calorifiques. J'ai même le plus ordinairement remarqué un abaissement de température dans le membre ainsi paralysé.

Deuxième expérience. — Mais il n'en est plus de même quand on coupe ces mêmes nerfs, à leur passage sur la première côte, après leur intrication en plexus. On voit alors la chaleur et la vascularisation apparaître dans le membre, et accompagner constamment dans ce cas la paralysie du mouvement et du sentiment.

Troisième expérience. — A l'aide d'un crochet particulier que j'ai imaginé depuis plusieurs années pour cette opération, j'ai pénétré entre la première et la deuxième côte par un procédé sous-cutané, et je suis allé sur le côté de la colonne vertébrale arracher, contondre ou dilacérer le ganglion premier thoracique. Aussitôt après, j'ai toujours vu le membre correspondant au ganglion lésé présenter les phénomènes calorifiques et vasculaires caractéristiques. L'excès de température de la patte, très-perceptible à la main, peut aller jusqu'à 6 et 8°, et on voit en même temps au-dessous de la peau les veines se montrer plus nombreuses et plus gonflées. Pourtant, dans cet état de choses, le mouvement est conservé ; la sensibilité, loin d'être abolie, est ordinairement exagérée.

Par ce qui précède, on voit donc que pour les membres antérieurs les expériences et leurs résultats sont pour ainsi dire calqués sur ce que j'ai dit dans ma dernière communication pour les membres postérieurs. Cette analogie de phénomènes, qu'on pouvait bien prévoir, me permettra, sans m'étendre davantage, de conclure immédiatement que dans le membre antérieur, comme dans le membre postérieur, on peut avoir des paralysies motrices et sensitives, tantôt privées, tantôt accompagnées des phénomènes vasculaires et calorifiques, suivant que dans l'opération le sympathique aura été respecté ou non. On voit, en outre, que la lésion isolée des ganglions du grand sympathique premier thoracique et cervical inférieur amène la manifestation des phénomènes calorifiques et vasculaires coexistant avec l'intégrité parfaite des racines rachidiennes.

Je désire actuellement insister avec quelques détails sur les résultats vaso-moteurs que j'ai obtenus en agissant directement sur le ganglion premier thoracique. Nous savons déjà qu'il suffit de dénuder, de toucher, de contondre ou de couper les ganglions ou les filets du sympathique, pour voir aussitôt dans les parties où se distribue leur influence, les vaisseaux se dilater, la circulation devenir plus active et une plus grande calorification en être la conséquence. Mais il faut savoir aussi qu'on peut faire changer tous ces phénomènes de face en galvanisant le ganglion ou le bout périphérique du filet nerveux sympathique divisé. Sous l'influence de l'excitation galvanique, les vaisseaux dilatés se resserrent à vue d'œil, la circulation se ralentit ou s'arrête, et les parties qui étaient échauffées se refroidissent. Or donc, pour agir sur les vaisseaux du membre supérieur, j'ai isolé le premier ganglion thoracique de toutes ses connexions avec les nerfs voisins ; j'ai coupé les filets supérieurs, inférieurs et externes, en ne laissant plus communiquer avec lui que les filets internes qui vont en partie dans le plexus brachial, en partie s'unir au nerf vague et au ganglion cervical inférieur, pour remonter ensuite dans la tête. Après cet isolement du ganglion premier thoracique, les phénomènes vasculaires et calorifiques étaient toujours très-développés dans le membre antérieur et dans la tête du côté correspondant. J'ai alors découvert les muscles de l'épaule et ceux de la partie supérieure du membre en disséquant la peau, et j'ai vu les petites artères dilatées battre avec force, et les veines musculaires rapporter un sang qui coulait en grande abondance et avec une couleur plus rouge qu'à l'état normal. A ce moment j'ai galvanisé le ganglion premier thoracique et les filets qui en partent à l'aide d'un courant d'induction assez fort, en prenant toutes les précautions pour que le ganglion fût bien isolé et que l'électricité ne se transmît pas aux nerfs voisins. Peu à peu la circulation s'est modifiée et s'est en quelque sorte renversée sous mes yeux : les artères se sont contractées et rétrécies, les veines ont diminué considérablement de volume ; le sang, devenu beaucoup plus noir, ne coulait qu'en très-petite quantité ; et dans quelques veines musculaires son cours était même complétement arrêté. En faisant cesser l'action du galvanisme, on voyait les phénomènes circulatoires réapparaître graduellement avec leur intensité et leur caractère primitif. La quantité de sang qui sortait par les veines musculaires devenait de plus en plus grande, et le sang, d'abord très-noir, reprenait successivement une couleur rutilante.

Les effets de la galvanisation du ganglion premier thoracique sur la circulation du membre supérieur, tels que je viens de les indiquer, rentrent complétement dans des résultats analogues que j'ai fait connaître depuis longtemps pour d'autres régions du corps ; mais le point important de cette expérience sur lequel je veux appeler l'attention, c'est que pendant la galvanisation du ganglion sympathique, le resserrement des vaisseaux et l'amoindrissement ou l'arrêt de la circulation se constataient dans les muscles sans qu'aucune contraction musculaire se montrât d'une manière évidente dans le membre. D'où il résulte bien clairement que les muscles possèdent deux ordres de nerfs moteurs : les uns, nerfs rachidiens directs, qui vont à la fibre musculaire et font contracter le muscle ; les autres, nerfs du grand sympathique, qui font contracter les vaisseaux des muscles, et peuvent ainsi modifier la circulation de cet organe sans provoquer en lui aucune espèce de phénomène de contraction.

En résumé, mes expériences sur le grand sympathique des membres postérieur et antérieur, aussi bien que sur celui de la tête, démontrent que partout les nerfs vasculaires et calorifiques sont topographiquement et physiologiquement indépendants des nerfs musculaires proprement dits. D'où résulte cette proposition générale, que l'appareil circulatoire vasculaire possède un système vaso-moteur spécial, et que le mouvement du sang peut être accéléré ou retardé dans les vaisseaux, soit localement, soit généralement, sans que le système nerveux moteur des mouvements musculaires du corps y participe en rien. Les congestions locales et fonctionnelles qui surviennent périodiquement dans certains organes sont des exemples de cette indépendance des mouvements circulatoires à l'état physiologique. La fièvre nous en fournit d'une manière frappante un autre exemple à l'état pathologique.

Je ne saurais terminer cette communication sans ajouter quelques réflexions relatives aux rapports que mes expériences actuelles peuvent avoir avec des idées générales qui s'agitent parmi les physiologistes à propos du grand sympathique. Il faut savoir, en effet, que les anatomistes ont longtemps discuté et discutent encore sur la nature du grand sympathique et sur la question de savoir si les nerfs dits sympathiques forment un système séparé de l'appareil nerveux cérébro-spinal, ou bien s'ils n'en sont qu'une dépendance, et il est des physiologistes qui paraissent croire que toute la physiologie du grand sympathique réside dans la solution de ce point de théorie. On me demandera donc nécessairement ce que je déduis de mes recherches sous ce rapport ; on me demandera si j'en conclus que les nerfs vasculaires naissent de la moelle ou s'ils en sont indépendants. Je répondrai que je ne crois pas que personne aujourd'hui soit à même de résoudre cette question d'une manière absolue. Je sais bien qu'en coupant les racines rachidiennes du nerf sciatique ou celles du plexus brachial sans obtenir les phénomènes calorifiques dans les membres, cela ne prouve pas que les filets vasculaires et calorifiques ne viennent pas de plus haut ou de plus bas dans la moelle épinière. Il m'a semblé quelquefois obtenir des phénomènes calorifiques dans le membre postérieur en agissant sur des régions plus élevées de la moelle, et j'ai vu aussi un excès de température survenir dans le membre antérieur et dans l'oreille en coupant le cordon du sympathique au niveau de la troisième et de la quatrième paires dorsales, et cela sans avoir aucun phénomène oculo-pupillaire ; ce qui me semble prouver, pour le signaler en passant, que les effets calorifiques sont ici encore distincts des phénomènes oculo-pupillaires, qui cependant appartiennent bien au grand sympathique.

Dans la partie de la moelle comprise entre le plexus lombo-sacré et le plexus brachial, ainsi que dans d'autres parties de l'axe cérébro-spinal, il pourrait sans doute exister des centres agissant soit directement, soit indirectement par action réflexe, pour produire les effets calorifiques et vasculaires du grand sympathique. Mais dans tous les cas ce n'est point là une propriété dévolue à toutes les racines de la moelle indistinctement. En un mot, parmi les expériences très-nombreuses faites sur les phénomènes vasculaires et calorifiques du grand sympathique, il y a des choses claires et d'autres qui ne le sont pas. Il faut laisser pour les études de l'avenir les questions indécises, et se borner à dire ce qui me paraît évident et incontestable. Quant à moi, il me semble démontré que les nerfs vasculaires et calorifiques sont des nerfs moteurs spéciaux. Avant de se mêler aux nerfs mixtes, ces nerfs émanent constamment des ganglions du sympathique, où l'on peut toujours les trouver concentrés comme dans une sorte de plexus.

Ces nerfs se distribuent ensuite d'une manière spéciale et exclusive aux vaisseaux et ne peuvent pas être remplacés par les nerfs musculaires ordinaires, puisque, ainsi que nous l'avons vu, les nerfs moteurs qui vont animer les fibres d'un muscle ne se distribuent pas à ses vaisseaux. En outre, les nerfs vasculaires et calorifiques, comme je le montrerai plus tard, ont des propriétés physiologiques et des réactions toutes spéciales aux différents agents chimiques. Que faut-il donc de plus pour en faire des nerfs spéciaux ? Eût-on même prouvé que tous les nerfs vasculaires viennent de la moelle épinière, que je ne les considérerais pas moins comme formant un système de nerfs à part, parce que je mets toujours en physiologie les propriétés vitales au-dessus des considérations anatomiques.

Parmi les points obscurs qui restent encore en grand nombre sur la physiologie du nerf grand sympathique, un des plus importants, suivant moi, à élucider pour le moment, est celui qui est relatif aux actions réflexes dont le système nerveux vaso-moteur est le siége. Y a-t-il des centres d'actions réflexes dans le grand sympathique qui soient en dehors du cerveau, de la moelle épinière ? Telle est la question que je me propose d'examiner dans mes prochaines communications.

Ablation des polypes naso-pharyngo-maxillaires à l'aide d'un nouveau procédé ostéoplastique. — M. Demarquay communique sur ce sujet un mémoire dont voici un extrait :

Depuis quelques années, la chirurgie française a cherché par une série d'opérations hardies à détruire les polypes naso-pharyngiens. Pour arriver à ce résultat, on comprend toutes les difficultés que le chirurgien rencontre sur sa route. Pour les vaincre, M. Flaubert (de Rouen) d'abord, MM. Robert, Maisonneuve et Michaux (de Louvain) ensuite, n'ont pas craint d'enlever tout un côté de la mâchoire supérieure. Le malade qui guérit à la suite d'une semblable mutilation conserve, on le comprend, une difformité incurable. La gravité de cette opération et ses suites indélébiles ont naturellement arrêté quelques chirurgiens.

On s'est demandé si on ne pourrait pas arriver au même résultat sans déterminer de semblables mutilations. Pour mon compte, j'ai cherché à appliquer à cette opération les belles recherches sur le périoste de l'illustre secrétaire perpétuel de l'Adadémie des sciences, en créant un procédé ostéoplastique. En effet, le siége de prédilection de ces opérations, c'est évidemment la face et les extrémités osseuses des os longs. C'est là surtout que le périoste sain ou malade se décolle le plus facilement et où on peut obtenir une réparation osseuse plus complète. J'ai donc pensé que, dans le cas de polype naso-pha-

---

duit dans la liqueur expliquent ce résultat. Comme cette diminution de densité doit être proportionnelle à la quantité de sucre transformé par le ferment, la valeur de la perte nous fournit un moyen de calculer combien l'urine contient de sucre, les proportions des autres éléments gardés.

Le docteur Roberts a d'abord voulu chercher le rapport qui existe entre la perte de densité et la quantité de sucre détruit par le ferment. Il a donc pris des urines de diabétiques, a déterminé la quantité de sucre par la méthode volumétrique de Jehling, constaté la densité de l'urine, puis 3 ou 4 onces d'urine ont été abandonnées pendant vingt-quatre heures la fermentation avec de la levûre. La fermentation achevée, il suffisait de prendre de nouveau la densité du liquide pour estimer la perte éprouvée.

Les chiffres suivants indiqueront mieux encore la marche à suivre.

Prenons un échantillon d'urine ; si nous trouvons les résultats suivants :

Sucre, sur 100 parties, par la méthode volumétrique,
$= 7.69.$

Densité avant la fermentation,
(à 15° c.) ou $D = 1.038.60.$

Densité après la fermentation,
à 15° c. ou $D' = 1.005.92.$

Densité perdue, ou $D - D' = 32.68.$

Nous aurons donc entre la densité perdue et la quantité pour 100 de sucre, un rapport qu'on pourra exprimer de la manière suivante :

32.68 : 7.69 comme 1 : 0,235.

A la suite d'expériences multipliées avec de l'urine diabétique de différentes personnes, M. Roberts a trouvé que le rapport le plus exact est comme 1 : 0.23.

On peut donc maintenant calculer la quantité de sucre au moyen de la formule suivante :

Sucre, sur 100 parties, ou $S = (D - D') \times 0.23.$

Ce mode de recherche de l'urine ne présente pas de difficultés, et peut rendre un véritable service dans la pratique médicale.

— Depuis quelque temps, la mode est de trouver qu'on ne fait rien en France d'aussi bien que de l'autre côté du détroit. Certes, nous sommes loin de ne pas apprécier les bonnes et salutaires institutions de l'Angleterre, mais nous ne lui sommes pas inférieurs. Ils viennent chez nous s'instruire, allons-y de notre côté, soit, mais ne nous déprécions pas ; imitons la sagesse des Anglais sur ce point.

M. Robert de Massy, avant l'extension des limites de Paris, recherchait quels étaient les rapports des objets de consommation à Londres et à Paris. Son travail est encore empreint de la tendance que nous reprochons à ceux qui veulent toujours mettre en parallèle la France et l'Angleterre. Malgré cette disposition à l'anglomanie, les résultats du travail de M. Robert de Massy présentent assez d'intérêt pour mériter de nous y arrêter.

Le consommateur de Londres a, en moyenne, une alimentation plus substantielle et plus fortifiante que celui de Paris. La consommation du pain est sensiblement égale dans les deux villes ; mais à Londres, il faut y ajouter une importante quantité de farine employée en nature dans la cuisine domestique.

La viande est consommée dans une proportion de 20 0/0 supérieure à celle de Paris. Le poisson est deux fois plus en honneur à Londres. Paris reprend toutefois sa supériorité pour le beurre, le lait, la volaille et les fruits.

Si on passe aux denrées coloniales, on trouve que le thé domine à Londres, le café à Paris. La consommation du sucre est incomparablement plus considérable à Londres qu'à Paris.

Quant aux boissons, si la bière domine à Londres, le vin entre dans les mêmes proportions dans l'alimentation du Parisien ; et il y a tendance à voir la bière augmenter à Paris et le vin à Londres. Il n'en est plus de même des liqueurs fortes, plus abondantes à Londres qu'à Paris, heureux d'ignorer le gin !

En résumé, l'avantage définitif reste à Londres sous le rapport de la solidité du régime alimentaire, et ce n'est que justice, car nous n'avons pas à lutter contre le climat anglais. Dr E. Renaud.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux; par L. Wecker, docteur en médecine des Facultés de Würzbourg et de Paris, professeur de clinique ophthalmologique. Tome Ier, premier fascicule, maladies de la conjonctive, avec une planche gravée. Un volume grand in-8° de 208 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Ce traité formera deux volumes grand in-8°, qui paraîtront par fascicules à des intervalles très-rapprochés. Le premier volume contiendra trois fascicules ; le deuxième volume deux fascicules. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils.

ryngo-maxillaire avec développement considérable des éléments du polype du côté du nez et du sinus maxillaire, il serait possible d'enlever ces polypes en se créant une voie à travers la face. Cette idée d'arriver sur ces produits morbides par la voie que je viens d'indiquer n'est pas nouvelle. Dupuytren l'a tenté en ouvrant largement le sinus maxillaire. D'autres chirurgiens ont dû avoir la même pensée; mais ce qu'il y a de nouveau dans ma communication, c'est d'avoir, dans un cas surtout, mis tout le côté gauche de la face à nu, et d'avoir enlevé, en conservant le périoste, l'apophyse montante du maxillaire supérieur, la paroi antérieure du sinus maxillaire et l'unguis, et d'avoir vu se reformer sous nos yeux les os de la face qui avaient été enlevés. C'est là évidemment une des meilleures et des plus larges applications des procédés ostéoplastiques.

Quand on pratique cette opération sur un cadavre, on ne peut se faire une idée des facilités qu'une semblable opération donne pour enlever le polype naso-pharyngo-maxillaire. En effet ces polypes, à mesure qu'ils se développent, élargissent la narine et le sinus maxillaire, de sorte que le côté de la face correspondant se trouve considérablement agrandi. Il résulte de cette particularité une très-grande facilité pour arriver sur le polype à détruire, quand l'apophyse montante et la paroi antérieure du sinus ont été enlevées.

La première opération de ce genre que j'ai faite remonte à 1857. Il s'agissait d'un jeune homme fort, vigoureux, portant un polype pharyngo-naso-maxillaire qui remplissait la gorge, la narine et le sinus maxillaire gauches; la voûte palatine était saine et les dents dans une intégrité parfaite. Je fis alors une incision partant de la racine du nez, et qui vint se terminer sur le milieu de la lèvre supérieure; une autre incision partant de la commissure gauche vint aboutir au masséter : je disséquai ce vaste lambeau triangulaire en conservant tout ce que je pus de périoste.

J'enlevai l'apophyse montante et la paroi antérieure du sinus. Grâce à cette opération, il me fut facile d'enlever un énorme polype; j'ai laissé mon lambeau quelques jours sans le réunir, afin de pouvoir explorer la cavité que j'avais mise à nu; je ne fis ma suture qu'au moment où les bords de la plaie étaient devenus granuleux. La réunion se fit parfaitement; mon malade est resté guéri, et il ne porte actuellement aucune trace de son opération. Ce fait m'a beaucoup frappé, et je me promis à la première occasion de rendre plus parfait mon procédé opératoire; c'est ce que je fis il y a quelques mois avec le concours de MM. Besnier et Luys.

Cette fois il s'agissait d'une femme de quarante-neuf ans, épuisée de souffrance et d'insomnie causées par un polype naso-pharyngo-maxillaire. Le voile du palais était déprimé, mais la voûte palatine était saine; le prolongement pharyngien du produit morbide descendait très-bas, gênait considérablement la respiration et menaçait de suffoquer la malade; le doigt, introduit dans le pharynx, ne pouvait atteindre le pédicule du polype; la fosse nasale gauche et le sinus maxillaire étaient remplis par un prolongement de la production pathologique qu'il s'agissait d'enlever. Ce côté de la face était bien plus développé que le côté opposé; voici comment dans ce cas j'exécutai mon procédé ostéoplastique, qui cette fois encore m'a donné un si beau résultat.

Comme ma malade était épuisée, je n'osais pas faire mon incision sur le dos du nez; je craignais que la réunion par première intention ne se fît pas; je fis donc partir ma première incision du grand angle de l'œil, et, suivant le sillon naso-génien, je la terminai à la partie inférieure de la narine. De la partie inférieure de cette première incision, j'en fis partir une seconde allant jusqu'au masséter; cela fait, je disséquai les deux lambeaux formés par mes incisions, à savoir un lambeau nasal et un lambeau génien, mettant le plus grand soin à ménager le périoste. Cela fait, avec une pince de Liston j'enlevai l'apophyse montante du maxillaire, en laissant assez de cet os pour ne pas déformer le nez, et toute la paroi antérieure du sinus maxillaire en conservant le bord orbitaire. Cela fait, je saisis avec des pinces de Museux la masse morbide que je venais de découvrir, tandis qu'avec mon doigt porté dans l'arrière-gorge je refoulais la portion pharyngienne en haut et en avant; en peu d'instants j'amenai mon polype au dehors sans grande douleur et sans hémorrhagie; je réunis les lèvres de la plaie par des fils métalliques, et aucun accident ne survint.

Pendant quinze à vingt jours, à chaque expiration le lambeau naso-génien était soulevé; mais bientôt il prit de la consistance, et il est maintenant facile de constater que l'apophyse montante du maxillaire et la paroi antérieure de cet os sont reconstituées. Les dents et la voûte palatine sont à l'état normal; il reste à peine des traces de l'opération que cette malade a subie : il est impossible d'arriver à un résultat opératoire plus satisfaisant. L'opérée a repris sa santé première et son embonpoint; la joue gauche présente la même consistance et la même solidité que celle du côté droit. Dans cette communication, je n'ai eu qu'un but : faire connaître une application nouvelle des belles recherches de M. Flourens. Ailleurs je comparerai mon procédé opératoire à ceux qui sont généralement connus, et je ferai connaître des tentatives faites dans le même sens par MM. Huguier et Chassaignac, et je discuterai l'origine de ces productions pathologiques. (Commissaires précédemment nommés : MM. Flourens, Milne-Edwards, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

— **M. WANNER** adresse une note qui se rattache à ses précédentes communications sur la *circulation du sang*, et dans laquelle il se propose de faire voir que le rôle de la pression atmosphérique est, pour l'accomplissement de cette fonction, non moins indispensable que pour l'accomplissement de la circulation.

(Renvoi à l'examen de la commission précédemment nommée, commission qui se compose de MM. Flourens et Bernard).

— **M. NOS D'ARGENCE** présente une brosse métallique de son invention, destinée à certaines formes du traitement électro-médical.

(Renvoi à l'examen d'une commission précédemment nommée pour un appareil électro-médical soumis au jugement de l'Académie par M. Boulu, commission qui se compose de MM. Andral, Velpeau et Despretz).

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

Muriate d'or comme agent de cautérisation. — **M. A. LEGRAND** adresse sur ce sujet une note dont l'objet est indiqué dans la lettre suivante :

« J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie une deuxième note sur le muriate d'or acide comme agent de cautérisation.

» J'avais signalé dans ma première note (en 1837) les avantages de ce caustique pour favoriser la cicatrisation d'ulcères atoniques et de mauvaise nature; j'en cite de nouveaux exemples, et un cas entre autres d'*ulcère scorbutique* qui offrait des conditions que j'aurais cru ne pouvoir être offertes que par la pourriture d'hôpital.

» Une application tout à fait nouvelle est l'emploi de ce caustique pour le traitement de la *fistule à l'anus*. Si j'ai cité un fait où la guérison a été difficilement obtenue, j'en ai pu citer d'autres où le succès a été aussi facile que rapide. Ce moyen ne m'a point paru offrir les mêmes dangers que l'incision.

» Après avoir signalé les beaux résultats qu'a obtenus un chirurgien de Lyon de l'application de ce nouveau caustique au traitement du *lupus excedens*, j'ai exposé des faits de *tumeur érectile accidentelle*, de *cancer épithélial des lèvres* attribuables à l'abus de la pipe, ou de *cancroïdes* guéris ou du moins heureusement modifiés et arrêtés dans leur progrès par ce mode de cautérisation. Mais l'issue fatale dans quelques cas est venue prouver la possibilité de la généralisation des maux de cette nature, et la nécessité par conséquent d'un traitement interne pour obtenir une guérison radicale.

» C'est sans doute parce que j'ai négligé cette importante condition, difficile du reste à réaliser, que je n'ai obtenu qu'une cure palliative dans un cas de cancer ulcéré du sein qui a offert une rechute fatale. Ce fait, qui n'en a pas moins démontré tous les avantages qu'offre la cautérisation avec le muriate d'or acide, m'a fait voir aussi un de ses dangers; c'est que, différente en cela des caustiques que j'ai préconisés jusqu'alors, elle peut déterminer le développement de l'érysipèle. Son mode d'action explique très-bien cette différence.

» En effet, le muriate d'or acide est un caustique plutôt réparateur et reconstituant que destructeur. Il n'agit vraiment dans ce sens que sur les tissus morbides, tandis qu'il augmente la vitalité des tissus encore sains ou qui du moins ne sont point encore entièrement désorganisés; c'est enfin un agent tout à fait *hypersthénisant*, tandis que la potasse et tous les caustiques qui agissent de même anéantissent toute vitalité dans les tissus qu'ils atteignent, et s'opposent ainsi au développement de tout travail inflammatoire : ce sont des caustiques *hyposthénisants*. »

— **M. FLOURENS** présente au nom de l'auteur, M. P. Mantegazza, un opuscule écrit en italien et ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la température des urines à diverses heures du jour et dans différents climats*.

L'extrait suivant de la lettre d'envoi donnera une idée des résultats auxquels est arrivé l'auteur, qui est professeur de pathologie à l'université de Pavie :

« 1° La température de l'urine augmente et décroît en général avec la température extérieure.

» 2° Dans nos climats, en passant de l'hiver à l'été, la température de l'urine ne varie que de 1°,55.

» 3° En voyageant à toute vapeur par les Messageries impériales, pour aller du Brésil à Rio-de-la-Plata, la température de l'urine peut changer de 3°,25 avec des variations extérieures rapides de + 25°.

» 4° L'exposition au soleil des tropiques fait augmenter la température de l'urine jusque de 1°,1.

» 5° Les alcooliques augmentent la température de l'urine.

» 6° L'exercice musculaire l'augmente aussi.

» 7° La température de l'urine est au minimum pendant la nuit, au maximum entre dix et onze heures du matin et à cinq heures après midi, et cela indépendamment de l'heure des repas.

» J'ai fait ces expériences sur moi-même, dit M. Mantegazza, et dans nos climats j'ai toujours chauffé à + 36° l'éprouvette qui devait recevoir l'urine; je n'ai pas tenu compte des observations dans lesquelles la quantité du liquide était au-dessous de 100 centimètres cubes. »

— M. Flourens présente également au nom de l'auteur, M. Duchenne (de Boulogne) le premier fascicule d'une publication intitulée : *Mécanisme de la physionomie humaine ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions, applicable à la pratique des arts plastiques*.

Ce n'est pas seulement aux arts plastiques, remarque M. le secrétaire perpétuel, que cet ouvrage pourra être utile, il servira encore à l'anatomiste pour fixer ce qui pourrait rester indécis dans son esprit relativement au rôle que joue chacun des muscles de la face dans les expressions diverses qu'elle reçoit des passions et des sentiments, et sur le parcours des rameaux nerveux qui animent ces différents muscles.

— M. Flourens présente enfin une dissertation inaugurale de M. Bourillon, *sur la physiologie du cervelet*.

Cet opuscule, dans lequel l'auteur combat la conclusion à laquelle M. Flourens a été conduit par une série d'expériences, savoir, « que le cervelet est le siége exclusif du principe qui coordonne les mouvements de locomotion, est, sur la demande de M. Flourens, compris dans le nombre des pièces qui seront examinées par la commission du prix de physiologie expérimentale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Simon vient d'être nommé, à la suite d'un brillant concours, prosecteur à l'École anatomique des hôpitaux.

— On nous assure que les nominations pour les cours complémentaires près la Faculté de médecine de Paris seront faites de la manière suivante :

Maladies des yeux, M. Follin.
Maladies mentales, M. Lassègue.
Maladies des voies urinaires, M. Voillemier.
Maladies syphilitiques, M. Verneuil.
Maladies de la peau, M. Hardy.
Maladies des enfants, M. Roger.

— Dans la séance du 28 juillet dernier, MM. Maurenx, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Quatremares (Seine-Inférieure), a été nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique.

BULLETIN BIBLIOGRABPHIQUE.

Nouvelle Flore française : descriptions succinctes et rangées par tableaux dichotomiques, des plantes qui croissent spontanément en France et de celles qu'on y cultive en grand; leurs propriétés et usages en médecine vétérinaire, arts et économie domestique, par MM. Gillet, vétérinaire principal de l'armée, et M. J. H. Magne, professeur de botanique à l'École d'Alfort. Un fort volume in-12 avec illustrations des familles, des principaux genres et espèces. Prix : 8 fr. Paris, 1862, chez Garnier frères, éditeurs, 6, rue des Saints-Pères.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 AOUT 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le goître exophthalmique est bien avancée, si elle n'est même terminée. M. Trousseau a répondu hier, avec une incontestable habileté, aux arguments de ses contradicteurs ; et cependant, malgré la verve et le talent qu'il a déployés pour maintenir contre de nombreuses et sérieuses objections les idées qu'il a cherché à faire prévaloir dans son rapport, sur la nature spécifique et névrosique du goître exophthalmique ; malgré les ingénieuses analogies qu'il a empruntées à la pathologie et à la physiologie expérimentales pour étayer cette détermination nosologique de la maladie nouvelle ; peut-être devrions-nous dire plus justement, à cause même de cette verve et de ce talent et de ces visibles efforts pour grouper tous les faits et toutes les idées qui semblaient devoir donner plus de force à sa thèse, nous hésitons à accepter ses conclusions et nous suspendons notre jugement.

Ce n'est pas que sur quelques points de son argumentation, comme celui, par exemple, où il s'est agi d'établir les titres des observateurs qui ont eu les premiers le mérite de nous faire connaître une maladie restée jusque-là inaperçue, et de montrer toute la différence qu'il y a entre avoir *vu* des faits ou les avoir *observés* et étudiés, nous ne soyons complétement de son avis. Mais il en est plusieurs et d'essentiels qui nous paraissent rester encore sous le coup des premières objections. Il nous faudrait justifier cette résistance. Comme il y a toute apparence que le dernier mot n'a pas été dit encore et que nous aurons très-probablement quelque réplique dans la prochaine séance, nous attendrons jusque-là pour émettre notre opinion à ce sujet.

M. le secrétaire perpétuel, en dépouillant la correspondance, a donné lecture d'une lettre de M. Bouchut, qui aurait dû, ce nous semble, satisfaire la commission et faire tomber ses trop vives susceptibilités. Il n'en a rien été cependant, et M. le rapporteur est venu déclarer au nom de ses collègues qu'il maintenait les griefs étalés à la tribune dans la dernière séance. Voilà bien du bruit pour une bien petite affaire. L'Académie se montrera-t-elle aussi irritable? Il nous est permis d'en douter. En tout cas, M. le président a très-sagement fait observer à cette occasion que l'opinion de la commission n'engageait en rien celle de la Compagnie jusqu'au moment de la discussion, qui trouvera peut-être bien ce gros nuage déjà dissipé.

La séance a été terminée par deux présentations; l'une, très-intéressante pour l'histoire des affections du larynx et de la laryngoscopie, faite par M. le docteur Fauvel; la seconde, plus curieuse qu'instructive, et qui nous a tout l'air d'un début d'exhibitions destinées à défrayer la curiosité parisienne. — Dr Brochin.

Le *Moniteur* publie la note suivante :

« Le ministre de l'instruction publique a été consulté sur la question de savoir si les aspirants au doctorat en médecine qui, au mois de novembre prochain, vont entrer dans leur quatrième année d'études, et qui auront alors accompli la condition d'une année de stage dans les hôpitaux, imposée par l'ordonnance du 3 octobre 1841, seront astreints aux nouvelles conditions du décret du 18 juin 1862, exécutoire à partir du 1er novembre 1862, et forcés de faire une deuxième année de stage.

» Bien que l'extension donnée aux conditions du stage soit un véritable bienfait pour les étudiants eux-mêmes, qui ont tout intérêt à en profiter pour assurer le succès de leurs études, néanmoins il n'a pas paru au ministre que l'on pût légalement obliger ceux qui ont accompli les conditions qui étaient les seules exigées avant le 1er novembre 1862, à en remplir de nouvelles. Une circulaire adressée à MM. les recteurs des Académies et à MM. les doyens des Facultés de médecine et directeurs des Ecoles préparatoires, leur a fait donc connaître que les dispositions du décret du 18 juin 1862, relatives au stage dans les hôpitaux, ne sont point applicables aux étudiants qui, au 1er novembre 1862, auront accompli complétement les conditions de stage exigées par l'ordonnance du 3 octobre 1841. »

HOTEL-DIEU DE REIMS. — M. LANDOUZY.

Troisième leçon sur la pellagre, précédée de l'examen de trente-cinq pellagreux.

(Recueillie par M. LÉGER, interne de l'hôpital.)

Avant d'aborder la grave question de pathologie qui nous réunit aujourd'hui, permettez-moi de vous signaler tout d'abord un fait destiné à augmenter encore votre émulation. C'est ce haut exemple de zèle scientifique donné aujourd'hui par tant de confrères distingués et de maîtres éminents, qui n'ont craint ni la distance ni le sacrifice des plus graves occupations pour venir à la recherche d'une vérité importante dans notre modeste amphithéâtre.

C'est que, il faut bien le dire, si c'est dans les grandes capitales que s'observent le mieux les faits généraux, c'est dans de moindres centres que s'étudient le mieux certaines entités morbides à longue évolution, à symptômes mobiles, à phénomènes multiples, et dont le caractère ne saurait être nettement défini sans des investigations patientes et souvent réitérées.

Or, c'est surtout dans nos écoles de province, où existent un seul grand hôpital et une seule clinique, que la filiation des faits peut se constituer le plus sûrement. Les mêmes sujets revenant pendant de longues années, dans les mêmes salles, sous les yeux des mêmes praticiens, on arrive ainsi à tirer de faits sérieusement observés des conclusions rigoureuses.

De là cette conférence annuelle sur la pellagre.

Ayant vu prête à s'obscurcir, sous l'influence de théories exclusives, une vérité que l'école de Reims avait proclamée la première, c'est-à-dire la fréquence du mal en France sous forme sporadique et son identité absolue avec la pellagre endémique, nous avons voulu compléter nos anciens travaux par de nouvelles études et arriver à une vulgarisation plus prompte des saines idées en réunissant, à la fin de chaque printemps, tous les cas qu'il nous était donné d'observer dans le voisinage de Reims.

A ce mot de Reims, ne croyez pas que, comme le répètent depuis quelques années les auteurs français ou étrangers, la pallagre soit particulière à la Marne, ou qu'elle y soit même beaucoup plus fréquente qu'ailleurs : ce serait là une profonde erreur !

Si l'on trouve à l'hôpital de Reims plus de pellagres que dans les autres, c'est uniquement parce que tous nos élèves et tous nos médecins savent l'y constater aujourd'hui, comme mes savants collègues de Lyon, de Nancy, de Dijon, la constatent maintenant dans leur clinique ; comme la constataient, à Saint-Louis, MM. Gibert, Devergie et Hardy ; à la Charité, MM. Rayer, Villemin et Cahen ; à l'Hôtel-Dieu, M. Honoré ; à Sainte-Marguerite, M. Marotte ; à la Pitié, MM. Becquerel et Sée ; à Saint-Antoine, M. Barth ; à Necker, MM. Bouley et Delpech ; à la Ferme Sainte-Anne, M. Marcé, etc. ; comme la constatent, à Clermont, le professeur Bourgade, et à Lyon le docteur Bouchard, qui vous déclaraient tout à l'heure l'identité parfaite de leurs pellagres et des nôtres ; enfin, comme la constatent maintenant les docteurs Peteau, Simon, Dumange, Soubrier, dans l'Aisne ; Gossement, dans l'Aube ; Neucourt, dans la Meuse ; Brébant et Thomas, dans les Ardennes ; Saucerotte fils, dans la Meurthe ; Urban et Valentin, sur les confins de la Marne ; Mougeot, dans la Haute-Marne ; Joux, dans Seine-et-Marne ; Roussot, dans la Vienne ; Gautrelet et Morlot, dans la Côte-d'Or ; Van Ruymbeke, dans la Lys, et d'autres encore, qui ont bien voulu m'adresser les observations les plus caractéristiques recueillies dans des contrées où le maïs est aussi inconnu que chez nous.

J'ajoute qu'on pourrait appliquer aux circonscriptions de clientèle ce que je dis des départements. Croyez-vous, par exemple, que nos très-distingués confrères Fauvelle (de Laon), Pichancourt (de Bourgogne), Héry (de Sissonne), Collard (de Beine), Lecygne (de Liesse), Adam (de Montcornet), Nidart (de Sainte-Menehould), aient la pellagre inhérente à leur sol?

S'ils nous en montrent davantage, c'est qu'ils l'étudient depuis plus longtemps, c'est qu'arrivés aujourd'hui à en distinguer les symptômes généraux, en dehors de la misère, en dehors du soleil, en dehors de l'hérédité, en été, en automne, en hiver, ils portent d'avance leur diagnostic en ajournant la vérification au printemps, où presque toujours la dermatose vient le confirmer.

En un mot, et pour vous résumer ma pensée tout entière sur ce point capital, je constate aujourd'hui ce que j'annonçais il y a plus de dix ans à l'Académie, qu'on trouve la pellagre partout, comme l'on trouve partout où l'on est au courant de la science, la fièvre typhoïde de Louis, l'endocardite de Bouillaud, la maladie de Bright, la maladie d'Addisson, la maladie de Graves, la maladie de Duchenne (selon l'heureuse qualification de M. Trousseau), et toutes les entités morbides que les observateurs modernes ont su séparer des affections complexes avec lesquelles elles restaient jusqu'alors confondues.

Peut-être l'exhibition d'aujourd'hui vous aura-t-elle paru, à première vue, moins favorable que les deux dernières à la précision du diagnostic. En effet, nous sommes d'un mois plus loin du printemps, et, d'une autre part, le soleil venant de se cacher entièrement pendant quinze jours, il ne s'est pas produit un seul érythème récent.

Mais ces caractères moins prononcés de la dermatose constituent, au contraire, une circonstance avantageuse au point avancé où vous êtes arrivés dans la notion de la maladie.

La pellagre, en effet, vous le savez maintenant, n'est pas, comme l'indique son nom et comme l'indiquait la place qu'on lui avait donnée jusqu'alors dans les nosographies, une affection de peau, *pella agra!* C'est une affection générale, une sorte de diathèse dans laquelle le système nerveux, le système digestif et le système cutané, sont principalement lésés.

Mais comme ces troubles nerveux et ces troubles digestifs n'ont, au premier abord, rien d'absolument spécial, ils sont confondus avec l'aliénation ordinaire, la paralysie ordinaire, l'entérite ou la dyssenterie ordinaires, et, le plus souvent, dès que le médecin n'a pas été témoin de l'érythème, il méconnaît la maladie.

Bien plus, habitués que nous sommes à juger la dermatose d'après les atlas, ou d'après les descriptions qui prennent pour type les cas les plus tranchés, nous laissons passer inaperçus les érythèmes légers, les érythèmes en voie de guérison, surtout les érythèmes complétement éteints, et dès lors les exemples tout à fait hors ligne, c'est-à-dire les exemples exceptionnels, sont seuls à frapper les observateurs, même les plus sagaces.

Si nous nous rappelons, en outre, que dans la dernière période de la pellagre, c'est-à-dire pendant les deux ou trois ans qui précèdent la mort, l'érythème fait souvent complétement défaut, vous comprendrez toute l'importance que j'attache à ce que vous ne regardiez plus ce symptôme comme un phénomène capital dominant l'affection tout entière.

Des pellagreux dont la dermatose avait été reproduite ici comme type pour les atlas d'anatomie pathologique, sont morts plus tard dans nos salles sans le moindre accident cutané, même malgré l'insolation. La plupart des pellagreux devenus aliénés et retenus comme tels dans les morocômes d'Italie, y restent de longues années et y meurent sans érythème, malgré l'insolation. Certains érythèmes, intenses au début, sont aussi parfois tellement fugaces, que, dernièrement encore, passant à Paris, j'ai vu à la Pitié, dans le service de M. Sée, un pellagreux type, n'ayant plus que des vestiges à peine perceptibles sur la peau, quoiqu'elle eût été atteinte récemment. Enfin, parmi les anciens sujets qui avaient eu la dermatose la plus prononcée l'an dernier, vous en remarquiez tout à l'heure plusieurs qui n'en offrent pas trace cette année, malgré la continuation, ou pour mieux dire, à cause de l'aggravation de la maladie.

Il n'est donc pas à regretter que pour cette conférence la plupart de nos érythèmes ne soient plus à l'état aigu : vous n'en aurez qu'une idée plus nette de cette singulière diathèse.

Mais sans nous laisser aller si tôt à des réflexions générales, faisons une revue rapide des malades que vous venez d'examiner, en commençant d'abord par jeter un coup d'œil rétrospectif sur ceux de l'an dernier.

Vingt-quatre, vous vous le rappelez, nous avaient été amenés par M. le docteur Fauvelle du dépôt de mendicité de Montreuil, où nous en avions, en outre, laissé onze dont le transport eût offert trop de difficultés.

Sur ce chiffre de vingt-quatre, *huit* ont succombé avec les phénomènes ultimes ordinaires, c'est-à-dire avec l'affaiblissement graduel, la démence progressive, les accidents cérébraux, ou une diarrhée inextinguible.

Trois ont quitté l'Asile en voie d'amélioration.

Trois, arrivés aujourd'hui à l'extrême marasme et presque mourants, quoique n'ayant pas eu d'érythème cette année, n'étaient pas transportables.

Les *dix* autres sont là, et vous venez de comparer leur état présent avec l'état de l'an dernier.

Le nº 1 (64 ans), venu l'an dernier avec un érythème récent jetant comme un vésicatoire, et avec une diarrhée rebelle, a bien passé l'hiver. Il n'a eu au printemps que des picotements aux mains, sans érythème nouveau. Il semble donc en voie d'amélioration.

Le nº 2 (75 ans), venu l'an dernier avec un érythème récent, une grande faiblesse et à peine convalescent d'une forte diarrhée, a continué à s'affaiblir sans avoir eu cette année ni érythème ni diarrhée.

Le nº 3 (65 ans), venu l'an dernier avec un érythème considérable, de la diarrhée, de la lypémanie, de l'affaiblissement, a eu dans le cours de l'hiver et du printemps un redoublement de diarrhée, et au printemps un redoublement de lypémanie, avec un léger érythème dont on voit encore les traces aux oreilles.

Le nº 4 (68 ans), venu, l'an dernier, comme type d'érythème phlycténoïde et de diarrhée rebelle, a eu pour seul accident, cette année, un érythème vernal aux oreilles.

Le nº 5 (76 ans), venu, l'an dernier, avec un érythème squameux des plus intenses, une diarrhée très-rebelle, une démence prononcée, a eu cette année un érythème récent à la joue, et a été forcé d'entrer à l'infirmerie du dépôt pour une diarrhée abondante et des vertiges. Vous avez constaté aujourd'hui les traces de cet érythème, avec une rachialgie violente et une titubation des plus pénibles.

Le nº 6 (72 ans), venu, l'an dernier, avec de la démence, de la diarrhée et un érythème phlycténoïde aux mains et à la face, a eu cette année une rachialgie plus prononcée, un œdème plus marqué, et enfin un érythème léger, le 2 juin, sans diarrhée. La faiblesse est considérable; il fait à chaque instant des chutes, il peut cependant marcher en fermant les yeux.

Le nº 7 (48 ans), venu ici, l'an dernier, avec un premier érythème très-intense, avec de la lypémanie et de la paralysie, a eu, cette année, la dermatose le 22 avril, et vous en avez remarqué les traces encore très-manifestes au dos et à la paume de la main. Depuis le printemps aussi, il offre de la rachialgie, des étourdissements, de la tristesse, de la faiblesse, et quelques signes d'ataxie locomotrice. Cet érythème à la face palmaire s'explique ici par l'habitude qu'avait le malade de marcher les mains derrière le dos, et la face palmaire par conséquent tournée au soleil.

Le nº 8 (60 ans), venu, l'an dernier, également avec son premier érythème et avec une paralysie presque complète du mouvement, avait eu au mois d'août un deuxième érythème. Cette année, la dermatose ne s'est montrée qu'à la fin de mai. Il n'a pas eu de diarrhée: il a des signes d'ataxie locomotrice, mais il peut marcher les yeux fermés.

Le nº 9 (54 ans), venu, l'an dernier, pour un érythème récent, une diarrhée rebelle, une lypémanie marquée, a eu un deuxième érythème au mois d'août, avec retour de la tristesse, de la faiblesse et de la diarrhée. Aujourd'hui il a des étourdissements, de l'affaiblissement, de très-légères traces d'érythème vernal, sans diarrhée. Sa manie, qui a la forme ambitieuse et gaie depuis onze ans qu'il est au dépôt, reprend la forme triste et redevient lypémanie prononcée aussitôt que reparaissent les accidents pellagreux.

Le nº 10 (54 ans), venu, l'an dernier, pour un érythème tout récent, avec diarrhée rebelle et hésitation dans la marche, a été pris d'un deuxième érythème intense au mois d'août. Cette année, au printemps, il a eu une diarrhée qui a cessé maintenant, des vertiges, des chutes, une débilitation croissante, mais la dermatose a manqué complétement.

Voilà, messieurs, pour les pellagreux de Montreuil revenus cette année.

Trois, vous le voyez, qui avaient eu un érythème l'an dernier, n'en ont pas eu cette année. Cinq n'ont pas eu de diarrhée.

Presque tous, même ceux qui n'ont pas eu la dermatose à ce printemps, vous ont présenté, au dos des mains, cette peau noirâtre, sèche, mince, légèrement parcheminée, qui, dans les pays endémiques, indique aux médecins la maladie rien qu'au toucher.

Tous aussi vous ont présenté cette marche caractéristique d'un infirme qui regarde à chaque pas où il pose le pied, et qui, en écartant les jambes, cherche à élargir la base de sustentation.

En résumé, sur les dix anciens pellagreux de cette première série, deux seulement paraissent aller un peu mieux. Mais en vous rappelant ceux que vous avez vus succomber peu après avoir offert des conditions encore meilleures, vous hésiterez à diminuer la gravité du pronostic.

Des dix-sept cas qui nous étaient venus isolément, soit de nos salles de clinique, soit des départements de la Marne, de l'Aisne et des Ardennes, six ont succombé, parmi lesquels se trouve l'ancien petit-frère que vous avez vu une première fois, il y a deux ans, avec l'érythème vernal accompagné de tous les autres signes caractéristiques, et avec la peau du corps entier fortement bronzée. Vous l'avez revu à la leçon de l'an dernier sans érythème et sans teinte bronzée, malgré l'insolation, et dans un tel état d'amélioration que nous portions ici même un pronostic favorable. Eh bien, cet homme, après avoir quitté l'hôpital en juillet dans un état très-satisfaisant, y est revenu mourant, en plein marasme, deux mois après.

Près de lui se trouvait à la leçon une femme d'Amifontaine, ayant eu, il y a vingt ans, un érythème pellagreux, qui revint seulement au bout de huit ans, pour reparaître depuis à chaque printemps régulièrement pendant douze années consécutives, et disparaître complétement l'été. La santé était d'ailleurs restée excellente, lorsque pour la première fois, en novembre 1860, survint une diarrhée rebelle. Vous avez vu cette femme, six mois après cette invasion subite des symptômes généraux, avec un érythème moyen, et avec les troubles du système nerveux et digestif qui, je le répète, l'atteignaient pour la première fois; et certes, à la vue de tous ces autres malades résistant depuis dix à douze ans à des symptômes plus graves, vous n'auriez jamais songé non plus à porter un pronostic prochainement fatal. Eh bien, quelques mois après, le 22 décembre, elle mourait après avoir eu une récidive de diarrhée, un redoublement de tristesse, d'agitation, d'hallucinations, et après avoir tenté de se jeter dans le puits.

Retenons ces deux graves erreurs de pronostic, et, quelles que soient la bénignité et même l'absence des accidents chez les pellagreux, redoutons toujours désormais l'application de la règle générale, c'est-à-dire un brusque retour du mal et la mort.

A l'occasion des tentatives de suicide chez cette dernière malade, permettez-moi de vous mettre de nouveau en garde contre l'hydromanie, c'est-à-dire contre cette idée fixe de se détruire par l'eau, que tous les auteurs reproduisent à l'envi, et sur laquelle les Italiens insistent tant que récemment encore, dans une savante revue bibliographique, le professeur Lussana (de Parme) me reprochait amèrement mes doutes à cet égard.

Eh bien, plus j'observe, plus je persiste dans mon opinion que ce mode de suicide ne dérive pas d'un instinct spécial aux pellagreux, mais tout simplement des circonstances particulières dans lesquelles ils se trouvent.

Voyez, en effet, cette dernière malade qui aspirait à la mort. Quelle était l'idée la plus simple qui lui pouvait venir? Se serait-elle jetée par la fenêtre? mais la fenêtre de sa chaumière est presque au niveau du sol. Aurait-elle pris une arme à feu, un couteau, une corde? Mais sont-ce bien là des moyens à la portée d'une femme? Se laissera-t-elle, au contraire, tomber dans le puits, dans la mare? C'est là une action presque passive pour laquelle le désespoir suffit, sans aucun préparatif et presque sans aucun courage.

Je maintiens donc à cet égard mes réflexions des premières leçons. Oui, la mort par l'eau est fréquente à la campagne chez les pellagreux. Mais, outre que nous avons vu à l'Hôtel-Dieu une femme essayer de se pendre après avoir voulu se jeter dans la mare, et une autre se jeter par la fenêtre le soir, après avoir essayé de se noyer le matin dans son bain, il est évident que la facilité de la mort par submersion explique seule sa fréquence, sans préférence instinctivement liée à la maladie.

Je me hâte d'ajouter que les médecins de la Vénétie ne partagent pas au sujet de l'hydromanie le préjugé des médecins lombards, et qu'à San-Servolo, par exemple, où j'ai observé 101 pellagreux lypémanes, le docteur Salerio m'a assuré n'avoir jamais, depuis vingt-deux ans qu'il dirige l'asile, vu un seul malade se jeter à l'eau, quoique la plupart des ouvertures donnent sur la mer et que toutes les communications n'aient lieu qu'en bateau.

Le même fait m'a été aussi affirmé par le docteur Berti pour les 115 aliénées pellagreuses que j'ai vues, à Venise, traitées dans un hospice où toutes les fenêtres s'ouvrent sur les lagunes.

Mais pardon de cette digression, qui nous a entraînés trop loin; continuons la revue des malades de l'an dernier.

Le maçon de Betheny, pellagreux depuis douze ans, et que vous avez observé trois ans de suite, a succombé cet hiver, après des accidents cérébraux et entéritiques. Vous vous rappelez cet érythème tellement caractérisé, il y a deux ans, qu'il a été photographié pour l'*Anatomie pathologique* du professeur Lebert, et tellement léger l'an dernier, qu'au mois de juin il n'en paraissait déjà plus que de faibles traces.

C'est peu de temps après la leçon que cet homme fut visité ici par notre savant confrère M. Marcé (de Bicêtre), qui, venu tout exprès à notre clinique pour y voir des pellagreux, n'y trouva plus que celui-ci, qu'il reconnut bien d'ailleurs pour le plus intéressant de tous, puisqu'il avait le mal au plus haut degré, sans le moindre vestige de dermatose, *pellagra sine pella agra.*

Et ce dernier point explique comment tant de pellagres au troisième degré doivent amener la mort dans les hôpitaux sans y être reconnues, lorsque les commémoratifs restent, ainsi que cela a lieu si souvent, complétement ignorés.

La femme de Witry-lès-Reims, atteinte pendant neuf ans consécutifs de diathèse pellagreuse, est restée depuis 1855 dans l'état de bonne santé où vous l'aviez déjà vue l'an dernier.

Le cultivateur de Bourgogne, pellagreux depuis quatorze ans, l'un des plus beaux exemples que je connaisse de pellagre foudroyante, et que vous avez vu, en 1861, exempt pour la première fois de tout accident, vient d'être repris au mois de mai d'érythème aux mains et aux pieds, coïncidant avec une excitation cérébrale très-manifeste.

Malgré cette intégrité parfaite de la santé que nous constations ensemble l'an dernier, nous avions d'ailleurs fait nos réserves sur le pronostic, car je lis, page 5 de notre leçon: « Cet homme, après avoir offert pendant treize ans de suite le type de la diathèse pellagreuse la plus caractérisée, nous paraîtrait aujourd'hui entièrement guéri, si nous ne connaissions des faits de récidive après de longues rémissions. »

Eh bien, malgré la précision des commémoratifs tracés par notre confrère M. Pichancourt, malgré la simultanéité des trois ordres d'accidents, malgré leur retour au printemps pendant treize ans, croiriez-vous que le professeur Lussana (de Parme) ait trouvé moyen d'éliminer cet exemple? Pourquoi? parce que le sujet était dans l'aisance et bien nourri.

Or, voyez à quel degré d'aveuglement les idées spéculatives peuvent mener les savants de l'ordre le plus élevé!

Voilà un homme d'une constitution athlétique, toujours bien portant, qui arrive avec toutes les apparences de la meilleure santé à la procession du village. Tout à coup, après quelques minutes d'arrêt du cortége au soleil, et après quelques mots incohérents, il s'élance et veut tuer le clergé. Accès de folie furieuse, folie triste les jours suivants, érythème des mains et des pieds, diarrhée. Retour à une parfaite santé physique et morale dès l'automne et pendant tout l'hiver. Récidive des mêmes phénomènes à chaque printemps, mais avec diminution graduelle depuis quatorze années.

Quel est donc ce mal, s'il n'est pas la pellagre?

La plupart des médecins italiens sont tellement convaincus que la pellagre est exclusivement particulière aux ouvriers indigents des champs, qu'ils ne l'admettent pas chez d'autres; et quand, parcourant les vastes salles de leurs hôpitaux, je voulais m'arrêter aux nombreuses pancartes étiquetées, comme au temps de Broussais, *gastrite, gastro-entérite*, afin de voir s'il n'y avait pas là des diathèses pellagreuses méconnues, ils refusaient de m'y suivre en répétant: « *Ce n'est pas un agriculteur pauvre, ce n'est pas un ouvrier des champs, donc ce ne peut être un cas de pellagre!* »

Voilà à quels préjugés conduisent les doctrines de cabinet restées trop longtemps sans contrôle.

Mais continuons notre revue rétrospective.

La malade de Robery, âgée de cinquante-cinq ans, pellagreuse depuis trois ans, que vous avez vue, l'an dernier, avec érythème caractéristique, diarrhée inextinguible, affaiblissement considérable, rachialgie atroce, est morte, selon notre pronostic, quinze jours après la leçon.

Le teinturier de Thuisy, âgé de cinquante-cinq ans, que vous avez vu, l'an dernier, avec un érythème faible, mais parfaitement caractérisé, avec de la diarrhée, de la voracité, de la titubation, de la lypémanie suicide, a continué à présenter les mêmes symptômes, la dermatose exceptée, pendant l'été et l'automne. La diarrhée étant restée inextinguible, le marasme fit des progrès rapides, et la mort survint le 27 octobre 1861.

Le propriétaire de Bazancourt, amené l'an dernier pour la seconde fois par M. Urban, avec érythème vernal périodique, faiblesse, titubation, chutes, lypémanie et tendance au suicide, fut au plus mal pendant les trois mois qui suivirent la conférence. Le soir même, il fallut quatre employés pour l'aider à monter en wagon, et la personne qui le gardait la nuit ne pouvant seule le maîtriser et le maintenir couché, fut réduite à le voir pendant plusieurs heures se traîner sur les mains et les genoux, qui furent bientôt en lambeaux. La lypémanie, la faiblesse, la titubation, la paralysie presque générale durèrent ainsi pendant tout l'été, lorsque tout à coup, sans transition, à ce qu'assurent ses enfants, il arrive chez eux, le 2 septembre, jour de la fête patronale, tout seul, marchant avec assurance et conservant à peine les vestiges des accidents qui les inquiétaient encore les jours précédents.

Depuis cette époque, le mieux s'est maintenu et il n'a pas cessé de travailler. A part une diarrhée de quelques jours à la fin de mars, aucun accident ne s'est produit à ce printemps, et lorsque, hier, me trouvant à Bazancourt, je le vis arriver de loin chez ses enfants, marchant vite, droit, sans hésiter, l'œil gai, l'air robuste, la tête élevée, fumant sa pipe sans la tenir, et me répondant d'une manière très-précise, je ne pus croire que ce fût ce même homme que vous avez observé ici deux ans de suite, dément, courbé, titubant, ne pouvant faire un seul pas sans chute, et représentant enfin le type le plus parfait du pellagreux au troisième degré.

Ce cas est, comme vous le voyez, le pendant des deux précédents pour le pronostic. Là, nous avions espéré la guérison, et nous avons vu arriver presque subitement la mort. Ici, nous aurions pronostiqué la mort, et nous avons vu arriver presque subitement la guérison.

Le journalier de Saint-Michel, âgé de soixante-cinq ans, que vous avez vu, l'an dernier, avec érythème type, voracité extrême, diarrhée abondante, rachialgie, titubation, chutes subites, etc., nous est revenu comme tout exprès à la clinique, il y a un mois, se plaignant du retour de la faiblesse et de l'impossibilité de travailler. Il porte, comme M. Luton vous l'a fait remarquer, des traces manifestes d'un érythème récent, il chancelle, il est en pleine démence, et résume en lui tous les accidents qui constituent la diathèse pellagreuse.

Le domestique de ferme amené à la leçon l'an dernier par le docteur Nidard avec un érythème vernal revenant depuis deux ans, avec vertiges, titubation, lypémanie, œdème, voracité, polyurie et polydipsie sans sucre ni albumine, a succombé peu après son voyage à Reims à des accidents croissants, surtout du système nerveux. M. Nidard, en me rendant compte de ce malade, me donnait en même temps les détails les plus intéressants sur sept nouveaux pellagreux qu'il a observés depuis notre dernière leçon, et dont l'un s'est noyé dans la rivière.

La femme de Prosnes, âgée de quarante ans, envoyée à la leçon de l'an dernier par M. Collard, avec un érythème classique et une diarrhée rebelle, a très-bien passé l'été, l'automne et l'hiver. Dès le mois d'avril, elle a été reprise d'un érythème des mains et de la figure, qui, après une exposition au soleil, le 3 mai, acquit tout à coup une grande intensité et fut accompagné de diarrhée abondante, avec vertiges et affaiblissement général. Vous venez de la revoir à la leçon d'aujourd'hui avec un symptôme sur lequel M. Collard a appelé votre attention, et qu'effectivement je n'avais jamais vu à ce degré ni ici, ni dans les Landes, ni en Italie; c'est un érythème cervical très-intense, très-squammeux, très-prononcé sur tout le pourtour du cou, excepté à la partie antérieure, sans doute en raison de l'ombre projetée par le menton. L'affaiblissement, les vertiges et la diarrhée sont encore augmentés.

Enfin, le cantonnier de Pontgivart, âgé de cinquante-quatre ans, pellagreux depuis quatre ans, envoyé à la leçon de l'an dernier par MM. Pichancourt et Simon, avec érythème vernal aux mains et aux pieds, lypémanie, rachialgie, etc., a été repris, cette année, dès la fin de l'hiver, des mêmes accidents avec vertiges et chutes soudaines qui l'ont obligé à renoncer à son travail et à revenir à l'Hôtel-Dieu. Vous avez remarqué chez ce malade l'absence de diarrhée depuis deux ans, ce qui est assez rare, et le peu d'intensité de la dermatose comparée à la gravité des autres phénomènes généraux, ce qui est assez fréquent.

DÉVIATION EXTRÊME DE L'OEIL GAUCHE EN DEDANS.

Paralysie complète du muscle droit externe. — Opération. Redressement du globe.

Par M. le docteur COURSSERANT.

Le nommé X..., âgé de quarante-huit ans, maçon, fut opéré, il y a dix-huit ans, par un oculiste ambulant, d'un strabisme interne de l'œil gauche. L'opération fut bientôt suivie d'une déviation plus prononcée dans le même sens; et en ce moment cette déviation est

telle que la moitié interne de la cornée reste cachée dans le grand angle, d'où elle ne peut se dégager que par l'action très-limitée, quoique fortement sollicitée, du petit oblique (celle du muscle droit externe restant entièrement annihilée).

Comme à l'époque de la première opération la cornée pouvait encore être ramenée au centre des paupières, et que ce n'est que par une progression insensible, mais continue, que la déviation extrême qu'on remarque maintenant s'était produite, je pensai que la perte de contractilité du droit externe pouvait dépendre d'une élongation excessive et prolongée plutôt que d'une paralysie véritable de ce muscle; et quoique l'électrisation localisée eût été impuissante à dissiper l'incertitude qui existait à cet égard, même dans l'esprit de M. Duchenne (de Boulogne), la section du muscle droit interne fut faite en présence de plusieurs docteurs en médecine.

Ce ne fut pas chose facile que de ramener l'œil suffisamment en dehors pour pouvoir pratiquer la section du tendon du muscle droit interne, après avoir préalablement réuni en faisceau, sur un crochet courbe et mousse, ses fibres terminales d'implantation à la sclérotique. Toutes ces difficultés de la manœuvre opératoire avaient leur cause, et trouvaient leur explication dans le peu d'étendue de la conjonctive, laquelle, abandonnant promptement le globe après avoir tapissé les parties antérieures voisines de la cornée, se réfléchissait sur la paupière supérieure après avoir contracté des adhérences solidement unies aux parties sous-jacentes.

D'un autre côté, l'implantation régulièrement rayonnante du tendon du muscle droit interne sur la sclérotique, rapprochée de la suture pour ainsi dire si intime et si résistante, existant entre la conjonctive bulbaire et la membrane albuginée, nous permit d'établir (ainsi qu'en fit la premier la remarque un chirurgien aide-major du Val-de-Grâce qui assistait à l'opération), que la première tentative faite, il y avait dix-huit ans, pour remédier au strabisme, n'avait nullement porté sur le muscle droit interne, et s'était bornée à isoler et à sectionner la conjonctive dans une étendue plus ou moins considérable. C'était donc à la contraction consécutive non-seulement du muscle et de la conjonctive, mais encore a celle du tissu inodulaire formé sur les parties restées à nu, que devait être attribuée la difformité si prononcée pour laquelle l'action chirurgicale était appelée à intervenir pour la seconde fois.

Pour abréger les détails d'une opération qui fut longue et laborieuse, il suffira de dire qu'il fallut dénuder, et même profondément, toute la face interne du globe, pour pouvoir ramener la cornée au milieu de l'espace inter-palpébral.

Mais comme la formation et la contraction ultérieure du tissu inodulaire, qui devait recouvrir les parties restées saignantes, n'aurait pas manqué d'entraîner l'œil en dedans, vu l'action complétement nulle du muscle droit externe, l'œil fut maintenu fortement dévié en dehors pendant quatorze jours, soit au moyen de fils de soie passés sous les fibres les plus superficielles de la sclérotique, soit au moyen de serre-fines implantées dans le tissu même de cette dernière. D'un autre côté, pour opposer à la rétraction du tissu inodulaire du côté interne une force capable de contre-balancer son action, presque toute la conjonctive de la partie moyenne de la face externe du globe fut enlevée à diverses reprises. Tout ce traumatisme, toutes ces opérations successives et multiples, ne furent suivis d'aucun accident digne d'être mentionné.

La réaction générale et même la réaction locale furent presque nulles. Ce fait prouve combien peut aller loin sur l'œil l'initiative chirurgicale, et combien, en présence de faits si complexes, notre art aurait tort de rester dans l'inaction, alors que l'observation clinique est là pour témoigner de sa toute-puissance.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

guérie par les inhalations de chloroforme.

Par le docteur Gouvea Osorio.

Dona Maria A. de S..., âgée de quatorze ans, robuste et de tempérament nervoso-sanguin, mariée depuis sa treizième année, devint enceinte dans les deux mois qui suivirent son mariage, et eut une grossesse dont le cours fut régulier.

Commencement du travail le 24 mars 1860, à deux heures après minuit. Vers midi, lorsque la tête était déjà rendue au détroit inférieur, survint une attaque de convulsion de forme épileptique qui dura quelques minutes, et pendant laquelle s'effectua l'expulsion d'un fœtus vivant et plus tard de l'arrière-faix.

La malade recouvra ses sens, mais sans avoir conscience de ce qui avait eu lieu, et elle ne se plaignit de rien. Moins d'une heure après, les convulsions se renouvelèrent, et elles se reproduisirent ainsi sept fois jusqu'à sept heures et demie du soir. Dans les intervalles des premières attaques, elle recouvrait complétement ses sens, mais plus tard la parole devint de plus en plus difficile, et les sens perdirent aussi leur lucidité. Une potion à l'eau de laurier-cerise avait été prescrite et prise sans succès depuis l'intervalle du deuxième au troisième accès. Nouvelle potion à l'eau de laurier-cerise et au chloroforme. Conférence dans laquelle on ordonne des prises de calomel et de jalap et des révulsifs aux extrémités inférieures. Aggravation des attaques, état comateux dans leur intervalle. Vingt-quatre sangsues derrière les oreilles.

A onze heures et demie de la nuit on comptait vingt-deux accès convulsifs, et il ne paraissait y avoir aucun espoir de les modifier par les moyens employés.

Le docteur Osorio prit sur lui de tenter les inhalations de chloroforme qu'il avait déjà proposées, mais qui avaient été rejetées. Après un quart d'heure de cette application la respiration cessa d'être stertoreuse; au bout d'un second quart d'heure la face était moins congestionnée et la respiration plus régulière. On continua sans interruption les inhalations pendant trois quarts d'heure, puis on les suspendit. Douze minutes après, nouvel accès plus violent que les précédents et qui dura cinq minutes. Reprise du chloroforme à une heure après minuit; à deux heures sommeil qui paraissait naturel. A trois heures, nouvelle suspension des inhalations qui avaient été continuées pendant deux heures, avec la précaution de ne pas dépasser le premier degré de l'anesthésie.

A partir de ce moment, plus d'accès convulsifs; il reste seulement de l'agitation et de l'insomnie, et un peu d'altération de l'intelligence, symptômes qui ne cessèrent complétement que le 29.

Etat de convalescence qui dure jusqu'au 13 avril. A cette époque, guérison complète. (*Gaz. méd. de Porto*).

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS GRAVIDE ET DU VAGIN

et rétrécissement organique de l'orifice externe du col utérin.

Par M. da Costa Leite.

Femme de trente-trois ans, de constitution régulière. Vers sa quinzième année, ayant soulevé un lourd fardeau, elle avait éprouvé une vive douleur dans le *fond du ventre* (selon son expression), douleur qui se dissipa peu à peu, à mesure qu'une tumeur faisait saillie à l'orifice vulvaire et s'y maintenait avec plus ou moins d'incommodité pour le sujet. Ce fut dans ces conditions que cette femme se maria et qu'elle conçut cinq mois après. Au terme de la grossesse, le travail commença et marcha régulièrement jusqu'à la rupture des membranes. A ce moment les contractions devinrent plus énergiques et les douleurs plus violentes, sans amener la sortie du fœtus, et la patiente se décida à entrer à l'infirmerie de l'École médico-chirurgicale.

Cette femme présentait alors à la partie supérieure de la vulve une tumeur saillante formée par la paroi antérieure du vagin; derrière cette tumeur se trouvait le col utérin, dont l'orifice vaginal admettait à peine la troisième phalange de l'indicateur, lequel cependant rencontrait la tête du fœtus au delà d'un canal étroit de 2 centimètres de longueur. La rigidité du col était aussi remarquable que son épaisseur, laquelle donnait lieu à un rebord très-saillant. Depuis la rupture des membranes, plus de mouvements du fœtus perçus par la mère, plus de battements du cœur fœtal perçus par l'auscultation. Essai sans résultat de mèches et d'éponges préparées enduites d'extrait de belladone; impossibilité de donner aucun remède par l'estomac qui rejetait tous les liquides ingérés, ni au moyen de clystères qui ne pouvaient être tolérés.

Après trois examens répétés dans l'espace de sept heures, on put se convaincre de l'immobilité de l'obstacle et de l'inutilité des moyens employés. Le travail durait depuis soixante heures. On résolut alors d'extraire le fœtus après avoir constaté de nouveau l'absence des signes de sa vie. On divisa par quatre incisions, antérieure, postérieure et latérale, le col utérin dans toute son épaisseur et dans toute sa longueur; on obtint ainsi une dilatation de 7 centimètres par laquelle on introduisit, guidés sur deux doigts de la main gauche, les ciseaux de Smellie, avec lesquels on ouvrit le crâne et les méninges, après quoi on appliqua le céphalotribe, au moyen duquel le fœtus fut extrait sans grande résistance, car il fut à peine besoin de serrer à deux reprises les cuillers.

La malade fut menacée dans les jours qui suivirent d'une utéro-péritonite, que faisaient craindre une douleur et une tuméfaction développées dans la fosse iliaque gauche, ainsi que l'odeur de putréfaction qu'avait prise l'écoulement lochial. Deux applications de sangsues, des topiques émoilients et narcotiques, des purgatifs et des diurétiques furent employés avec succès, et la malade put se lever douze jours après son accouchement, et sortir parfaitement guérie le vingt et unième jour. (*Gaz. méd. de Porto.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 août 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département d'Ille-et-Vilaine. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une observation de goître exophthalmique, par M. le docteur Garrigou, inspecteur des eaux minérales d'Ax (Ariége). [Commissaire, M. Trousseau];

2° Un travail intitulé: *Documents pour la commission des remèdes secrets*, et renfermant la liste des spécialistes (pharmaciens, herboristes, épiciers, parfumeurs, etc.), avec le nombre des spécialités qu'ils annoncent, par M. Réveil (commission nommée pour étudier la question des remèdes secrets);

3° Un pli cacheté déposé par M. Blondet. (Le dépôt est accepté.)

— M. le secrétaire perpétuel signale une lettre dans laquelle M. Mattei, à l'occasion du mémoire lu dans la dernière séance par M. Laborie, rappelle que le fait de l'écartement des os du bassin au moment où l'enfant traverse le détroit inférieur a été déjà « nettement établi par lui dans sa clinique obstétricale ».

M. le secrétaire communique à la suite une lettre que M. Laborie lui fait parvenir aussitôt, et qui déclare que l'opinion de M. Mattei a été citée, sinon dans les conclusions, du moins dans le cours du mémoire en question.

— M. Bouchut adresse la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture:

Monsieur le président,

Si j'avais cru que l'Académie pût considérer comme une inconvenance la publication de mon mémoire après le rapport dont il a été l'objet, je ne l'eusse pas autorisée; mais le règlement qui défend la publication d'un travail avant le rapport ne l'interdit pas après, et j'ai pensé qu'en pareille matière ce qui n'était pas défendu était permis.

Mon idée a été de mettre sous les yeux des membres de l'Académie qui voudraient prendre part à la discussion, le travail soumis à son jugement. Son impression n'est pas consécutive au rapport; il était composé d'avance, attendant que ce rapport ouvrît les débats pour paraître à son tour. Il m'avait semblé qu'en discutant sur quelque chose de connu, on évitait toute erreur préjudiciable à la science. Généralement, d'ailleurs, l'Académie ajourne ses discussions après l'impression des pièces.

En l'imprimant je n'ai pas caché les additions que j'y allais faire, additions qui n'étaient autre chose, comme je l'ai dit dans une note imprimée, que des pièces adressées soit à l'Académie, soit à M. le rapporteur, ultérieurement à ma lecture. La première répond à M. Devergie, qui prétend, mais à tort, avoir fait en médecine légale l'emploi de la loupe que je conseille de faire pour la docimasie. (*Adressée à l'Académie*).

La seconde renferme des figures sur bois avec leurs explications. (*Adressées à M. le rapporteur, qui me les a renvoyées courrier par courrier*).

La troisième est relative à de nouvelles observations de poumons n'ayant pas respiré. (*Elle est insignifiante*).

Une quatrième, très-importante, est relative à l'étude médico-légale des poumons d'enfants pourris dans l'eau, dont le corps était emphysémateux et chez lesquels il n'y avait pas de gaz dans les cellules du poumon. (*Elle a été envoyée à M. le rapporteur*). Quant aux suppressions, elles sont secondaires et ne portent que sur des mots. Exemple: « *Pour voir il suffit de regarder.* » Ou bien: « *Docimasie optique* », titre de mon mémoire, synonyme de « *Docimasie oculaire*, » remplaçant ce mot mis par erreur une seule fois dans le cours du travail.

Ces additions et ces suppressions *ne changent rien à l'objet de mes recherches*, à leur idée, qui est aujourd'hui, comme il y a cinq mois, *la détermination médico-légale de l'infanticide par la recherche de la respiration des nouveau-nés au moyen de la loupe et du microscope.*

Le mémoire que j'ai lu à l'Académie n'a pas d'autre objet. C'est, comme je l'ai dit sans réussir à me faire comprendre, un moyen de plus à ajouter à ceux que les médecins légistes mettent en usage, et dont je me suis bien gardé de demander l'abandon. J'ai affirmé et j'affirme encore sur l'honneur que ce moyen n'est mentionné *dans aucun livre connu de médecine légale.*

Dans ces conditions, j'ose espérer que l'Académie de médecine, toujours à la tête des progrès de la science, voudra accueillir, avec sa bienveillance et son impartialité habituelles, l'œuvre modeste d'un médecin qui ne demande qu'au travail les éléments de son succès parmi ses collègues.

J'ai l'honneur d'être, etc. Bouchut.

P. S. En comparant les conclusions de mon mémoire manuscrit avec celles du mémoire imprimé, chacun pourra voir que je n'ai apporté aucun changement à l'idée première du travail lu à l'Académie dans la séance du 2 mars.

— M. Vernois déclare persister, et fait observer que la note qu'il a lue mardi dernier a été soumise aux membres de la commission, qui ont donné leur approbation au contenu de cette note.

M. le président rappelle à cette occasion que le rapport de M. Vernois n'a pas encore été discuté par l'Académie, qu'en conséquence ce rapport n'est jusqu'à présent que l'œuvre de la commission et non celle de l'Académie.

— M. Jolly présente au nom de M. Dugué, ingénieur en chef du département de la Marne, une Étude sur les eaux de la vallée de la Dhuys et de la Somme-Soude.

M. Jolly saisit cette occasion pour donner lecture d'un travail sur la question. Mais sur les réclamations de quelques membres, qui font remarquer qu'il y a interversion de l'ordre du jour, et qu'il est d'ailleurs contre les usages de l'Académie de lire un travail écrit à propos de la présentation d'un ouvrage imprimé, l'Académie passe à l'ordre du jour.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le goître exophthalmique. La parole est à M. Trousseau.

Suite de la discussion sur le goître exophthalmique.

M. Trousseau. Il y a tout lieu de croire que chacun des adversaires que j'ai rencontrés dans cette discussion conservera son opinion, comme je conserverai la mienne sur le sujet de ce débat. Ce n'est pas à nos âges, en général, qu'on change d'opinion; le caractère de la vieillesse est l'immutabilité. Nous sommes une sorte de magistrature assise, un sénat conservateur qui se lève pour s'opposer à toute idée nouvelle, quelquefois pour reculer, jamais pour avancer. C'est une question d'âge et de tempérament; il semble quand on en est arrivé là qu'on ait une telle conscience de sa force et de son infaillibilité, qu'il n'y ait plus rien à apprendre, rien à changer. C'est ainsi que les sénateurs du temps se refusaient à voir dans la syphilis autre chose qu'une forme de la lèpre, que pour eux la coqueluche, quand elle fit invasion, n'était qu'un catarrhe, un rhume ordinaire, et que de nos jours nous avons vu considérer par les conservateurs le choléra comme une entérite. Mais nous avons beau faire, le flot qui vient de la haute mer nous pousse incessamment, jusqu'à ce qu'enfin il nous rejette sur la côte. En vain opposons-nous notre expérience, l'expérience n'est qu'un prétexte à consolation. Ne ferions-nous pas beaucoup mieux, au lieu de résister à l'entraînement de la jeunesse, de nous appuyer sur elle au contraire, de vivre de sa vie, de nous réchauffer de son ardeur et de nous laisser porter par elle?

Quoi qu'il en soit, je crois que cette discussion n'aura pas été inutile; si elle n'a convaincu personne dans le sein de cette Académie, elle aura du moins pour effet de remuer, d'agiter un sujet nouveau d'étude, de provoquer de nouvelles observations et de nouvelles recherches, qui serviront un jour à édifier la science sur ce point.

Je m'empresse de dire que pour ma part je n'en fais pas une question personnelle. Je ne suis pour rien dans ce nouveau progrès pathologique, c'est à M. Charcot et à M. Léon Gros, parmi nous, que nous en sommes redevables; pour moi, je n'ai pas même le mérite d'en être l'importateur, j'en suis à peine le vulgarisateur.

Cependant, MM. Bouillaud et Beau ont cru devoir revendiquer l'antériorité; ils ont vu, nous ont-ils dit, des cas de goître exophthalmique avant MM. Charcot et Léon Gros. Je ne puis accepter cette prétention. Nous avions tous vu aussi l'ictère grave avant Fréricbs; tous ceux qui font de l'anatomie pathologique, j'en appelle ici à M. Barth, avaient vu des cas de leucocythémie, mais ils n'avaient pas *connu* cette maladie, pas plus que nous n'avions connu l'ictère grave. Prost avait vu les lésions intestinales des fièvres graves, mais c'est à MM. Louis et Bretonneau que nous devons la connaissance de la dothinentérie. On avait vu le goître exophthalmique, je le veux bien, mais on n'avait pas connu, on n'avait pas spécifié cette maladie. C'est à ceux qui en ont fait une entité morbide, c'est à Graves, à Basedow, à Withuisen et à MM. Charcot et Gros qu'on doit la première notion nette et précise, la notion scientifique, en un mot, de cette maladie.

J'arrive au fond du dissentiment qui me sépare de MM. Bouillaud et Beau. MM. Bouillaud et Beau ont voulu que l'anémie, la cachexie, ou la chlorose fût le fond de la maladie. Je veux m'élever contre l'abus que l'on fait de la chlorose et de l'anémie.

Lorsque le stéthoscope indique un bruit de souffle musical, il y a

anémie, ceci est accepté de tout le monde. Mais cela constitue-t-il une maladie univoque? C'est ce que je conteste. C'est un fait commun à plusieurs maladies : on le trouve dans la maladie que les anciens appelaient la fièvre blanche des jeunes filles, on le trouve dans la leucémie, on le trouve surtout dans la chlorose, mais il ne la constitue pas à lui seul. La chlorose est en effet essentiellement différente de l'anémie. Il est important de ne pas confondre ces deux états.

Mais si la chlorose et l'anémie étaient, comme on le prétend, le point de départ du goître exophthalmique, cherchons un peu et voyons si quelqu'un de nous se souvient d'avoir vu une femme, après une abondante hémorrhagie, avoir un goître et une exophthalmie.

Voyons si les chlorotiques ont le goître exophthalmique. Je parle de Paris bien entendu, et non pas des pays où le goître étant endémique, peut bien coexister avec la chlorose. Nous voyons tous beaucoup d'anémiques et de chlorotiques, voyons-nous parmi eux beaucoup de goîtres et d'exophthalmies? Allez à Bicêtre ou à la Salpêtrière, vous verrez bien des cachexies cancéreuses ou autres; y voyons-nous le goître ou l'exophthalmie? Mais s'il en était ainsi, d'ailleurs, les sujets atteints de la maladie de Graves devraient présenter toujours les caractères de la cachexie ; or, bien loin qu'il en soit ainsi, j'ai vu des goîtreux exophthalmiques hauts en couleur et qui étaient tellement pléthoriques, qu'il a fallu chez quelques-uns recourir à la saignée.

Le bruit de souffle que l'on entend dans quelques circonstances chez les sujets atteints de la maladie de Graves, diffère de celui des chlorotiques. C'est un bruit double qui ressemble à celui des tumeurs cirsoïdes ; le contact de la main donne même une sensation tout à fait semblable à celle que donnent ces tumeurs; si bien qu'un chirurgien qui ne serait pas prévenu pourrait très-bien s'y méprendre.

Cherchons maintenant si nous trouverons chez les sujets anémiques ces troubles étranges du système nerveux, ces troubles fonctionnels de la digestion et de la menstruation que nous constatons dans la maladie de Graves; troubles nerveux remarquables surtout en ce qu'ils s'élèvent quelquefois jusqu'à la vésanie, et qu'ils suivent les progrès et les phases de la tumeur de la thyroïde, croissant et décroissant avec elle. Qui de nous a jamais vu rien de semblable dans les anémies?

Nous avons dans la maladie de Graves des phénomènes du côté du cœur. Que voyons-nous chez les anémiques? On constate chez ceux-ci un pouls fréquent et petit; dans la maladie de Graves, c'est une sorte de folie du pouls que l'on trouve: il s'élève à 140, 150, 160 pulsations; sa fréquence est telle que si l'on n'était prévenu de la maladie à laquelle on a affaire, on porterait le pronostic le plus grave; et cependant, tout le monde le sait, le goître exophthalmique n'est pas une maladie mortelle.

Je dis donc que s'il y a là une anémie, c'est une anémie très-spéciale, et qui ne ressemble à aucune autre. On y trouve de la boulimie comme dans le diabète, des phénomènes très-graves du côté de la menstruation; on y trouve des phénomènes congestifs très-étranges. Chez une malade de M. Barth, par exemple, qui maigrissait considérablement, il est survenu une hypertrophie des mamelles. Trouvet-on de ces faits-là dans les autres anémies?

Aran voulait que le goître exophthalmique fût une maladie du cœur, M. Bouillaud est d'un avis contraire. M. Beau admet que c'est une maladie du cœur transitoire, semblable à l'hypertrophie que M. Larcher et M. Blot ont constatée pendant la grossesse. Les recherches anatomo-pathologiques ont démontré l'absence complète de toute lésion organique du cœur dans la plupart des cas.

Si nous voulons maintenant tirer quelque argument de la thérapeutique, nous verrons encore que ce n'est pas à une simple chlorose que nous avons affaire en pareil cas. La chlorose est une maladie assez facile à guérir avec du fer; dans l'anémie simple, nous savons qu'il suffit le plus souvent de restaurer les malades par une bonne alimentation. Il en est tout autrement des diverses anémies symptomatiques. Quant à la maladie de Graves, je n'en ai pas vu encore un seul cas de guérison complète, ni par le fer, ni par une alimentation substantielle ; j'ai vu chez quelques-uns survenir une grande amélioration, mais je n'en ai vu aucun guérir radicalement. La malade de M. Hiffelsheim est en traitement depuis sept ans, et non-seulement elle n'est pas guérie, mais son état est encore à peu près le même. On se rappelle que c'est chez cette malade que M. Oliffe a produit de l'iodisme avec 25 centigrammes d'iode pris en dix jours. Chez la sœur d'un de nos confrères, on a essayé le fer sans aucun résultat. Une malade qui est actuellement à l'Hôtel-Dieu, et que M. Bouillaud a vue, a été rendue plus malade par le fer. L'iode, comme on vient de le voir, n'a pas eu plus de succès. Je pourrais citer, à l'appui de l'inefficacité de ces moyens de traitement, beaucoup d'autres faits dont j'ai été témoin avec MM. Barth, Cazalis, Morin (de Crest), Pain (de Clermont), etc.

Quant aux causes, M. Beau fait jouer un grand rôle aux influences morales; cela est vrai, et comme pour moi cette maladie est une névrose, rien n'est plus naturel. M. Bouillaud a cité une autre cause, l'onanisme. Je ne suis pas de son opinion, et voici pourquoi. Personne ne contestera que ce vice soit plus rare chez les petites filles que chez les jeunes garçons ; or c'est presque exclusivement chez les femmes qu'on observe le goître exophthalmique. L'un des derniers cas que j'ai observés s'est développé chez une femme de soixante ans; on ne soupçonnera pas probablement qu'à cet âge cette femme se livrât à l'onanisme!

Qu'est-ce donc que la maladie de Graves? Je rappellerai à ce sujet à M. Bouillaud, qui aime beaucoup à citer ici Napoléon I[er], un mot de ce grand homme : « En fait de systèmes, il faut toujours se réserver le droit de rire le lendemain de ses idées de la veille. » Si je demandais: Qu'est-ce que la danse de Saint-Guy, qu'est-ce que l'épilepsie, qu'est-ce que la coqueluche? le savant aréopage tout entier me répondrait : C'est une expression symptomatique ; ce qui revient à dire : Je n'en sais rien. Je poserai une question plus simple encore : Qu'est-ce qu'une pneumonie? Vous me répondrez: C'est une inflammation du poumon. Mais vous serrant de plus près encore, je vous demanderai : Qu'est-ce qu'une inflammation? Vous me répondrez : C'est une expression symptomatique ; en d'autres termes, vous n'en savez rien. Eh bien, je suis aussi fort que vous, ou plutôt aussi faible, en ce qui concerne le goître exophthalmique. Je ne sais pas ce que c'est. Or, quand nous ignorons l'essence, la nature des maladies, nous cherchons à nous éclairer par des analogies empruntées à la pathologie ou à la physiologie. Voyons ce que nous apprend ici l'analogie.

M. Trousseau rapproche ici du goître exophthalmique le diabète et la polyurie, que l'on a pris pendant longtemps pour des maladies du rein, et que les expériences de M. Cl. Bernard ont démontrés être sous la dépendance de troubles fonctionnels ou de lésions de portions déterminées du système nerveux.

Il cite ensuite les expériences récentes de M. Cl. Bernard, qui montrent l'influence de la destruction ou de l'irritation des filets et des ganglions du grand sympathique sur les phénomènes de congestion et de calorification; les expériences nombreuses et variées par lesquelles M. Schiff produit à volonté l'exophthalmie en excitant les ganglions sympathiques cervicaux, tandis que la destruction de ces mêmes ganglions produit le retrait du globe oculaire; les expériences curieuses du même physiologiste sur les organes érectiles et sur les congestions locales, les hypertrophies et les atrophies produites à volonté par l'excitation ou la destruction de tels ganglions ou filets du trisplanchnique, etc.; et, rapprochant ces faits de ce que l'on observe dans le goître exophthalmique, il en conclut que l'on est fondé par l'analogie à considérer cette maladie comme une névrose. Puis il résume ainsi son argumentation :

CONCLUSIONS. — 1° Il existe une maladie caractérisée le plus ordinairement par une expression phénoménale grossière, l'exophthalmie, le goître, la fréquence des battements du cœur.

2° A ces phénomènes grossiers, se joignent, comme cortége habituel, des troubles variés dans les fonctions nerveuses, gastriques, utérines.

3° Au début, à la fin, quelques-uns de ces phénomènes peuvent être rudimentaires ou manquer tout à fait.

4° Cette maladie se distingue par des symptômes, une marche qui lui sont propres. Elle constitue donc une espèce morbide.

5° A ce titre, elle doit avoir une dénomination spécifique. Nous devons donc lui réserver le nom de goître exophthalmique, ou mieux, de *maladie de Graves.*

PRÉSENTATION DE MALADES.

Trichoma (plique). — M. LE D[r] MESSAND présente à l'Académie une femme offrant un cas de trichoma extraordinaire. Voici en quelques mots son histoire :

Antoinette L..., née à Saint-Domingue, de père et mère noirs (race griffonne), est âgée de cinquante-huit ans. De petite taille, d'une santé parfaite, ses père et mère, ainsi que sa fille et ses petites-filles, n'offrent rien de particulier. Sa chevelure, d'un tissu inextricable, très-analogue à celle d'une magnifique toison de mérinos de Barbarie, est tressée naturellement tantôt en entier, tantôt en cordelettes de petite et de grosse espèce; c'est une sorte de feutrage qui forme des masses, des queues, des lanières, etc., mais qui ne donne aucune mauvaise odeur; elle mesure 1 mètre 40 de long sur 0,33 d'épaisseur et 0,31 de largeur; elle a crû depuis dix-huit mois de 20 centimètres au moins.

Cette femme, née de parents noirs, occupée aux travaux des champs, soignait imparfaitement sa chevelure dans sa jeunesse; vers quinze ou dix-huit ans, elle en prit un plus grand soin, mais fatiguée de la peigner à cause de sa trop grande épaisseur, elle finit par la négliger et la laisser croître jusqu'au point où elle est aujourd'hui. Les cheveux, d'une très-grande finesse, noirs et crépus, n'ont commencé à blanchir que depuis une année environ. Cette femme ne souffre et n'a jamais souffert de la tête ni du cuir chevelu, soit qu'on lui tire les cheveux, soit qu'on les lui arrache, soit qu'on les lui coupe. Sa tête, d'une extrême petitesse, ne mesure que 51 centimètres de circonférence ; elle paraît manquer presque de cervelet, tant il est petit. Son intelligence peu développée paraît s'affaiblir aussi depuis quelque temps.

Polype du larynx reconnu par la laryngoscopie. — M. le docteur FAUVEL présente une malade atteinte d'une altération de la voix depuis dix-huit mois, dont la cause est due à la présence d'un polype dans le larynx.

Cette malade, M[me] Marie L..., est âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution ; menstruation régulière ; pas de maladies antérieures ; pas de signes de diathèse syphilitique strumeuse ou cancéreuse ; pas d'affection thoracique ou bronchique.

La malade n'accuse aucune gêne de la respiration, aucune sensation de corps étranger dans le larynx ; mais elle demande à tout prix qu'on la débarrasse de cette voix rauque, désagréable à entendre; il semble qu'une sourdine soit appuyée sur les cordes vocales; quelquefois la malade est aphone ; elle ne possède plus que la voix de chuchotement.

Au mois de juin 1862, M. le docteur Millard m'adresse cette malade pour l'examiner au laryngoscope. J'éprouve de grandes difficultés pour procéder à l'exploration, le voile du palais supporte mal le contact du miroir laryngien, et la langue se relève continuellement.

Enfin, avec de la patience et de l'exercice, ces difficultés sont surmontées et permettent de voir au mois de juillet toutes les parties du larynx.

J'aperçois alors une petite tumeur de la grosseur d'un pois, pédiculée, de couleur vineuse, granulée, mobile, partant du ventricule droit et flottant sur la corde vocale droite dans toute sa moitié antérieure.

Quelques jours après, le 8 juillet, M. le professeur Czermak confirme de tous points mon diagnostic, et attribue aussi l'altération de la voix à la présence de ce polype.

M. BECLARD appuie l'opinion de M. Fauvel, et croit que l'ablation du polype redonnerait à la voix son timbre physiologique.

— M. Fauvel présente ensuite une pince, qu'il a fait fabriquer pour enlever cette petite tumeur laryngienne, et un nouveau porte-caustique pour cautériser un point déterminé du larynx.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* confirme en ces termes les nominations que nous avons indiquées dans notre dernier numéro :

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'arrêté en date du 14 août 1862, par lequel il est établi dans la Faculté de médecine de Paris des *Cours complémentaires* des études médicales pratiques, à titre d'enseignement auxiliaire;

Arrête :

Sont chargés des cours complémentaires institués à la Faculté de médecine de Paris en vertu de l'arrêté susvisé :

1° Cours clinique des maladies de la peau, M. Hardy, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris;

2° Cours clinique des maladies des enfants, M. Roger, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris;

3° Cours clinique des maladies mentales et du système nerveux, M. Lasègue, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris;

4° Cours clinique des maladies syphilitiques, M. Verneuil, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris;

5° Cours clinique des maladies des voies urinaires, M. Voillemier, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris;

6° Cours clinique d'ophthalmologie, M. Follin, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret du 21 juillet dernier, rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, l'Empereur a nommé présidents :

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de Saône-et-Loire, M. Perrusset, docteur en médecine à Mâcon, professeur du cours départemental d'accouchement ;

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Savoie, M. Mollard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, ancien professeur et président de la Société médicale de cette ville.

— Une Société locale, agrégée à l'Association générale, vient de se fonder à Angers, pour les médecins du département de Maine-et-Loire.

— Par arrêté du 25 août 1862, M. Münch, élève de la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé aide de clinique à ladite Faculté, en remplacement de M. Fedmüller, dont le temps de service est expiré.

— Dans sa séance du 25 août, la Société de médecine de Rouen a procédé au renouvellement de son bureau. Il se trouve ainsi constitué pour l'année 1862-1863 :

Président, M. Henri Duchesne; *vice-président*, M. Douvre; *secrétaire de bureau*, M. Grout; *secrétaire de correspondance*, M. Bouteiller fils; *trésorier-archiviste*, M. A. Laurent.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Recherches cliniques sur les affections pseudo-membraneuses.

De nombreux travaux, d'innombrables recherches cliniques ont défrayé, dans ces dernières années surtout, l'histoire des diverses affections (diphthéries, croups, angines couenneuses et herpétiques, muguet, stomatite ulcéro-membraneuse, aphthes, etc.) dont la réunion constitue le groupe des maladies à productions plastiques, dites pseudo-membraneuses. Ces travaux, en raison même de leur nombre et de leur diversité, réclamaient, en quelque sorte comme complément, de nouvelles recherches sur ces productions morbides elles-mêmes, sur leur constitution anatomique, leurs caractères cliniques et leur valeur séméiologique. Il y avait, en un mot, à faire l'étude des affections pseudo-membraneuses au point de vue spécial des fausses membranes, qui servent à les caractériser.

C'est le but que s'est proposé M. le docteur Laboulbène dans un travail considérable qu'il a publié récemment sous le titre de *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, productions pseudo-plastiques*, etc. (1). C'est à ce travail, qui résume lui-même de nombreuses et consciencieuses recherches cliniques faites dans les divers hôpitaux de Paris sur ce sujet, que nous allons emprunter un rapide aperçu des principaux traits caractéristiques de ces maladies.

Nous exposerons d'abord la relation sommaire des faits qui font la base de ce travail. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire textuellement cette rapide esquisse, qui constitue un tableau abrégé mais fidèle de chacune des principales espèces.

« Entrons dans une salle d'hôpital. Nous nous approchons d'un lit et nous y trouvons une personne dont l'attitude exprime un profond abattement. Elle est d'une constitution chétive; son pouls est assez fréquent, mais faible; sa peau chaude et sèche. La bouche est entr'ouverte, l'haleine a une odeur fétide; il suinte des narines un liquide trouble. Les ganglions du cou sont fortement engorgés. Les parois et le fond du pharynx présentent des productions grisâtres et brunâtres, membraniformes, détachées en partie. Nous avons pensé à une pharyngite pseudo-membraneuse, et lorsque nous avons constaté que cette malade porte sur le bras une surface privée d'épiderme, résultant de l'application d'un vésicatoire, recouverte de productions pseudo-membraneuses bien formées, nous n'hésitons pas à nous prononcer. Nous réservant de fixer l'étiologie d'une manière aussi complète que possible, nous pouvons dire dès à présent que cette malade, présentant ces fausses membranes pharyngiennes et cutanées, est atteinte d'une affection *diphthérique*, *de diphthérie*.

» Plus loin, si nous voyons un malheureux d'un facies hippocratique, arrivé au dernier degré, soit de la phthisie, soit de la cachexie cancéreuse, amaigri, ayant le teint jaunâtre et offrant sur les parois buccales et la langue des points blanchâtres ou des îlots de substance caséeuse, nous diagnostiquerons le *muguet*.

» Nous porterons le même diagnostic si dans la salle voisine destinée à des enfants nous trouvons un de ces petits êtres, ridé comme un vieillard, se plaignant sans cause, et présentant sur le bord des gencives, la voûte palatine, à la face interne des joues, et sur la langue, lisse et rouge, une sorte de pointillé blanchâtre ou une pellicule semblable à du lait caillé. La couche du petit malade exhale une odeur excrémentitielle.

» Pendant ce dernier examen, notre oreille a été frappée par une toux spéciale; elle est voilée, basse, sèche, rauque. Arrivé au lit du jeune patient, nous le voyons dans un état de suffocation. Sa tête est renversée en arrière, son visage est congestionné, ses yeux injectés, larmoyants, ses narines dilatées. Il porte la main à son cou, il voudrait enlever un obstacle qui s'oppose à la respiration. Aux secousses de cette toux creuse succède une inspiration difficile, brusque, sifflante. La voix est éteinte. Après de violents efforts, le malade finit par rejeter des débris couenneux, dont un seul a l'aspect tubulé. Qu'avons-nous sous les yeux? Evidemment un enfant atteint de *croup*. La fièvre, qui existait, nous dit-on, avant l'accès, s'est encore accrue pendant celui-ci, et ce nouveau symptôme préexistant nous confirme dans notre opinion.

» Un petit garçon âgé de cinq ans, d'une belle santé, bien constitué, offre sur la gencive de la mâchoire inférieure, du côté gauche du visage principalement, un enduit grisâtre, pultacé, sous lequel existe une véritable ulcération, dont les bords sont épaissis et violacés. Nous découvrons, en outre, sur la face interne de la joue gauche, une production jaunâtre placée de même sur une ulcération allongée, transversale. La bouche du petit malade est mouillée par de la salive; l'haleine est assez fétide. L'arrière-bouche ne nous présente rien de spécial. Les ganglions sous-maxillaires sont très-légèrement augmentés de volume; ils paraissent douloureux à la pression. Cet enfant a toujours eu une bonne santé. Depuis trois ou quatre jours seulement il a été souffrant, et son appétit a diminué sans être perdu. S'il faut en croire sa mère, le mal a débuté brusquement, et il l'a probablement pris auprès d'autres enfants avec lesquels il joue, et qui en effet ont «du mal» à la bouche. D'après les symptômes et l'aspect des productions membraniformes reposant sur des ulcérations, nous pouvons dire que cet enfant n'a pas de véritable diphthérie, mais une *stomatite ulcéro-membraneuse*.

» Voici maintenant une jeune fille de douze ans qui présente les signes d'une angine violente. Elle est dans une grande agitation. L'état fébrile est très-marqué; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, douloureux; elle peut difficilement ouvrir la bouche. On parvient à constater une rougeur vive et un aspect lisse de la langue et des parois buccales, tandis qu'une sorte d'exsudation blanchâtre enduit d'une manière à peu près uniforme les amygdales tuméfiées, et partiellement la paroi postérieure du pharynx. L'aspect de la couche blanchâtre pharyngée a quelque chose de spécial, ainsi que la coloration buccale. Nous apprenons qu'il a existé presque au début une rougeur générale des téguments, une fièvre scarlatine. Il s'agit donc d'une *pharyngite pultacée scarlatineuse*.

» Un homme vigoureux, assis sur son lit et penché sur un crachoir aux trois quarts plein de salive, a la bouche entr'ouverte, et il s'en écoule presque continuellement une salive filante. L'haleine a une fétidité remarquable, *sui generis*. Dans la cavité buccale, la muqueuse des joues est épaissie, blafarde, grisâtre, et porte l'empreinte des dents. Les gencives sont boursouflées et offrent des ulcérations irrégulières recouvertes de concrétions pseudo-membraneuses, parfois détachées. La région parotidienne est gonflée. Au milieu de la salive qui baigne le fond de la bouche se trouvent des débris pseudo-membraneux. Ce malade répond affirmativement quand on lui demande s'il a fait usage d'une préparation mercurielle; il a évidemment une *stomatite mercurielle*. »

Jusqu'à présent on a eu sous les yeux des malades atteints de diphthérie du pharynx et de la peau, de croup, de muguet, de stomatite ulcéro-membraneuse, d'angine scarlatineuse pultacée et de stomatite mercurielle. Ces maladies diverses, qui offrent toutes des productions pseudo-membraneuses, ont pu facilement être distinguées les unes des autres. Voyons, en poursuivant avec M. Laboulbène cette revue, s'il en sera de même des suivants:

« Voici une femme qui a une pneumonie. Le crachoir placé à côté d'elle nous l'indique, et l'auscultation le confirme. Elle est au neuvième jour de sa maladie. Elle a pris du tartre stibié dans une potion à dose un peu élevée. Quand on lui fait ouvrir la bouche, on voit qu'elle est sèche; la langue est collante et offre sur les bords et la face dorsale des plaques membraniformes, irrégulières, fortement adhérentes. Ces plaques n'ont ni l'aspect des plaques diphthériques, ni celui du muguet; examinées au microscope, elles ne présentent d'ailleurs ni végétaux parasites, ni spores, ni mycélium. Ce sont des productions pseudo-membraneuses stibiées.

» Dans une autre salle est un homme pareillement atteint de pneumonie, presque au même jour. Mêmes doses de tartre stibié. Les fausses membranes sont aussi nombreuses, d'un aspect semblable. L'examen microscopique y a fait découvrir des végétaux parasites. Devra-t-on dire qu'il y a du muguet? L'état général de ce malade est meilleur que celui de la femme dont il vient d'être question. Il guérit en effet, tandis que celle-ci a succombé. »

Voilà deux malades qui ont offert, sous l'influence du tartre stibié donné à l'intérieur pour combattre une phlegmasie pulmonaire, des plaques membraniformes buccales, tantôt sans végétaux, tantôt avec des végétaux parasites.

Revenant dans la salle des enfants, M. Laboulbène nous montre deux petits malades voisins l'un de l'autre. Le premier a du muguet. Sur le larynx et à la face interne des joues, il existe des taches blanches récentes et d'autres devenues jaunâtres après l'usage d'un collutoire au borax et au miel rosat. Ces taches ont été examinées au microscope; elles renferment des végétaux parasites, disséminés plus particulièrement en certains points.

Le second enfant a été vacciné récemment; les pustules sont desséchées depuis quelques jours. Il a de plus une variole modifiée par la vaccine, et il présente les symptômes du début d'une pneumonie catarrhale. En examinant sa bouche, on y voit des productions blanches, comme caséeuses, et un pointillé blanchâtre. L'examen microscopique n'y a point fait découvrir de végétaux parasites.

M. Laboulbène termine cette revue par l'inspection de trois derniers malades.

Le premier est un homme atteint de cirrhose avec ascite, et présentant un œdème considérable des extrémités inférieures. Une fausse membrane s'est développée sur les jambes, consécutivement à des mouchetures faites avec la lancette. Cette fausse membrane ne renferme pas de végétaux.

Le deuxième malade, bien constitué, d'une très-bonne santé habituelle, a été pris de mal à la gorge en s'exposant à un vif courant d'air. La réaction générale est marquée par de la fièvre, de la céphalalgie, du brisement des membres. Il existe sur l'amygdale droite une plaque peu épaisse, blanchâtre, oblongue, à bords irréguliers, entourée d'une surface rouge. Le pilier antérieur du pharynx du même côté présente également une plaque comme chagrinée, formée par des saillies vésiculeuses confluentes. Le malade ressent du prurit à la lèvre supérieure, près de la commissure buccale droite; il y a en cet endroit une induration des téguments, avec de la rougeur et des vésicules naissantes d'herpès labialis. Ce dernier symptôme fixe entièrement le diagnostic. Cet homme est atteint non point d'angine diphthérique, mais d'herpès pharyngé en même temps que labial, d'angine herpétique avec fausse membrane.

Le dernier malade est un jeune homme ayant de la fièvre. La muqueuse buccale, principalement au-dessous du bord gingival, est rouge, tuméfiée, baignée de liquide. On y trouve de petites ulcérations arrondies, à bords élevés, à fond grisâtre, mais à peine ou point pseudo-membraneuses. Ces ulcérations siégent aussi sur la partie interne de la lèvre inférieure, sur le repli labio-maxillaire et la face interne des joues. Il n'existait aucun symptôme de syphilis, et ce jeune homme jouissait d'une santé parfaite quand la fièvre s'est déclarée. Le mal a débuté sur les points présentement ulcérés par de petites élévations, par des vésicules qui se sont ensuite rompues. Le diagnostic ne peut être, en conséquence, que celui d'aphthes vésiculeux d'abord, puis ulcéreux.

Tel est le résumé des faits dans lesquels M. Laboulbène a mis en relief les traits principaux des diverses affections pseudo-membraneuses qu'il a eu l'intention de rapprocher pour en déduire la caractéristique clinique commune et la caractéristique spéciale; ou en d'autres termes, pour étudier les différences et les analogies cliniques des diverses individualités morbides qui rentrent dans ce groupe d'affections. Nous poursuivrons cet examen dans une *Revue* prochaine.

Luxation sous-conjonctivale du cristallin.

Les faits de déplacement du cristallin survenant à la suite de violences traumatiques sont assez connus; mais le plus souvent cet organe reste dans l'œil; seulement, il quitte sa position normale pour occuper une position nouvelle, soit dans la chambre postérieure, soit dans la chambre antérieure, en franchissant l'ouverture pupillaire.

Les cas de luxation avec issue au dehors par une plaie de la sclérotique sans déchirure de la conjonctive sont encore assez rares.

Middlemore, qui en a parlé le premier, en rapporte cinq exemples.

Un fait pareil a été observé dans le service de Roux, à l'Hôtel-Dieu, et un autre analogue a été publié dans les *Archives d'ophthalmologie* de mai 1855, par M. le docteur Ansiaux (de Liége).

La *Gazette des Hôpitaux* a publié dans le numéro du 29 novembre 1860, un cas remarquable observé par M. Fano. Enfin, tout récemment, nous avons observé un exemple intéressant de ce genre de lésion à l'hôpital Saint-Antoine.

Voici la relation de ce fait, qui a été recueilli avec soin par M. A. Causit, externe du service:

Une femme de trente-six ans fut admise, le 24 avril 1862, dans la salle Sainte-Marthe, n° 1, service de M. le professeur Jarjavay. Cette femme, d'une bonne constitution, d'une santé

(1) Un vol. in-8°, chez P. Asselin, gendre et successeur de Labé.

parfaite, exempte de toute espèce d'ophthalmie, avait eu toujours une excellente vue.

Le 23 avril, à sept heures du soir, elle était en train de nettoyer sa chambre, lorsque dans une lutte avec son mari, elle reçut sur l'œil du côté droit un fort coup produit par le manche du balai. Elle éprouva ce singulier phénomène que l'on qualifie par le terme vulgaire de voir *trente-six chandelles*. Du reste, à part un sentiment de commotion très-prononcée, elle ne ressentit pour ainsi dire aucune douleur. Elle se rendit à pied à l'hôpital, et dès lors on put constater les particularités suivantes :

Ecchymose à la partie interne et supérieure de la paupière supérieure; les deux paupières sont gonflées, mais la malade peut néanmoins les ouvrir sans avoir besoin de s'aider en les écartant avec les doigts; la conjonctive oculaire présente un aspect rouge vineux; elle est boursouflée et soulevée par un épanchement sous-muqueux qui masque toute la sclérotique. Un épanchement de sang remplit les chambres de l'œil, et ne permet pas d'apercevoir l'iris. La vision est presque complétement perdue; la faculté de distinguer la lumière est seule conservée. La malade a eu un peu d'agitation pendant la nuit; elle n'a pas dormi; elle a eu des nausées sans vomissements. — Saignée de 500 grammes; repos au lit; compresses imbibées d'eau blanche.

Le lendemain, l'ecchymose de la paupière supérieure s'est étendue sur l'inférieure; on y remarque toujours un œdème considérable et le même état du globe de l'œil et de la conjonctive.

La malade se plaint d'un peu de céphalalgie; son appétit est diminué. — On continue le même traitement, en y ajoutant seulement une légère purgation avec l'eau de Sedlitz; diète.

Rien de particulier les jours suivants.

Le 1er mai, le gonflement diminue; l'épanchement sanguin sous-muqueux se résorbe; mais il est encore assez abondant pour constituer un certain degré de chémosis. Toujours les mêmes douleurs de tête du côté droit.

Le 2, à la visite du matin, on peut reconnaître la lésion dont M. le professeur Jarjavay soupçonnait la présence.

Voici la description de cette lésion : une tumeur œdémateuse se trouve à la partie supérieure et interne du globe de l'œil, qui présente une certaine flaccidité; cette petite tumeur est du volume du cristallin, bien circonscrite, d'un jaune ambré, comme s'il existait en ce point un œdème circonscrit dans le tissu sous-conjonctival; cette tumeur a nettement la forme d'un cristallin. La circonférence de la cornée est déformée, et on aperçoit toujours l'épanchement de sang d'un rouge foncé qui existe dans la chambre antérieure. L'iris a été déchiré à sa partie supérieure et interne dans une étendue assez considérable, en sorte qu'il a la forme d'un croissant à concavité en haut et en dedans; au centre de cette concavité est la pupille, qui a 3 millimètres de large et qui est constituée par deux arcs qui se coupent.

A la partie interne existe un épanchement sanguin, dans lequel on voit un caillot de forme rectangulaire qui est isolé en dedans et en dehors, de sorte que la pupille est comme celle d'un chat; elle est limitée par le caillot d'un côté et par l'iris de l'autre.

Les jours suivants, l'épanchement si considérable des chambres de l'œil s'est notablement résorbé; il est considérablement réduit le 5.

Le 8, on aperçoit un léger tremblement de l'iris, dû à la liquéfaction de l'humeur vitrée.

Ce même jour, après avoir fait soulever la paupière par un aide, M. Jarjavay pratique avec un couteau lancéolaire de Beer une ponction de la tumeur (la tumeur était en haut et en dedans), qui occupe la partie supérieure de la conjonctive scléroticale. Les parois de la tumeur reviennent en partie sur elles-mêmes, et le cristallin s'échappe sous forme d'une bouillie transparente; on voit en ce point une petite excavation.

La malade garde le repos au lit, et on maintient sur l'œil des compresses d'eau fraîche.

Le 9, à la place de l'excavation qui correspondait au cristallin s'élève un petit relief; la malade, dont la vision s'est graduellement améliorée au point de distinguer les objets qu'on lui présente, peut actuellement reconnaître la figure des personnes qui sont auprès de son lit, et elle a conscience du passage de la main au-devant de l'œil. — Collyre avec 8 grammes d'eau distillée et 0,02 de sulfate neutre d'atropine.

Deux jours après, la concavité de l'iris est agrandie au point de présenter la forme d'un croissant, la pupille est dilatée, et il y a toujours de l'hémophthalmie à la partie supérieure et interne; toutefois la vision est devenue plus nette et la malade peut distinguer le nombre des doigts qu'on lui présente. — Même prescription.

A partir de cette époque, les douleurs de tête que la malade ressentait du côté droit ont diminué, et sous l'influence du collyre au sulfate neutre d'atropine que l'on a continué jusqu'au 16, la vision s'est améliorée de plus en plus (par suite de la dilatation de la pupille, bien entendu).

Le 19, on n'aperçoit plus de trace d'inflammation dans l'œil, mais on observe encore un peu le *tremulus iridis* dû à la liquéfaction du corps vitré.

Le 27, la malade peut sortir de l'hôpital.

L'œil est dans un état satisfaisant; il existe une déformation très-marquée de la pupille, mais la vue est presque complétement rétablie.

On remarque cependant un peu de myopie, car il faut placer les objets assez près pour qu'ils soient bien reconnus, et ceux qui sont brillants sont moins facilement aperçus que les noirs.

Il faut remarquer que le cristallin n'a été enlevé que quinze jours après l'accident. M. le professeur Jarjavay a cru devoir agir ainsi dans la crainte qu'en enlevant le cristallin avant l'entière cicatrisation de la plaie qui lui a donné issue, l'humeur vitrée ne vînt à le suivre.

Phlébite utérine avec infection purulente chez une femme en couches. — Longue résistance sans le secours d'aucune médication spéciale.

On n'a pas oublié les observations intéressantes de M. Woillez, relatives au traitement de l'infection purulente des femmes en couches par le tannin, et les objections auxquelles elles ont donné lieu de la part de M. Hervieux, qui, ayant essayé ce moyen, n'en avait pas retiré les mêmes effets. M. Hervieux, dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, a communiqué une observation qu'il sera intéressant de rapprocher de celles que nous venons de rappeler. Il s'agit d'un cas de phlébite utérine avec infection purulente, chez une femme en couches, qui a résisté pendant plusieurs semaines aux accidents les plus graves, sans le secours d'aucune médication spéciale.

Cette femme, âgée de trente ans, fut prise il y a cinq mois, à son arrivée à Paris, de quelques accidents dont on méconnut d'abord la véritable signification, et qui furent attribués à un commencement de fièvre typhoïde. Ces accidents n'eurent pas de suites sérieuses; et après un examen plus attentif, le médecin qui avait été consulté diagnostiqua une grossesse. Le développement ultérieur du ventre et la suppression des règles ne laissèrent pas de doute sur l'exactitude de ce diagnostic. Dès qu'elle ressentit les premières douleurs de l'accouchement, elle se présenta à la Maternité, où elle fut admise le 23 juin. Elle accoucha le lendemain matin à dix heures, naturellement et sans accidents.

Trois jours après, il survint des douleurs abdominales qui nécessitèrent son entrée dans le service de M. Hervieux. Une application de ventouses scarifiées amena un apaisement très-notable des douleurs.

Le sixième jour de l'accouchement, survint un grand frisson suivi de chaleur et de sueurs; altération des traits, stupeur et teinte légèrement jaunâtre de la face; immobilité dans le décubitus dorsal, le ventre étant d'ailleurs redevenu souple et indolent.

Les jours suivants la malade ressentit des douleurs rhumatoïdes dans les articulations des membres supérieurs, dans les épaules, les coudes, les poignets; puis apparut une tumeur d'apparence phlegmoneuse dans l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit, une tumeur du même nature se développa à la face dorsale de la main gauche et au poignet du même côté. Ces abcès furent successivement ouverts et donnèrent issue à un pus jaunâtre épais et bien lié.

Il s'agissait donc bien d'une infection purulente consécutive à une phlébite utérine, et tout autorisait à prévoir une terminaison très-promptement funeste. Eh bien, malgré ces conditions si graves, le 23 juillet, jour où M. Hervieux faisait cette communication, c'est-à-dire à un mois de date de l'accouchement, la malade existait encore contre toutes les prévisions. Il est vrai, ajoutait-il, que le matin même, il était survenu un nouveau frisson avec accélération du pouls, chaleur intense à la peau, suppression des sueurs, inappétence, qui ne lui laissaient plus aucun espoir.

Toutefois, quelle que soit l'issue définitive, ce que M. Hervieux a voulu faire ressortir surtout de ce fait, c'est cette résistance prolongée à des accidents aussi graves, sans le secours d'aucune médication active.

« Si j'avais administré, dit-il, le sulfate de quinine, le tannin, l'aconit ou toute autre médication spéciale, on n'aurait pas manqué d'attribuer à l'emploi de ces agents thérapeutiques la persistance de la vie au milieu de ces désordres. Or je me suis borné à l'expectation, car une application de ventouses et quelques boissons toniques ne peuvent être considérées comme des spécifiques de l'infection purulente. La nature a donc supporté tous les frais de l'amélioration apparente survenue dans l'état de la malade. »

Ce fait, suivant M. Hervieux, trouve son explication naturelle dans les circonstances suivantes :

1° La malade a conservé son tube digestif indemne de tout désordre grave; elle n'a eu ni vomissements, ni diarrhée, et de plus la langue s'est toujours maintenue rose et humide;

2° Il a existé, pendant toute la durée de la maladie, des sueurs d'une abondance extrême, sueurs tellement profuses qu'une personne était presque continuellement occupée à absterger ou à éponger le visage de la malade;

3° On pourrait considérer aussi comme un phénomène critique l'élimination du pus par les régions dont il a été parlé.

M. Hervieux tire enfin de ce fait ce dernier enseignement, qu'il faut être très-réservé sur la part à faire aux médicaments dans les améliorations ou les guérisons que l'on peut obtenir.

Nous acceptons cet enseignement, sans cependant nous départir des réflexions que nous avons émises au sujet des observations de M. Woillez.

EMPOISONNEMENT PAR LE LAUDANUM,

Par M. le Dr Quantin.

(Observation communiquée à la Société de médecine pratique.)

Le 2 avril dernier, sur les deux heures, un pharmacien nous fait prier de nous rendre en toute hâte chez la dame C..., demeurant rue du faubourg Saint-Denis, 19, pour lui donner nos soins.

A notre arrivée, le mari nous prévient que sa femme s'est procuré du laudanum au moyen d'une ordonnance faite la veille pour un enfant de la maison qu'elle habite, et nous affirme qu'elle a bu le contenu de la fiole. Nous nous faisons représenter la fiole, qui devait contenir environ 25 à 30 grammes.

La dame, que nous trouvons au lit, est âgée de vingt-deux ans; elle offre à notre examen l'état suivant :

Les mains et les pieds sont froids, les traits altérés, les membres en résolution, la pupille resserrée, le globe oculaire convulsé en haut, le pouls à peine sensible, la respiration faible, l'insensibilité complète de la peau. Elle a refusé de prendre un grain d'émétique dans un verre d'eau, conseillé par le pharmacien peu de temps après l'empoisonnement, qui a eu lieu dans la matinée.

Je fais poser immédiatement des sinapismes aux pieds et aux mains, et comme la malade jure qu'elle ne boira rien, je reste auprès d'elle pour lui faire prendre moi-même le premier tiers de l'éméto-cathartique suivant, que j'envoie chercher séance tenante :

Émétique..	0,20	centigr.
Sulfate de soude.	32	grammes.
Sirop de fleurs de pêcher. . . .	60	—
Infusion de chiendent. . . .	1000	—

A l'arivée du médicament, cédant enfin à mes pressantes sollicitations, Mme C... consent à prendre le premier tiers de la bouteille. Je la quitte, en recommandant de lui faire prendre les deux autres tiers d'heure en heure, et de me donner de ses nouvelles dans la soirée.

Sur les six heures du soir, le mari vient me dire que sa femme a abondamment vomi et qu'elle n'a eu qu'une selle, mais très-copieuse. La peau, ajoute-t-il, a repris sa chaleur naturelle, le globe de l'œil n'est plus convulsé en haut, la sensibilité est revenue, et, somme toute, la malade se trouve bien, quoique très-fatiguée. Il y a toujours de la somnolence. Il me prie, quoiqu'il soit moins inquiet, de retourner voir la malade le lendemain. Je prescris seulement la diète et de la limonade, et le lendemain matin je trouve Mme C... tout à fait hors de danger; il n'y a plus que de la fatigue et de l'abattement. Ni vomissements ni selles pendant la nuit. Comme il n'y a eu qu'une selle la veille, constituée par des matières noirâtres, et que la malade était du reste constipée depuis plusieurs jours, j'ordonne, pour ces raisons et aussi pour expulser jusqu'aux dernières traces du poison, un purgatif à la scammonée, que je formule ainsi :

Résine de scammonée d'Alep. .	1	gramme.
Essence de cannelle.	2	gouttes.
Sucre en poudre.	10	grammes.
Emulsion d'amandes douces. . .	100	—

A prendre en une fois.

Je prescris de plus pour la journée la continuation de la limonade, et pour le soir un bouillon gras. Sur les sept heures du soir, M. C... vient me remercier, et me dire que sa femme s'est levée et est complétement rétablie. Il ne lui reste plus qu'un peu de faiblesse dans les articulations et un peu d'abattement.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs titres :

D'abord, les cas d'empoisonnement par le laudanum ne sont pas très-communs; ensuite la quantité de laudanum ingérée était assez considérable; enfin la simplicité et l'heureux résultat du traitement employé m'engageraient à y recourir, le cas échéant.

DES PÉRICARDITES SECONDAIRES,

Par M. le Dr Leudet,
Professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Rouen.

Les *Archives générales de médecine* pour juillet 1862 publient un intéressant mémoire sur les péricardites secondaires. Le savant professeur de l'École de médecine de Rouen résume de la manière suivante ses recherches anatomo-pathologiques et cliniques.

La péricardite est rarement idiopathique : elle survient surtout dans le cours des maladies graves, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, dans des inflammations des organes intra-thoraciques, dans la pneumonie, la phthisie, la pleurésie, dans les maladies organiques du cœur, dans le cours d'affections qui altèrent la composition du sang, les néphrites albumineuses, la cirrhose du foie, le scorbut, les fièvres avec disposition hémorrhagique, la rougeole, la scarlatine, etc., enfin dans quelques cachexies, le cancer, etc.

D'après la statistique des observations recueillies par M. Leudet, et eu égard au nombre de cas observés, ce serait dans le cours des affections organiques du cœur qu'on observerait le plus souvent la péricardite.

La forme anatomique la plus fréquente de la péricardite secondaire est la sèche. On trouve encore dans le péricarde moins souvent l'épanchement fibrineux, plus rarement encore l'épanchement phlegmasique et hémorrhagique, et exceptionnellement un liquide purulent.

La péricardite secondaire ne se caractérise pas, en général, par des symptômes généraux : la douleur à la région précordiale manque en général. L'accélération des mouvements respiratoires et la dyspepsie s'observent beaucoup plus fréquemment. L'affaiblissement et l'adynamie à début rapide appartiennent de préférence à la péricardite hémorrhagique. Les symptômes locaux ne diffèrent pas de ceux qu'on observe dans la péricardite idiopathique.

La péricardite rhumatismale est en général curable; au con-

traire, celle qui survient dans le cours des maladies du cœur, de la phthisie, est plus grave ; cependant cette dernière est susceptible de guérison, et peut-être plus souvent qu'on ne le croit généralement.

Le traitement de la péricardite secondaire ne diffère pas de celui de la péricardite idiopathique, il convient seulement de recourir moins activement que dans celle-ci aux agents antiphlogistiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 août 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Antagonisme de l'infection purulente et de la syphilis constitutionnelle. — M. CHASSAIGNAC. Je veux appeler l'attention de mes collègues sur un fait important : l'antagonisme de l'infection purulente et de la syphilis constitutionnelle. J'ai observé assez souvent des opérations chez des individus atteints de syphilis constitutionnelle, et je n'ai pas vu que ces opérations fussent suivies d'infection purulente. Ainsi tout récemment un individu était affecté d'une carie des os du pied de nature syphilitique ; il fallut en venir à une amputation, et la guérison n'a pas fait défaut. Dans ces circonstances, je n'ai jamais vu se manifester l'infection purulente. J'ai fait vingt-cinq ou trente opérations chez des syphilitiques. En présence de ces résultats, je me suis demandé s'il n'existerait pas un antagonisme entre la syphilis et l'infection purulente, antagonisme analogue, par exemple, à celui qui a été signalé tout récemment entre la fièvre intermittente et le tubercule. Je n'ai pas prétendu juger définitivement une question aussi complexe ; mais en faisant appel aux lumières de ceux de mes collègues qui ont été à même de pratiquer souvent des opérations chez des syphilitiques, j'ai voulu m'assurer jusqu'à quel point mes observations étaient fondées.

DISCUSSION.

M. DOLBEAU. J'ai observé à l'hôpital Saint-Louis un malade affecté de tumeur blanche du genou, de nature syphilitique, d'après le diagnostic porté par M. Richet. Pour ma part, j'ignore si la tumeur blanche était syphilitique, mais je puis assurer qu'il avait des taches syphilitiques sur tout le corps et qu'il avait suivi toute la série des accidents. Je fus obligé de pratiquer l'amputation de la cuisse chez ce malade, et cependant il mourut d'infection purulente. D'un autre côté, je pense que dans les hôpitaux on fait assez souvent des amputations chez des syphilitiques, et cependant l'infection purulente n'est point rare.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas voulu poser une loi, mais plutôt indiquer un aperçu, une vue, et c'est pour m'éclairer que j'ai soumis mon appréciation à la Société. M. Dolbeau vient de me citer un fait dont je tiendrai compte. Néanmoins, quand M. Dolbeau dit qu'il y a dans les hôpitaux beaucoup de syphilitiques et que l'infection purulente n'y est point rare, il fait un raisonnement qui porte à faux ; je voudrais qu'il me prouvât que ces syphilitiques sont réellement morts d'infection purulente. Quant à moi, des observations assez nombreuses m'ont prouvé qu'il y avait une sorte d'antagonisme entre l'infection purulente et la syphilis.

M. GUERSANT. Je veux demander à M. Chassaignac s'il a préparé ses malades opérés par un traitement antisyphilitique, ou bien s'il a opéré sur-le-champ.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas dit que tous ces malades offraient des symptômes actuels de la syphilis, et que par conséquent je ne pouvais pas les soumettre à un traitement. Cependant, quelques-uns d'entre eux présentaient des accidents ; ils avaient les pléïades ganglionnaires, des ulcérations. Chez ceux-là encore, forcé d'agir immédiatement, je n'ai pas vu l'infection purulente. Du reste, toutes les fois que je l'ai pu, j'ai fait précéder mon opération par un traitement antisyphilitique.

M. GUERSANT. Toutes les fois que la maladie permettra d'attendre, je pense qu'il faut soumettre les syphilitiques à un traitement avant de les opérer.

M. CHASSAIGNAC. Quant à moi, je suis convaincu que l'on ne guérit point de la syphilis quand elle est vraiment constitutionnelle.

COMMUNICATION.

Inconvénients du perchlorure de fer. — M. LEGOUEST. Dans une discussion récente, j'ai signalé le danger des hémorrhagies à la suite de la dissection des deux lambeaux latéraux qui sont taillés dans le but de combler une perforation palatine, d'après le procédé de M. Baizeau.

J'avais dit aussi que les moyens hémostatiques dans ce cas sont imparfaits et que le perchlorure de fer avait l'inconvénient grave d'amener la gangrène des lambeaux.

Il y a quelque temps, il se présenta au Val-de-Grâce un homme d'Alger, ayant une division complète de la voûte palatine et du voile du palais. Je lui pratiquai la staphyloraphie. Le succès fut incomplet, en ce sens qu'il restait une perforation d'un centimètre et demi environ de diamètre. Il y a peu de jours, j'ai tenté une seconde opération en suivant le procédé de M. Baizeau. Les deux lambeaux latéraux se rapprochaient naturellement, mais il survint une hémorrhagie très-abondante. Je fis la compression comme M. Baizeau l'avait faite avec succès en cas pareil. Je réussis d'abord, mais une heure après l'hémorrhagie revint ; la compression fut impuissante. Après avoir essayé de ce moyen à quatre reprises différentes, un aide eut recours au perchlorure de fer. L'hémorrhagie fut bien arrêtée, mais deux jours après je constatais la gangrène d'un lambeau et celle du second au cinquième jour.

Ainsi voilà un fait qui vient confirmer mon opinion sur les dangers du perchlorure de fer pour arrêter ces hémorrhagies.

En ce qui concerne la suture, j'ajouterai que j'ai employé ici la suture métallique, pour m'assurer de sa valeur. Je n'ai pas trouvé une grande différence avec la suture végétale : les fils métalliques me paraissent couper tout aussi bien les tissus que les fils de soie. En outre, les fils métalliques glissent plus facilement sur le tube de Galli, ce qui le rend difficile à manier et à fixer.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. M. Legouest vient de signaler un des inconvénients du perchlorure de fer, mais cet agent en a plusieurs autres. L'engouement que l'on a pour lui est tel que souvent on l'emploie avant d'avoir recours à des moyens plus simples, anciennement acceptés et très-efficaces.

Ainsi, la simple apposition d'un fragment de glace tenu avec une pince de Museux, est un moyen très-bon pour arrêter ces hémorrhagies. Il agit à la fois par la compression et par le froid. Ce moyen est tellement simple que les malades peuvent eux-mêmes le mettre en usage. Depuis que le perchlorure de fer est connu, je crois qu'on en use trop exclusivement. Il serait donc à désirer que la Société formulât quelques règles pour en indiquer un emploi plus méthodique.

Relativement aux lambeaux, je prie M. Legouest de nous dire s'il s'est servi du procédé de Langenbeck en employant une sorte de grattoir. Cette manière de procéder a l'avantage de donner des lambeaux épais qui comblent plus d'espace, et qui, renfermant des artères, ne se mortifient pas aussi facilement.

M. GOSSELIN. Il y a dans la communication de M. Legouest une petite énigme que je ne puis m'expliquer, en comparant ce que j'ai vu et ce que vient de constater M. Legouest. Sur mon opéré, il y a eu hémorrhagie ; un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer a été appliqué, l'hémorrhagie s'arrête ; plus tard elle reparait, j'applique un deuxième tampon imbibé de même. Ces tampons restent en permanence pendant deux ou trois jours, et il n'y a pas eu la plus petite mortification.

Quelque temps après, j'ai pratiqué une autre opération dans les mêmes conditions, et dont la relation se trouve dans le *Compendium de chirurgie*. Ici encore l'hémorrhagie se déclare : j'applique un tampon imbibé de perchlorure de fer à 30 degrés, étendu d'eau par parties égales. J'ai appuyé sur le lambeau avec ce tampon, j'ai même engagé l'opéré à appuyer avec sa langue. Le malade a pu boire, manger avec ce tampon dans la bouche, et le résultat a été bon : il n'y a pas eu de gangrène.

J'ai employé le perchlorure de fer ainsi étendu pour ces deux cas de restauration de la voûte palatine avec un égal succès. Je l'ai employé aussi pour d'autres hémorrhagies de la cavité buccale après l'arrachement de dents, et jamais je n'ai observé de gangrène. Je suis donc étonné des résultats que nous fait connaître M. Legouest. La différence que nous avons constatée ne serait-elle pas expliquée par la trop grande concentration du liquide employé par lui ? Son perchlorure de fer serait-il différent du mien ? Serait-il plus acide, plus caustique ? Y aurait-il des idiosyncrasies ? Ce qui m'étonne encore, c'est que M. Legouest ait vu des eschares se manifester si facilement dans la région buccale, tandis qu'ailleurs le perchlorure étendu de moitié d'eau ne produit pas ce résultat. Quant à moi, en employant cet agent à 10, 12 ou 15 degrés, je n'ai jamais de mortification. Il y a là des conditions qu'il faut étudier.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il est bien démontré que les fils métalliques irritent moins les tissus que les fils végétaux. Ainsi, une épingle séjourne dans nos tissus avec assez de bénignité et même pendant longtemps, tandis que des fils, des esquilles de bois produisent de suite de l'inflammation. D'après mes observations, je pense que les fils métalliques offrent plus d'innocuité que les fils de soie ou de chanvre. Mais il est une condition importante dont il faut tenir compte quand on veut apprécier la facilité avec laquelle les uns et les autres de ces fils coupent les tissus, c'est le degré de tension des lèvres de la plaie. A conditions égales, les fils métalliques coupent moins vite que les fils de soie.

M. LEGOUEST. Je réponds à M. Chassaignac que je n'ai pas taillé des lambeaux trop minces ; j'ai été jusqu'à l'os, et j'ai décollé toute la membrane palatine. Quant à l'usage de la glace, je l'accepterais s'il s'agissait d'une hémorrhagie amygdalienne ; mais ici il s'agissait de lambeaux, et je craignais que la réfrigération ne fût dangereuse et n'amenât la mortification. Du reste, je dois ajouter qu'après la compression, avant d'employer le perchlorure de fer, j'avais eu recours à des injections d'eau très-froide, et je n'avais pas réussi.

M. Gosselin a été très-heureux dans ses opérations, et il est disposé à croire que tous le seront comme lui. Mais je ferai remarquer que nous connaissons aujourd'hui quatre faits qui ont eu le même résultat fâcheux. Dans les hôpitaux militaires, le perchlorure de fer n'est pas admis ; nous nous servons du persulfate de fer à 30 degrés. J'ai coupé avec moitié d'eau. J'aurais cru dans ma dernière observation, le sel de fer ayant été appliqué sur des tissus cicatriciels, que c'était là la cause de la gangrène ; mais j'ai dû renoncer à cette explication, en pensant que c'est là un résultat qui s'est offert dans trois autres circonstances, alors que l'application était faite sur des tissus non cicatriciels.

J'admets la distinction établie par M. Morel-Lavallée ; je reconnais que les corps métalliques sont mieux supportés par nos tissus. Les balles, les épingles, peuvent séjourner dans nos organes. Mais si les fils métalliques sont mieux supportés par les muqueuses, je ne pense pas qu'il en soit de même pour la peau. Les fils métalliques sont plus difficiles à manier, et vous ne pouvez pas toujours juger exactement du degré de constriction qu'ils exercent sur les lèvres de la plaie.

M. RICHET. Je ne voudrais pas que la Société restât sous l'influence de l'opinion soutenue par M. Gosselin, à savoir : que le perchlorure à 30 degrés n'amène pas d'eschares. Il doit y avoir certainement des différences individuelles. Il y a quelque temps qu'une hémorrhagie se déclara chez un homme qui avait subi l'opération de la castration. L'interne fut appelé auprès de lui, et fut obligé d'appliquer un tampon imbibé de perchlorure de fer.

Le lendemain, il y avait une eschare profonde ; plus tard, il se déclare une péritonite qui emporta le malade. Cependant ce même perchlorure de fer avait été employé dans d'autres circonstances sans produire de gangrène. Comme il était encien et qu'il restait à demeure dans la salle, il est probable qu'il était devenu plus acide ; néanmoins nous l'avons appliqué plus tard sans amener des eschares. Je pense que la précaution indiquée par M. Gosselin est excellente : de diluer le perchlorure à 30 degrés dans une partie égale d'eau. Cette dilution est d'autant meilleure qu'elle suffit pour arrêter toutes les hémorrhagies.

J'avais fait plusieurs opérations d'uranoplastie, mais j'avais eu souvent des mortifications, de sorte que j'avais renoncé à cette opération à cause de ce fâcheux accident.

Depuis que M. Baizeau a fait connaître son procédé, depuis surtout que M. Langenbeck a publié son mémoire dans les *Archives de médecine*, j'ai tenté de nouvelles opérations uranoplastiques. J'ai mis en usage le procédé de Langenbeck chez un homme qui avait une perforation de la voûte palatine. Après avoir formé mes lambeaux avec une incision, je suis arrivé jusqu'au périoste ; j'ai eu des lambeaux qui se sont rapprochés facilement ; la réunion s'est faite par première intention. Il y a quinze jours que j'ai pratiqué cette opération ; j'espère que j'aurai une reproduction osseuse. Je crois que ce procédé a un grand avenir, parce qu'il donne des lambeaux épais, bien nourris, non exposés à la gangrène. Quant au procédé employé par M. Legouest, je ne sais s'il permet de tailler des lambeaux suffisamment épais.

Quant à mon opéré, je le présenterai à la Société dans quelque temps.

M. DESORMEAUX. En agissant directement sur les tissus, le perchlorure de fer produit des eschares. Si, au contraire, il est appliqué sur une surface saignante, il commence par coaguler le sang, et il est moins irritant.

Tout récemment j'ai fait une opération sur un enfant ; une hémorrhagie étant survenue, j'ai appliqué le perchlorure de fer et j'ai eu des eschares. J'ai eu des résultats semblables pour des kystes, des abcès des grandes lèvres, dans lesquels j'avais été obligé de mettre un tampon imbibé de perchlorure de fer. Je pense donc que cet agent produit facilement des eschares.

M. GIRALDÈS. Ce n'est pas la première fois que j'entends dire que le perchlorure de fer est un caustique. Mais pour expliquer ce résultat, il faudrait déterminer si c'est l'agent ou son mauvais emploi qui le produit.

Dans le fait cité par M. Richet, je crois que l'eschare est due à la trop grande quantité de sel employé. En effet, lorsque cet agent s'infiltre dans les mailles des tissus, la mortification peut s'étendre plus ou moins loin. Pour ma part, j'ai employé le perchlorure de fer de toutes les façons, et je n'ai jamais eu d'accidents. Quant au persulfate de fer, je ne crois pas qu'il soit plus puissant que le perchlorure de fer.

M. TRELAT. Il y a deux ans, à l'Hôtel-Dieu, j'ai enlevé une tumeur ; une hémorrhagie étant survenue, j'appliquai du perchlorure de fer, et il y eut une eschare de tout le fond de la plaie. Je connais d'autres faits semblables à celui de M. Richet. Je pense dès lors qu'il serait plus prudent de n'employer le perchlorure de fer qu'à 20 ou 15 degrés.

M. LEGOUEST. Le perchlorure et le persulfate de fer sont évidemment des caustiques ; je suis étonné que l'on revienne sur cette question. Lors de la campagne de Crimée, j'ai employé le perchlorure, et j'ai eu des eschares ; c'est cela qui m'a permis d'attribuer à cette cause la mortification des lambeaux dans l'uranoplastie.

M. Giraldès pense que le persulfate de fer est moins actif que le perchlorure ; je ne le contredirai point sur ce sujet, cela est possible. Le persulfate de fer a été introduit dans les hôpitaux militaires, c'est qu'il a des propriétés hémostatiques suffisantes. Relativement au procédé de Langenbeck, il est juste de dire que M. Baizeau l'a fait connaître bien avant lui. Il n'y a dans les deux procédés rien d'essentiellement différent. M. Langenbeck taille ses lambeaux, les décolle, les réunit comme l'a indiqué M. Baizeau. Je ne vois de différence que dans les instruments ; or c'est là un fait qui ne peut faire attribuer à Langenbeck ce qu'en bonne justice on doit rapporter à M. Baizeau.

M. GUERSANT. Au début de l'emploi du perchlorure de fer, j'avais remarqué qu'il produisait facilement des eschares. Depuis j'ai modifié ma pratique : et je n'emploie plus ce sel que dilué par une partie égale d'eau, et je n'observe plus de gangrène.

M. RICHET. Je ne veux pas dépouiller M. Baizeau en faveur de Langenbeck. Je crois cependant que Langenbeck a publié son procédé bien avant M. Baizeau. Langenbeck ne prend pas seulement la muqueuse, mais encore le périoste ; il fait de l'ostéoplastie. Or c'est là un fait tout à fait caractéristique de son procédé.

M. CHASSAIGNAC. Ce qui différencie les deux procédés, c'est que Langenbeck décolle le périoste et emploie un mode particulier de décollement, il se sert d'un grattoir au lieu d'un bistouri. Quant au pont, il appartient à M. Baizeau.

M. LEGOUEST. Si M. Chassaignac a fait l'uranoplastie, il aura vu qu'il ne faut pas disséquer ; que c'est impossible ; mais qu'il faut arracher les lambeaux. J'avais d'abord lutté contre cette difficulté, mais il m'a fallu faire construire un instrument spécial, qui m'a été très-utile.

LECTURE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'un mémoire de M. Putégnat (de Lunéville), membre correspondant de la Société, se rapportant à l'étude des chancres phagédéniques.

Ce mémoire est renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 juin 1862. — Présidence de M. DUPERTUIS, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

ÉLECTIONS.

M. Legrand du Saulle est élu membre titulaire.

MM. Jounia, L. Caradec et Petit sont élus membres correspondants.

— Dans la séance précédente, M. le docteur Bossu a écrit à la Société pour la prier d'accepter sa démission. (Accepté.)

Fièvre ataxo-adynamique jugée par une éruption extraordinaire. 70 jours de durée. — M. LABALBARY communique une observation sur ce sujet.

De la gastrite aiguë. — M. LEGRAND lit sur ce sujet un travail qui a été inséré dans le numéro du 22 juillet dernier.

Difformité de la verge consécutive à une dégénérescence fibro-plastique syphilitique. — M. BEYRAN. Un négociant de Paris, âgé de trente-neuf ans, m'a consulté l'année dernière pour une difformité de la verge. Les antécédents sont en résumé : en 1849 deux blen-

norrhagies traitées et guéries par les moyens ordinaires ; en 1850, chancre à la base du gland, suivi bientôt d'engorgement indolent de la région inguinale droite ; six mois après, accidents consécutifs éruption impétigineuse du cuir chevelu et taches roséoliques à la poitrine et au ventre). Le malade, imbu de préjugés, ne suivit aucun traitement mercuriel et se contenta de prendre des robs réputés antisyphilitiques. Au bout de trois ou quatre mois tous ces accidents disparurent, et le malade se croyait guéri de sa syphilis.

Au commencement de 1861, il fut atteint d'accidents tardifs, principalement caractérisés par des tumeurs gommeuses dans différents points des tissus cellulaire et musculaire, et enfin à la verge. Trois mois plus tard, le malade s'adressa à moi pour une difformité de cet organe, et voici ce que je constatai alors :

La verge offre au toucher quatre petites nodosités dures, indolentes, de la grosseur d'une noisette, dispersées en chapelet, et occupant le corps caverneux du côté gauche. Pendant l'érection, la forme de ces tumeurs devient plus saillante et plus marquée, et la verge, du côté malade, ne pouvant se développer et s'allonger comme du côté droit, se coude, en décrivant ainsi un angle dont le sommet se trouve à droite et la base à gauche. Le corps caverneux du côté droit ne présente rien d'anormal. L'érection est douloureuse et le coït impossible.

Traitement. — Pilules hydrargyriques d'après la méthode de Dzondi, et iodure de potassium à l'intérieur ; à l'extérieur, frictions sur la verge avec une pommade à l'iodure de plomb et de ciguë, et des bains sulfureux tous les deux jours.

Ce traitement fut suivi avec quelques modifications pendant trois mois ; ces petites tumeurs sont presque imperceptibles aujourd'hui, la courbure de la verge pendant les érections est à peine sensible, le coït s'effectue facilement et sans douleur ; encore quelque temps, et la guérison sera complète.

Déviation extrême de l'œil gauche en dedans. — Paralysie complète du muscle droit externe. — Opération. — Redressement du globe. — M. COURSSERANT communique sur ce sujet une observation qui a été insérée dans le dernier numéro.

M. MAGNE. Sans vouloir attaquer la conduite suivie dans ce cas particulier, tient à protester contre l'abus que depuis quelque temps on fait des opérations dans les maladies des yeux.

Du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales par l'occlusion des voies lacrymales. Modifications importantes qui assurent le succès de ce procédé. — M. MAGNE. Tel est le titre d'un mémoire qui figure dans le Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire (année 1861), titre qui a dû, chacun le conçoit, éveiller toute mon attention.

L'auteur débute par les réserves suivantes :

« Parmi les tumeurs lacrymales, celles qui sont dues à une diathèse résistent au traitement chirurgical, et, au contraire, guérissent souvent complétement sans lui, par un traitement interne, qu'il s'agisse d'affections strumeuses ou syphilitiques. »

C'est bien à peu près ainsi que je m'exprimais il y a douze ans. « Il ne sera nullement question dans cet exposé, disais-je, d'un obstacle apporté au cours des larmes, soit par une infection syphilitique, soit par la présence d'un polype, d'une exostose, etc. Je réserve toutefois la fistule par suite d'un état général scrofuleux (1). » Et, sur cette réserve, j'en appelle à mon savant collègue et ami M. Guersant, qui, plus d'une fois, a employé avec succès l'oblitération du sac lacrymal chez des scrofuleux. C'est que la scrofule est une diathèse que l'on ne modifie qu'avec les années, si intelligemment que soit dirigé le traitement général; et les tumeurs lacrymales abandonnées aux seules ressources d'une médication interne pourraient laisser des traces ineffaçables.

La tumeur lacrymale vraie, j'entends, dit notre confrère de Tours, celle qui est purement locale, est le type dans lequel le *procédé* de cautérisation des voies lacrymales est nettement indiqué. »

C'est bien ainsi que je m'exprimais en 1850, et alors j'étais seul de mon opinion ; j'enregistre avec bonheur cette phrase, qui prouve que ma route était la bonne.

« La cautérisation du sac lacrymal a pour but sa destruction, et *plus tard* son oblitération. » — « L'oblitération ne peut être garantie que par des soins consécutifs. » Nous avions observé qu'après une première et même après une seconde cautérisation, il persiste parfois un petit réservoir dans lequel les larmes s'accumulent et, par leur séjour prolongé, favorisent une inflammation suppurative et une récidive de la tumeur lacrymale. » — « Cette récidive était inévitable dans les cas de cicatrisation trop rapide. »

(1) *De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal.* 1850, in-8°. Chez J. B. Baillière.

Ces passages, que je rapporte textuellement, méritent une prompte et trop facile réfutation, car ils se réfutent d'eux-mêmes.

On ne comprend pas « la destruction du sac, et *plus tard* son oblitération. » Si le sac est détruit, il est forcément oblitéré, non pas plus tard, mais immédiatement à la suite de l'inflammation adhésive. On ne comprend pas davantage que « l'oblitération ait besoin d'être garantie par des soins consécutifs. » Si la cautérisation a déterminé cette inflammation adhésive, un simple pansement à plat suffit jusqu'à la cicatrisation. Ce pansement peut être fait par les malades eux-mêmes, et c'est ce qui m'arrive journellement pour des personnes qui viennent se faire opérer et retournent chez elles le jour même de l'opération.

Quel peut donc être ce petit réservoir « qui persiste; » quelle peut être « cette récidive inévitable dans le cas de cicatrisation trop rapide? »

L'auteur se charge lui-même de la réponse. Du moment qu'un petit réservoir *persiste*, ce n'est pas une récidive. C'est que le caustique a été insuffisant, ou que la cautérisation n'a pas été pratiquée suivant les règles que j'ai établies. « Je fais pénétrer jusqu'au fond du sac mon porte-caustique chargé de beurre d'antimoine, je le dirige de bas en haut et de dehors en dedans, *de manière à attaquer plus directement l'embouchure des conduits lacrymaux.*

Ce *petit réservoir* qui *persiste*, ce n'est pas une *récidive inévitable,* c'est le sac lui-même qui n'a été oblitéré qu'en partie. Ce n'est donc point la méthode qui doit être accusée. Malheureusement, dans tout le cours de son mémoire, l'auteur n'a pas cru devoir parler du caustique qu'il a employé, et pourtant là est l'oblitération tout entière. Je l'ai dit, et je ne saurais trop le répéter, choisissez un caustique capable de déterminer une inflammation adhésive. J'emploie le baume d'antimoine ; mais M. Maisonneuve, qui, dans son cours à l'Hôtel-Dieu, a bien voulu signaler comme un des progrès de la chirurgie moderne la méthode que j'ai remise en honneur et généralisée, fait usage de la pâte de Vienne; l'inflammation est suffisante, l'oblitération a lieu, la guérison est assurée. Le choix du caustique est de la plus haute importance ; je regrette le mutisme de notre confrère à ce sujet.

Cependant l'auteur, dans l'intention d'obvier *à cette récidive inévitable, à ce petit réservoir,* essaye « l'emploi d'une mèche; mais le moyen était insuffisant. » D'accord avec un de nos confrères, il se décida à « laisser un séton métallique dans le canal pendant toute la durée du traitement. »

Je ne parlerai ni du stylet d'argent « qui fait la voie et sert de guide, » ni du « fil de fer recuit et d'une certaine souplesse.... que l'on coude sur la joue, à la partie déclive de la plaie ; ces modifications importantes, qui assurent le succès de ce procédé, n'empêchent pourtant pas quelquefois, malgré l'emploi de nouvelles cautérisations, le passage incessant des larmes dans une cavité de *nouvelle formation.* »

C'est alors que l'auteur a recours « à l'oblitération des points lacrymaux. La méthode la plus simple pour obtenir ce résultat est la méthode galvano-caustique. »

Notre confrère commence par le procédé, il finit par la méthode. Il appelle procédé l'oblitération du sac lacrymal ; il qualifie méthode la destruction des points lacrymaux. C'est sans doute un *lapsus*, mais qui tendrait à confondre la partie avec le tout.

L'oblitération du sac ayant échoué, du moins entre ses mains, nous étions en droit de supposer que notre confrère allait découvrir dans la méthode galvano-caustique l'*ultima ratio* qui lui avait fait défaut jusqu'alors.

On peut en juger d'après ses conclusions :

« La méthode galvano-caustique demande quelquefois à être renouvelée pour que l'oblitération soit complète. J'ai vu un des orifices se boucher, l'autre rester perméable au pus, aux larmes. Cette récidive pouvant avoir lieu longtemps après, il est bon que le malade et le chirurgien en soient prévenus. »

En résumé, ce titre pompeux de *Modifications importantes qui assurent le succès* d'une méthode que j'ai régénérée, et de laquelle M. le professeur Nélaton a dit : « On peut la considérer comme une invention nouvelle au point de vue principalement de sa généralisation, » ce titre pompeux n'est malheureusement qu'un titre. Mettons-nous un instant à la place du patient :

Incision et cautérisation du sac ; seconde cautérisation ; « *récidive* », ou « cavité de nouvelle formation », ou « persistance d'un petit réservoir » ; emploi d'un « fil de fer recuit et d'une certaine souplesse » ; nouvelles cautérisations. La suppuration persiste ; on a recours à la méthode galvano-caustique. Celle-ci a besoin d'être renouvelée ; un orifice peut se boucher, mais l'autre peut rester perméable aux larmes, au pus. Il est vrai que cette récidive peut avoir lieu *longtemps après*.

Ne serait-on pas tenté de s'écrier : Rendez-nous le séton, le clou, la canule !

Je ne voudrais pas être injuste envers un confrère honorable et instruit; de son travail deux points méritent d'être cités : la justice qu'il rend tout d'abord à l'oblitération du sac lacrymal, pratiquée d'après des règles sûres, et l'appréciation qu'il fait du procédé de la destruction des points lacrymaux. Outre que ce procédé laisse toujours à traiter l'inflammation chronique du sac, il échoue même dans le but à atteindre. On ne réussit habituellement qu'à détruire l'un des points lacrymaux ; j'ai eu occasion de voir des malades qui avaient été traités, soit à Londres, soit à Paris, par le procédé galvano-caustique; l'observation de l'un d'eux avait été publiée comme cas de guérison. La Société de médecine pratique et MM. Guersant et Milon, délégués par la Société, ont pu juger du contraire; j'ai dû chez ces malades pratiquer l'oblitération du sac, qui seule peut donner une cure radicale, et qui, j'ose le dire aujourd'hui avec quelque fierté, se recommande des noms de Vidal (de Cassis), Nélaton, Stœber, Gosselin, Guersant, Richard, Jobert, Cloquet, Siedl, Moser, de Græfe, etc.

Le secrétaire annuel, Dr MILON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 28 juillet dernier, M. le docteur Ricord, membre de l'Académie de médecine, a été nommé médecin ordinaire de la maison de S. A. I. le prince Napoléon.

— La Société médico-psychologique a, dans sa séance du 28 juillet dernier, nommé membre correspondant M. A. Laurent, médecin adjoint de l'asile de Quatremares (Seine-Inférieure), et non M. *Maurenx*, comme nous l'avions imprimé par erreur.

— L'Académie du Gard met au concours pour 1863, une *Notice biographique sur Pierre-Joseph Amoreux*, médecin naturaliste, né à Beaucaire, mort à Montpellier, auteur de nombreux ouvrages, dont plusieurs anonymes, sur la médecine, l'histoire naturelle, la botanique et l'agriculture, et qui a légué sa riche bibliothèque à la ville de Nîmes.

Le prix consistera en une médaille d'or de 300 fr.

Les mémoires doivent être affranchis et adressés, avant le 1er juillet 1863, à M. Nicot, secrétaire perpétuel de l'Académie du Gard, à Nîmes.

— Le canton de Xertigny (Vosges) désirerait avoir un second médecin, qui serait assuré de se faire une nombreuse clientèle, la population étant de 17 à 18,000 âmes, et les travaux d'une ligne de chemin de fer qui traverse tout le canton rendant plus indispensable encore la présence d'un nouveau docteur.

Au commencement de cette année, un de nos confrères nous a envoyé, pour prix de son abonnement, deux coupons d'*obligations de la ville de Paris*, nos 48,477 et 48,479.

Ces obligations sont sorties au dernier tirage, et seront remboursées à leur propriétaire à raison de 500 fr. chacune.

Nous tenons les deux coupons à sa disposition.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies du foie, par le docteur Fr.-Th. FRERICHS, professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin. Traduit de l'allemand par les docteurs L. DUMÉNIL, médecin des hôpitaux de Rouen, et J. PELLAGOT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Édition revue et corrigée par l'auteur. Avec 80 figures intercalées dans le texte. In-8° de 800 pages. Prix : 11 fr. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

De l'avortement provoqué, considéré au point de vue médical, théologique et médico-légal, par C. G. BRILLAUD-LAUJARDIÈRE, avocat. Un volume grand in-8°. Prix ; 7 francs. Paris, 1862, chez Aug. Durand, libraire, 7, rue des Grès.

Remarques sur trois cas de grossesses extra-utérines, par le docteur LESOUEF, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-4° avec figures coloriées. Prix : 5 francs. Paris, 1862, chez A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'Ecole de Médecine, 30.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 102. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 102. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 1er SEPTEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Cl. Bernard a communiqué dans cette séance la suite de ses recherches expérimentales sur les ganglions du grand sympathique. Ce nouveau mémoire a pour objet l'étude des fonctions du ganglion sous-maxillaire. On ne reconnaissait jusqu'à présent qu'aux organes nerveux encéphaliques et à la moelle épinière la propriété de produire des actions réflexes. On ne croyait pas que les ganglions du grand sympathique fussent aptes à remplir le rôle de centre dans la production de ces actions. M. Cl. Bernard, sans s'arrêter aux analogies de texture qui pouvaient déjà faire préjuger la question, en a appelé pour sa solution à l'expérimentation. Il résulte des expériences extrêmement compliquées et délicates qu'il a faites que le ganglion sous-maxillaire est le siége d'actions réflexes qui se passent en dehors du système cérébro-spinal. — Dr Brochin.

CONCOURS POUR LES PLACES DE CHEF DE CLINIQUE.

Sur le rapport du doyen de la Faculté de médecine de Paris, et sur l'avis conforme du vice-recteur de l'Académie, le ministre de l'instruction publique et des cultes a pris l'arrêté suivant:

ART. 1er. Les places de chef de clinique sont données au concours.

ART. 2. Seront seuls admis à concourir les lauréats des hôpitaux, de l'École pratique, du prix Montyon et du prix Corvisart.

ART. 3. Le jury sera composé ainsi qu'il suit: Le doyen de la Faculté de médecine, président; les quatre professeurs de clinique médicale, le professeur de thérapeutique.

Un juge suppléant sera désigné par le ministre parmi les professeurs de pathologie.

ART. 4. En ce qui concerne spécialement le concours pour la place de chef de clinique d'accouchement, le jury se composera du doyen, président, du professeur de clinique d'accouchement et des quatre professeurs de clinique chirurgicale. Le professeur de médecine opératoire remplira les fonctions de juge suppléant.

ART. 5. Un concours sera ouvert pour des places de chef de clinique près la Faculté de médecine de Paris, à la fin du mois de novembre 1862. ROULAND.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. LASÈGUE.

Diabète sucré terminé par un phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin.

Observation recueillie par M. E. FRITZ, interne des hôpitaux.

Georges M..., âgé de trente-cinq ans, ébéniste, né à Epfig (Bas-Rhin), habitant Paris depuis plusieurs années, entre le 6 février 1861 à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Lasègue, salle Saint-Augustin, n° 19).

C'est un homme intelligent, qui donne sur sa maladie des renseignements assez précis. A part une fièvre typhoïde qu'il a eue à l'âge de vingt ans, il a toujours joui d'une fort belle santé. Exempt de tout héritage morbide, il n'a pas eu la vérole, et, quoique marié et père de trois enfants, il était bien logé et bien nourri; il n'abusait pas des boissons alcooliques. Il était fortement constitué et avait habituellement le teint très-coloré.

Il y a deux ans, au commencement de 1859, sa femme et son beau-père, qui se trouvaient alors à son village natal, furent atteints presque simultanément d'une fièvre typhoïde grave. Il quitta Paris pour leur prodiguer, pendant près de trois mois, les soins les plus assidus, dormant à peine, passant la plupart de ses nuits auprès de leur lit, en proie à une vive inquiétude et travaillant beaucoup; il supporta d'ailleurs assez bien ces fatigues, et, sorti de cette épreuve, il revint à Paris sans avoir éprouvé la plus légère indisposition.

Huit ou quinze jours après son retour, il commença à se sentir fatigué; il n'allait plus au travail avec sa vigueur accoutumée. Il maigrissait et était tourmenté par une soif très-vive; il urinait beaucoup plus que d'habitude. En même temps, appétit exagéré (sans préférence pour les aliments amylacés), constipation opiniâtre; un peu d'essoufflement; diminution des appétits sexuels; insomnie, alors même que le sommeil n'était pas interrompu par le besoin d'uriner.

Six semaines ou deux mois après le début de ces symptômes, qui s'aggravaient progressivement, apparition d'un œdème assez considérable des extrémités inférieures et des bourses, d'un peu de bouffissure de la face, qui persistèrent pendant deux mois et disparurent à la suite de quelques purgatifs et de bains de vapeur. Toutefois, même après la disparition de l'œdème et jusqu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, les extrémités inférieures s'infiltraient un peu le soir, lorsque le malade était resté longtemps debout, ce qui disparaissait ensuite par le repos au lit.

Un mois environ après la disparition de l'anasarque, un abcès, du volume d'une noix environ, se forma, sans aucune cause apparente, au niveau de la tête du radius droit; cet abcès, qui, d'après les détails donnés par le malade, n'avait pas les caractères d'un furoncle, s'ouvrit spontanément et ne tarda pas à se cicatriser. Un abcès plus volumineux apparut ensuite au pied droit et se cicatrisa rapidement après qu'on l'eût ouvert d'un coup de bistouri. Plus tard encore, un furoncle se montra à l'annulaire droit; un abcès se forma tout autour; abandonné à lui-même, il s'ouvrit et se combla en peu de temps. L'évolution de ces trois abcès avait occupé environ trois semaines.

Les divers accidents énumérés plus haut s'aggravèrent peu à peu, et, arrivé à la fin de l'année 1859, le malade, qui n'avait jamais cessé de se livrer à ses occupations, était tellement affaibli qu'il ne pouvait plus qu'à grand'peine fournir une ou deux heures de travail par jour. Il était extrêmement amaigri. A la même époque, les érections furent complétement supprimées, et le malade n'a pu se livrer au coït depuis ce moment; il avait seulement de temps en temps des pollutions accompagnées d'une érection incomplète et d'une sensation peu vive. L'hiver se passa tout entier dans un état très-précaire.

Avec le retour des beaux jours, un mieux sensible se manifesta, et c'est seulement dans les derniers temps qu'un affaiblissement de plus en plus marqué a décidé le malade à entrer à l'hôpital pour se soumettre à un traitement méthodique, ce qu'il avait toujours négligé jusqu'alors.

Aux symptômes énumérés précédemment se sont jointes depuis six mois une sensation de froid, plus prononcée dans les extrémités inférieures que dans le reste du corps, et, depuis quatre mois, des douleurs de reins intermittentes, et se manifestant principalement par les temps de brouillards. La miction n'était pas douloureuse, mais le besoin d'uriner se faisait souvent sentir avec une telle vivacité que le malade, pris à l'improviste, mouillait ses vêtements. Il avait remarqué que l'urine, en s'évaporant sur son linge, l'empesait fortement.

Dès le début de sa maladie, cet homme, qui était naturellement doux et paisible, avait senti lui-même que son caractère changeait; il devenait très-sujet à s'emporter et faisait souvent sentir sa mauvaise humeur à sa femme, pour laquelle il avait toujours eu jusque-là beaucoup d'égards.

Ajoutons qu'il n'avait jamais toussé et n'avait éprouvé aucun accident du côté de la vue.

Quant à la quantité de liquides qu'il ingérait, il l'évaluait en moyenne de trois à cinq litres, mais cette estimation était probablement au-dessous de la réalité. Il buvait de préférence de l'eau fraîche, et assure que la quantité d'urine évacuée était toujours supérieure à celle des boissons.

Etat actuel, le 6 février. — Amaigrissement considérable, évalué par le malade à 17 kilogrammes depuis le début de la maladie; pâleur générale. Pas de sécheresse de la peau. Pouls calme, de force modérée. Appétit considérable, très-mal assouvi par les quatre portions de l'hôpital. Langue belle. Digestions bonnes. Pas de constipation ni de diarrhée. Soif très-vive; urines extrêmement abondantes. Pas de douleurs de reins ni d'œdème. Sommeil agité, insomnies prolongées. Pas de signes de tubercules pulmonaires. Augmentation de volume des reins démontrée par la percussion. Rien de particulier du côté du foie. Aucun trouble des fonctions cérébrales. Le malade se lève, mais une sensation de lassitude générale l'empêche de se livrer à aucun exercice pénible.

Pendant les premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, il n'éprouva pas d'accident nouveau. Les urines, émises dans la proportion de dix litres environ dans les vingt-quatre heures, étaient très-peu colorées et contenaient 86 à 88 grammes de glycose par litre, mais pas d'albumine; avec une alimentation mixte, le malade fut mis d'abord à une médication alcaline, qui ne produisit pas d'amélioration.

A partir du 21 février, les jambes s'infiltrèrent, et l'œdème occupant bientôt les extrémités inférieures tout entières, les bourses et la verge arrivèrent rapidement à un degré très-considérable. En même temps, les urines devinrent plus abondantes, quoique la soif fût moins vive; elles ne contenaient d'ailleurs pas d'albumine. La médication alcaline fut supprimée, et le malade fut mis à l'usage de divers purgatifs et des bains sulfureux, sans que l'œdème diminuât.

Le 10 mars, le traitement par les purgatifs fut remplacé par l'administration de la levûre de bière à l'intérieur, et ce moyen fut continué jusqu'au 25 mars, en portant successivement la dose depuis 20 gr. jusqu'à 120 grammes. En même temps, le malade mangeait trois portions et deux côtelettes supplémentaires; eau vineuse pour boisson; bordeaux, 150 grammes; bains sulfureux tous les deux jours.

Dès le second jour de ce traitement, l'œdème des extrémités inférieures et des bourses commença à diminuer, et le 24 il avait complétement disparu. Dans les premiers temps de l'administration de la levûre de bière, on observa à plusieurs reprises un météorisme succédant assez rapidement à l'ingestion du médicament et se terminant au bout de quelques heures par l'expulsion d'une grande quantité de gaz par l'anus. Cette flatulence cessa d'ailleurs bientôt de se manifester, et les fonctions digestives ne furent pas autrement affectées. Les symptômes de diabète ne se modifièrent en aucune façon.

Le 26, le malade se plaignit d'une vive céphalalgie frontale, d'une exacerbation tout à fait intolérable de la soif et de douleurs à la ré-

BIBLIOGRAPHIE.

Physiologie de la pensée, ou recherche critique des rapports du corps à l'esprit, par M. LÉLUT, membre de l'Institut (1).

Définir ce qu'on doit entendre par les expressions de physiologie de la pensée, et surtout bien déterminer les limites de cette branche de la physiologie humaine, tel est et tel devait être le premier point abordé par M. Lélut.

Dans son livre intitulé *Considérations nouvelles sur les rapports du physique et du moral de l'homme*, Maine de Biran avait beaucoup restreint le domaine de la psychologie et, par contre, agrandi considérablement celui de la physiologie. Cet illustre psychologue bornait en effet le champ des facultés de l'âme à ce que ces facultés avaient de conscient et surtout d'absolument libre. En dehors du *moi* et de la volonté, du *conscium* et du *compos sui*, tout en psychologie était étranger à l'âme raisonnable ou immatérielle. L'imagination, la locomotion spontanée, les reproductions ou associations fortuites d'images, les émotions, les passions n'en faisaient pas partie, et les sensations moins encore. Toutes ces facultés de l'âme rentraient dans la physiologie proprement dite, et leur substratum n'était pas autre chose que le corps, l'organisme, le cerveau, qui les imposait à l'âme raisonnable et dont celle-ci subissait le joug sans pouvoir jamais s'y soustraire. Mais M. Lélut ne donne pas à la psychologie des limites aussi étroites. Avec Descartes et Malebranche, il comprend dans le domaine de cette science la sensation tout aussi bien que la réflexion, les facultés affectives tout aussi bien que les facultés volitives. Il rejette la doctrine de Maine de Biran comme tout à fait arbitraire, et il en démontre sans peine toute l'inanité.

M. Lélut ne sépare pas la partie passive de l'âme de sa partie active, il ramène dans la psychologie tous les éléments que Maine de Biran en avait distraits au profit de la physiologie; il regarde les manifestations affectives, instinctives, morales, perceptives, intellectuelles, volontaires, comme n'ayant rien d'absolument distinct au point de vue de leur essence.

Le problème des bornes réciproques de la psychologie et de la physiologie conduisait logiquement à la question de la nature de ces deux ordres de connaissances.

La science qui concerne les facultés de l'âme et la science qui a trait aux phénomènes de la vie sont-elles régies par des lois dissemblables ou soumises à des lois identiques? Tel est en effet le problème dont M. Lélut s'occupe immédiatement après, problème qui n'est, du reste, qu'un corollaire de l'autre, ou plutôt qui est la même question réduite à des termes plus simples et plus généraux.

Stahl et Cabanis faisaient dériver les deux éléments de la personne humaine, la vie et la pensée, d'un seul et même principe; mais ils différaient d'opinion sur l'essence de ce dernier. Pour Stahl, ce principe était l'âme raisonnable qui descendait dans les profondeurs de l'organisme et qui présidait à tous ses actes, depuis les plus complexes jusqu'aux plus simples, depuis les plus élevés jusqu'aux plus infimes; et pour Cabanis, c'était la sensibilité qui, selon qu'elle se trouvait en plus ou en moins, suivant qu'elle se produisait avec ou sans conscience, constituait la pensée et la vie. Or, comme la sensibilité est un attribut du système nerveux, la vie et la pensée dépendaient des organes: le cerveau sécrétait la pensée, comme le foie sécrète la bile.

Les doctrines de Stahl et de Cabanis étaient la négation même des rapports du physique et du moral. Ces physiologistes n'admettaient qu'une seule substance dans la personne humaine; ils étaient monodynamistes, mais en sens inverse; l'un rapportait tout à l'âme pensante, et l'autre faisant tout dériver des organes.

A côté de ces doctrines, l'école de Montpellier en professe une qui repose entièrement sur un duodynamisme, qui fait de l'âme pensante et du principe vital des substances très-distinctes, et qui regarde surtout le principe vital comme une force supérieure aux forces de la matière, — doctrine encore timide, incertaine, embarrassée, dans Barthez, — mais très-accentuée, très-nette et très-explicite dans M. Lordat.

A Montpellier, la force vitale passe, en effet, pour tenir le milieu entre les propriétés de la matière et l'âme proprement dite. Comme l'âme pensante, elle est une, spontanée, sensible, capable d'affections, mais tout autrement que l'âme immatérielle. De plus, elle a des facultés que n'a pas l'âme pensante: elle digère, elle sécrète, elle mo-

(1) 2 vol. in-12. Prix: 7 fr. Paris, 1862, chez Didier, librairie académique.

gion épigastrique. Langue sèche, perte de l'appétit, peau ardente, pouls fréquent, dur. A la face dorsale des poignets et des avant-bras apparaissent des plaques érythémateuses irrégulières, d'une nuance un peu livide, disparaissant sous la pression du doigt, ne s'accompagnant d'ailleurs ni de douleur ni de démangeaisons. La quantité des urines avait diminué au moins de moitié; elles étaient fortement colorées, déposaient une grande quantité de sels et exhalaient une forte odeur ammoniacale. En même temps, le malade se plaignait de ténesme rectal pénible, sans diarrhée, et d'une douleur vive le long du canal de l'urèthre pendant l'acte de la miction. — Extrait d'opium, 5 centigrammes.

Les deux jours suivants, l'état du malade resta stationnaire.

Le 30, le ténesme ano-vésical était plus intolérable que jamais. Les douleurs, d'abord localisées dans la région épigastrique, avaient envahi tout l'abdomen, qui était un peu météorisé et sensible à la pression. Le malade se plaignait d'éprouver dans tout le ventre une sensation de chaleur brûlante. Il souffrait également beaucoup des reins et le long de l'épine dorsale. La fièvre persistait, intense, avec sécheresse de la langue, soif intolérable. La face, anxieuse et un peu décomposée, avait une coloration terreuse, un peu jaunâtre, et les sclérotiques présentaient une très-légère teinte ictérique. — Bain général; cataplasmes laudanisés.

Le 1er avril, l'ictère, très-léger d'ailleurs, était général. Les taches érythémateuses avaient envahi la partie inférieure des bras. Le ventre était plus ballonné et plus sensible, et les douleurs que le malade y ressentait prenaient de plus en plus d'acuité. Ténesme ano-vésical persistant, sans évacuations alvines; pas de vomissements. Pour le reste, même état que la veille. Les urines ne contiennent pas 4 pour 1000 de sucre. — Glace à l'intérieur; frictions sur l'abdomen avec une pommade composée d'axonge : 4 grammes, extraits d'opium et de belladone : ãã 2 grammes; après les frictions, applications froides; lavement glacé.

Le 2, affaissement profond; coloration ictérique plus manifeste; langue brûlée; pouls précipité, misérable; peau brûlante; apparition de nouvelles taches érythémateuses aux jambes; oppression; ventre de plus en plus ballonné; vomissements; constipation. — Eau de Seltz; glace; lavement purgatif.

Le malade s'affaisse rapidement après la visite et succombe à deux heures de l'après-midi.

Autopsie le 4 avril, à huit heures du matin.

Coloration ictérique peu intense de tout le tégument externe; émaciation considérable.

Cavité crânienne. — Pas d'épanchement sous-arachnoïdien; substance cérébrale ferme, saine; quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux.

Le quatrième ventricule, examiné avec le plus grand soin, n'est le siége d'aucune lésion notable. Sur son plancher, et dans l'épaisseur des pédoncules cérébelleux supérieurs, on voit quelques veines plus volumineuses que cela n'est habituel, et les vaisseaux de la partie sous-jacente du bulbe et de la protubérance sont également un peu injectés. En outre, les plexus choroïdes du quatrième ventricule sont un peu plus volumineux et plus consistants qu'on ne les trouve habituellement; mais ces particularités ne sont pas assez tranchées pour qu'on puisse les considérer comme dépassant les limites des variations individuelles de l'état physiologique. Le reste de l'encéphale est parfaitement sain.

Cavité buccale. — La langue est recouverte d'un enduit brun épais, tout à fait sec. La plupart des dents sont détruites par la carie jusqu'à leurs racines.

Cavité thoracique. — Rien de particulier à noter pour le cœur. Rien dans les plèvres. Les lobes inférieurs des deux poumons sont un peu engoués. Le lobe supérieur du poumon gauche contient à son centre une cavité irrégulière du volume d'une noix, remplie par de la matière tuberculeuse analogue à du mastic de vitrier. Autour de cette cavité et en contact immédiat avec ces parois, étaient agglomérés cinq ou six tubercules du volume d'une noisette ou d'un haricot, renfermés chacun dans une espèce de kyste résistant, d'une consistance presque cartilagineuse, et mesurant au moins un demi-millimètre d'épaisseur. La matière tuberculeuse y était jaune, opaque, sèche, assez dure, approchant de la dureté calcaire dans quelques points. Au centre de chacun de ces tubercules, on voyait une tache noire, pigmentée, d'une forme irrégulièrement étoilée. Un seul parmi eux arrivait au contact de la plèvre par une de ses extrémités. A ce niveau, la séreuse était déprimée, froncée; et dans une zone de 2 centimètres de diamètre tout autour, elle était épaissie.

La matière ramollie du tubercule le plus volumineux ne contenait d'ailleurs pas une seule bulle d'air, et tous ces dépôts, étroitement serrés les uns contre les autres sans interposition de tissu pulmonaire, formaient une seule masse irrégulière, autour de laquelle le tissu pulmonaire était parfaitement sain. On n'y voyait ni tubercules naissants ni aucune de ces lésions de voisinage qui manquent si rarement dans la phthisie pulmonaire. La plèvre n'était d'ailleurs adhérente nulle part, et il n'existait pas un seul tubercule dans le reste des poumons, ni dans les ganglions bronchiques.

Cavité abdominale. — Le ventre était météorisé, mais toutefois sans tympanite excessive.

Le péritoine contenait quelques cuillerées d'un liquide grisâtre, un peu purulent, et tenant de petits flocons fibrineux en suspension. Dans la cavité du petit bassin, dans la fosse iliaque droite et sur le bord interne de la fosse iliaque gauche, la séreuse, un peu injectée dans quelques points, était en grande partie recouverte de fausses membranes fibrineuses, faciles à déchirer; par l'intermédiaire de ces fausses membranes, évidemment récentes, plusieurs anses intestinales étaient, dans les points correspondants, soudées au péritoine pariétal.

L'estomac, dont le volume n'avait rien d'exagéré, était le siége, vers le cardia et au pylore, d'une injection pointillée ou striée, mélangée de petites ecchymoses presque microscopiques, situées dans l'épaisseur de la muqueuse et disposées sous forme de deux ou trois plaques irrégulières.

Quelques plaques de congestion hémorrhagique, analogues à celles de l'estomac, existaient dans le duodénum, dans la partie supérieure du jéjunum, dans le cerveau et dans la partie contiguë de l'iléon. La muqueuse de la partie supérieure de l'intestin grêle présentait une lésion très-frappante : c'était une véritable hypertrophie, surtout remarquable dans les valvules conniventes, qui étaient presque doublées de volume.

Un épaississement beaucoup plus considérable encore se remarquait dans la muqueuse du rectum, et toutes les tuniques de cette partie de l'intestin participaient plus ou moins à cette altération. Dans les tuniques externes, elle était constituée par une espèce d'infiltration gélatineuse, qui se continuait tout autour du rectum avec une lésion très-remarquable du tissu cellulaire du petit bassin.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal de toute cette région était le siége d'un véritable phlegmon diffus, qui, dépassant en avant la symphyse et les branches horizontales du pubis de quelques centimètres, avait envahi également les deux fosses iliaques et une partie du tissu cellulaire situé au-devant du psoas du côté droit. Cette lésion n'était pas arrivée dans tous les points au même degré d'évolution.

Sur le côté droit et en arrière du rectum, et dans la fosse iliaque du même côté, le tissu cellulaire était infiltré d'une matière gris-verdâtre, moitié fibrineuse, moitié purulente; il était considérablement épaissi, dur, lardacé dans quelques points, friable et se réduisant facilement en grumeaux dans d'autres.

L'aponévrose d'enveloppe du muscle iliaque était éraillée, détruite dans une petite étendue par cette infiltration qui avait atteint jusqu'aux fibres les plus superficielles du bord interne de ce muscle. Dans la moitié gauche du petit bassin, dans la fosse iliaque du même côté, derrière la vessie, l'infiltration qui triplait et quadruplait l'épaisseur du tissu cellulaire avait un aspect gélatineux; elle était jaunâtre, formée en partie par de la sérosité, en partie par une matière fibrino-albumineuse, transparente presque partout, opaque dans quelques points.

C'est dans la région envahie par ce phlegmon diffus que le péritoine présentait les altérations décrites plus haut. La dissection la plus minutieuse ne révéla ni dans le squelette ni dans les viscères (rectum, vaisseaux, prostate, etc.), aucune lésion à laquelle on pût rapporter l'inflammation du tissu cellulaire.

La vessie était très-volumineuse. Sa muqueuse était vivement injectée au niveau du col et de la face postérieure, et présentait en outre plusieurs épaississements circonscrits au niveau desquels les couches superficielles étaient fortement œdématiées. La prostate était très-petite, elle avait à peine la moitié des dimensions habituelles chez l'adulte.

Le lobe gauche du foie était atrophié, très-aminci, flasque, et présentait une coloration brunâtre. Le lobe droit, au contraire, était très-volumineux; le parenchyme y avait une coloration brun rougeâtre uniforme; il était cependant plutôt aminci que congestionné. Dans une partie de son étendue, près du ligament suspenseur, il était complétement décoloré, analogue à de la cire jaune. La vésicule biliaire contenait une assez grande quantité de bile jaunâtre. Rate un peu augmentée de volume et friable. Pancréas sain.

Reins volumineux, mesurant 12 centimètres en long. Les deux substances, d'une coloration chair d'anguille toutes deux, étaient le siége d'une congestion manifeste, disposée sous forme de stries. La capsule se détachait d'ailleurs facilement; la surface des reins était lisse et unie, et il n'y avait pas de catarrhe des bassinets. Les testicules ne semblaient être nullement altérés ni dans leur volume, ni dans leur structure.

En résumé, un homme dans la force de l'âge, robuste et bien constitué, subit pendant une période de plusieurs semaines l'influence simultanée de longues veillées, d'appréhensions pénibles et de travaux fatigants. Bientôt après éclatent en rapide succession les accidents caractéristiques de la phthisurie sucrée, s'accompagnant de bonne heure de symptômes nerveux, tels que : insomnie, changement dans le caractère, etc., d'anasarque; puis de la frigidité et finalement de l'impuissance, si communes dans cette maladie. Aucune condition alimentaire hygiénique n'en explique l'apparition. Des abcès ou furoncles se montrent aux extrémités.

Les symptômes du diabète, malgré quelques oscillations qui ne paraissent pas être sans quelque rapport avec les saisons, suivent une marche croissante qu'aucun traitement ne vient enrayer. Alors le malade, qui n'avait opposé jusque-là à sa maladie qu'un courage inutile, réclame les secours de la thérapeutique; mais la médication alcaline, les purgatifs, les bains sulfureux restent impuissants et n'empêchent même pas le retour de l'anasarque. Ce dernier accident s'amende seul sous l'influence de la levûre de bière donnée à dose assez élevée. Puis une série nouvelle de symptômes se déroule, et la maladie précipite sa marche avec une effroyable rapidité vers une terminaison fatale. Avec une réaction fébrile intense, on remarque surtout un ténesme rectal et vésical insupportable, une sensation de brûlure dans l'abdomen, de la constipation, des vomissements, du météorisme, un ictère léger et l'apparition de taches érythémateuses fugaces dans divers points du tégument cutané. En même temps le sucre est éliminé en quantité beaucoup moins considérable.

Le malade succombe. L'autopsie ne révèle dans l'encéphale aucune des lésions qui peuvent expliquer parfois le développement du diabète. Les poumons contiennent un amas de tubercules en voie de ramollissement. Les reins présentent les caractères habituels de l'hypertrophie, et une lésion analogue se remarque dans la muqueuse et les villosités de l'intestin grêle. Le foie est également hypertrophié dans son lobe droit, tandis que le volume de sa portion gauche est au contraire diminué. La muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle est le siége d'une inflammation discrète dans quelques points. La muqueuse vésicale présente également des traces d'inflammation, et en outre, çà et là, un épaississement particulier. Enfin, le péritoine sous-ombilical porte les traces évidentes d'une inflammation récente, consécutive elle-même à un véritable phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-séreux de la région.

Cette terrible complication n'a point encore été signalée, — au moins à ma connaissance, — parmi les accidents qui peuvent mettre fin à la vie des diabétiques. Le silence des auteurs autorise au moins à penser que c'est là une terminaison tout exceptionnelle. Ce n'est toutefois pas au titre stérile de curiosité pathologique que le fait qui précède m'a paru digne d'être publié. L'intérêt de cette observation est surtout dans l'analogie que le phlegmon diffus pelvien présente avec d'autres accidents plus communs du diabète.

Parmi ces accidents, les plus fréquents et les plus anciennement connus, ce sont les furoncles, ou, à un degré plus avancé, les anthrax, qu'il n'est pas rare d'observer chez les diabétiques, et pour lesquels il est aujourd'hui bien démontré qu'il ne s'agit pas d'une fortuite coïncidence, mais d'un rapport incontestable de cause à effet. On ne saurait conserver le moindre doute à cet égard en se rappelant les observations de Prout, du docteur Fonseca (de Fernambouc), de MM. Marchal (de Calvi), Goolden, Wagner, Jordaô, etc. Pour mon compte, depuis que mon attention a été appelée sur ce sujet (1), j'ai eu l'occasion de voir quatre cas de diabète.

L'homme dont je viens de rapporter l'observation a eu dans le cours de sa maladie un furoncle à la main et deux abcès. Chez une femme placée dans le service de M. Lallier, à l'hôpital

(1) *Du diabète dans ses rapports avec la gangrène spontanée*, etc., par E. Fritz. — *Archives générales*, février 1858.

---

difie plastiquement l'agrégat matériel, elle crée de nouveaux êtres.

Autant on fait d'efforts aujourd'hui à Montpellier pour établir une barrière infranchissable entre l'âme et le principe vital, autant les Sthaliens s'évertuaient jadis à prouver que cette barrière n'existe pas; que l'âme raisonnable régit tous les phénomènes de l'économie animale; et que si elle n'a pas toujours la conscience de l'empire qu'elle exerce sur les organes, cela tient exclusivement à la circonstance de l'habitude. En faveur de l'opinion que la force libre est à l'origine maîtresse des battements du cœur, George Cheyne empruntait, comme on le sait, à la physiologie humaine le célèbre exemple du colonel anglais Townshend, qui pouvait, dit-on, suspendre à volonté ces battements, et Porterfield invoquait en physiologie comparée le fait du limaçon, chez lequel, suivant Lister, les mouvements du cœur sont entièrement soumis aux ordres de la force volontaire. L'assertion de ce dernier auteur, qui prétend que le chat dilate ou resserre volontairement l'iris; l'observation du vieillard cité par Panarole, qui provoquait tout mentalement, quand il était malade, le retour salutaire d'un flux hémorrhoïdal; celle d'une femme dont parle Rommel, qui retardait de la même manière l'apparition de ses périodes menstruelles. Tous ces faits viennent encore à l'appui de la doctrine des animistes.

Comme tous les physiologistes de l'école de Paris, M. Lélut est un adversaire du duodynamisme. Il professe la doctrine de l'unité de gestion de la personne humaine; il est monodynamiste, mais à la façon de Stahl.

Pour faire comprendre l'impossibilité d'établir des limites certaines entre le domaine lumineux et conscient des faits intellectuels et le domaine muet et obscur des phénomènes de la vie, il rappelle d'une part la sensibilité de conscience qui peut se produire parfois dans des organes où il ne se manifeste ordinairement que de la sensibilité non perçue, et, d'une autre part, il invoque les cas beaucoup plus nombreux où, sous l'influence de l'habitude, la pensée quitte son caractère primitif d'acte réfléchi et volontaire pour devenir inconsciente et automatique, pour se faire vitale en quelque sorte.

Après ces considérations pour ainsi dire préliminaires, M. Lélut entre enfin au cœur de son sujet. Il s'occupe d'une manière générale, puis dans des voies de plus en plus particulières, de l'examen des conditions organiques qui président aux diverses facultés de l'âme, et il commence, comme cela devait être, par les instruments de la sensibilité.

Selon M. Flourens, la sensation et la perception sont deux phénomènes fort distincts. Partout, jusque dans les effets des organes mêmes des sens, la sensibilité diffère de l'intelligence. Les nerfs, la moelle épinière, la moelle allongée, les tubercules bijumeaux, les pédoncules du cerveau, possèdent la propriété de sentir les impressions; mais la perception réside exclusivement dans les lobes cérébraux.

M. Lélut se refuse à admettre la distinction si lumineuse et si explicite de M. Flourens, par la raison qu'un certain degré de perception est inséparable de toute sensation, et que, par conséquent, si l'on prenait au pied de la lettre cette distinction, il faudrait nécessairement admettre deux *moi*, ayant chacun leur organe, et par cela même encore plus incompréhensibles et plus faux que les deux *moi*, l'un tout nerveux, l'autre tout spirituel, établis par Maine de Biran.

Dans la première édition de ses *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux,* l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences avait dit que ce sont les lobes cérébraux seuls qui veulent et qui *sentent*; que la moelle épinière se borne comme le nerf à exciter la sensation et la contraction, sans les éprouver ni l'une ni l'autre; que les lobes cérébraux sont le siége exclusif des sensations, des perceptions et des volitions, le réceptacle unique des sensations, des instincts et de l'intelligence.

M. Lélut croit que M. Flourens s'exprimait alors avec plus de vérité et d'exactitude qu'aujourd'hui, sur la part prise par les diverses parties du système nerveux dans les actes de la sensation et de la perception.

Or, comme d'une part la physiologie expérimentale, la pathologie et la tératologie ont démontré que, soit chez les animaux, soit chez l'homme, des sensations peuvent se produire en l'absence des hémisphères cérébraux, et en vertu de la seule action de la moelle épinière et des nerfs; et comme, d'une autre part, il est non moins avéré que des sensations se produisent par le seul fait de l'action du cerveau, c'est-à-dire alors que les sens sont fermés, dorment ou même n'existent plus, M. Lélut en conclut que dans les animaux supérieurs, et plus spécialement chez l'homme, la triple condition organique de la sensation, c'est la surface ou la terminaison nerveuse, le cordon nerveux (nerf ou moelle), enfin le centre nerveux cérébral, et que s'il y avait quelque préférence à accorder à une de ces trois conditions, comme condition suprême et *sine qua nôn* de la

Saint-Antoine, des furoncles multiples s'étaient formés d'abord aux parties génitales, puis dans l'aisselle et à une extrémité supérieure.

Un homme placé dans le même service eut un anthrax de l'étendue de la paume de la main dans le flanc droit. J'ajoute en passant qu'il succomba plus tard à une pleurésie purulente survenue sans aucune cause connue.

Chez un quatrième malade enfin, que je n'ai vu qu'un instant avant sa mort, je n'ai pu me renseigner sur le point en discussion; mais cet homme exhalait l'horrible fétidité caractéristique de la gangrène pulmonaire. J'ignore d'ailleurs si cette gangrène était ou non indépendante d'excavations tuberculeuses. Quoi qu'il en soit, la gangrène pulmonaire proprement dite, sans cavernes tuberculeuses, a été observée au moins une fois dans un cas de diabète.

L'angine gangréneuse, constatée dans une observation de M. Kuechenmeister, la gangrène spontanée des extrémités, dont il a été tant question, les phlegmons diffus, avec tendance gangréneuse, apparaissant dans diverses régions du corps, voilà, si je ne m'abuse, une série d'accidents qui sont de même nature que la phlegmasie pelvienne décrite plus haut. Dans toutes on retrouve ce cachet particulier d'une mortification survenant presque d'emblée, ou bien s'associant seulement dans une mesure plus ou moins grande à un processus inflammatoire.

En tenant compte de ces faits, il me paraît légitime de penser que le phlegmon diffus sous-péritonéal auquel a succombé le malade de l'observation précédente était une manifestation directe de la diathèse inflammatoire et nécrosique, conséquence fréquente des troubles auxquels l'organisme est en proie dans le diabète sucré.

Il me reste à dire quelques mots des symptômes qui ont caractérisé ce phlegmon diffus. Il y a là au moins une question de diagnostic qui mérite quelques mots d'explication.

La péritonite avait été reconnue pendant la vie du malade. Il était également évident qu'il n'y avait pas seulement péritonite et qu'une complication insolite modifiait la physionomie de la phlegmasie séreuse; mais la nature de cette complication était une énigme dont l'autopsie seule devait nous donner le mot. Je ne connaissais d'ailleurs, pour ma part, aucun fait de phlegmon diffus pelvien, si ce n'est comme accompagnement de la métro-péritonite puerpérale. Or, dans ces circonstances, il n'est guère possible de faire la part de chaque lésion parmi les symptômes auxquels elle donne lieu.

Il n'en a peut-être pas été tout à fait de même chez mon malade.

CROUP. — GUÉRISON.

Par M. le docteur A. Cousturier, du Lude (Sarthe).

La femme H..., âgée de vingt-six ans, aide de culture à Aubigné, de taille moyenne, brune, colorée, robuste, a été prise dans l'église d'un froid très-violent le 19 janvier 1862, puis a souffert du mal de gorge les jours suivants.

Le 2 février, elle va consulter les sœurs, parce qu'elle a eu dans la nuit précédente un accès de suffocation. A cette époque, dit-elle, elle retirait elle-même de sa bouche des fausses membranes; la voix était éteinte; elle avait une toux sèche; la déglutition était pénible et s'accompagnait de reflux des liquides vers le nez. Un vomitif a été administré et suivi d'un peu de soulagement. Il y a eu rejet de fausses membranes épaisses et abondantes.

Jusqu'à présent l'état fébrile a été peu prononcé; la jeune femme a pu travailler, ou au moins se tenir levée une partie de la journée. Elle a eu ses règles dernièrement.

Vue pour la première fois le 4 février, on constate l'état suivant: Figure très-colorée, bouffissure des paupières inférieures; pouls à 100, peu développé; voix éteinte; toux rauque.

La muqueuse pharyngienne est rouge; l'amygdale droite, un peu volumineuse, présente une tache d'un gris verdâtre très-petite, qui disparaît spontanément les jours suivants.

A l'auscultation, le murmure respiratoire s'entend dans toute la poitrine sans bruit anormal, mais avec un timbre rude.

La jeune femme me montre dans son mouchoir deux masses pseudo-membraneuses rendues peu de temps avant mon arrivée: l'une est constituée par une fausse membrane mince et translucide, longue de 4 à 5 centimètres, roulée sur elle-même; l'autre est un paquet rougeâtre épais, pelotonné, conservant l'empreinte de la vascularisation des parties sous-jacentes. — Potion vomitive avec ipécacuanha, 2 grammes, à prendre de suite; bicarbonate de soude, 10 grammes, à prendre dans un litre de lait, par tasses d'heure en heure; frictions sur le cou avec la pommade iodée: iode, 1 gramme; axonge, 10 grammes. Pédiluves sinapisés; fumigations émollientes.

Le 5 février, le vomitif de la veille n'a pas été suivi de l'expulsion de fausses membranes; il y a eu pendant la nuit des quintes de toux violentes et prolongées. Pendant ma visite, la malade rejette des fausses membranes analogues à celles de la veille, figurant un tuyau dont la partie la plus épaisse doit avoir pris naissance sur la glotte. Le pouls est plus fréquent et plus développé; il y a de la moiteur. (Redoutant une aggravation progressive de la maladie, considérant que la présence de cette femme est un danger pour les enfants de la maison, et qu'elle-même occupe une chambre sans feu dans une maison nouvellement bâtie et très-éloignée de la ville, je la décide à entrer à l'hôpital du Lude, où elle est admise le 5 février 1862 au matin, dans le service de M. Chauvin, et où, de concert avec mon collègue, je continue à l'observer.) — Lait et bicarbonate de soude; frictions iodées; les jambes sont enveloppées de ouate et recouvertes d'une toile imperméable.

Le 6, la malade se trouve mieux; figure calme et souriante. Pouls à 100; toux grasse. Depuis la veille, il n'a été expectoré qu'un liquide muqueux, clair et filant, dans lequel nagent quelques fragments pseudo membraneux très-ténus. Mais immédiatement après la visite les fausses membranes reparaissent comme les jours précédents. — Le bicarbonate de soude est pris jusqu'au 13.

Le 7, état général toujours satisfaisant; expectoration de fausses membranes volumineuses. Une large fausse membrane, étalée sur la table, représente d'une manière générale un rectangle ou un cylindre déployé, à bords irréguliers, ayant au moins 7 centimètres de longueur, présentant à une de ses extrémités trois ramifications; l'une, située au milieu, plus large que les autres; une autre, latérale, la plus longue de toutes.

Le 8, pouls à 88; moiteur; bien-être; sommeil; appétit; expectoration de mucus clair et filant, dans lequel nagent des flocons de mousse sanguinolente. De larges fausses membranes ont été rejetées; l'une d'entre elles est un cylindre complet, qui revenu sur lui-même a le calibre d'une plume d'oie. Il n'est pas possible de douter que cette pseudo-membrane ait pris naissance dans une ramification bronchique.

A l'auscultation on entend des râles sibilants plus nombreux à droite qu'à gauche, mêlés de râles muqueux, et s'accompagnant à l'expiration d'un ronflement sourd et rude. A la percussion, sonorité égale des deux côtés.

Le 9, crachats sanglants et spumeux; quelques lambeaux de fausses membranes; urines légèrement albumineuses.

Des fausses membranes larges comme l'ongle sont encore rejetées le 10. L'expectoration sanguinolente prend un caractère plus tranché. Ce sont des plaques de sang noirâtre, non aérées, adhérentes au vase, ou nageant en grand nombre au milieu du liquide limpide et filant qui emplit le crachoir. A l'auscultation, mêmes signes, râles plus abondants.

Etat général excellent. Le pouls et la température de la peau sont à l'état normal. La voix reste éteinte.

A partir du 11 jusqu'au 20, s'il est rejeté quelques fausses membranes, ce sont des fragments très-petits.

L'expectoration sanguinolente diminue et disparaît après le 13, époque de la sortie de l'hôpital.

Le 17, la jeune femme tousse encore un peu, ne crache pas; elle se plaint toujours du reflux des boissons par le nez. Aucun bruit anormal dans la poitrine. L'appétit est moins vif que les jours précédents. J'engage la jeune femme à sortir, la température s'étant radoucie d'une manière remarquable. — Fleur d'arnica, 2 gr. 05 centigr., en infusion tous les jours.

Le 24, la voix commence à revenir. La déglutition des liquides se fait mieux.

La femme H... reprend ses travaux le 4 mars; les règles ont reparu après un retard de quinze jours.

Le 10 mars, la voix est forte, mais encore remarquable par son timbre nasal.

Cette observation m'a paru digne d'intérêt à plusieurs titres: le volume des fausses membranes, leur facile expulsion, les signes qui ont coïncidé avec l'envahissement des bronches, l'absence d'accidents graves et l'heureuse terminaison de la maladie.

MÉNINGITE RACHIDIENNE. — MORT;

Par M. le docteur Henry van Holsbeek (de Bruxelles).

Les enveloppes de la moelle, comme celles du cerveau, peuvent s'enflammer plus ou moins violemment. Tantôt la phlegmasie méningée est à elle seule cause de la maladie et n'a aucun génie particulier: c'est la méningite simple ou inflammatoire; tantôt, au contraire, elle n'est simplement qu'une complication d'un état grave, lequel domine la scène et donne à la maladie une physionomie pathognomonique: c'est la méningite cérébro-spinale épidémique.

L'histoire de la méningite rachidienne diffère peu de celle de la méningite cérébrale. La disposition anatomique des parties et la destination fonctionnelle semblable, à certains égards, du cerveau et de la moelle, expliquent cette analogie.

La méningite rachidienne est une maladie fort rare, et par conséquent peu connue des médecins. J'ai cru bien faire en livrant à la publicité le cas que je viens d'observer, et dont voici la relation succincte:

Le 28 juin 1862, on me demanda pour donner mes soins à Mme D... (de Bruxelles), âgée de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique et d'une très-mauvaise constitution.

Antécédents. — Mme D... est malade depuis quatre ans environ; elle a constamment souffert de douleurs le long de la colonne vertébrale. Ces douleurs étaient tantôt tensives, d'autres fois gravatives, *comme si un homme eût été assis sur son dos.* Elle tousse depuis plus de trois ans, et elle a craché du sang à différentes reprises. Elle dormait peu la nuit depuis longtemps, et elle était souvent obligée de se lever pour respirer plus aisément et pour faire cesser les crampes atroces qu'elle avait dans les mollets. La menstruation, après avoir été irrégulière pendant longtemps, a tout à fait cessé depuis neuf mois. Mme D... a mis au monde deux enfants, dont l'un a succombé récemment à la méningite tuberculeuse; le survivant est faible et rachitique.

Etat actuel. — La malade est assise dans un fauteuil: impossibilité de rester au lit. Pas de céphalalgie, pas de sommeil; rien du côté de la vue ni de l'ouïe; intelligence intacte; dents fortement serrées (*trismus*), déglutition difficile, parole saccadée, voix plus faible; tête fortement inclinée sur l'épaule droite (*pleuro-sthotonos*); douleurs rachidiennes avec fourmillement dans les membres, exaspérées par les mouvements, devenant par moments excessivement violentes et se propageant à toute l'étendue des membres inférieurs et supérieurs, surtout à droite; hyperesthésie cutanée avec irradiations douloureuses du rachis aux diverses parties du corps; convulsions cloniques violentes; respiration difficile, suspireuse; menace d'asphyxie pendant les douleurs; diminution considérable de la sonorité et de l'élasticité dans la fosse sus-épineuse gauche: le bruit inspiratoire y est rude et le bruit expiratoire prolongé; craquements humides; pouls faible et fréquent, sueurs abondantes pendant les accès tétaniques; défécation et miction douloureuses; urines albumineuses.

Les ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale, les bains tièdes prolongés, la teinture d'aconit à l'intérieur, les vésicatoires le long du rachis, tous les moyens demeurèrent infructueux. La malade succomba asphyxiée le 5 juillet, à onze heures du soir.

Quelle fut la cause de la méningite rachidienne que je viens de relater rapidement? Si l'on tient compte de l'état général de la malade, de sa pneumopathie tuberculeuse, on peut, et avec raison, l'attribuer à la présence d'un ou plusieurs tubercules dans la pie-mère. On conçoit que dans ce cas la mort devait être la terminaison inévitable. L'obscurité du diagnostic de la méningite rachidienne rend fort douteux les cas de guérison rapportés par les auteurs.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 août 1862. — Présidence de M. Duhamel.

Fonction du ganglion sous-maxillaire. — M. CLAUDE BERNARD lit un nouveau mémoire faisant suite à ses recherches sur le grand sympathique, et ayant pour objet l'étude des fonctions du ganglion sous-maxillaire.

Les nerfs moteurs, dans l'état normal, n'ont pas la faculté d'entrer spontanément en fonction; il faut toujours qu'ils y soient sollicités par l'influence de la volonté ou par l'excitation d'un nerf sensitif. Lorsque le mouvement a lieu par suite de la réaction du nerf sensitif sur le nerf moteur, on donne à ce mouvement le nom de *mouvement*

sensation, comme condition de perception, cette préférence devrait avoir pour objet les hémisphères cérébraux.

M. Lélut commence la physiologie des besoins et des appétits par l'étude du besoin dont la satisfaction non interrompue est la base même de la vie, et par cela même la condition de toute sensation et de toute pensée, le besoin de la respiration.

M. Longet place, comme on le sait, le siége du besoin respiratoire dans la moelle allongée, au point de vue précis désigné par M. Flourens sous le nom de nœud vital. Pour combattre cette opinion, M. Lélut s'appuie, avec Marshall-Hall, sur ce double fait qu'il entre un certain degré de volonté dans l'accomplissement de l'acte respiratoire, et que le cerveau est l'organe central des volitions. De plus, il invoque cet autre argument que le besoin de la respiration ne devient besoin qu'autant qu'il est perçu; d'où il conclut que le cerveau, organe unique des perceptions et des volitions, est aussi le siége du besoin dont il s'agit.

A l'occasion du besoin de mouvement ou de locomotion, faculté très-distincte de l'acte libre qui préside à l'effort musculaire, M. Lélut jette un coup d'œil sur les contradictions qui eurent lieu jadis relativement à la fameuse distinction établie entre les nerfs du mouvement et les nerfs du sentiment, et il fait voir combien la découverte de Charles Bell est ébranlée aujourd'hui par des dissidences plus grandes encore. Sans accorder aux travaux de MM. Brown-Séquard et Chauveau toute la portée que ces physiologistes leur attribuent, il croit devoir adopter pourtant à cet égard une opinion intermédiaire; car, selon lui, le besoin de mouvement ou de locomotion qui siége dans le cerveau, comme y résident tous les autres besoins, a pour instrument d'abord la partie antérieure de la moelle allongée et de la moelle épinière, et ensuite, mais dans des proportions moindres, la partie postérieure de ces mêmes organes.

A la physiologie des besoins et des appétits succède la physiologie des passions. Puis vient l'étude des conditions organiques de la mémoire, de l'imagination, des aptitudes intellectuelles, de l'entendement proprement dit.

Il va sans dire que, fidèle à son passé, M. Lélut nie la possibilité d'attribuer dans le cerveau des organes déterminés à des facultés essentiellement indéterminables. Mais la théorie de Bichat, qui fixait le siége des passions dans les plexus et dans les cordons du grand sympathique, lui paraît encore moins vraie que celle de Gall.

Aux yeux de l'auteur, pour les talents ou aptitudes, pour la mémoire, pour l'imagination, pour la volonté et pour toutes les autres facultés supérieures, il n'y a qu'un seul et même organe, l'encéphale, mais l'encéphale tout entier et non pas seulement les hémisphères cérébraux, comme le prétend M. Flourens. Quant à la localisation des facultés supérieures de l'âme dans la substance grise ou corticale, c'est une pure illusion, et le problème de la corrélation à établir entre le développement de l'encéphale et celui de l'intelligence est lui-même loin de pouvoir être toujours résolu par l'affirmative.

Après avoir successivement épuisé l'examen de toutes les prétendues déterminations organologiques appliquées aux facultés de l'âme, déterminations par la couleur, par la texture, par le siége, par le volume, par la forme, par le poids, par la composition chimique, etc.; après avoir, en un mot, fait le bilan pour ainsi dire de la physiologie de la pensée, M. Lélut finit par conclure à la négative de cette science aussi obscure aujourd'hui que du temps de Méry, qui comparait les anatomistes occupés à découvrir les fonctions du cerveau aux cochers de fiacre de Paris connaissant parfaitement les rues sans savoir ce qui se passe dans l'intérieur des maisons. M. Lélut va plus loin encore, car il nie presque la possibilité de son progrès ultérieur.

Ce qui constitue le fond du livre de M. Lélut n'est donc rien moins qu'une doctrine. Ce livre est en effet une histoire souvent spirituelle et incisive, toujours lumineuse et bien ordonnée des vicissitudes et des variations de la physiologie psychologique plutôt qu'un traité dogmatique de cette science. Les partisans quand même du progrès reprocheront sans doute à l'auteur quelques-unes de ses tendances, ils blâmeront surtout son scepticisme par trop décourageant. Mais il y a plusieurs façons de payer son tribut à la cause du vrai. Dans notre siècle, le rôle de critique est déjà fort méritoire par lui-même. N'est pas homme de génie qui veut, et avouer son ignorance de bonne foi et en parfaite connaissance de cause, vaut incontestablement mieux que d'édifier sur le sable. Michéa.

réflexe, que la sensation qui en est le point de départ soit consciente ou non. Or tous les mouvements qui sont régis par le grand sympathique sont exclusivement réflexes et par conséquent placés en dehors de l'influence volontaire.

Tout mouvement réflexe exige l'intervention de trois organes nerveux :

1° Le nerf sensitif, qui apporte l'excitation de la périphérie;

2° Le centre nerveux, qui reçoit l'impression en quelque sorte passivement, et la réfléchit ou la renvoie sous la forme d'influence motrice;

3° Enfin, le nerf moteur chargé de transmettre cette influence du centre à la périphérie, dans un organe quelconque.

On admet généralement aujourd'hui que les organes nerveux encéphaliques et la moelle épinière sont les centres exclusifs de tout mouvement réflexe, et que les ganglions du grand sympathique, malgré la présence de cellules nerveuses dans leur texture, ne sont point aptes à remplir le rôle de centre dans la production des actions réflexes. Mais dans cette question physiologique comme dans toutes les autres, on ne saurait se décider par des considérations *à priori* ou par de simples analogies; on ne peut établir son jugement que par des expériences spéciales faites sur l'animal vivant et instituées sur les divers ganglions sympathiques. J'ai entrepris une série d'expériences dans cette direction, et je vais aujourd'hui communiquer les résultats que j'ai obtenus pour le ganglion sous-maxillaire.

Chez l'homme et chez les animaux pourvus d'appareil salivaire, il existe sur le trajet du nerf lingual de la cinquième paire un petit ganglion qui a des rapports anatomiques et physiologiques avec l'appareil nerveux de la glande salivaire sous-maxillaire. Ce ganglion varie dans son volume et ses dispositions chez les divers animaux.

Mais quelle que soit cette disposition, le ganglion sous-maxillaire constitue toujours une sorte de pont ganglionnaire ou sympathique, qui, allant du nerf lingual à la corde du tympan, peut relier physiologiquement la langue ou plutôt la membrane muqueuse bucco-linguale avec la glande sous-maxillaire. Il s'agit actuellement de déterminer expérimentalement si, par l'intermédiaire de ce pont formé par le ganglion sous-maxillaire et ses filets, il peut se produire des actions réflexes de la langue sur la glande sous-maxillaire, sans l'intervention du centre nerveux encéphalique. Le ganglion sous-maxillaire se prête assez convenablement à cette vérification, parce que, d'une part, il est facile de l'isoler du centre cérébral, et que, d'autre part, les actions réflexes sur la glande sous-maxillaire se traduisant toujours par une sécrétion évidente, les causes d'erreur sont moins à redouter. Or voici de quelle manière j'ai institué mes expériences.

Sur des chiens de très-grande taille, pour que les nerfs et le ganglion sous-maxillaire soient plus gros, j'ai mis à découvert le nerf lingual au-dessous de la mâchoire, en enlevant le muscle digastrique. Je place d'abord dans le conduit de la glande sous-maxillaire un petit tube d'argent qui doit servir à constater la sécrétion salivaire réflexe, ensuite j'écarte en dehors le muscle milo-hyoïdien et je mets à nu, avec précaution, le nerf lingual aussi haut que possible, en remontant sous la branche horizontale de la mâchoire. Alors on peut apercevoir par transparence, et sans la disséquer, la corde du tympan qui se sépare en arrière du nerf lingual, puis le ganglion sous-maxillaire qui est placé à l'angle de séparation des deux nerfs. On a ainsi sous les yeux tous les organes du phénomène réflexe qu'il s'agit de constater, savoir :

1° Le nerf lingual (nerf sensitif);

2° La corde du tympan (nerf moteur);

3° Le ganglion sous-maxillaire (centre de l'action réflexe).

Il ne reste plus alors qu'à isoler physiologiquement le ganglion sous-maxillaire en supprimant l'influence cérébro-spinale. On réalise facilement cette condition en coupant le tronc nerveux tympanico-lingual aussi haut que possible, au-dessus de l'émergence de la corde du tympan.

Toutes les choses étant ainsi disposées, on peut constater d'une façon très-nette que des actions réflexes ont lieu dans la glande sous-maxillaire par suite de l'excitation du nerf lingual séparé du centre encéphalique; on prouve ensuite que cette excitation du nerf sensitif est transmise à la corde du tympan par l'intermédiaire du ganglion sous-maxillaire, qui joue dans ce cas le rôle de centre nerveux en dehors de toute participation cérébro-spinale. En effet, chaque fois qu'avec un courant électrique même faible on excite, dans un point aussi éloigné que possible du ganglion (à 3 ou 4 centimètres chez les grands chiens), le nerf lingual bien isolé, on voit au bout de 6 à 10 secondes la salive s'écouler en gouttelettes par le tube d'argent placé dans le conduit sous-maxillaire, et l'écoulement cesser quand on suspend l'excitation galvanique du nerf. On peut reproduire l'expérience autant de fois qu'on le veut avec les mêmes résultats, pourvu que le ganglion sous-maxillaire soit resté intact. Mais il suffit, à l'aide de la pointe d'un bistouri ou de ciseaux fins, d'opérer une petite incision verticale en avant du ganglion sous-maxillaire, entre ui et le nerf lingual, pour diviser par cela même tous les filets qui font communiquer ces deux nerfs. Aussitôt après cette section, toute espèce d'action réflexe est devenue impossible. On peut exciter de nouveau le nerf lingual dans le même point qu'auparavant, sans provoquer aucun écoulement salivaire, même en employant un courant électrique beaucoup plus énergique que celui qui avait été mis en usage avant la destruction des filets ganglionnaires.

Les actions réflexes que je viens de signaler dans le ganglion sous-maxillaire sont beaucoup plus obscures et plus difficiles à manifester quand, au lieu d'exciter directement le nerf lingual, on agit sur la membrane muqueuse qui recouvre la langue. Ainsi le vinaigre n'agit plus d'une manière bien sensible pour provoquer la sécrétion salivaire. Cependant, quelques autres agents, tels que l'électricité dans certains cas, l'éther versé sur la langue maintenue tirée hors de la gueule et amenant un refroidissement et un dessèchement de sa surface, peuvent provoquer encore une sécrétion salivaire réflexe; seulement cette sécrétion réflexe, quand elle arrive, est très-peu abondante et se fait attendre longtemps, quelquefois jusqu'à 60 secondes et plus.

Un point très-important de l'expérience qu'il faut rappeler ici est celui qui concerne les phénomènes vasculaires de la sécrétion salivaire inconsciente et réflexe. J'ai rapporté autrefois des expériences qui montrent que les fonctions sécrétoires sont toujours accompagnées par des phénomènes vasculaires et calorifiques. Au moment même où la salive se sécrète, le sang veineux de la glande coule beaucoup plus abondamment; sa couleur devient plus rutilante et sa température plus élevée. Or, quand on provoque la sécrétion réflexe par le centre sous-maxillaire, c'est-à-dire après avoir préalablement coupé le tronc tympanico-lingual au-dessus de ce ganglion pour l'isoler de ses connexions cérébrales, on voit toujours les phénomènes vasculaires ou, en d'autres termes, l'accélération de la circulation se manifester en même temps que la sécrétion. Par conséquent, on peut dire que dans cette expérience les phénomènes vasculaires et calorifiques se montrent sans l'intervention du système nerveux cérébro-spinal et par un mouvement réflexe propre au grand sympathique. Les filets cervicaux sympathiques qui arrivent à la glande sous-maxillaire en suivant ses artères, n'ont aucunement à intervenir dans cette explication. J'ai coupé aussi complétement que possible tous ces filets sur l'artère carotide externe, au-dessus de l'hypoglosse, et leur suppression n'a rien changé aux mouvements réflexes provoqués dans la glande par l'excitation du nerf lingual; les phénomènes sécrétoires et vasculaires n'en ont été même ordinairement que plus marqués.

En résumé, d'après mes expériences, que j'ai contrôlées et vérifiées avec le plus grand soin et que je crois exemptes de causes d'erreur, je conclus que la langue est reliée avec la glande sous-maxillaire par deux espèces d'arcs nerveux en quelque sorte concentriques : l'un plus étendu, allant passer par l'encéphale; l'autre beaucoup plus court, et passant par le ganglion sous-maxillaire. A ces deux trajets nerveux paraissent correspondre deux sortes d'influences réflexes destinées à agir sur la glande sous-maxillaire. La première, qui traverse le cerveau, est consciente et mise en activité plus spécialement par la fonction gustative de la langue; la deuxième, qui est inconsciente, est transmise par le ganglion sous-maxillaire, et paraîtrait devoir être provoquée plus particulièrement par les conditions de sécheresse ou d'humidité de la membrane bucco-linguale.

Mais le ganglion sous-maxillaire n'a pas seulement la propriété de propager des actions réflexes, qui peuvent par son intermédiaire arriver à la glande sous-maxillaire sans passer par le centre encéphalique, il semble encore avoir une influence particulière sur l'intermittence de la sécrétion salivaire. Tout le monde sait que l'écoulement de la salive se fait d'une manière intermittente, qu'il a lieu seulement lorsqu'une cause excitante réflexe ou directe vient mettre la glande en activité, et qu'il cesse quand la cause de cette excitation a disparu. Or j'ai remarqué qu'après la section du ganglion sous-maxillaire, le nerf lingual et la corde du tympan restant intacts, la sécrétion de la glande sous-maxillaire devient continuelle, bien qu'elle puisse encore augmenter d'intensité quand on fait agir des excitants sapides sur la langue.

Enfin, je terminerai par un autre fait qui me paraît capital dans l'histoire des nerfs de la glande sous-maxillaire. Nous avons vu que le ganglion a la propriété d'être un second centre d'actions réflexes pour la glande sous-maxillaire; mais ce qui est bien digne de remarque, c'est qu'il finit par perdre cette propriété après un certain temps quand il a été séparé de l'encéphale, et ce qui est plus étonnant encore, c'est que la glande sous-maxillaire, qui est alors complétement dépourvue de ses influences nerveuses, au lieu d'entrer dans un état de repos fonctionnel, se trouve au contraire dans un état de sécrétion permanente.

CONCLUSIONS. — 1° Le ganglion sous-maxillaire est le siége d'actions réflexes qui se passent en dehors du système cérébro-spinal;

2° Le ganglion sous-maxillaire séparé du centre encéphalique paraît perdre ses propriétés, comme les nerfs avec lesquels il est en connexion; alors la sécrétion de la glande sous-maxillaire est continuelle.

Il y aurait donc dans le ganglion sous-maxillaire par rapport au centre encéphalique à la fois indépendance et à la fois subordination. En sera-t-il de même pour tous les autres ganglions du sympathique, ou bien trouvera-t-on dans les ganglions médians des cavités splanchniques, des centres nerveux pouvant se conserver et étant alors absolument indépendants de l'axe cérébro-spinal ? J'attendrai, pour savoir si après de nouvelles recherches je puis me prononcer sur ce point.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

NAPOLÉON, etc.

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ART. 1er. Il est établi, sous la présidence du ministre de l'intérieur, un comité consultatif chargé de l'examen de toutes les questions relatives à l'hygiène et au service médical des hôpitaux.

ART. 2. Sont nommés vice-présidents du comité, MM. :

Le préfet de la Seine;
Le préfet de police;
Dumas, membre de l'Institut;
Rayer, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

ART. 3. Sont nommés membres du comité, MM. :

Bernard (Claude), membre de l'Institut;
Blanche, conseiller d'État;
Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine de Paris;
Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine;
Boulu, médecin;
Combes, membre de l'Institut;
Devergie, membre de l'Académie impériale de médecine;
Gilbert, architecte, membre de l'Institut;
Husson, directeur de l'administration de l'Assistance publique;
Jobert (de Lamballe), professeur à la Faculté de médecine;
Laval, architecte des asiles impériaux de Vincennes et du Vésinet;
Lévy (Michel), directeur de l'École du Val-de-Grâce;
De Lurieu, inspecteur général des établissements de bienfaisance;
Malgaigne, professeur à la Faculté de médecine;
Mélier, inspecteur général du service sanitaire;
Le général Morin, membre de l'Institut;
Parchappe, inspecteur général des asiles d'aliénés;
Payen, membre de l'Institut;
Regnault, professeur à la Faculté de médecine;
Reynaud, inspecteur général du service de santé de la marine;
Tardieu, professeur à la Faculté de médecine;
Trousseau, professeur à la Faculté de médecine;
Le baron de Watteville, inspecteur général des établissements de bienfaisance.

ART. 4. Pourront être appelés, à titre consultatif, aux délibérations du comité les médecins et chirurgiens qui auront proposé des améliorations dans l'hôpital auquel ils sont attachés.

ART. 5. Sont nommés secrétaires du comité, MM. Tardieu et Devergie.

—Par décret du 23 août, M. Lamonta, médecin-major de 1re classe au 2e régiment des tirailleurs algériens, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur G. Deforchaux, chirurgien-major de 2e classe, chargé du service des émigrants à Anvers, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold.

— Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour une place de médecin adjoint, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Achille Janot.

Les épreuves ont été des plus brillantes, et le jury a exprimé le regret qu'il n'y eût qu'une place à donner.

M. le docteur Bonnemaison, placé en deuxième ligne sur la liste, s'est trouvé à une distance si rapprochée de son heureux compétiteur, que l'administration des hôpitaux s'est empressée de l'attacher au service médical. Ce n'est que justice. (*Journ. de méd. de Toulouse.*)

— M. le docteur O. Lalesque vient de mourir à la Teste (Gironde), à l'âge de quatre-vingt-trois ans.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 103. — JEUDI 4 SEPTEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 103. — JEUDI 4 SEPTEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 3 SEPTEMBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le goître exophthalmique en est à la période des répliques et par conséquent des redites. MM. Beau et Bouillaud ont maintenu leurs premiers dires contre M. Trousseau : M. Beau insistant sur le caractère anémique de la maladie, qui n'est à ses yeux qu'une des nombreuses variétés des expressions morbides de l'anémie ; M. Bouillaud persistant plus que jamais à dénier tout caractère d'unité morbide au goître exophthalmique et à lui refuser droit de cité dans la nosologie. Nous ne savons si M. Trousseau a encore l'intention de prendre la parole ; mais s'il le faisait, ce ne serait assurément pas pour abandonner son opinion, encore moins sans doute dans l'espoir d'ébranler celle de ses collègues. De sorte que nous ne voyons pas trop, à moins de l'intervention d'un nouvel orateur, ce qu'on pourrait gagner désormais à voir tourner la discussion dans ce cercle. On pourrait discuter longtemps encore, sans s'entendre beaucoup mieux, sur la question de savoir si le goître exophthalmique est une cachexie, une anémie, une névrose, ou s'il n'est rien du tout. Mais, ainsi que l'a dit avec raison M. Trousseau, cette discussion aura au moins cet avantage d'appeler l'attention des observateurs sur un fait pathologique encore mal connu, et de provoquer des recherches et des études qui ne pourront que tourner au profit de la science. C'est donc aux faits maintenant qu'il faut laisser la parole. Nous avons appris justement qu'un fait nouveau, tout récemment observé, allait être publié. Nous aurons le soin de nous tenir au courant de cette publication, qui nous fournira probablement l'occasion de reprendre quelques-uns des points de cette discussion qui ont plus particulièrement appelé notre attention.

Un rapport de M. Poggiale sur les eaux minérales ; une communication de M. Goffres, dont on trouvera l'objet indiqué dans le compte rendu de la séance, et la présentation que M. Trousseau a faite d'un travail de philosophie médicale de M. le docteur Koulakowski, professeur à l'université de médecine de Saint-Pétersbourg, tels ont été, avec les discours de MM. Beau et Bouillaud, les principaux incidents de cette séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GIRALDÈS.

De la résection du genou.

(Leçon recueillie par M. BOURNEVILLE, élève externe du service.)

M. Giraldès a pratiqué, le jeudi 24 avril, la résection du genou chez un enfant atteint de tumeur blanche avec luxation du tibia en arrière. Il a profité de cette occasion pour discuter les avantages et les inconvénients de cette opération. Nous avons pensé qu'on lirait avec intérêt la relation de ce fait et les considérations cliniques dont il a été le sujet.

L'enfant G..., âgé de dix ans et demi, et que vous avez vu au n° 4 de la salle Saint-Côme, est en traitement depuis longtemps. Au moment de son entrée à l'hôpital, le 11 avril, il présentait les symptômes suivants :

La jambe formait avec la cuisse un angle droit, et déjà, afin de faciliter la coaptation des parties après la résection, nous avons sectionné, le 21 avril, les tendons des muscles extenseurs de la cuisse. Le pied est tourné en dehors, le genou est empâté, la synoviale enflammée, les douleurs vives. Néanmoins on n'observe ni coloration de la peau, ni saillies extraordinaires ; au niveau de la rotule existe un léger ramollissement. On comprend, par suite, facilement l'impuissance de l'enfant à pouvoir marcher, à se tenir dans la station verticale, à travailler, et plus tard l'impossibilité où il sera de gagner sa vie.

Mais y a-t-il nécessité de prendre une détermination aussi grave, et de pratiquer une opération sanglante ? Si on laisse le mal suivre son cours, la flexion anguleuse, la déviation du pied, les souffrances augmenteront toujours ; la peau, tendue sous les condyles, finira par s'ulcérer ; enfin arrivera l'instant où l'amputation de la cuisse sera le seul moyen thérapeutique possible. On y procédera dans de déplorables conditions, qui probablement amèneront une issue fatale.

Toutes ces circonstances plaident donc en faveur d'une prompte résolution.

Quel genre d'opération devons-nous employer? Il y en a trois : l'amputation de la cuisse, la résection du genou et le redressement forcé. Dans le cas actuel, quelle est celle qui s'offre avec les chances les plus grandes ?

La première mutile à tout jamais le patient, et le place dans une situation d'autant plus fâcheuse qu'il appartient à la classe ouvrière. La seconde présente la perspective rassurante de conserver un membre ankylosé susceptible de rendre des services réels. Quant au redressement forcé tel qu'il a été mis en usage par M. Langenbeck, il donne des résultats favorables toutes les fois qu'on peut s'en servir. Or, ce moyen, dans les cas analogues à celui que nous avons sous les yeux, n'est pas praticable. Le tibia pourrait être brisé au moment même des manœuvres pour la réduction ; de plus, les efforts mis en jeu pour y parvenir déterminent souvent chez les enfants scrofuleux un surcroît d'irritation dans l'articulation, et, au lieu d'enrayer la marche de la maladie, on favorise au contraire ses progrès.

Ainsi, chez notre malade, il est plus que probable qu'on produirait une fracture, sans espoir de rétablir les rapports des organes déplacés. Si on y parvenait, il serait encore à craindre que la synoviale du genou déjà affectée, s'enflammant plus fortement, il n'y eût obligation de recourir à une autre opération.

Avant de passer en revue quelques-uns des avantages et des désavantages de la résection du genou, nous allons jeter un coup d'œil historique sur cette méthode opératoire.

On peut diviser cet historique en quatre périodes : la première s'étendant de Filkin jusqu'en 1800 ; la seconde, de 1800 à 1830 ; la troisième, de 1830 à 1850 ; la quatrième, jusqu'à l'époque actuelle.

La résection du genou est d'origine anglaise. Filkin (de Northwich), le premier, la pratiqua avec succès en 1762, et son malade, dont le genou était affecté depuis dix ans, s'est rétabli au bout de trois mois. Mais sa tentative hardie resta inconnue. Henri Park (de Liverpool) la renouvela en 1781 chez un matelot âgé de 33 ans ; la guérison eut lieu après un an ; elle réussit également à ce point que le malade put reprendre ses pénibles fonctions. Park fit sans succès une seconde opération en 1789. Ce fait rendu public émut l'opinion. C'est alors que Filkin, annonçant ses essais heureux datant alors de plus de vingt années, revendiqua la priorité, ce qui ne diminua en rien le mérite de Henri Park, qui n'avait pas eu connaissance de l'observation de son compatriote.

Presque à la même époque, Moreau (de Bar) adressa à l'ancienne Académie de chirurgie un mémoire contenant en germe le principe de toutes les résections. Ce travail subit le même sort qu'un autre non moins remarquable sur la staphyloraphie, exhumé dernièrement par M. Verneuil (1). En désaccord d'ailleurs avec les idées alors régnantes à l'Académie, celle-ci lui fit un froid accueil, et vraisemblablement nous ignorerions encore son existence, si Moreau fils, dans sa thèse inaugurale (2), n'eût eu soin, en 1803, de citer quelques passages du mémoire de son père.

En 1792, Moreau pratiqua la résection de l'articulation fémoro-tibiale devant Percy, chez un jeune homme de Bar âgé de vingt ans. L'opérateur y déploya toute l'habileté possible, et le malade fut entouré des plus grands soins. Trois mois s'étaient écoulés et Moreau se disposait à lui faire quitter le lit, lorsque cet opéré fut enlevé par une dyssenterie épidémique occasionnée dans le pays par l'armée prussienne qui battait en retraite, poursuivie par Kellermann.

Sur quatre opérations : deux succès, deux morts. Le malade de Moreau doit en effet figurer dans cette dernière catégorie, malgré la complication qui paraît avoir amené l'issue fatale. La statistique n'autorise pas ces faux-fuyants qui portent à attribuer à une affection intercurrente le décès d'un opéré. Il faut accuser franchement ses revers et les compter.

Cette moyenne, basée sur un chiffre très-faible, n'était pas rassurante ; mais les faits étaient trop peu nombreux pour trancher la question.

Depuis, les résections du genou se sont multipliées. On les doit à Mulder, de Groningue (1809), Moreau fils (1811), Roux (1816), Ph. Crampton, de Dublin, deux fois (1823), Syme,

(1) Observations faites sur plusieurs enfants nés sans voile du palais, suivies d'un essai sur un moyen de réunir les divisions récentes de cet organe, par Eustache, de Béziers. (*Gazette hebd.*, 20 septembre 1861).

(2) Observations pratiques relatives à la résection des articulations affectées de carie, 1803.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De la réinfection syphilitique, de ses degrés et de ses modes divers (chancroïdes, véroloïdes, secondes véroles), par M. P. DIDAY.

Sous ce titre, le brillant représentant de l'école Ricord, à Lyon, vient de publier dans les *Archives de médecine* (juillet et août 1862) un mémoire dont nous reproduirons les conclusions.

1° En règle générale, le virus syphilitique, comme d'ailleurs tous les virus, n'exerce pas successivement deux fois sur le même individu la même action.

2° Introduit (dans des conditions physiques qui en permettent l'absorption) chez un sujet syphilitique, ce virus ne produira aucun effet ; introduit chez un sujet qui a eu, mais qui n'a plus actuellement la syphilis, il produira une syphilis modifiée.

3° Plus la première sypbilis aura été faible, plus l'époque où elle existe sera éloignée, au moment de la seconde introduction du virus, plus le virus mis en contact la seconde fois sera énergique (c'est-à-dire puisé à une lésion congénitale ou primitive plutôt que secondaire), et plus la seconde atteinte de syphilis sera forte, et *vice versa*.

4° L'expérience, d'accord avec ces données rationnelles, montre que les seuls sujets sur qui la seconde introduction du virus sypbilitique ait produit quelque effet pathologique sont ceux qui étaient alors guéris de leur première vérole, ou qui du moins n'en avaient plus d'autres symptômes que ceux qui se transmettent ou par génération ou par contact (symptômes tertiaires).

5° Quant à la nature des effets de la seconde introduction du virus opérée dans ces conditions, l'observation apprend qu'ils sont variables et consistent :

A. Dans plus de la moitié des cas, en un ulcère ayant tous les caractères du chancre induré, *à part l'adénopathie indurée concomitante*, lequel ulcère n'est pas suivi d'accidents constitutionnels. L'absence d'adénopathie permet au praticien de reconnaître d'avance les chancres indurés qui ne seront pas suivis d'accidents constitutionnels (chancroïdes).

B. Dans plus d'un quart des cas, en un chancre induré suivi d'accidents constitutionnels moins intenses que ceux de la première syphilis (véroloïdes).

C. Dans moins d'un demi-quart des cas, en un chancre induré suivi d'accidents constitutionnels plus intenses que ceux de la première syphilis (secondes véroles).

D. Dans moins d'un demi-quart des cas (où il n'y avait eu pour première syphilis qu'un chancre induré sans suites constitutionnelles), en un chancre induré suivi d'accidents constitutionnels assez faibles.

6° En comparant entre elles ces diverses séries sous le rapport de l'intervalle de temps qui a séparé les deux intoxications successives, on trouve que ce temps a été d'autant plus court que la seconde intoxication a eu des effets plus faibles.

Il est au minimum dans les cas où il n'y a eu, la seconde fois, qu'un chancre ; au maximum, dans ceux où il y a eu la seconde fois une vérole plus forte que la première.

7° L'impossibilité d'inoculer un chancre à un homme *qui a* la syphilis est un fait très-réel. Mais ce résultat de l'expérimentation n'est point, quoiqu'on l'ait dit, en désaccord avec la possibilité des réinfections chez un homme *qui a eu* la syphilis ; il confirme, au contraire, cette possibilité par la plus forte présomption que puisse fournir en pathologie une différence dans les effets s'expliquant par la différence des causes.

8° Les vingt exemples de réinfection observés par moi en six ans, dans ma seule clientèle, donnent une idée de la fréquence avec laquelle ce cas se présente. Ces faits seraient depuis longtemps aussi connus qu'ils paraissent aujourd'hui nouveaux, si les praticiens ne s'étaient pas laissé fermer les yeux par une doctrine aussi juste que sincère au fond, mais inconséquente dans son absolutisme.

9° La réinfection d'un homme qui avait eu la syphilis démontre qu'il en était guéri. Ce théorème a trois corollaires pratiques :

A. Il prouve qu'on peut guérir radicalement de la syphilis ; fait nié par beaucoup d'auteurs qui n'admettent que la cure des manifestations, et qui professent la pérennité de l'empoisonnement constitutionnel, de la diathèse (nom qu'ils donnent à tort à l'intoxication syphilitique).

B. Il donne la mesure du laps de temps qui est ordinairement né-

d'Edimbourg, deux fois (1829), et Jæger (1830). Sur ces huit opérés, quatre succombèrent. La proportion restant la même, était peu encourageante.

La troisième période (1830-1850) nous donne 18 opérations pratiquées principalement par les chirurgiens allemands ; parmi eux nous citerons Textor, Fricke, Heusser, Heyfelder, etc. Des 18 réséqués, 10 moururent. On avait donc, en résumé, sur 30 opérés 16 décès, ce qui explique le ralentissement du zèle des chirurgiens.

A partir de cette époque (quatrième période), M. Fergusson (de Londres), Jones (de Jersey), Butcher (de Dublin), Keith, Hymphry, Heusser, Erichsen, Mackensie, etc., ont eu recours à ce procédé. Mais, l'ayant étudié avec beaucoup plus de soin, ils en obtinrent des résultats satisfaisants.

On connaît aujourd'hui, en y comprenant les premières, 238 observations de résection du genou. Elles se répartissent ainsi : 118 guérisons, 75 morts, 43 qui ont dû être amputés après avoir préalablement subi la résection (de ceux-ci, 9 sont morts); enfin, 2 malades dont on n'a pas mentionné la terminaison.

Dans les cas indiqués comme guéris, comment s'exécutaient les fonctions du membre? Combien de malades ont vu ces fonctions se rétablir? L'ankylose osseuse a-t-elle été obtenue?

Chez l'opéré de Crampton, dont la pièce est déposée au musée du Collége des chirurgiens de Londres, la consolidation osseuse était complète. Un des sujets de Heusser était chasseur ; après l'opération, il a pu se livrer de nouveau à son rude métier. Enfin, Jones (de Jersey) et M. Fergusson ont montré des individus réséqués faisant usage de leurs membres et vaquant à leurs occupations.

De ce qui précède, il résulte que si la résection du genou, au point de vue de la mortalité, n'est pas supérieure à l'amputation de la cuisse, elle a sur celle-ci l'avantage incontestable de conserver au patient un membre nécessaire. A-t-elle cette supériorité à toutes les époques de la vie? C'est ce qu'il importe d'examiner.

Si on étudie le tableau des 238 résections du genou pratiquées jusqu'en 1861, on remarque que jusqu'à l'âge de dix ans, sur 45 résections, il y a 5 morts; 5 amputés postérieurement, dont un mort. De dix à quinze ans, sur 35 résections, 7 morts, 8 amputés (2 morts); de quinze à vingt ans, sur 31 résections, 9 morts, 7 amputés (2 morts).

Si nous réunissons ensemble ces trois groupes, nous avons 106 opérations donnant 21 morts, 20 amputés, dont 3 morts, en tout 26 décès.

De 20 à 25 ans,	19 résections,	6 morts,	3 amputés.	
De 25 à 30	27	14	1	
De 30 à 35	17	4	8	2 morts.
De 35 à 40	5	4	1	»

L'époque de la vie la plus propice pour cette opération est celle qui s'étend jusqu'à l'âge de quinze ans. A partir de là, la mortalité progresse, et il est un âge où l'abstention doit être la règle.

Quand la réunion osseuse est complète, le membre réséqué continue-t-il à croître et à se développer comme son congénère? Cette question importante fut posée pour la première fois par M. le professeur Syme (d'Edimbourg). Se fondant sur ce que le patient qu'il avait opéré en 1829, n'en avait retiré qu'un membre atrophié, presque d'aucun usage, il se décida pour la négative. MM. Pemberton (de Birmingham) et Keith ont observé des exemples semblables. S'il en était toujours ainsi, la résection du genou serait radicalement condamnée; heureusement, des faits certains controuvent ce jugement trop sévère.

Dans quelles conditions la résection du genou est-elle suivie de la malheureuse terminaison signalée par le savant professeur d'Edimbourg? C'est ce qu'il est indispensable de connaître. M. Hymphry, professeur d'anatomie à l'Université de Cambridge, me paraît les avoir définitivement établies. Ce chirurgien distingué a montré que, toutes les fois que la résection était pratiquée au delà du cartilage qui réunit la diaphyse à l'épiphyse, l'accroissement du membre était entravé, l'opération était incomplète; le malade avait un appendice entièrement inutile.

D'un autre côté, M. Hymphry a démontré que si la résection ne dépassait pas ce cartilage, et lorsque l'opération réussissait, on avait beaucoup de chances d'obtenir un appendice d'une longueur et d'une force suffisantes.

Cette dernière observation domine la résection du genou, car, lorsque les extrémités osseuses sont assez atteintes pour contraindre le chirurgien à porter le trait de scie au delà du cartilage, la résection est impossible, l'amputation forcée.

Y a-t-il plusieurs procédés opératoires à mettre en usage, et auquel faut-il accorder la préférence? H. Park arrivait sur l'articulation par une incision en croix; Moreau formait un lambeau carré en haut et en bas; les parties articulaires étaient ensuite découvertes. Cette méthode est plus avantageuse que celle qui consiste à faire deux incisions elliptiques, car celle-ci laisse un cul-de-sac où s'accumulent le pus et le sang. Elle est plus élégante, à la vérité, mais dans les opérations chirurgicales on doit préférer l'utile au brillant. Le dernier procédé, à lambeau en H, nous semble préférable, et c'est lui que nous emploierons.

L'opération terminée, il faut placer le membre dans une immobilité complète. L'appareil dont Moreau se servait dans ce but était bien conçu. Il se composait d'une planche creusée au niveau de l'articulation, échancrée à son extrémité inférieure de façon que le talon ne fût pas blessé. Sur les côtés étaient percés une série de trous dans lesquels étaient implantées des chevilles formant attelles et recouvertes de coussins. Si à cela on ajoutait un pied en bois pour soutenir celui du malade, on aurait un appareil parfait.

Nous allons nous servir de l'appareil de M. Salter perfectionné. Il se compose d'une attelle creusée en gouttière pour emboîter la cuisse et la jambe. Elle est constituée par deux pièces mobiles glissant l'une sur l'autre, ce qui permet de l'allonger ou de le raccourcir suivant la longueur du membre.

Au niveau du genou, les côtés montants de cette attelle sont échancrés.

L'extrémité inférieure est également échancrée au-dessous du talon, qui, restant dans le vide, est préservé de la pression, et par suite de l'ulcération. Un pied mobile tournant autour d'un axe fixé dans des rainures pratiquées sur les bords latéraux de la gouttière, sert à maintenir celui du malade. Derrière, est une plaque transversale servant à soutenir l'appareil pendant les pansements.

Une attelle brisée, dont les deux moitiés en bois sont réunies par un arc métallique, et munie de crochets pour s'adapter à la face externe de la gouttière. L'arc métallique correspondant à l'articulation est disposé de façon à faciliter l'application et le changement des pièces du pansement.

Toutefois, le membre ainsi assujetti pourrait subir des déplacements fâcheux, soit à droite, soit à gauche, dans les mouvements du malade. Pour éviter cet inconvénient, à l'appareil principal en est annexé un autre; celui-ci représente la charpente d'une cage. Deux plaques en fer, ayant 4 centimètres de largeur, 80 de longueur environ, forment la base et reposent sur le lit de chaque côté du membre. Des extrémités de l'une, la droite par exemple, partent deux montants verticaux dans une hauteur de 50 centimètres, se recourbant ensuite un peu pour devenir horizontaux dans une étendue de 40 centimètres environ; ils s'infléchissent de nouveau, deviennent verticaux et se terminent aux extrémités de la plaque gauche. Les courbures d'un même côté sont jointes l'une à l'autre par des tringles parallèles aux supports inférieurs et consolident l'appareil.

Du milieu de la portion transversale des deux branches montantes part une pièce placée de champ. Sur son bord supérieur mousse et arrondi glissent deux poulies réunies entre elles et avec un crochet placé au-dessous de cette pièce. Enfin, une tringle parallèle à celle-ci et supérieure protége le jeu des poulies.

Reste à unir les deux systèmes. Deux petites planchettes longues de 40 centimètres environ sont pourvues à leur face externe d'un crochet médian et de boutons auxquels s'attachent des bandes de toile placées sous la gouttière. Un arc métallique se fixe aux crochets, lui-même en possède un à son milieu. A l'aide de cet arc on soulève le tout à la distance voulue du lit, et une chaîne, attachée aux deux crochets, maintient et l'appareil et le membre inférieur. Les deux systèmes sont ainsi liés entre eux.

Le malade avance-t-il la jambe, les poulies à frottement doux suivent le mouvement, l'adhérence des surfaces osseuses se conserve, il n'y a pas de secousses violentes, pas de douleurs.

Des instruments spéciaux sont-ils nécessaires? Je ne le crois pas. Des bistouris, un scalpel, une scie ordinaire suffisent. Les chirurgiens anglais cependant ont inventé divers instruments particuliers. M. Butcher (de Dublin), M. Erichsen (de Londres) ont fait fabriquer des scies *ad hoc*, instruments sans doute très-ingénieux, sans présenter une utilité réelle.

CLINIQUE ORTHOPÉDIQUE DE BERLIN. — M. BEREND.

Ankylose vraie de l'articulation coxo-fémorale gauche, à angle droit, avec abduction, par suite d'une coxite rhumatismale; ostéotomie cunéiforme; guérison.

Observation communiquée à l'Académie des sciences dans la séance du 21 avril.

Guillaume K..., âgé de vingt-sept ans, campagnard, fait remonter le début de sa maladie au mois de septembre 1860. Elle s'annonça par des douleurs rhumatismales aiguës dans le membre thoracique droit et dans le dos, accompagnées de frissons et de chaleur. La douleur du bras céda à l'emploi d'une saignée; mais le rhumatisme aigu s'établit avec toute son intensité dans la cuisse gauche, et, après un séjour au lit de douze semaines, produisit chez ce malade, d'une santé jusque-là robuste et d'une forte constitution, une difformité considérable, qui persistait encore le 30 avril 1861, à son entrée dans mon établissement.

Dans la position *debout*, quand il veut faire porter le poids du corps sur les deux pieds à la fois, le tiers antérieur seulement du pied gauche repose sur le sol. Il appuie alors les deux mains sur l'articulation du genou. Le tronc, incliné à gauche, forme un angle obtus en avant. La fesse droite est proéminente, celle du côté gauche est aplatie, avec un pli plus profond. Les deux genoux, mais surtout le gauche, sont fléchis à angle obtus. La région dorso-lombaire de la colonne vertébrale présente une courbure considérable à gauche.

Lorsque le malade cesse de s'appuyer avec les deux mains sur les genoux et qu'il essaye de se tenir debout sans appui, il ne peut le faire qu'à l'aide de l'extrémité droite, qui alors paraît parfaitement à l'état normal, tandis que le côté gauche du bassin est abaissé de deux pouces, et que la cuisse gauche, fléchie à angle droit sur le tronc, se trouve en même temps dans une forte abduction. En arrière, la colonne vertébrale offre un aspect tout à fait normal; la fesse gauche est un peu aplatie, mais le pli est droit. L'articulation du genou jouit de tous ses mouvements.

Position horizontale. — Le dos repose sur le plan où le malade se trouve placé. L'extrémité droite n'offre aucune déviation. Le côté gauche du bassin présente un abaissement de deux pouces. La cuisse gauche, ankylosée à angle droit, est dans une forte abduction.

En voulant imprimer un mouvement de rotation à la tête du fémur, on n'obtient qu'une mobilité imperceptible, qui ne se passe évidemment que dans la symphyse sacro-iliaque.

La marche sans bâton et sans béquilles est presque impossible, et le malade l'effectue en inclinant fortement le côté gauche du bassin; en appuyant le bras gauche sur le genou et en imprimant des mouvements au côté gauche du bassin; le tronc penche fortement en avant et de côté.

L'état dont nous venons de faire une description détaillée et qui a été constaté par les membres de la Société médicale de Hufeland, à Berlin, auxquels j'avais présenté ce malade, rendait impossible l'emploi des moyens orthopédiques ordinaires. On ne pouvait avoir recours à la myotomie, pas plus qu'on ne pouvait tenter l'extension brusque sans s'exposer à une fracture grave du bassin. C'est pourquoi je pratiquai l'ostéotomie de la manière suivante :

Le malade, chloroformé, est couché sur le côté droit. Incision de la peau jusqu'à l'os, longue de trois pouces, commencée un peu au-dessus du grand trochanter, dirigée transversalement en dehors, vu

---

cessaire pour que la guérison radicale ait lieu. D'après nos observations personnelles, le minimum de ce temps est, en moyenne, de vingt-deux mois.

C. Enfin, il constitue ; pour chaque exemple syphilitique en particulier, le meilleur critérium de la solidité de sa guérison. En effet, faites, je suppose, à un homme qui a eu la syphilis l'inoculation du chancre induré : si elle échoue, cela prouve qu'il était encore malade ; si elle réussit, cela prouve qu'il était guéri. Et, bien que cette notion, jusqu'à nouvel ordre, ne doive pas sortir du domaine de la théorie, déjà l'on entrevoit toute l'importance de ses applications.

10° Le traitement des réinfections syphilitiques est celui de la syphilis elle-même, sauf un point capital : comme, le plus souvent (16 fois sur 28), tout l'effet de la réinfection, abandonné à sa marche naturelle, se borne à un chancre non suivi de symptômes constitutionnels, le praticien, en présence d'un second chancre, devra toujours attendre, avant d'ordonner le mercure, que les symptômes constitutionnels aient apparu. L'administrer plus tôt étant très-souvent inutile, ne serait par conséquent jamais sans inconvénient.

De l'hérédité syphilitique, par M. le docteur CHARRIER, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

De six observations publiées dans les *Archives de médecine* pour septembre 1862, M. le docteur Charrier croit pouvoir tirer les conclusions suivantes, qui confirment pleinement les opinions de MM. Cullerier et Notta.

I. Pour qu'un enfant naisse syphilitique ou qu'il le devienne pendant la première année de sa naissance sans contamination directe, il faut que la mère soit ou ait été syphilitique.

II. Le père syphilitique au moment de la fécondation, à n'importe quelle période de la maladie, si la mère reste indemne de toute syphilis, n'a pas d'enfant syphilitique.

III. Par conséquent, l'hérédité paternelle n'est rien moins que démontrée; il faut que la mère ait été en puissance de vérole pour que l'enfant naisse syphilitique.

M. Charrier rejette complétement les exemples de syphilis héréditaire larvée qui n'a fait explosion qu'au bout de vingt, trente ans après la naissance, la mère étant toujours restée saine.

Des monstruosités parasitaires, par M. le docteur Constantin PAUL, ancien interne des hôpitaux.

Les *Archives de médecine* pour septembre 1862 donnent la quatrième et dernière partie du mémoire considérable, publié par M. Constantin Paul sur les monstruosités parasitaires.

L'auteur résume son intéressante étude dans les conclusions suivantes :

1° Il existe des inclusions fœtales dans la région sacro-périnéale ;

2° Cette région semble être celle où ce genre de monstruosités est le plus fréquent ;

3° L'inclusion peut siéger dans toutes les couches de cette région indistinctement ;

4° Les caractères anatomiques de ce genre d'inclusion sont distincts des autres déformations de la même région ;

5° Les symptômes propres à ce genre de tumeurs permettent d'en établir le plus souvent le diagnostic ;

6° Ce vice de conformation n'entraîne pas l'inviabilité ;

7° Des opérations bien conçues peuvent débarrasser l'enfant qui renferme dans cette région un fœtus parasitaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recueil de mémoires et d'observations sur les accouchements (physiologie, pathologie, médecine légale) **et sur les maladies des femmes**, par le docteur C. DEVILLIERS, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris. Tome Ier, de 310 pages; grand in-8° avec planches. Prix, *franco*, 5 fr. Chez P. Asselin, place de l'École de Médecine.

Du traitement du choléra par l'administration coup sur coup d'énormes quantités de boissons aqueuses (vingt litres et plus dans les vingt-quatre heures), par le docteur A. NETTER, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, etc. In-8° de 20 pages. Prix : 1 fr. Chez Victor Rozier, éditeur, 11, rue Childebert, à Paris.

la position anormale du membre dans l'abduction et dans la flexion à angle droit. Dénudation de l'os et section à l'aide de la scie de Charrière et de la scie à couteau, que je préférai à la scie à chaîne à cause de la difficulté d'introduire cette dernière entre l'os et les parties molles. Résection cunéiforme d'une portion de l'os, dont la base était de trois quarts de pouce.

Cette opération, qui n'a donné lieu à aucune hémorrhagie, a été facilitée beaucoup par l'application de larges érignes fenêtrées de mon invention.

Réunion de la plaie au moyen de fils de soie et de fils d'argent; bandages de compression pour empêcher l'hémorrhagie; pansement ouaté; application de la grande gouttière de Bonnet.

Dans les six premiers jours, fièvre modérée; régime antiphlogistique. Le sixième jour, on retire les fils.

Depuis ce temps, il n'est rien arrivé de remarquable, si ce n'est un érysipèle périodique et à diverses reprises de la cuisse opérée, dépendant d'une suppuration assez longtemps fétide au fond de la plaie. L'application prolongée de cataplasmes et une petite incision au côté antérieur de la cuisse, suffirent pour combattre cet accident. Il fallut seulement écarter la gouttière et se borner à un pansement plus simple pour faciliter le nettoyage. Le malade, grâce à une bonne nourriture, commença, quatre mois après l'opération, à prendre des bains qui aidèrent puissamment à la guérison et favorisèrent l'issue de petits fragments nécrosés. On commença à imprimer des mouvements passifs pour obtenir la mobilité de la fausse articulation; mais ils furent souvent interrompus à cause de l'irritabilité du sujet.

Au mois de février, neuf mois à peu près après l'opération, je fis commencer quelques exercices gymnastiques dans le même but et en même temps, pour fortifier le membre opéré. Au commencement du mois d'avril, le malade, parfaitement guéri, fut présenté à plusieurs sociétés de Berlin, et entre autres à celle de Hufeland; dans cet état très-satisfaisant.

Il ne présente plus aucune difformité, il fait les courses les plus longues sans autre appui qu'un petit bâton et sans boîter. Aussi bien que le bassin, les trochanters et les plis de la fesse n'offrent presque rien d'anormal. Il existe à la région du grand trochanter une petite proéminence par suite de la régénération osseuse. Le raccourcissement d'un pouce et demi du membre, conséquence de l'ostéotomie, disparaît tout à fait par une semelle exhaussée.

Bien que la nouvelle articulation ne jouisse pas d'une mobilité parfaite et que la flexion soit bien gênée, le malade, à l'aide de l'articulation ilio-sacrée, exécute tous les autres mouvements, de manière qu'il a vraiment retrouvé l'usage d'un membre tout à fait inutile, à la difformité duquel tout son corps participait avant l'opération, tandis que ce dernier offre maintenant une rectitude parfaite.

Cette opération est la huitième de ce genre qui ait été faite jusqu'à ce jour. Elle n'avait été pratiquée encore que trois fois en Amérique par Barton, Rodgers et Kearny; en France, par Maisonneuve; dans le Holstein, par Ross; en Allemagne, par Textor et Weber. Le cas pour lequel j'ai mis en pratique l'ostéotomie diffère de tous les autres en ce que l'ankylose était en même temps à angle droit et dans l'abduction.

NOTE SUR LE VERATRUM VIRIDE,

nouveau sédatif artériel américain;

Par Ephraïm Butter, A. M. M. D., Woburn Massachussetts (États-Unis d'Amérique).

Le veratrum viride est un nouveau sédatif artériel d'une grande énergie, agissant avec promptitude, et dans lequel on peut avoir beaucoup de confiance.

Ce n'est ni le *veratrum album*, ni le *veratrum nigrum*. La préparation dont il s'agit est la teinture alcoolique faite par le docteur Butter, avec des racines qu'il a recueillies lui-même, suivant la formule du *Codex*, pour la teinture d'*helleborus niger*. Les doses sont :

Pour un adulte, 8 gouttes;
Pour un enfant, de 2 à 5 gouttes;
Pour un enfant en bas âge, d'une 1/2 goutte à 1 goutte;
Toutes les deux heures.

Administré aux doses ordinaires à une personne à l'état normal, le premier effet observé est la diminution des pulsations sans autre symptôme notable.

Avec des doses plus fortes, il produit des nausées, des vomissements; pâleur, froideur de la surface, sueur, augmentation de la sécrétion urinaire, picotements dans les extrémités, impuissance de mouvoir les muscles; réduction de la fréquence des pulsations et de la respiration; et sensation de prostration complète sans trouble notable des facultés intellectuelles.

Thérapeutiquement, il n'est pas nécessaire de porter ses effets au plus haut degré, et alors il est administré de la manière suivante :

1° Comme un sédatif artériel simple dans les maladies organiques et fonctionnelles du cœur et des artères, à la dose de 8 gouttes, trois fois par jour;

2° Dans les fièvres, soit idiopathiques, symptomatiques ou traumatiques, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie et la fièvre chirurgicale, quand elles ne sont pas trop graves, le veratrum viride est administré à la dose de 8 gouttes toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'il se produise de la nausée, qui annonce que l'effet est produit.

On a trouvé que le pouls peut être maintenu pendant toute la durée de certaines maladies à 60, 70, 80, 90 ou 100 pulsations par minute sans danger, et qu'il y a une réduction correspondante de la fréquence de la respiration, chaleur de la surface, et enfin de tous les symptômes fébriles. La maladie n'est pas détruite, mais en modérant l'excitement de la circulation, une partie des dangers de la maladie sont conjurés, le malade va mieux, et grâce à ce que les forces vitales sont en quelque sorte ménagées, la guérison est mieux assurée et plus rapide.

Lorsque ces mêmes affections fébriles sont d'un caractère plus grave, le veratrum viride est administré autrement. Il est donné alors à haute dose, jusqu'à la production des effets complets. Dans ce cas, on constate qu'il a tous les bons effets de la phlébotomie sans la perte d'une seule goutte de sang.

Après une saignée, on a :

1° Une réduction de la réplétion, de la force et de la fréquence du pouls;

2° Une influence sédative indirecte sur le système nerveux;

3° Une diminution de la masse totale du sang.

Le veratrum viride produit le premier et le second résultat de la perte du sang, mais non le troisième. Il a, en conséquence, tous les avantages de la saignée sans ses effets nuisibles.

Comparé avec la digitale, le veratrum viride a une action plus prompte et plus sûre.

Comparé avec l'antimoine, le veratrum viride n'est pas ordinairement purgatif aux doses complètes; il ne change pas directement le caractère du sang, et ses effets ne sont pas aussi permanents.

Comparé avec l'aconit, il n'est pas aussi dangereux, car jusqu'à présent aucun cas authentique d'empoisonnement n'a été rapporté. Il n'est pas narcotique; l'intelligence reste parfaitement lucide pendant son usage.

Comparé avec le colchique, le veratrum ne purge pas aussi uniformément, et il est moins diurétique.

Voici quelques faits à l'appui de ce qui précède :

Obs. I. — *Pneumonie*. Un homme d'une forte corpulence, âgé de vingt et un ans, fut trouvé le 18 mai 1857 avec les symptômes suivants : face injectée, céphalalgie, douleur et matité à la percussion, et râles muqueux du côté gauche du thorax (partie inférieure); toux et expectoration sanguinolente; pouls à 120.

On lui administre le tartrate d'antimoine et de potasse à doses émétiques, auxquelles devaient succéder de petites cuillerées de la potion de Rivière.

Le 19, pouls à 104, inspirations à 28; langue sèche et jaune; dix à douze déjections. L'antimoine est continué à des doses nauséuses, et une potion composée de parties égales de sirop de scille et de teinture d'opium et de camphre, fut donnée par doses de 4 grammes pour calmer la toux.

Le 20, pouls et respiration dans le même état; douleur à la pression à l'hypogastre gauche. Le tartre stibié est discontinué; on prescrit 6 gouttes de teinture de veratrum viride par heure.

Le 21, le malade n'a pas pris le veratrum viride, ainsi qu'il avait été ordonné. Délire pendant la nuit.

Le 22, le veratrum viride a été pris. Pouls à 80; inspirations à 32. Le malade se sent mieux. Douleur disparue. Il a bien dormi.

Le 23, le malade, pensant qu'une plus grande quantité du médicament le guérirait tout à fait, prend à peu près 60 gouttes dans l'espace de vingt-quatre heures. Il s'ensuit de fréquents vomissements et une transpiration abondante; le pouls tombe à 40. Peu à peu, il remonte à 60, et la maladie est arrivée peu après à une heureuse terminaison.

Obs. II. — Le père du malade qui fait le sujet de l'observation précédente, avec les mêmes symptômes rationnels et physiques d'inflammation du lobe inférieur du poumon droit; il continue à avoir le pouls à 120 pulsations jusqu'à l'administration de la teinture de veratrum viride. Cinq doses de 6 gouttes toutes les deux heures firent tomber le pouls à 96, et il resta stationnaire tant que le remède fut donné.

Un jour, le remède ayant été omis, le pouls remonta. A la reprise du médicament, le pouls finit par tomber à 80. Le malade guérit bientôt.

Obs. III. — Une fille de six ans, dans l'éruption de la scarlatine, avait le pouls à 120. Après six doses de 3 gouttes chacune de la teinture, le pouls tomba à 60, avec quelques nausées. L'administration du médicament fut suspendue, et le pouls marqua 108. Le médicament fut repris à la même dose, mais par intervalles de deux heures, et le pouls se tint de 60 à 80 jusqu'au septième jour de la maladie, époque à laquelle la malade entra en pleine convalescence.

Obs. IV, du docteur B. Cutter père. — *Fièvre puerpérale.* Mme J. B..., le 20 décembre, eut un accouchement naturel.

Le 24 au matin, froid, frissons très-marqués. La nourrice lui donna de l'eau chaude avec du cognac, jusqu'à ce que la réaction s'ensuivît.

A trois heures et demie, douleurs dans les intestins, dans les lombes et les jambes; langue humide. La malade accuse une soif très-vive; le pouls est à 88. — Calomel, opium, et jalap à doses purgatives, en même temps que huit gouttes de teinture toutes les deux heures; fomentations avec l'infusion de houblon et du camphène (essence de térébenthine distillée) sur l'abdomen.

Vers le soir, n'ayant obtenu aucun effet purgatif, on fit prendre à la malade de la poudre de jalap et de bitartrate de potasse. Aucun effet n'ayant été produit, le lendemain, de bonne heure, on lui donna dix pilules cathartiques composées U. S. P. (*Pharmacopée* des États-Unis), qui produisirent un excellent effet purgatif. Le veratrum viride fut administré durant toute cette période, et en suffisante quantité pour amener plusieurs vomissements. Son pouls fut réduit à 50, et oscilla entre 50 et 64.

Le 26, les symptômes étaient favorables, et la malade fut considérée comme étant en pleine convalescence.

M. le docteur A. B. Crosby, chirurgien de brigade U. S. A. (armée des États-Unis), a écrit une lettre à la Société médicale de Middlesex-Est, Massachussetts, dans laquelle il annonce qu'il a employé le veratrum viride après des opérations chirurgicales intéressant le péritoine, et qu'il en a obtenu beaucoup de succès par la diminution des symptômes fébriles. Le docteur Cutter regrette de ne pouvoir produire ces différentes observations, mais il espère que le concours des chirurgiens français ne lui manquera pas pour procéder à l'essai d'une substance recommandée à tant de titres dans son pays.

Dans l'intention d'offrir au public médical de France l'occasion d'essayer ce médicament, qui a acquis une très-grande réputation en Amérique, M. F. Cutter a prié M. Bureaud Riofrey, pharmacien interne de l'hôpital des Cliniques, de vouloir bien être son intermédiaire, et de délivrer gratuitement aux praticiens qui désireraient en faire l'essai un échantillon de la teinture.

La formule la plus employée est la suivante :

Eau de tilleul.	80 grammes.
— de fleurs d'oranger. . .	10 —
Sirop de capillaire ou autre. . .	80 —
Teinture de veratrum viride. .	3 gr. (60 gouttes.)

M. S. A.

Une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant les indications.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 septembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux Mémoires *sur la lèpre*, par M. le docteur Alessandro Rambaldi, médecin en chef de la léproserie de San-Rémo. (Commissaire, M. Gibert.)

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de l'Aisne et de la Meurthe. (Commission des épidémies.)

3° Le rapport sur le service médical des eaux minérales de Saint-Alban (Loire), par M. le docteur Gay; de Vittel (Vosges), par M. le docteur Patézon; de Vic-sur-Cère (Cantal), par M. le docteur Veauthoriac. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Deux rapports sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Saint-Quentin pendant l'année 1861, par M. le docteur Demoncheaux. (Commission des épidémies.)

2° M. Trousseau présente, au nom de M. le docteur Koulakowski, professeur à l'Académie de Saint-Pétersbourg, un travail intitulé : *Considérations générales sur la vie organique.*

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. POGGIALE, au nom de la commission des eaux minérales, lit plusieurs rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le goître exophthalmique. La parole est à M. Beau.

Suite de la discussion sur le goître exophthalmique.

M. BEAU commence par se défendre de la prétention que M. Trousseau lui a prêtée relativement à la priorité d'observation du goître exophthalmique.

Je n'ai jamais eu, dit-il, aucune prétention à cet égard. C'est évidemment un malentendu de la part de M. Trousseau. J'ai dit que j'avais observé des cas de goître exophthalmique, mais après la description qu'en a donnée M. Charcot, qui a publié la première observation de cette affection en France.

M. Trousseau m'a reproché de n'avoir vu qu'un fond anémique et cachectique dans cette maladie. Mais tous les médecins qui l'ont observée ont constaté ce fond anémique. Notre collègue trouve qu'on abuse de l'anémie; c'est que l'anémie est en effet très-commune et joue un rôle considérable dans la pathologie. M. Trousseau n'a-t-il pas dit quelque part, lui-même, que l'anémie constituait le fond de presque toutes les maladies des femmes?

Notre collègue a voulu faire du goître exophthalmique une maladie spéciale, une entité morbide nouvelle; il s'est fondé sur un certain groupe de phénomènes nerveux qui, suivant lui, appartiendraient en propre à cette maladie. Mais ces phénomènes nerveux singuliers, ces symptômes mobiles, qui ont paru tant le frapper, se rencontrent très-fréquemment dans l'anémie et la chlorose. Je ne leur trouve rien qui soit particulier à la maladie en question. Tout ce qui constituerait, d'après lui, la collection symptomatique de la maladie de Basedow, se retrouve dans la chlorose. Ce que M. Trousseau a donné comme un caractère tout à fait spécial à cette maladie, le frémissement qu'on perçoit à la région du cou, se retrouve dans certains cas de chlorose très-intense; il m'est arrivé souvent, en effet, de constater chez les sujets chlorotiques un frémissement très-sensible à la naissance de l'artère carotide. J'ai vu notamment l'hiver dernier, à l'hôpital de la Charité, deux femmes qui présentaient ce symptôme à un si haut degré qu'on n'aurait probablement pas manqué de reconnaître chez elles une cachexie exophthalmique, si elles avaient eu un goître ou la saillie du globe de l'œil.

M. Trousseau, pour démontrer que la maladie de Basedow n'est point une cachexie, a cité des sujets qui avaient le teint frais et même coloré. Mais il resterait à savoir comment ils étaient avant, et si cette apparence de santé n'est déjà pas relativement à l'état antérieur un certain degré de détérioration. Il y a, à cet égard, des degrés et des nuances infinies qui sont souvent très-difficiles à apprécier. Dans quelques cas, a-t-il dit, il y a eu même un état pléthorique tel qu'il a fallu recourir à des saignées. Mais n'y a-t-il pas aussi dans certaines chloro-anémies des bouffées sanguines de ce genre sur un fond anémique, de même qu'on voit de ces congestions momentanées, de ces pléthores apparentes pendant la grossesse, où il y a cependant un fond anémique admis aujourd'hui par tout le monde?

On m'a objecté encore qu'à Bicêtre, à la Salpêtrière, où l'on voit beaucoup de sujets cachectiques, on n'observe que très-exceptionnellement le goître et l'exophthalmie. Sans doute, je l'accorde. Mais cela n'est pas une raison pour faire du goître exophthalmique une maladie spécifique. Il faut distinguer le genre et l'espèce. M. Trousseau veut l'espèce et ne veut pas le genre; il veut admettre une entité morbide spéciale ayant pour caractère principal l'anémie, et il ne veut pas reconnaître le genre anémie dont cette maladie n'est qu'un cas particulier. Je ne voudrais pas dire par là que les anémies les plus simples, celles que l'on peut produire artificiellement, don-

nent lieu au goître et à l'exophthalmie ; non, mais elles peuvent y prédisposer.

Un mot sur l'état du cœur. M. Trousseau a comparé l'état du cœur chez les sujets atteints de la maladie de Basedow à l'hypertrophie des femmes grosses. Je suis aussi de cet avis. Mais il y a, à cet égard, une distinction importante à faire. Il y a plusieurs ordres de phénomènes qui suivent l'anémie, des phénomènes immédiats et des phénomènes consécutifs ou éloignés. M. Beau entre ici dans quelques détails sur des expériences de Marshall-Hall qui démontrent que l'anémie a pour effet de produire des battements artériels d'une grande puissance, au point que dans une de ses expériences il en est résulté une hémorrhagie cérébrale. Ces phénomènes, ajoute-t-il, rentrent dans le groupe des anémies de la grossesse, de l'anémie des nègres, etc.

En résumé M. Trousseau, ne voulant ni de l'anémie ni de la cachexie, s'en tient à la théorie de la névrose. Pour lui le goître exophthalmique est une névrose. Il établit même une sorte d'antagonisme entre les anémies et les névroses. Volà en quoi je ne puis être de son avis. Lorsque ces phénomènes s'excluent, on observe des névroses chez les anémiques et chez les cachectiques. Rien n'est plus commun même que la névrose sur un fond anémique. Je pourrais citer, et c'est par là que je terminerai, l'exemple d'un malade actuellement dans mon service à la Charité, qui a une hystérie reposant sur un fond anémique.

M. BOUILLAUD. M. Trousseau persiste à vouloir établir une chose qu'il ne peut pas définir. A part le goître, l'exophthalmie, l'anémie et les palpitations, toutes choses fort connues assurément, qu'y a-t-il donc de nouveau dans la maladie de M. Trousseau, je le demande? Absolument rien.

M. Trousseau m'a reproché, comme à M. Beau, d'avoir voulu m'attribuer en quelque sorte la priorité dans cette question, parce que j'ai dit avoir déjà observé les phénomènes dont il s'agit. Je les avais vus en effet, et si je n'en ai pas entretenu l'Académie, comme je suis dans l'habitude de le faire pour tous les faits importants que j'ai l'occasion d'observer, c'est que, à part les symptômes dont je viens de parler, et qui, je le répète, n'ont rien de nouveau, je n'ai vu dans ce groupe qu'un *quid ignotum* qui ne m'a pas paru suffisant pour constituer une entité morbide nouvelle.

Notre collègue a fait à cette occasion une distinction entre voir et connaître. Cette distinction est très-juste assurément. L'une est une fonction des sens, l'autre une fonction de l'esprit. Mais je ne vois pas ce que cette distinction a à faire ici, car ici on n'a rien vu ni rien connu.

Quant à l'anémie et à la chlorose, je ne pense pas que personne ait été plus que moi à même de les bien étudier. Depuis plus de trente ans, il ne se passe pas de jour que je n'aie occasion de voir commettre à cet égard les erreurs les plus grossières, et cela dans toutes les écoles et dans tous les pays. M. Trousseau a bien tort lorsqu'il dit qu'on a abusé beaucoup de la chlorose. Au contraire, à mon avis, on ne la voit pas assez où elle est, car rien n'est plus commun. Aussi qu'y a-t-il d'étonnant qu'on ait constaté la chloro-anémie chez les sujets qui ont le goître et l'exophthalmie? La chloro-anémie, d'une part, est si fréquente qu'il n'y a rien de surprenant à coup sûr qu'elle se rencontre chez ces sujets, comme chez tant d'autres qui peuvent présenter en même temps d'autres phénomènes morbides; mais ce n'est là, je le répète, qu'une simple coïncidence. Il en est de même des pulsations cardiaques et artérielles.

Donc, encore une fois, il n'y a aucune espèce de rapport nécessaire, aucun lien pathologique entre le goître exophthalmique et l'anémie et les palpitations. Je dis donc, et ceci, qu'on le remarque, n'est pas une opinion, mais l'expression d'un fait, que l'anémie et les palpitations se trouvent tous les jours et partout par milliers, tandis que le goître exophthalmique est très-rare. Je ne suis donc sur ce sujet ni de l'opinion de M. Trousseau ni de l'opinion de M. Beau, comme M. Trousseau a paru le croire.

M. Trousseau, pour appuyer sa théorie de la névrose, a fait une sorte de voyage autour du monde nosologique; il a cherché ses preuves dans la physiologie amusante. Il a fait l'histoire de l'érection, il a imaginé un priapisme de la glande thyroïde et du globe oculaire. Mais il n'a pas fait attention que l'état de la thyroïde et celui de l'œil sont deux choses très-différentes et qui n'ont rien de commun entre elles. L'exophthalmie est un déplacement de l'œil, une luxation, comme il l'appelle, et non point une hypertrophie, tandis que la thyroïde est le siége d'une véritable hypertrophie. Mais M. Trousseau tient absolument à faire de cette maladie quelque chose de nouveau, et qu'imagine-t-il pour cela? Il en fait une névrose, comme s'il y avait rien de moins nouveau, rien de plus vulgaire et depuis plus longtemps connu que les névroses.

Enfin, M. Trousseau m'a reproché à mon tour, à propos de l'étiologie, d'avoir fait un système. D'abord je n'ai point prétendu, comme il le dit, attribuer le développement du goître exophthalmique à l'onanisme exclusivement, mais à tous les excès en général et à tous les abus des fonctions sexuelles. Je n'ai pas fait de système du tout, j'ai posé seulement des conclusions. Or ces conclusions n'autorisaient nullement à dire que j'eusse un système. Ces conclusions, que je crois devoir maintenir après la brillante argumentation de M. Trousseau, les voici :

1° Des trois éléments attribués à la maladie appelée par M. Trousseau maladie de Basedow ou de Graves, il en est un, l'élément cardiaque, qui n'a nul rapport nécessaire avec les deux autres; ce qui renverse de fond en comble le fragile édifice de la fameuse triade d'origine germanique.

2° Entre les deux autres éléments, ce n'est point un rapport d'identité qu'il faut admettre, puisque l'exophthalmie appartient à la classe des déplacements, tandis que le goître appartient à celle des excès de nutrition ou des hypertrophies. La coïncidence de ces deux états est soumise à des conditions qui ne sont pas toutes encore suffisamment connues. Mais il faut tenir compte dès à présent de l'influence qu'exerce dans certains cas la compression des veines jugulaires externes par le corps thyroïde tuméfié.

3° L'étiologie ou la pathogénie du goître exophthalmique ne paraît pas avoir fixé suffisamment l'attention de nos prédécesseurs. Pour notre part, nous avons cru devoir signaler comme l'une des causes, sinon comme la cause essentielle, le genre d'excès si commun et si fécond en graves accidents, dont Tissot et Lallemand ont fait une étude spéciale.

Fractures multiples des maxillaires supérieurs. — M. GOFFRES présente à l'Académie un malade guéri de fractures multiples des maxillaires supérieurs à l'aide de l'appareil suivant, fabriqué sur ses indications par M. Charrière fils, dont on connaît l'activité en pareilles circonstances.

Deux tiges en acier (O, O, figure 1), présentant en haut une coulisse (N) et en bas une capsule (U, U), viennent, à l'aide de deux vis (I I, fig. 2), prendre leur point d'appui sur une pelote (G) fixée sur le front au moyen de deux arcs de cercle et de lanières en tissu de caoutchouc (A, B, C, D, E, F, H, K, L, M).

La capsule gauche a tout simplement la forme de l'arcade alvéolaire, tandis que la droite présente un prolongement destiné, en s'adaptant à la voûte palatine, à maintenir les portions mobiles fracturées (U, U, fig. 2); ces deux capsules sont revêtues d'une couche de gutta-percha préalablement ramollie (T, T). A la tige droite vient s'adapter une tigelle bifurquée (P, Q, R, S, S'), afin de pouvoir l'introduire dans la rainure (X) d'une pelote (V), qui, adaptée au reste de l'appareil, permet de refouler d'avant en arrière le maxillaire supérieur à l'aide d'une vis de rappel (fig. 2), ainsi qu'on peut le voir dans la figure 3, qui représente tout l'appareil fixé et adapté aux parties malades.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour la place de chef-interne, médecin résidant, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sera ouvert le mercredi 26 novembre prochain.

Ne seront admis audit concours que des docteurs en médecine ou en chirurgie non mariés ou veufs sans enfants.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 28 octobre inclusivement, au secrétariat de l'administration des hospices, à Bordeaux.

La durée des fonctions du chef-interne est de trois ans. Pendant ce temps, il est nourri, logé, chauffé et éclairé; il reçoit un traitement annuel de 1,200 fr.

— Notre collègue, M. A. Rey, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, nous communique le fait suivant, dont nous jugeons la publication aussi utile sous le rapport de l'hygiène préservatrice qu'elle est intéressante au point de vue scientifique :

« Un propriétaire de Neyron, près de Lyon, a conduit mardi 26 août, vers quatre heures du soir, à l'École vétérinaire, une ânesse qu'on soupçonnait être affectée de la rage. Cette bête, âgée de cinq ans, avait présenté les premiers symptômes de cette maladie le 24, c'est-à-dire deux jours auparavant. Elle a succombé dans la nuit qui a suivi son entrée dans les hôpitaux de l'École.

» Les symptômes principaux qu'on a observés étaient le refus des aliments et des boissons, l'altération de la voix qui était devenue rauque, et une grande propension à se mordre sur diverses parties du corps. — A l'autopsie, on n'a trouvé, comme cela est ordinaire, aucune lésion caractéristique de la rage.

» Une particularité très-importante à noter relativement à ce fait, c'est que cette ânesse avait été mordue au nez le 16 mai par un chien de chasse enragé. L'incubation aurait donc duré *plus de trois mois.*

» Ainsi, plus on étudie, plus on observe cette terrible maladie à ce dernier point de vue, et plus on est convaincu qu'on ne saurait trop prolonger le temps qu'exige une surveillance active et nécessaire pour éviter de grands malheurs. » (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— L'*Union des anciens étudiants de l'Université de Bruxelles* informe le public qu'elle a cette année à conférer plusieurs bourses et des subsides. Les bourses sont de 300 francs et donnent droit à la fréquentation gratuite des cours de l'Université de Bruxelles. Les jeunes gens qui voudraient obtenir une bourse ou un subside, doivent en adresser la demande, avant le 1er octobre, à M. Albert Picard, président de l'*Union*, rue de la Fiancée, 16, à Bruxelles. Ils doivent joindre à leur requête leur acte de naissance et des renseignements sur les études qu'ils ont faites et sur celles qu'ils se proposent de faire.

— Dans un récent procès on a vu l'un des principaux acteurs invoquer les prières du curé d'Ars, sans négliger en même temps de s'assurer une bonne recommandation auprès du procureur général.

Est-ce à une semblable alliance de pensées, à cette espèce d'*en cas* qu'est due l'invention du *chapelet-chaîne électro-galvanique ?* Nous ferons suffisamment connaître à nos lecteurs ce nouvel agent en extrayant du prospectus les considérations d'hygiène appliquée à la dévotion, ou de dévotion appliquée à l'hygiène, sur lesquelles son inventeur en base l'indication :

« Toute guérison vient de Dieu; et si sa bonté a caché dans certains corps de la nature un remède à nos maux, il est évident que l'homme obtiendra plus sûrement ce bienfait par la prière, surtout si, en se livrant à cet exercice, il se sert d'un chapelet composé de ces mêmes corps dans l'alliance desquels la Providence a répandu le précieux agent destiné à lui rendre la santé. »

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 104. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1862. (35e ANNEE.) N° 104. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Recherches cliniques sur les affections pseudo-membraneuses. — Pseudo-phlegmon iliaque droit, consécutif à une péritonite chronique puerpérale. — Emploi de l'alcoolature d'aconit contre la métrorrhagie. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ (M. Demarquay). Kyste du testicule ou de la tête de l'épididyme, contenant un liquide semblable à du lait. — Vice de conformation du bassin; application de forceps; grossesse multiple, double version podalique. — Polypes du nez guéris par le bichromate de potasse. — Diarrhée chronique; viande crue. — Traitement palliatif de la fétidité de l'haleine. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 27 août. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Recherches cliniques sur les affections pseudo-membraneuses (1).

Quels sont les caractères cliniques des affections pseudo-membraneuses?

Pour résoudre cette question, M. Laboulbène l'a d'abord circonscrite en mettant en parallèle les fausses membranes bucco-pharyngiennes, choisissant de préférence la vraie diphthérie et le muguet avec végétaux, qui sont les plus dissemblables, et faisant intervenir les fausses membranes scarlatineuses et celles des stomatites ulcéro-membraneuse et mercurielle comme termes de comparaison.

Voici le résumé des caractères de ces diverses affections :

Productions plastiques diphthériques, grisâtres ou jaunâtres, disposées par plaques plus ou moins épaisses au milieu d'un boursouflement de la muqueuse, adhérentes, pouvant plus tard devenir brunâtres, noirâtres, ayant l'aspect gangréneux et une grande fétidité; muqueuse sous-jacente à peine excoriée et non ulcérée.

Productions du muguet ayant la forme et l'aspect de petits points blancs arrondis, de petits grains séparés ou de petits îlots de substance blanche, réunis entre eux, adhérents à la muqueuse au début, faciles à enlever plus tard; muqueuse à peu près saine au-dessous.

Productions de l'angine scarlatineuse pultacée, enduisant uniformément comme une crasse blanchâtre, facile à entamer les amygdales et le pharynx, ou disposées sous forme de petites lames foliacées, blanchâtres, ayant peu l'apparence couenneuse.

Productions de la stomatite ulcéro-membraneuse sous forme de plaque sphacélée; d'abord jaunâtre et molle, fortement adhérente dans son milieu, laissant après sa chute une ulcération bientôt revêtue d'une exsudation blanchâtre, qui peut devenir brunâtre et exhaler une odeur fétide; aspect de bouillie plâtreuse ou grisâtre des gencives.

Productions de la stomatite mercurielle formant des concrétions grisâtres, peu adhérentes, recouvrant ou non des ulcérations; muqueuse blafarde, boursouflée.

Congestion, rougeur, chaleur, inflammation légère, marquant le début de toutes les affections pseudo-membraneuses, bucco-pharyngiennes.

Sécheresse initiale de la bouche; le produit étranger apparaît ensuite en soulevant l'épiderme et s'étalant pour la *diphthérie;* en ulcérant, en outre, les surfaces pour la *stomatite ulcéro-membraneuse;* en naissant sur les saillies papillaires ou entre elles, près de l'orifice des glandules pour le *muguet*. Salivation ou au moins humidité buccale accompagnant les productions pseudo-membraneuses. La salivation précède l'ulcération et les concrétions buccales dans la *stomatite mercurielle*.

La *diphthérie* siége de préférence sur les amygdales, le pharynx, le voile du palais, la cavité buccale proprement dite; le *muguet* occupe presque exclusivement cette dernière et les voies digestives. La *stomatite ulcéro-membraneuse* attaque un des côtés de la bouche, sur la face interne des joues ou le bord alvéolaire. Les *concrétions stomato hydrargyriques* se déposent sur la muqueuse gingivale, génale ou linguale. L'*angine pultacée* revêt la muqueuse rouge et sèche des tonsilles et du pharynx.

La *diphthérie* aime le larynx, selon l'expression de M. Trousseau; elle tend à gagner les voies aériennes. Le *muguet* reste limité au tube alimentaire.

La *diphthérie* est, de toutes les maladies pseudo-membraneuses, celle dont les produits plastiques sont les plus prompts à se produire et à s'étendre au loin, à se manifester sur plusieurs points à la fois.

Jusqu'ici, on vient de voir les caractères diagnostiques nets et tranchés qui ne permettent pas d'hésiter sur la facile appréciation du cas auquel on a affaire. Mais si l'on a à se prononcer sur une production membraniforme, blanchâtre, buccale ou pharyngienne, développée sur un point qui n'est plus celui de prédilection de la maladie, arrivée sans qu'on sache de quelle manière, présentant, en un mot, des caractères mixtes et incertains, la question ne sera plus aussi aisée. C'est précisément pour faciliter l'étude de ce problème souvent difficile, que M. Laboulbène s'est livré à l'étude anatomo-pathologique des diverses fausses membranes. Ne pouvant entrer ici dans les détails que comporterait cette partie importante du travail de notre savant confrère, nous nous bornerons à en indiquer les résultats généraux.

Les diverses fausses membranes composant un groupe très-diversifié suivant leurs causes, les organes où elles siégent, leur composition anatomique et leur terminaison, M. Laboulbène les divise en deux grandes sections, suivant leur non-persistance ou leur persistance dans l'organisme, ou en fausses membranes proprement dites et en néo-membranes; les premières comprenant les productions pseudo-membraneuses de la diphthérie, productions couenneuses simples des diverses muqueuses bucco-pharyngienne, intestinale, nasale, laryngée, bronchique, oculaire et génito-urinaire; les pellicules des ulcères chroniques, des plaies, de la pourriture d'hôpital, les disques varioleux, les concrétions sanguines membraniformes et tubulées des organes circulatoires. Les deuxièmes, les fausses membranes adhérentes des séreuses, les diverses adhérences et cicatrices.

Une autre division, ou plutôt une subdivision des fausses membranes comprises dans la première classe, plus importante encore au point de vue clinique, est celle qui consiste à les distinguer suivant les conditions très-différentes de localisation ou de généralisation dans lesquelles elles se manifestent, savoir : celle où l'organisme fonctionnant d'ailleurs régulièrement, une cause efficiente, telle que l'action du tartre stibié, de la cantharide, etc., vient à agir localement sur le tégument et y produit une fausse membrane; celle où l'organisme entier subissant une impression maladive, soit par une influence de milieu, soit par une maladie antérieure, ou par une cause générale, telle que la constitution médicale régnante, une épidémie, une cachexie spéciale, etc., les fluides nourriciers sont modifiés et les surfaces tégumentaires prédisposées à produire des fausses membranes ou des exsudations plastiques. On voit au premier coup d'œil combien cette distinction est capitale au point de vue pratique.

L'application de ces donnécs à l'étude spéciale des exsudations de la diphthérie et à l'étude comparative des diverses fausses membranes non diphthériques, constitue une histoire clinique à peu près complète de toutes ces maladies. Pour ne donner qu'une idée d'une classe seulement de ces maladies, celles qui occupent la cavité buccale et pharyngée, voici un tableau qui en résume les diverses espèces avec leurs caractères principaux :

Les affections ou maladies diverses de la cavité buccale et pharyngée avec production de fausses membranes comprennent :

La pharyngite et très-rarement la stomatite diphthérique, locale ou générale, simple ou infectieuse, primitive ou secondaire, sporadique ou épidémique.

La stomatite et pharyngite herpétique, vésiculo-ulcéreuse avec fausses membranes épaisses (angine couenneuse commune); vésiculo-ulcéreuse avec des fausses membranes très-minces (angine aphtheuse fébrile des auteurs).

La pharyngite scarlatineuse, pultacée, et avec des productions membraniformes plus ou moins épaisses, à productions foliacées et lamelliformes.

Stomatite et rarement pharyngite ulcéro-membraneuse des enfants (stomatite couenneuse de beaucoup d'auteurs); des soldats (gangrène scorbutique de Bretonneau).

Stomatite et pharyngite inflammatoires simples ou catarrhales avec un enduit léger, avec des productions blanchâtres dans les cryptes des amygdales, avec des exulcérations revêtues d'une très-légère exsudation blanchâtre ou grisâtre.

Stomatites ou pharyngites avec des ulcérations diverses recouvertes de pseudo-membranes, ulcérations dues à une cause inflammatoire ou ulcéreuse, ou dépendant d'une fièvre (fièvre typhoïde); à une cause diathésique (scrofules, syphilis); à une cause interne, médicamenteuse caustique ou toxique (mercure, tartre stibié, cantharidine, iode, arsenic); à une cause traumatique (corps étranger, pression d'un fragment de dent cariée, etc.).

Nous n'avons voulu, par cette rapide analyse, qu'indiquer seulement l'étendue et l'importance des recherches cliniques auxquelles s'est livré sur ce sujet M. Laboulbène. Nous ne pouvons que renvoyer à son livre pour ceux qui seront désireux de consulter les faits instructifs qu'il renferme, et nous aurons nous-même plus d'une fois à y puiser, à l'occasion, soit pour le diagnostic comparatif, soit pour le traitement de ces affections.

(1) Voir la *Revue* de samedi 30 août.

Pseudo-phlegmon iliaque droit, consécutif à une péritonite chronique puerpérale.

Tout le monde connaît les beaux travaux de M. Bernutz sur la pelvi-péritonite et sur les tumeurs de l'excavation pelvienne consécutives à cette maladie, tumeurs de nature inflammatoire, chronique, avec redoublements aigus, que l'on décrivait dans ces dernières années sous le nom de phlegmons péri-utérins, mais qui n'étaient que des pseudo-phlegmons ou des masses phlegmoneuses simulées par des fausses membranes et des adhérences entre les divers organes de l'excavation pelvienne.

Mais n'y a-t-il pas aussi des pseudo-phlegmons analogues venant proéminer à la région iliaque, et qu'on aurait pris jusqu'ici pour des phlegmons iliaques?

Un fait que vient d'observer M. Gosselin à l'hôpital de la Pitié, ne laisse aucun doute à cet égard.

Une jeune femme de vingt-quatre ans était entrée dans le service de M. Jaccoud, en ce moment suppléant de M. Bernutz, pour des douleurs de la région iliaque droite, survenues six semaines ou deux mois après un accouchement. Une tuméfaction avait été constatée dans cette région; elle s'était avancée peu à peu vers la peau, et la fluctuation avait fini par être assez nettement appréciable.

C'est alors que la malade passa dans le service de M. Gosselin. Ce chirurgien ne trouva pas dans les commémoratifs l'indice d'une péritonite franche, et les symptômes locaux et généraux qui lui furent racontés l'autorisèrent à penser qu'il s'agissait d'un phlegmon suppuré de la fosse iliaque, en dehors de la gaîne du psoas. Et comme le toucher vaginal faisait constater un empâtement mal circonscrit de l'excavation pelvienne, M. Gosselin pensa ou que ce phlegmon venait du ligament large, ou qu'il coïncidait avec une pelvi-péritonite de cette excavation.

Quoi qu'il en soit, l'abcès fut ouvert et donna issue à une notable quantité de pus fétide.

Au bout de quelques jours, la malade, qui était déjà très-affaiblie, perdit encore de ses forces. Elle eut un frisson violent, une diarrhée incoercible, n'offrit ni les vomissements, ni la douleur abdominale, ni le ballonnement de la péritonite générale, et succomba.

A l'autopsie, on trouva un épanchement séro-purulent dans les deux plèvres, et du pus dans une partie des réseaux lymphatiques superficiels des deux lobes pulmonaires inférieurs, double lésion, qui pour M. Gosselin sont l'indice d'une infection purulente. Il y avait, en outre, une notable quantité de pus dans la cavité péritonéale, où se trouvaient des adhérences nombreuses évidemment de date ancienne. Il a été constant que le péritoine, enflammé depuis longtemps, avait suppuré pendant les derniers jours, et qu'en conséquence la malade avait eu une de ces péritonites larvées qu'on observe quelquefois dans l'infection purulente consécutive à l'accouchement, ou aux opérations pratiquées sur l'utérus, telles que l'excision des polypes, l'amputation du col utérin.

Le foyer qui avait été ouvert au-dessus du ligament de Fallope, était tout à fait distinct du tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque droite, lequel était dans une intégrité parfaite, ainsi que celui de la gaîne du psoas. Il était circonscrit par plusieurs anses intestinales et par des fausses membranes extrêmement épaisses, accolées les unes au péritoine pariétal, les autres sur les anses intestinales et entre elles, et ces fausses membranes étaient certainement assez consistantes et assez nombreuses pour avoir pu donner lieu pendant la vie à la tumeur douloureuse, dure et volumineuse, qui, pour tous les cliniciens, caractérise la première période du phlegmon iliaque.

Nul doute donc qu'aux abcès enkystés consécutifs à la péritonite franche et déjà connus, il faut ajouter l'abcès enkysté de la fosse iliaque, précédé d'une tumeur pseudo-membraneuse dont l'apparence et la marche sont celles du phlegmon, et qu'en conséquence, à côté du phlegmon vrai de la fosse iliaque, il faille placer ce pseudo-phlegmon si analogue à celui de l'excavation pelvienne.

Quant à savoir si le diagnostic sera toujours facile et jusqu'à quel point il sera utile, M. Gosselin en appelle à l'observation ultérieure pour résoudre cette question.

Emploi de l'alcoolature d'aconit contre la métrorrhagie.

Ce n'est pas d'un agent nouveau ni d'une médication nouvelle qu'il va s'agir, mais d'une application utile d'un des agents

les plus actifs de la matière médicale. Conduit par l'induction, c'est-à-dire, prenant en considération les propriétés physiologiques de l'aconit, en particulier son action stupéfiante sur le système capillaire, M. le docteur Marrotte s'est demandé s'il ne réussirait pas là où avaient échoué d'autres hémostatiques de l'utérus. C'est à l'expérience clinique qu'il en a appelé. Voici quelques-uns des résultats qu'il a obtenus sur des malades de son service de l'hôpital de la Pitié, et qui se trouvent consignés dans une note publiée dans le dernier fascicule du *Bulletin de thérapeutique* :

Une femme de vingt-sept ans, Madeleine S..., ouvrière fleuriste, d'un tempérament lymphatique, d'une forte constitution, entre à la Pitié le 10 novembre de l'année dernière.

Accouchée il y a six mois, elle contracta à cette époque une syphilis dont elle offrait, lors de son entrée, les manifestations secondaires. Ses règles avaient paru pour la dernière fois trois semaines auparavant, et depuis lors l'écoulement sanguin n'avait pas cessé d'être assez abondant. On constata l'abondance de cette perte à la présence de caillots assez volumineux; et comme cette femme était atteinte en même temps d'embarras gastrique, on lui fit prendre tout d'abord un vomitif. Le troisième jour, la perte continuant, M. Marrotte prescrivit l'alcoolature d'aconit à la dose de 4 grammes.

Le jour suivant, la perte était suspendue. — On continua l'alcoolature d'aconit à la même dose.

Le cinquième jour, la perte n'étant point revenue, on cesse le médicament et la malade demande sa sortie.

M. Marrotte a soin de faire remarquer qu'il n'existait dans ce cas aucun état organique de l'utérus capable d'expliquer cette perte, à laquelle la syphilis elle-même lui paraît avoir été tout à fait étrangère.

— Le 12 mai dernier, entrait dans la même salle la nommée J..., cuisinière, du même âge, assez vigoureusement constituée. Elle n'a jamais fait de maladie sérieuse, et n'a pas eu d'enfants. Ses règles n'ont jamais présenté d'irrégularité. Il y a deux mois seulement, sans cause connue, elle a éprouvé dans la fosse iliaque gauche une douleur d'abord assez légère, qui s'irradiait dans les reins et dans la cuisse du même côté. Bientôt cette douleur devint plus vive; la menstruation n'en conserva pas moins sa régularité normale. Huit jours après la cessation des règles, la malade ayant pris un vomitif et s'étant livrée en même temps à des efforts violents, fut prise d'une hémorrhagie utérine intense. Elle n'en continua pas moins à travailler pendant quinze jours encore; l'hémorrhagie persistant avec des différences marquées d'intensité. Enfin, épuisée par une perte incessante, elle se détermina à entrer à l'hôpital.

Voici quel était alors son état : visage pâle, bourdonnement dans les oreilles, brouillard devant les yeux pendant la station verticale, qui est pénible. L'appétit est diminué; selles rares; bruit léger au cœur et dans les gros vaisseaux. Le soir, le pouls s'accélère. En découvrant la malade pour pratiquer le toucher, on s'aperçoit que la chemise est tachée par une quantité notable de sang. Le col de l'utérus est à l'état normal. Par le palper abdominal, on ne constate l'existence d'aucune tumeur dans la fosse iliaque. M. Marrotte prescrit un julep gommeux avec 4 grammes d'alcoolature d'aconit.

Le 13 au soir, l'hémorrhagie était arrêtée.

Le même traitement est continué les jours suivants. Jusqu'au 19, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. Le 20, on en cesse l'emploi.

Le 23, la malade sort guérie de sa métrorrhagie.

— Chez une jeune femme récemment accouchée, atteinte de ménorrhagie durant depuis un mois, une varioloïde intercurrente augmente la perte et lui donne des proportions assez considérables pour engager à recourir à une médication active. On a recours à l'aconit. Dix grammes d'alcoolature, répartis sur trois jours, ont fait cesser cette perte, qui, après un mois de durée, avait pris, sous l'influence de l'état fébrile varioleux, les proportions d'une véritable métrorrhagie.

— Une autre femme, traitée dans le service pour une métrite simple, pour laquelle on employait tantôt l'alun, tantôt le nitrate d'argent, est prise de varioloïde. Le même jour commence une perte intense, qui se prolonge tout le jour, avec émission de quelques caillots et d'une grande quantité de sang liquide. On prescrit 3 grammes d'alcoolature d'aconit deux jours de suite, 4 grammes le troisième jour. La perte est arrêtée après cette dernière dose.

— Dans aucune de ces observations on n'a constaté de lésion utérine à laquelle pût se rattacher l'hémorrhagie. Il en a été de même chez plusieurs malades de la ville auxquelles M. Marrotte a prescrit le même moyen pour des hémorrhagies utérines plus ou moins abondantes.

M. Marrotte a également fait usage de cette médication chez des femmes atteintes d'hémorrhagies épiphénoméniques, de névralgies lombo-utérines, l'aconit lui ayant paru dans ce cas de nature à remplir la double indication fournie par la névralgie et par l'écoulement sanguin. Mais soit, dit-il, que le médicament ait été employé à dose insuffisante, soit qu'il ait eu affaire à des névralgies rebelles à l'action de l'aconit, il n'a pas obtenu de résultat de nature à l'encourager dans la poursuite de ses essais.

Il en a été de même des hémorrhagies liées à la métrite aiguë ou chronique, ou à la pelvi-péritonite. Le meilleur hémostatique dans ce cas a été le traitement de la maladie elle-même. Chez les femmes chlorotiques ou épuisées par des pertes de sang, l'aconit n'a pas eu les effets prompts et évidents obtenus dans les faits qui précèdent. M. Marrotte dit s'être beaucoup mieux trouvé de la teinture de cannelle. L'aconit a également échoué chez une femme accouchée depuis un mois, chez laquelle l'utérus était le siége d'une congestion atonique. Il a réussi, au contraire, chez une malade qui conservait des lochies sanguines une huitaine de jours après la fièvre de lait.

Si ces faits sont insuffisants pour déterminer d'une manière positive les indications de l'aconit dans la métrorrhagie, ils autorisent du moins, ainsi que M. Marrotte le fait justement remarquer, à considérer ce médicament comme efficace dans les hémorrhagies utérines essentielles, c'est-à-dire liées à une simple fluxion, et plus particulièrement à la fluxion menstruelle exagérée. On a vu dans les faits précités qu'une dose de 2 à 4 grammes d'alcoolature a été, en général, suffisante pour arrêter la perte. Dans quelques cas cependant, où il s'agissait d'hémorrhagies symptomatiques, M. Marrotte a pu élever progressivement cette dose jusqu'à 8 ou 10 grammes en vingt-quatre heures, sans inconvénients.

On rapprochera avec utilité les résultats thérapeutiques que nous venons d'exposer des faits analogues que nous avons empruntés, il y a quelque temps, à la clinique de M. Beau.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Kyste du testicule ou de la tête de l'épididyme, contenant un liquide semblable à du lait. — Maladie improprement nommée galactocèle par Vidal (de Cassis).

X..., âgé de dix-huit ans, né aux Antilles espagnoles, entra dans mon service, à la Maison municipale de santé, le 24 juillet 1862, pour se faire traiter d'une tumeur du scrotum. Interrogé sur les antécédents de sa famille, ce jeune homme nous apprend que son père est mort après avoir été malade pendant sept ans, et que les médecins qui lui ont donné des soins ont dit qu'il avait succombé à une maladie de poitrine. Sa mère existe et jouit d'une bonne santé. Il a eu trois frères et quatre sœurs. Un de ses frères est mort en bas âge et il ignore de quelle maladie. Aucun de ses deux frères n'a été atteint d'une affection du scrotum ; lui-même a toujours joui d'une bonne santé, à part quelques maladies qu'il aurait eues pendant son enfance, et sur lesquelles il ne peut donner aucun renseignement.

Il y a trois ans, après avoir eu la fièvre intermittente pendant quinze à vingt jours, il s'aperçut qu'il se développait au-dessus du testicule gauche une tumeur molle. Jamais il n'avait reçu de coup sur le scrotum, jamais il n'avait éprouvé aucune douleur dans cette région.

La tumeur augmenta peu à peu ; plus tard le testicule augmenta aussi de volume. Dans le commencement, la tumeur était surtout apparente lorsqu'il était debout; lorsqu'il se couchait, elle lui semblait moins grosse, mais toujours un des côtés du scrotum était un peu plus volumineux que l'autre. Pendant deux ans il fit des frictions avec une pommade jaune dont il ignore la composition et des fumigations de café sur le scrotum. Au mois d'avril de l'année 1861, il consulta un médecin qui lui fit faire, pendant une semaine, des onctions avec une pommade noire qui fit enlever l'épiderme; en même temps le testicule du côté droit se gonfla, et il apparut aussi un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine qui ne disparut qu'au bout de trois mois. Dans cet état, il contracta une blennorrhagie qui dura deux mois, mais qui ne s'est jamais accompagnée d'orchite; toutefois, il conserva toujours un peu de blennorrhée tous les matins. Vingt jours avant son entrée à la Maison de santé, ce jeune homme a contracté une seconde blennorrhagie, et l'on constate à son entrée, outre la tumeur scrotale, un écoulement par le méat urinaire d'un liquide blanc jaunâtre; toutefois la verge ne présente aucune tuméfaction; les lèvres du méat urinaire sont seulement un peu rouges, et le malade n'éprouve aucune douleur en urinant.

En examinant la région scrotale, on trouve que la partie gauche est plus volumineuse que la droite; on trouve inférieurement une tumeur souple, molle, et qui offre tous les caractères normaux du testicule ; mais au-dessus existe une seconde tumeur plus volumineuse que la première ; elle est molle, très-fluctuante, parfaitement circonscrite, n'envoie aucun prolongement du côté du canal inguinal, n'offre aucun pédicule, et l'on sent au-dessus le cordon dans l'aine. La tumeur est oblongue et séparée du testicule par une partie rétrécie, une sorte de collet, et il est impossible de la refouler vers l'abdomen ni de repousser le liquide vers la partie inférieure du scrotum.

En présence de ces caractères, je pensai qu'il s'agissait d'un kyste du testicule ou de la tête de l'épididyme, et le lendemain je fis une ponction à la tumeur; il sortit par la canule un liquide épais, opaque, blanc jaunâtre, et je le remplaçai par une injection iodée, solution de Guibourt. Je regrette de ne pas avoir cherché, avant l'opération, la transparence que je n'aurais probablement pas trouvée. Le malade fut en état de sortir le 6 août.

Les auteurs ont signalé depuis longtemps les variétés de couleur que présente souvent le liquide de l'hydrocèle. A. Cooper et après lui Curling ont dit que ce liquide contient quelquefois une certaine quantité de matière blanchâtre, légère, produit de l'inflammation chronique; Cooper ajoute qu'il avait souvent rencontré cette coloration dans les hydrocèles d'individus qui avaient vécu dans les Indes occidentales. Suivant le chirurgien anglais, cette matière blanchâtre est constituée par de la lymphe coagulable qui se précipite d'un liquide plus aqueux.

C'est sans doute à cette espèce d'hydrocèle que doivent être rapportées les tumeurs opérées chez le même malade par Vidal (de Cassis), tumeurs qu'il a désignées sous le nom de *galactocèles*, mot qui me paraît impropre, car on n'y a pas trouvé les globules du lait; de plus, il est impossible qu'il y ait sécrétion de lait là où il n'y a pas d'organe sécréteur; enfin, ce mot de galactocèle convient d'autant moins que déjà il est consacré pour désigner une tumeur constituée par l'accumulation du lait dans les vaisseaux galactophores, affection qui a été fort bien décrite par M. le professeur Jobert (de Lamballe) et M. Forget.

M. A. Després rapporte dans sa thèse inaugurale (1861) que M. le professeur Velpeau a vu en 1860 un épanchement de liquide blanc bleuâtre dans la tunique vaginale. Le liquide, examiné par M. le professeur Ch. Robin, n'a présenté aucun des caractères du lait ; il était salé, mais ne se coagula point spontanément, et les éléments gras qui furent trouvés n'étaient pas très-différents de ceux qui se rencontrent dans le pus.

Une particularité d'étiologie m'a frappé en rapprochant mon observation de celle qui fut publiée par Vidal, c'est que les deux malades avaient habité pendant plus ou moins de temps les Antilles, le malade de Vidal pendant douze ans, et j'ai rapporté plus haut qu'A. Cooper avait rencontré souvent des hydrocèles dont le liquide était blanc chez les individus qui avaient vécu dans les Indes occidentales; il est vrai qu'il ajoute avoir vu pareille chose sur des individus qui avaient toujours vécu en Angleterre, et le malade de M. Velpeau a vu se développer sa tumeur pendant qu'il était en France.

Quel était le siége de la tumeur ? Il est probable que c'était un kyste de l'épididyme, quoique l'on n'y ait pas trouvé de spermatozoaires. M. Ch. Robin penserait volontiers que chez le malade de M. Velpeau le liquide provenait de la rupture d'un kyste du testicule ou de l'épididyme dans une hydrocèle, quoiqu'il n'ait pas trouvé de spermatozoaires dans le liquide évacué.

Dernièrement j'ai extrait d'une tumeur volumineuse des bourses un liquide blanchâtre ; je l'examinai au microscope, et je découvris des débris de zoospermes.

Je pense que chez le malade dont je viens de rapporter l'observation, il s'agissait d'un de ces grands kystes de l'épididyme, à liquide opaque, sur lesquels M. le professeur Gosselin a appelé l'attention; toutefois ces kystes contiennent des spermatozoïdes, tandis que l'examen du liquide que j'ai extrait n'a pas permis de les découvrir. Peut-être les frictions irritantes que le malade a faites sur le scrotum à un certain moment ont-elles produit dans le kyste un degré plus ou moins prononcé d'inflammation qui aura modifié la nature du liquide primitivement contenu dans la tumeur.

Voici l'étude chimique du liquide, faite par M. Ch. Lecomte, provenant de la tumeur improprement appelée galactocèle, opérée par M. Demarquay :

Les tumeurs de la tunique vaginale, improprement désignées sous le nom de galactocèles, sont très-rares, et nous avons les premiers, M. Grassi et moi, donné un examen chimique du liquide de ces tumeurs.

M. Demarquay ayant eu l'obligeance de me remettre un liquide trouble provenant de la ponction d'une hydrocèle, il me fut facile de reconnaître à première vue un liquide analogue à celui qui nous avait été remis il y a une dizaine d'années par M. Vidal (de Cassis).

Ce liquide peu abondant (environ 50 grammes) présente assez exactement l'aspect d'une émulsion de jaune d'œuf, de teinte un peu terreuse, ou plus exactement des urines chyleuses. Il n'offre aucune odeur; sa réaction est légèrement alcaline.

Au microscope, il est impossible d'y découvrir de spermatozoïdes, mais on voit facilement une multitude de globules graisseux excessivement fins, parmi lesquels on en trouve çà et là de plus volumineux.

Le liquide chauffé à l'ébullition ne se coagule pas ; mais si on y ajoute une goutte ou deux d'un acide quelconque, il se produit par la chaleur un abondant coagulum, ce qui pourrait faire croire à l'existence d'une substance albuminoïde analogue à la caséine ; mais, ainsi que le prouvent les faits suivants, cette substance est en presque totalité formée par de l'albumine tenue en dissolution par des carbonates et phosphates alcalins.

Lorsqu'en effet on ajoute à une portion de liquide un excès de sulfate de magnésie cristallisé, qui possède la propriété de précipiter à froid la caséine, on obtient par la filtration un liquide limpide, qui coagule abondamment par l'ébullition sans addition d'acide, preuve évidente de l'existence dans notre liquide d'une grande quantité d'albumine.

Le sulfate de magnésie resté sur le filtre fut dissous dans l'eau distillée, et le liquide ayant été porté à l'ébullition pour coaguler l'albumine qu'il pouvait contenir, on obtint par une nouvelle filtration une liqueur limpide qui donnait à l'ébullition, après addition de quelques gouttes d'acide acétique, des flocons assez abondants d'une substance analogue à la caséine.

Une portion de liquide coagulée par une goutte d'acide chlorhydrique a donné un sérum qui n'a fourni aucune réduction avec le liquide cupro-potassique, ce qui indique l'absence complète du sucre.

Vingt grammes de liquide desséché à 100° jusqu'à deux pesées constantes ont donné :

Résidu sec.	1gr,503

Ce résidu a fourni :

Matières grasses fusibles à 38°. . . .	0gr,064

Ce résidu incinéré a donné :

Matières minérales.	0gr,152

Ce qui donne pour la composition de 100 parties de liquide :

Substances albuminoïdes.	6gr,435
Matières grasses fusibles à 38°. . . .	0gr,320
— minérales.	0gr,760
Eau.	92gr,485
Total.	100gr,00

Les matières grasses présentent un point de fusion plus faible que celui de la margarine, et semblent être un mélange de cette substance avec l'oléine, circonstance qui les rapproche de la fusibilité du beurre.

Les substances minérales se composaient d'oxyde de fer, de carbonate et de phosphate de soude, surtout de chlorure de sodium; il n'existait que des traces de chaux et de sulfates.

Le liquide qui fait le sujet de cette analyse renferme donc des matières grasses, émulsionnées par des substances albuminoïdes; là s'arrête sa ressemblance avec le lait, car la majeure partie des substances azotées est formée par de l'albumine; la matière grasse elle-même s'y trouve en très-faible quantité; quant au sucre, il y manque complétement; il est vrai que dans le premier liquide que nous avons analysé il existait une petite quantité de sucre; mais dans ce cas, les cendres ne renfermaient pas de phosphates; on voit donc qu'il existe une différence très-grande entre le lait et le liquide des tumeurs désignées jusqu'à ce jour sous le nom de galactocèles; il se-

rait à désirer que les chirurgiens trouvassent pour ces tumeurs un nom plus en rapport avec les faits.

VICE DE CONFORMATION DU BASSIN.

Application de forceps. — Grossesse multiple, double version podalique.

Par M. le Dr FAYOLLE, de Champsanglard (Creuse).

Mme G..., âgée de quarante-six ans, est d'un tempérament fort et vigoureux, d'une bonne constitution; réglée d'assez bonne heure, elle l'a toujours été régulièrement; elle n'a pas fait de maladies graves; elle a toujours eu une vie active et laborieuse, et éprouvé beaucoup de fatigues. Mariée à quarante-deux ans, elle est devenue enceinte la première année de son mariage; une fausse couche est survenue à trois mois de grossesse. Redevenue enceinte l'année d'après, la grossesse a suivi régulièrement son cours; quelques malaises, des insomnies assez fréquentes furent les seuls troubles qui survinrent pendant la gestation.

Les premières douleurs de l'accouchement se firent sentir le 17 décembre 1860, dans la journée. Je me rends près de la malade à dix heures du soir; les douleurs ne sont pas violentes et ne viennent que par intervalles assez longs; j'administre quelques doses de seigle ergoté. J'avais constaté dès mon arrivée un rétrécissement considérable du détroit inférieur du bassin, ce qui me fit craindre pour la terminaison heureuse de l'accouchement.

L'enfant se présente en première position. Les douleurs sont faibles et continuent ainsi le 18 et le 19. L'enfant n'a pas avancé beaucoup; la tête est pourtant au détroit inférieur.

Enfin le 20, dans la nuit, voyant que les forces de la malade s'épuisaient et que l'enfant ne serait pas expulsé, je me détermine à faire une application de forceps à deux heures du matin. Comme je l'avais constaté, j'ai un enfant mort depuis quelques jours avec un commencement de putréfaction; la peau s'enlève sous la main et il sort un liquide roussâtre. La malade a souffert beaucoup pour l'arrachement de l'enfant, ce qui tient à son volume considérable et à l'étroitesse très-grande du détroit inférieur. L'opération a été pénible pour moi et assez longue. J'ai été obligé de retirer une des branches du forceps et de la réappliquer, vu les douleurs qu'elle causait à la malade. La faiblesse de la femme était extrême après l'accouchement.

Je lui prescris un régime doux, des lavements émollients, et seulement du bouillon les premiers jours. Le mieux se fait sentir de jour en jour; et enfin, au commencement de février, elle est bien rétablie; il survient seulement un peu d'incontinence d'urine que je combats avec les pilules d'extrait de noix vomique. Après cette époque la malade reprend ses habitudes et ses occupations accoutumées.

Elle redevient enceinte en 1861, malgré les conseils que j'avais donnés. La grossesse marche régulièrement: et malgré quelques troubles légers, elle se livre pourtant à ses occupations habituelles.

Le 7 janvier 1862, en dînant, un os assez volumineux lui reste dans la gorge; elle éprouve des symptômes de suffocation. Je suis appelé en toute hâte; je me rends près de la malade, et je la trouve dans une position fâcheuse: de la suffocation, une douleur très-grande à la gorge, et faisant des efforts de déglutition sans aucun résultat. Je cherche à lui introduire une sonde dans la gorge pour faire descendre l'os. Cette opération détermine chez la malade un effort de vomissement très-considérable, qui fait que l'os est rendu; cet os est à peu près triangulaire et large au moins de 2 centimètres: la malade est soulagée.

Le lendemain matin 8 janvier, les douleurs d'accouchement se font sentir sous l'influence des violents efforts de vomissement de la veille. Les douleurs, faibles d'abord, ont augmenté dans la soirée. Il y a une présentation vicieuse de l'enfant. Procidence du cordon ombilical et sortie du bras gauche de l'enfant. Je rentre le cordon et le bras, pour essayer de changer la présentation, ce qui n'a pas lieu. Alors je vais chercher les pieds et je fais la version. J'ai un enfant mort. Je constate, en l'examinant, qu'il n'est pas à terme; il n'a pas le développement que doit présenter un enfant de neuf mois, quoique la mère assure être au terme de sa grossesse.

La malade n'a pas autant souffert qu'à son premier accouchement; car la tête de cet enfant n'était pas grosse, et n'a, par conséquent, pas éprouvé autant de difficultés pour franchir le détroit inférieur.

Une heure après l'accouchement, j'ai tenté de faire la délivrance; le cordon était très-grêle, du volume d'une plume d'oie; il s'est rompu sous les efforts de traction que je faisais pourtant avec beaucoup de ménagement.

Le défaut de développement de l'enfant, la faiblesse du cordon se rapportaient peu à la déclaration de la mère, qui affirmait être à terme; tout cela laissait un certain doute dans mon esprit. Je ne pouvais me rendre compte de ce que je voyais qu'en supposant un second enfant.

Vers cinq heures du soir, des douleurs très-vives commencent à se faire sentir. Le placenta n'est pas venu, il est vrai; mais ces douleurs ressemblent trop à celles qui sont nécessaires pour un accouchement pour s'y méprendre.

Je dis à la malade que je vais chercher le placenta; car elle était tourmentée de ne pas l'avoir expulsé. J'examine, au lieu de cela, la position du second enfant. Je le trouve, en effet, mais très-élevé, dans le côté droit de la matrice. Je touche les pieds, qu'il m'est impossible de saisir. J'engage la malade à pousser vigoureusement pour chasser le placenta, dis-je, étant alors bien certain de la grossesse multiple. J'en fais part au mari de la malade et à sa sœur; je leur dis même plus, que le second enfant est vivant, et qu'il faut espérer qu'il viendra au monde vivant. Cette assertion de ma part les console un peu de la perte des deux premiers.

Le travail a marché lentement jusqu'au lendemain, à huit heures du matin; je rompis les membranes, les fesses se présentent au détroit inférieur. L'enfant est à terme et assez volumineux, parfaitement développé. La malade était épuisée de fatigue. Je me détermine sur-le-champ à faire la version. Je vais chercher les pieds, comme pour le premier; je sors promptement l'enfant, à l'exception de la tête, qui se trouve retenue au détroit inférieur.

Je sens parfaitement les battements du cœur et ceux du cordon de l'enfant. J'exerce des tractions assez fortes sans résultat appréciable; le cordon se trouve malgré moi comprimé entre les os du bassin de la mère et la tête de l'enfant, ce qui détermine sa mort malgré toutes les précautions que j'aie pu prendre. Les douleurs étaient presque nulles à cette époque, ce qui a fait que la tête est restée longtemps engagée.

A dix heures du matin, je délivre la malade; le second cordon avait le volume ordinaire; il n'y avait qu'un placenta qui présentait dans un endroit des caillots de sang noir provenant sans doute de la rupture du premier cordon.

Le 9 au soir, je vais voir la malade; elle est aussi bien que possible pour sa position; elle se plaint seulement de douleurs vives à la vulve et au rectum; elle urine bien, mais elle éprouve de la cuisson au passage de l'urine. Je lui prescris une infusion de tilleul, que je fais alterner avec une infusion de guimauve et de graine de lin.

Le 10, même état; pas de fièvre; une cuillerée de bouillon de poule; montée du lait; on la change de linge, ce qui la fatigue un peu.

Le 11, pas de fièvre; deux bouillons.

Le 12, même état; pas de fièvre; trois bouillons; elle dort passablement la nuit.

Le 13, même état; elle sent un peu d'appétit; on ajoute du vermicelle à son bouillon.

Le 14, même état; un lavement purgatif, qui produit un bon effet; gonflement et engorgement des seins.

Le 15, les seins sont moins douloureux; quelques coliques; difficulté pour uriner; addition de nitrate de potasse dans la tisane; on donne moins à manger.

Le 16, pas de sommeil la nuit; agitation assez grande; lavement de guimauve; pas de douleurs de ventre ni des seins.

Le 17, la journée a été bonne; un peu de fièvre le soir avec frisson; la malade dort; ce matin, le ventre est un peu sensible à la pression, surtout à droite; douleur dans la cuisse du même côté.

Les 18, 19 et 20, la malade va très-bien; on lui donne des aliments solides; pas de fièvre.

Le 22, elle commence à se lever pour faire faire son lit. Je continue à la voir jusqu'à la fin du mois; elle va de mieux en mieux.

Le 1er mars, elle a repris ses occupations antérieures, qui sont assez pénibles, et n'a plus éprouvé de dérangement dans sa santé.

POLYPES DU NEZ GUÉRIS PAR LE BICHROMATE DE POTASSE;

Par M. le docteur FRÉDÉRICQ.

L'emploi du bichromate de potasse et de l'acide chromique, soit comme caustiques, soit comme de simples modificateurs locaux, n'est pas, comme on sait, une nouveauté. Dès 1827, le docteur Cumin recommanda l'emploi d'une solution concentrée de bichromate de potasse en application topique sur les élévations en forme de tubercules, sur les excroissances et sur les verrues. En 1850, MM. Bouneau, Hauche, Puche et d'autres imitèrent son exemple et appliquèrent le bichromate de potasse au traitement des végétations syphilitiques et des pustules muqueuses. D'autre part, MM. les professeurs Schulz et Sigmund (de Vienne) ont fait usage de l'acide chromique en solution concentrée et en pâte aqueuse dans le traitement des condylômes, des tumeurs hémorrhoïdales, etc., et M. Hairion a recommandé le même médicament, en solution concentrée, dans le traitement de certaines ophthalmies granuleuses.

Ayant constaté l'efficacité du bichromate de potasse dans le traitement des végétations syphilitiques, M. le docteur Frédéricq en a appliqué l'emploi au traitement des polypes muqueux du nez. Le résumé de ces expériences a fait l'objet d'un mémoire que l'auteur a adressé à la Société de médecine de Gand, et sur lequel M. Dumoulin a présenté un rapport favorable.

M. Frédéricq a traité par le bichromate de potasse une vingtaine de cas de polypes du nez, et cela avec un succès constant.

Au moyen d'un petit pinceau, il applique une couche d'une solution aqueuse saturée de bichromate sur la partie accessible du polype, en évitant autant que possible d'humecter les parties voisines, et cette opération est répétée chaque fois. Elle ne provoque généralement ni démangeaison ni douleur; mais au bout d'un temps variable (ordinairement trois ou quatre jours), le polype devient le siége d'une sorte d'inflammation qui se communique quelquefois au nez; celui-ci se gonfle alors, et souvent un liquide aqueux et un peu âcre s'écoule des fosses nasales. Mais cette inflammation ne doit inspirer aucune inquiétude; elle ne dure jamais deux fois vingt-quatre heures.

C'est pendant la durée de cette espèce d'irritation qu'il se fait un travail actif de résorption; une fois l'irritation dissipée, on peut constater que le polype a disparu en partie ou en totalité.

M. Frédéricq a vu quelquefois une eschare sèche et brunâtre se former sur la tumeur, sans que le résultat du traitement en fût d'ailleurs modifié.

Lorsque les premiers signes de l'inflammation se manifestent dans la tumeur (ce qui se reconnaît à la douleur), M. Frédéricq suspend immédiatement l'application du bichromate, pour y revenir ensuite, s'il y a lieu, dès que l'irritation est calmée. Il n'est pas rare de voir guérir les polypes au bout de cinq ou six jours, après une seule application. Une fois que la guérison est obtenue, la récidive est rare. La même remarque s'applique souvent aux végétations syphilitiques guéries par ce traitement.

Les cas de polype soumis à ces applications variaient entre eux pour le nombre, le volume et la forme. Les sujets atteints étaient des femmes, dont plusieurs avaient dépassé la cinquantaine. Tous ces polypes étaient muqueux, à l'exception d'un seul qui était fibreux, et qui ne paraît pas avoir été guéri radicalement.

L'auteur observe aussi la résorption prompte de végétations syphilitiques et de plaques muqueuses, ainsi que la disparition beaucoup plus lente des verrues par l'emploi du même moyen. Pour ces premières affections, l'inflammation fut assez fréquente, et il se produisit même souvent une vraie mortification, preuve évidente qu'il y avait eu une véritable cautérisation. Toutefois, d'après l'ensemble des faits observés par M. Frédéricq, l'action du bichromate consisterait à exercer sur les tumeurs un puissant travail de résorption: « Diminuer la force de composition des tissus vivants et augmenter leur force de décomposition, voilà à quoi semble se réduire son action. »

Cette conclusion est assez différente de ce que l'expérience paraît avoir enseigné aux différents expérimentateurs désignés ci-dessus. On peut sans doute expliquer cette divergence d'opinion par la composition anatomique spéciale des polypes muqueux, que M. Frédéricq a eue surtout en vue.

Il est à noter enfin que jamais le bichromate de potasse n'a produit, entre les mains de M. Frédéricq, les symptômes dynamiques qui succèdent à son absorption.

(*Annales de la Société de médecine de Gand.*)

DIARRHÉE CHRONIQUE. VIANDE CRUE.

Nous avons plusieurs fois signalé les heureux effets obtenus par l'administration de la viande crue aux malades affectés de diarrhée chronique. Deux cas de prompte guérison, observés dans le service de M. Bouchut, viennent confirmer l'excellence de cette médication chez les enfants.

Une petite fille de sept ans avait une diarrhée ancienne à laquelle on avait en vain opposé le sous-nitrate de bismuth. M. Bouchut diagnostiqua une entérite chronique non tuberculeuse, et prescrivit 60 grammes de viande crue par jour.

Dès le troisième jour les selles étaient moulées.

Un autre enfant de douze ans allait cinq ou six fois à la selle chaque jour. Toutes les médications avaient échoué, et l'amaigrissement était extrême. On lui donna, comme à la précédente, 60 grammes de viande crue par jour, et après trois semaines de ce régime, les forces et tous les attributs de la santé avaient reparu d'une manière notable.

La religieuse de la salle, femme très-intelligente, administre ce mets singulier, tantôt sous forme de boulettes roulées dans du sucre ou du sel, selon les goûts; d'autres fois elle l'interpose, comme une tranche de jambon, entre deux lamelles de pain beurrées ou chargées de confitures. Il y a mille manières de faire accepter cette pulpe, dont la saveur n'a rien, du reste, de désagréable. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

TRAITEMENT PALLIATIF DE LA FÉTIDITÉ DE L'HALEINE.

M. Thérouin recommande la formule suivante:

Chocolat ou café en poudre.	100	grammes.
Charbon végétal porphyrisé	30	—
Sucre.	30	—
Vanille	4	—
Mucilage de gomme	Q. S.	

Mêlez; faites des pastilles d'un gramme, qu'on administre depuis six jusqu'à huit par jour. (*Journ. de chimie méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 août 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Résection de la tête du fémur chez un jeune homme affecté de coxalgie. Mort. — M. DOLBEAU. Lorsque j'ai pris le service de M. le professeur Denonvilliers, que je remplace momentanément, j'ai trouvé dans les salles un jeune homme de dix-sept ans atteint d'une coxalgie suppurée, ayant des fistules tout autour de la hanche et arrivé à un degré très-avancé de marasme et d'épuisement. Il souffrait beaucoup, le sommeil était perdu, la diarrhée colliquative l'épuisait chaque jour davantage. Je me demandai si une opération ne pourrait pas amener une amélioration dans un état si grave, et, avant d'agir, je pris l'avis de M. Richet. Sur l'avis favorable émis par lui, je me décidai à opérer. Le malade fut transporté à l'amphithéâtre, et comme il souffrait beaucoup dans les moindres mouvements, je le chloroformai dans le brancard.

Lorsqu'il fut suffisamment anesthésié, je le fis placer sur le lit, et, faisant une incision, je découvris facilement la tête du fémur et je fis la section de l'os au-dessous du grand trochanter. Je pus après cette ablation examiner la cavité cotyloïde, qui, étant dépouillée du cartilage, fut ruginée et cautérisée avec le fer rouge. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, mais le malade eut une syncope assez inquiétante. Je rapprochai alors les lèvres de la plaie, et la jambe était tellement bien maintenue, que je ne jugeai pas utile de faire l'application d'un appareil. J'alimentai le malade, je lui donnai des cordiaux, mais il ne put réagir, et au septième jour il succomba.

L'autopsie ne nous révéla aucune lésion viscérale. Quant à la partie réséquée, j'ai l'honneur de la montrer à la Société, et l'on pourra voir que la tête était profondément altérée et que la surface de section était à peu près saine, ce qui nous permet de supposer que nous avions détruit tout ce qui était altéré.

Cette opération nous a paru légitime, malgré son issue fâcheuse, et nous sommes convaincu que si désormais on la pratique dans de meilleures conditions, on pourra réussir, et je suis persuadé que je trouverai des imitateurs.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS. Je crois que la question demande à être posée différemment. En ce qui concerne la hanche, il s'agit actuellement de savoir jusqu'à quelle époque la résection doit être entreprise, ou bien si l'ankylose n'est pas préférable. On a, du reste, parfaitement étudié la question de médecine opératoire, en ce qui regarde les têtes os-

seuses comme celles de l'humérus ou du fémur. L'absence d'hémorrhagie, la facilité de la manœuvre, l'accès de la cavité glénoïde ou de la cavité cotyloïde, tout cela est bien connu, et nettement indiqué dans le mémoire de Fawkes, qui a paru dans les *Archives* de Langenbeck.

Cependant, il est un point qui est encore débattu, c'est l'époque de la vie au delà de laquelle la résection ne doit pas être pratiquée. On a très-souvent fait la résection du genou, mais les résultats sont très-divers, suivant que l'on opère dans le bas âge ou plus tard, et, dans cette dernière condition, on n'a guère obtenu que des résultats très-malheureux. Il faut donc désormais tenir un grand compte de l'âge du malade.

Telle opération qui est praticable dans le bas âge, ne l'est plus dans un âge plus avancé. Pour la hanche, il faut faire cette détermination avant de conseiller l'opération. Si pour les résections du genou on décompose les divers cas d'opérations connus par périodes de 5 à 10 ans, on arrive à démontrer d'une manière évidente que de 5 à 10 ans les résultats sont très-satisfaisants, que de 10 à 15 ils sont encore très-favorables, mais qu'à partir de cette époque les chances de mort sont d'autant plus nombreuses que l'on s'en éloigne davantage. Il est dès lors permis de supposer que pour la hanche il en serait de même.

J'ai recueilli dans ce but tous les cas de résection du fémur, et j'en ai réuni 113 groupés en bloc ; ils ont donné 51 morts. Mais en les décomposant, je trouve les résultats suivants :

De 3 à 10 ans	54 opérés	14 morts	1 amputé.
De 10 à 15	34	14	
De 15 à 20	12	6	1 amputé 1 mort.
De 20 à 25	7	3	
De 25 à 30	6	4	etc., etc.
	113		

Cela démontre donc que les morts vont en augmentant à partir de 15 ans, et qu'au delà il n'est plus permis d'opérer.

M. Dolbeau a abandonné son malade sans pansement. Je ne saurais approuver cette conduite. Ordinairement on a grand soin d'appliquer une attelle brisée, dans le but d'immobiliser le membre en prenant un point d'appui sur toute la jambe et sur le ventre.

M. CHASSAIGNAC. Lorsque j'ai avancé, il y a quelques années, que dans les résections, au lieu d'incisions multiples ou lambeaux, il suffisait d'incisions simples et uniques, j'ai rencontré une certaine résistance dans les esprits. On me répondait que les incisions multiples étaient nécessaires pour que l'opération fût à l'aise. Aujourd'hui l'on peut voir que dans l'opération faite par M. Dolbeau, il a suffi d'une seule incision pour découvrir la tête fémorale et la cavité cotyloïde et que la manœuvre a été facile dans tous les temps. Je prends acte de cette déclaration, et je ne fais point de doute que peu à peu tout le monde ne se rallie à ma manière de procéder.

Quant au pansement consécutif, je suis de l'avis de M. Giraldès, je crois qu'il ne faut pas abandonner le membre à lui-même. Je veux bien reconnaître qu'ici il n'y a pas eu d'inconvénients à agir autrement, mais en thèse générale, après une résection, il faut se comporter comme si on avait une fracture à traiter. En contenant le membre dans une gouttière ou au moyen d'attelles, je crois que l'on évite une foule d'accidents. Si le sujet est mort dans ce cas, c'est qu'il était épuisé, mais je crois qu'il y avait indication à opérer ; l'avis donné par M. Richet est suffisant pour justifier la conduite tenue.

M. DOLBEAU. Je réponds à M. Giraldès que je n'ai pas prétendu innover. J'ai dit que dans notre pays la résection de la hanche était peu faite ; j'ai voulu seulement rapporter un cas qui m'a paru encourager à la pratique de cette opération. Quant à l'âge, il y a longtemps que l'on sait qu'il est pour beaucoup dans le succès des opérations.

Dans ce cas particulier, j'ai agi sur les instances du malade, et après l'avis de mes collègues. Quant au pansement, j'avais l'intention de l'appliquer ; j'avais même, dans ce but, fait préparer l'attelle coudée ; mais quand j'ai vu un résultat si beau, il m'a paru inutile de tourmenter le malade par cet appareil, que, du reste, j'aurais mis plus tard.

M. GIRALDÈS. M. Dolbeau ne m'a pas compris, ou bien n'a pas voulu me comprendre. Je n'ai pas dit que chez les enfants les opérations réussissent mieux que chez les adultes, cela est trop connu pour que je le dise ici. Ce que j'ai voulu dire, c'est que les résections des membres inférieurs donnent une mortalité plus grande que l'amputation ; j'ai dit que la limite d'âge à laquelle on doit s'arrêter n'a pas été établie, et que c'est là toute la question. Ainsi, quand pour la hanche on vient nous citer 90 cas de résection, quand pour le genou on nous en cite 228, je ne vois pas que l'on dise à quel âge on a fait l'opération. Ainsi faites, ces statistiques ne peuvent rien prouver en faveur de l'opération ou contre elle.

AUTRE COMMUNICATION.

Kyste du testicule ou de la tête de l'épididyme contenant un liquide semblable à du lait. Maladie improprement nommée galactocèle par Vidal (de Cassis). — M. DEMARQUAY lit sur ce sujet l'observation publiée plus haut.

DISCUSSION.

M. BAUCHET. En 1850, à l'hôpital des Cliniques, j'ai observé un kyste semblable à celui de M. Demarquay. Le liquide fut examiné au microscope par M. Galliet, et analysé par M. Regnauld. Nous constatâmes la présence d'une grande quantité de cholestérine, peu de graisse, et une absence complète de spermatozoïdes.

M. DESORMEAUX. Il me semble que M. Demarquay n'a pas dit si le liquide qu'il a retiré renfermait des globules de pus.

M. DEMARQUAY. Il n'y avait pas de globules de pus ; la cholestérine manquait totalement.

M. BROCA. L'apparence laiteuse ne peut être attribuée à la cholestérine ; car cette substance, que l'on rencontre assez fréquemment dans les hydrocèles, se présente sous forme de paillettes brillantes, micacées, et cependant le liquide n'en est pas rendu opaque. Je crois dès lors que la graisse est la seule cause de cette teinte de lait offerte par le liquide de certaines hydrocèles.

M. BAUCHET. Quand la cholestérine est en grande quantité, son influence sur la coloration du liquide ne serait-elle pas différente de celle qu'elle possède quand elle est en petite quantité ?

M. MOREL-LAVALLÉE. Il est bien certain que l'expression de *galactocèle* ne convient pas à ces collections liquides, puisqu'elle s'applique à une autre affection. Je propose donc la dénomination suivante : *kyste galactoïde*.

M. RICHET. Ces sortes de collections sont assez fréquentes. Il y a dix ans, j'en ai rencontré un cas des plus manifestes.

Le fils d'un cultivateur de Magny (Seine-et-Oise) m'avait été adressé avec recommandation. Il portait une tumeur des bourses que j'examinai très-attentivement ; je reconnus une hydrocèle, et je ne parvins cependant pas à trouver la transparence. Je fis la ponction, et il sortit un liquide qui était blanc comme du lait. Je le mis dans une fiole ; le lendemain, il y avait un dépôt au fond du vase, tandis que la surface du liquide était semblable à du petit-lait. Je fis examiner ce liquide par M. Robin, qui constata une grande quantité d'animalcules spermatiques. C'était certainement la présence de ces animalcules qui avait donné cette apparence laiteuse. Je dois dire que malgré cette apparence je fis l'injection iodée, et que les suites en furent très-heureuses. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

M. DEMARQUAY. Je prie M. Richet de nous dire s'il a fréquemment observé lui-même des cas semblables à celui que je rapporte.

M. RICHET. C'est la seule fois que j'ai observé un aussi grand nombre d'animalcules. C'est donc le seul fait bien caractérisé que j'aie pu étudier moi-même. Mais j'ai eu l'occasion de voir assez souvent des hydrocèles ou des kystes des bourses offrir des animalcules, quoique en moindre quantité que dans le premier cas dont je viens de parler sommairement.

M. DEMARQUAY. Je ne saurais trop faire la remarque que le liquide observé par M. Lecomte et par moi ne renfermait pas de zoospermes. J'avais déjà vu quatre ou cinq fois du liquide extrait des bourses avec apparence laiteuse, offrant des zoospermes. Ce qui fait que ma dernière observation est curieuse, c'est qu'elle diffère des autres par l'absence d'animalcules, quoiqu'elle leur ressemble par la couleur. Ici, liquide laiteux ; pas de dépôt, pas d'animalcules, aucun des caractères chimiques du lait ; voilà autant de particularités qui méritent de fixer l'attention.

M. RICHET. Le liquide recueilli par M. Demarquay ressemblait, au moment de son extraction, à celui que j'avais moi-même recueilli ; mais, le lendemain, il offrait un dépôt analogue à celui que j'ai observé.

M. DEMARQUAY. Sous tous les rapports mon liquide était semblable à du lait ; mais il ne renfermait pas de zoospermes ni de globules laiteux ; il ne contenait que de la matière grasse, et il ne formait pas de dépôt ; il se raréfiait en bas et se condensait à sa surface.

M. RICHET. J'insiste sur la différence qu'il y a entre mon observation et celle de M. Demarquay. Mon liquide offrait un dépôt blanchâtre, crémeux le lendemain de son extraction ; tandis que celui de M. Demarquay était épais à sa surface et plus séreux en bas.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BOINET. J'ai l'honneur de consulter la Société pour un cas de gonflement de la face dorsale de la main. Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, un peu lymphatique, n'ayant jamais eu de syphilis, ordinairement bien portant, qui sans cause connue s'est vu atteint d'une tuméfaction mal circonscrite de la face dorsale de la main. Cette tuméfaction siége au niveau du métacarpien du milieu, accompagnée de chaleur et de rougeur ; elle est d'une certaine consistance. On a cru d'abord qu'elle était sous l'influence de la syphilis ; mais un traitement antisyphilitique n'a rien produit. Je désire donc savoir : 1° quel est le diagnostic ; 2° quel traitement il convient d'employer actuellement.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. L'examen de ce malade me démontre qu'il est affecté d'une *ostéite fusiforme* occupant soit la superficie, soit l'intérieur de l'os. Cette inflammation peut se terminer par la suppuration, d'où production d'un abcès qui aura des conséquences plus ou moins graves, suivant qu'il siégera à l'intérieur ou à la surface de l'os. Tant qu'il n'y aura pas d'abcès, je conseille l'emploi de pommades fondantes, à l'iodure de potassium, par exemple, et un traitement général tonique. S'il y a abcès plus tard, il faut l'ouvrir. Dans le cas d'abcès sous-périostique, l'ouverture sera facile, mais il n'en sera plus de même si l'abcès se forme dans l'épaisseur de l'os. Il y aura alors à pratiquer une opération beaucoup plus grave.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le nommé Bonjean, dit le *Médecin aux urines*, exerçant dans l'arrondissement de Joigny, vient d'être condamné pour la cinquième fois, par le tribunal correctionnel de Joigny, à quinze francs d'amende pour exercice illégal de la médecine. Un docteur en médecine signait et écrivait les ordonnances sous la dictée de Bonjean.

— Savait-on que Dante a été pharmacien ? Le fait est maintenant certain. On a retrouvé sur un registre du quinzième siècle le nom de l'illustre poëte, figurant parmi les médecins et les pharmaciens, et inscrit au nombre de ces derniers en juillet 1282.

Au commencement de cette année, un de nos confrères nous a envoyé, pour prix de son abonnement, deux coupons d'*obligations de la ville de Paris*, nos 48,477 et 48,479.

Ces obligations sont sorties au dernier tirage, et seront remboursées à leur propriétaire à raison de 500 fr. chacune.

Nous tenons les deux coupons à sa disposition.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Hygiène de la première enfance, comprenant les lois organiques du mariage, les soins de la grossesse, l'allaitement maternel, le choix des nourrices, le sevrage, le régime, l'exercice et la mortalité de la première enfance, par E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie (enfants malades), professeur agrégé à la Faculté de médecine. In-18 de 376 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 105. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 105. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 SEPTEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

A la dernière séance de l'Institut on se serait volontiers cru assis sur les bancs de la rue des Saints-Pères. Les communications médicales ont primé les productions de la science générale, et par le nombre et par les développements qu'elles ont pris.

Notre grand physiologiste, M. Cl. Bernard, est d'abord venu lire un mémoire sur les phénomènes oculo-pupillaires produits par la section du nerf sympathique cervical. On sait que cette section produit :

Une augmentation de chaleur et de vascularisation du côté correspondant de la tête avec augmentation de la sensibilité des parties ;

Un rétrécissement de la pupille ;

Une rétraction du globe oculaire dans le fond de l'orbite avec saillie de la troisième paupière au-devant de l'œil ;

Un aplatissement de la cornée et une diminution consécutive du globe de l'œil.

L'exophthalmie, produite par le galvanisme appliqué au bout supérieur du nerf cervical sympathique coupé, complète l'exposition des phénomènes dus à cette section.

M. Cl. Bernard se propose d'entrer plus tard dans l'explication de ces phénomènes ; il se borne aujourd'hui à démontrer qu'au milieu des résultats mixtes et complexes de la section du sympathique cervical, on peut distinguer deux ordres de symptômes :

1° Des symptômes vasculaires et calorifiques tenant à une modification des vaisseaux qui se produit, sous l'influence des nerfs sympathiques de même nature, dans toutes les parties du corps ;

2° Des symptômes *oculo-pupillaires,* spéciaux à l'œil et à la pupille, et produits par des nerfs distincts des premiers.

Il résulte de cette communication que la distinction des nerfs vasculaires et calorifiques se poursuit partout dans l'organisme. Il existerait donc un système de nerfs spéciaux dont il faudra faire l'histoire à part, avec celle des circulations locales qu'ils régissent.

A cette importante communication a succédé la lecture d'un succès obtenu par M. Maisonneuve. Il s'agit du redressement du membre inférieur dans le cas d'ankylose angulaire du fémur. Le trop hardi chirurgien a trouvé dans la *rupture de l'ankylose* une nouvelle occasion de recommander sa méthode *diaclastique.* Sans employer l'expression énergique qu'arrachait à la presse médicale anglaise la nouvelle de la mise en action de cette méthode, nous nous bornerons à rappeler à M. Maisonneuve la manière sévère dont Bérard traita justement la machine proposée par M. Louvrier!

La physiologie expérimentale reprenant ses positions est venue ensuite, par l'organe de M. Schiff, exposer à l'Académie de nouvelles recherches sur les nerfs vaso-moteurs des extrémités. La section d'un filet inter-ganglionnaire du grand sympathique dans la région thoracique postérieure ou lombaire antérieure, c'est-à-dire dans un point assez éloigné de l'extrémité postérieure, donnerait lieu à un échauffement assez étendu de cette extrémité. Cet effet se montre sans qu'on ait touché au ganglion.

M. G. Colin, remplaçant M. Schiff à la tribune, avait pris *la sensibilité des artères viscérales* pour sujet de sa communication. Cet habile observateur a soumis les artères de la tête, du cou, de la poitrine, des parois abdominales et des membres, à divers genres d'irritation, sans produire de douleur appréciable. Les mêmes excitations portées sur les artères viscérales (estomac, rate, foie, pancréas, reins, intestin grêle et gros intestin) ont au contraire toujours provoqué des douleurs plus ou moins vives. Il faut donc distinguer les artères des organes de la vie animale, qui sont à peu près insensibles, des artères viscérales, qui jouissent d'une sensibilité manifeste.

Un médecin des Invalides, M. Q. de Ranse, a clos la partie médicale de cette intéressante séance en lisant une note sur une proportion considérable de sourds-muets dans deux cas d'alliance consanguine. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Du rachitisme.

(Leçon recueillie par M. A. DUBUC, interne du service.)

Vous avez pu voir en parcourant nos salles plusieurs enfants atteints de rachitisme bien caractérisé, avec des difformités sur lesquelles j'appelle votre attention, car je vais vous indiquer les moyens les plus propres à employer pour en obtenir la guérison.

On peut définir le rachitisme : un vice d'ossification avec ramollissement, courbure et déformation des os.

On trouve dans les auteurs une foule d'observations éparses qui démontrent d'une manière irrécusable l'existence du rachitisme dans des temps fort reculés ; mais la maladie n'a été décrite d'une manière dogmatique que depuis les travaux si remarquables de Glisson (1645).

Le rachitisme et l'ostéomalacie sont-ils deux maladies distinctes? Les opinions à cet égard sont partagées ; pour moi, j'admets avec Boyer leur complète identité : le rachitisme est l'ostéomalacie de l'enfance.

Voyons maintenant sous quelles influences naît habituellement le rachitisme ; mais, avant tout, laissez-moi vous indiquer une division que vous ne trouverez pas mentionnée dans les livres.

Je distingue le rachitisme *primitif essentiel*, celui qui est héréditaire, par exemple, ou dont la cause échappe aux investigations les plus attentives, et le rachitisme *symptomatique*, *secondaire,* lorsqu'il est la conséquence d'une maladie de l'enfance ou de mauvaises conditions hygiéniques.

A. *Rachitisme essentiel.* — Quand des parents, rachitiques dans leur enfance, donnent le jour à des enfants chétifs et rachitiques, au moment de la naissance ou peu après, l'influence héréditaire paraît incontestable. C'est là ce que j'appelle le rachitisme essentiel.

Le rachitisme congénital est rare. MM. Sontag (de Heidelberg, Depaul, Lecadre, en ont observé des exemples ; on peut voir au musée Dupuytren plusieurs squelettes d'enfants rachitiques de naissance.

Le rachitisme congénital, sans être héréditaire, peut dépendre de circonstances propres à la mère pendant la gestation, ou de conditions particulières qui gênent le développement du fœtus dans l'utérus, comme la compression vasculaire de l'un des fœtus dans les grossesses doubles ; il rentre alors dans la catégorie des rachitismes secondaires ou symptomatiques.

Il y a une autre variété de rachitisme essentiel, mais elle est fort rare. C'est celle qu'on observe chez des enfants placés dans de bonnes conditions hygiéniques, au sein de familles aisées et n'ayant pas été malades. Dans ces cas, la cause du mal échappe à l'observation la plus minutieuse.

B. *Rachitisme secondaire*, *symptomatique.* — En général, le rachitisme symptomatique se montre dans la première enfance, entre le troisième et le quinzième mois. Il est produit par le mauvais régime, l'alimentation insuffisante, l'habitation dans les lieux froids, humides et privés de lumière, et toutes les maladies de longue durée.

Une nourriture insuffisante ou mal choisie produit souvent le rachitisme chez les jeunes enfants. C'est ce qu'on observe chez les enfants des pauvres, qui, sevrés de bonne heure, sont mis à la table de la famille pour être nourris avant l'âge convenable de soupes indigestes, de potages, de légumes mal préparés.

A ces causes de rachitisme chez l'enfant du pauvre, il faut ajouter l'habitation dans des endroits humides, mal aérés, privés de lumière.

M. J. Guérin s'est beaucoup occupé de l'étiologie du rachitisme, et il a pu rendre de jeunes chiens rachitiques en les privant d'exercice, en les nourrissant de viande au lieu de lait. C'est ici le résultat évident d'une alimentation inopportune.

Le rachitisme se développe souvent dans la convalescence des maladies aiguës ou pendant le cours des affections chroniques lorsque la nutrition a été profondément modifiée. Il sévit surtout dans les pays froids, en Angleterre, en Hollande et dans le nord de la France.

Les altérations de texture des os rachitiques sont très-curieuses à étudier. On les a divisées en trois groupes correspondant au début, à la période d'état et au déclin de la maladie. Vous en verrez des exemples sur les pièces conservées que je vais faire passer sous vos yeux.

Première période. — Elle est caractérisée par l'atrophie, par la raréfaction de la substance osseuse. Les aréoles du tissu spongieux s'agrandissent, les lamelles s'amincissent ou disparaissent, et le tissu lui-même devient moins abondant à l'intérieur des os longs, dans les os courts et dans l'épaisseur des os larges. Le tissu compacte forme sur tous ces os une couche plus mince, mais il offre une disposition particulière dans la diaphyse des os longs. Il se creuse des cellules et prend en partie l'aspect du tissu spongieux. La paroi du canal médullaire se trouve ainsi divisée en plusieurs lames de substance compacte séparées par le tissu aréolaire, et l'os, à ce niveau, ressemble assez à un morceau de jonc desséché coupé dans sa longueur.

Du côté des épiphyses, le travail d'accroissement en longueur continue, mais il est imparfait. C'est à M. Broca qu'on doit l'étude minutieuse des phénomènes qui se passent dans cette circonstance. Le tissu spongieux incessamment produit entre le corps des os longs et leurs extrémités épiphysaires, et qui sert à leur accroissement en longueur, se compose de plusieurs couches. L'une de ces couches, du côté du cartilage, se nomme tissu chondroïde ; l'autre, voisine du canal médullaire, conserve le nom de tissu spongoïde, qui lui a été donné par M. J. Guérin. Entre ces deux couches, il en est une troisième intermédiaire qu'il nomme chondro-spongoïde. Ces couches chondroïdes et spongoïdes sont très-minces dans l'état normal ; mais dans le rachitisme, leur épaisseur devient très-sensible, parce qu'elles se développent plus vite que les anciennes ne s'ossifient. Le tissu spongoïde normal présente d'abondants dépôts de substance calcaire et n'a pas de porosités. Celui des rachitiques, au contraire, renferme fort peu de matières salines et est criblé de porosités.

Un autre caractère général des os rachitiques dans la première période, c'est l'abondance des vaisseaux sanguins.

Quand les extrémités osseuses ou cartilagineuses présentent un gonflement notable, on dit, dans le peuple, que les enfants sont *noués ;* expression pittoresque qui fait *image.* Ces nœuds n'existent pas dès le commencement de la première période, et il y a un moment où l'altération osseuse qui consiste dans l'excès de développement des tissus chondroïde et spongoïde, s'établit sans donner lieu à aucune déformation extérieure apparente. C'est ce que M. Broca appelle la période latente du rachitisme.

Deuxième période. — La deuxième période a pour caractère un état fibreux des os. L'os se *déphosphate.* Ce qui persiste, c'est un tissu souple comme un ligament, c'est le parenchyme organique fibro-cellulaire de l'os. L'analyse chimique, faite à ce moment, révèle l'absence presque absolue de matières salines dans les os. Cette décomposition a lieu surtout dans la diaphyse des os longs ; mais elle se passe également dans les os plats et les os courts.

Quand la maladie est ancienne, le liquide infiltré dans les cellules de l'os rachitique devient rougeâtre et prend une consistance gélatineuse demi-transparente. Les parties résistantes sont remplacées par cette masse molle, gélatiniforme. Alors l'os n'offre plus de résistance, et on peut à volonté le courber par le moindre effort, comme on ferait en ployant du carton humide.

Cette matière est très-inégalement répandue sous le périoste ; quand les diaphyses présentent des courbures, c'est surtout du côté de la concavité qu'elle s'amasse, comme si le périoste, par sa tension sur la convexité, mettait un obstacle à son accumulation de ce côté.

Le canal médullaire s'élargit aux dépens du tissu spongieux des extrémités : plus large à ses deux bouts et prolongé dans toute la diaphyse, il ressemble un peu au sablier.

M. Broca a signalé l'existence de petits séquestres libres au sein de la substance de la moelle ; cela s'explique par la résorption rapide des lamelles environnantes, ce qui prive les portions nécrosées de leurs connexions habituelles.

Sur les pièces que je vous présente, vous en verrez une où existe ainsi un séquestre nécrosé enfermé dans l'os nouveau et formé par toute la diaphyse de l'humérus.

La deuxième période du rachitisme est celle où se produisent les plus grandes déformations du squelette.

Troisième période. — La troisième période consiste dans la reprise du travail d'ostéose suspendu ou ralenti dans les périodes précédentes.

Si la lésion était à la période atrophique et peu avancée, la guérison peut être complète sans qu'il en reste de traces dans le squelette; certaines courbures osseuses disparaissent même à la longue par les progrès de l'ossification.

Mais il arrive quelquefois que le tissu spongoïde de nouvelle formation reste souple et sans résistance et ne présente aucun travail intérieur qui puisse faire croire à son ossification; c'est ce que, avec M. Guérin, j'appellerai consomption rachitique des os.

Mais c'est surtout après la deuxième période que le nouvel os est très-différent de l'ancien.

Le travail de réparation se fait par couches successives des parties profondes à la superficie de l'os.

On peut comparer ce travail à l'ossification chez les vieillards de certains tissus normalement mous. L'infiltration plastique des cellules de l'os se transforme en tissu compacte et s'ossifie lentement. Il se forme dans le canal médullaire, dans le tissu de l'os et à son extérieur un os nouveau qui remplace celui qui a été altéré. Ce tissu osseux, plus lourd que le tissu osseux normal, est d'autant plus dense qu'il est plus ancien; il ressemble à de l'ivoire, de là le nom de période d'*éburnation* donné à cette phase de la maladie. Souvent il se fait une soudure précoce entre le cartilage diarthrodial et la diaphyse, de là l'arrêt de développement en longueur des membres, d'où la petitesse de la stature de certains rachitiques. Le rachitisme n'a d'action que sur les os; les dents ne subissent aucune altération de structure, leur sortie des alvéoles est seule retardée.

Symptômes. — Au début, la maladie est *latente*, ses symptômes sont peu accusés, et il est impossible de préciser l'instant où commence l'altération du travail de nutrition des os; il n'y a pas de phénomènes de réaction qui indiquent l'existence d'un travail morbide intérieur. Vers la fin de la première période, toutefois, le gonflement des épiphyses, quand il existe, peut mettre sur la voie du diagnostic. Le rachitisme ne peut être réellement reconnu que dans la deuxième période, celle dans laquelle se trouvent plusieurs des petites filles que je vous ai montrées dans les salles.

Les enfants sont tristes, abattus, souvent pâles; ils se meuvent avec peine, préfèrent rester assis ou couchés, et lorsqu'on les déplace, la douleur leur arrache des cris; souvent ils sont pris d'accès fébriles et inondés de sueur. Les os sont quelquefois douloureux à la pression, ce qui n'arrive qu'à une période déjà avancée de la maladie. Le faciès est pâle, souffreteux, la peau jaune, terreuse; l'appétit se perd, les digestions se troublent, la diarrhée s'établit et les urines laissent déposer par refroidissement un dépôt calcaire abondant.

Ces phénomènes durent ainsi de quelques semaines à quelques mois; alors se présentent des douleurs osseuses spontanées ou provoquées par la pression et un commencement de déformation du squelette. Les os et les cartilages, devenus plus spongieux, se gonflent et se ramollissent, surtout au niveau des articulations.

Les épiphyses, plus volumineuses, forment sur les membres supérieurs et inférieurs des nœuds plus ou moins marqués. Pareille lésion s'observe à la symphyse costale; ce qui donne lieu, comme vous avez pu le voir chez plusieurs de nos petites malades, à une série de nodosités superposées qui constituent le *chapelet rachitique*.

La colonne vertébrale se déforme à son tour, surtout dans la région lombaire. L'altération la plus fréquente est le relâchement des ligaments du rachis; il en résulte, quand les enfants sont assis, une courbure à convexité postérieure, qui simule parfois une véritable gibbosité, et qui guérit avec le rachitisme. Quand les vertèbres elles-mêmes sont ramollies, elles s'affaissent à leur partie antérieure ou sur les côtés, et il en résulte des courbures persistantes.

Les os de la tête et les os plats, l'omoplate par exemple, sont quelquefois aussi, mais plus rarement, le siége de déformation rachitique. La tête devient volumineuse et irrégulière; elle ressemble beaucoup à celle des enfants hydrocéphales. Les fontanelles ne se réunissent pas, et le cerveau prend un volume énorme.

La déformation de l'omoplate est sérieuse, en ce sens que la consolidation vicieuse de cet os peut rendre difficiles les mouvements du membre supérieur.

Les mâchoires cessent de se développer; il en résulte un retard plus ou moins prolongé dans la sortie des dents.

Les os du bassin sont soumis à la loi générale. Il est juste de dire toutefois que leurs déformations sont assez rares, ou peu considérables dans la première enfance; on les rencontre surtout vers l'époque de la puberté, si l'influence du rachitisme s'est prolongée jusque-là. Elles présentent une gravité particulière, en raison de l'obstacle qu'elles pourront apporter plus tard à la terminaison de l'accouchement.

Lorsque vous aurez constaté une mauvaise conformation du bassin chez les petites filles, avertissez les parents de ce qui peut arriver dans l'avenir.

En même temps que s'accomplissent les déformations dont nous venons de parler, la diaphyse des os, raréfiée, ramollie, douloureuse, se courbe à son tour, et donne lieu à de graves difformités des membres.

Le tibia est ordinairement courbé, de manière à présenter une convexité en avant et en dehors; la courbure du fémur est à peu près semblable. Rien de fixe, d'ailleurs, dans ces déformations, qui sont parfois bizarres et inexplicables. Les membres supérieurs se courbent avec la même facilité. Pour l'humérus, c'est ordinairement au-dessous de la partie moyenne que se produit la courbure, dont la convexité est dirigée en dehors, ou en avant et en dehors, ou quelquefois directement en avant.

L'avant-bras se fléchit généralement d'arrière en avant du côté dorsal au côté palmaire. On a prétendu formuler une loi d'après laquelle « les déformations rachitiques procéderaient successivement de bas en haut depuis les os de la jambe jusqu'aux membres supérieurs, au rachis et au crâne ». C'est là une affirmation inexacte; très-souvent le chapelet rachitique existe avant toute déformation des membres; le tronc se déforme avant le rachis, celui-ci avant le bassin, etc. Ce qui est vrai d'une manière générale, c'est que les membres inférieurs se courbent avant les supérieurs, et dans les uns et les autres, le segment inférieur avant le segment supérieur. Glisson avait déjà signalé ce fait.

Parmi les déformations du squelette, celles des extrémités spongieuses sont les plus communes; elles sont le résultat direct de la maladie. Les autres reconnaissent des causes adjuvantes la contraction des muscles, le poids du corps, la courbure naturelle des os, les pressions extérieures.

La pression extérieure des bras joue un grand rôle dans la déformation si caractéristique du thorax; à un degré avancé du rachitisme, les articulations chondro-costales se gonflent, se relâchent; les côtes, ramollies, pressées de chaque côté par le bras voisin, surtout quand l'enfant est couché latéralement, se dépriment, rentrent en dedans et perdent une partie de leur convexité; il en résulte de chaque côté du thorax une gouttière verticale, superficielle d'abord, puis plus prononcée et formant une sorte de rainure profonde, ce qui fait ressembler le thorax à la carène d'un navire ou à la poitrine d'un oiseau; à l'intérieur de la poitrine, les extrémités des côtes, gonflées et saillantes, forment une sorte de chapelet interne que vous pouvez apprécier sur les pièces anatomiques placées ici sous vos yeux.

L'abdomen des enfants rachitiques est généralement volumineux, en forme de globe; cela tient à plusieurs causes extrinsèques: l'abaissement du diaphragme, le resserrement des côtes et la flexion antérieure du rachis; quant aux viscères abdominaux, ils sont sains, sauf complications.

Le rachitisme offre souvent des complications sérieuses; sans parler de l'anémie qui l'accompagne presque toujours, je signalerai à votre attention la facilité des fractures rachitiques, la diarrhée et l'état de consomption qui peut terminer la maladie.

Les fractures rachitiques sont très-communes, et vous en avez vu ici deux récents exemples. Dans l'état de ramollissement du tissu osseux, la moindre violence est souvent suivie d'une fracture des os longs. Lorsque la rupture a lieu, elle est presque toujours incomplète; l'os se ploie comme du carton mouillé. Quand on examine le malade, on trouve une mobilité extrême, sans crépitation. Ces fractures rachitiques sont très-fâcheuses, car leur consolidation est très-difficile et souvent impossible: cela dépend de la période de la maladie. A la troisième période la consolidation n'est plus retardée; elle s'accomplit à peu près dans les conditions normales.

On a prétendu qu'il y avait antagonisme entre le rachitisme et les tubercules pulmonaires ou mésentériques. Le fait est vrai d'une manière générale, mais je dois dire qu'il souffre des exceptions.

Diagnostic. — Sur les petites filles soumises à votre examen, le diagnostic ne présente aucune difficulté: gonflement des extrémités spongieuses des os longs, ramollissement et déformation des diaphyses, chapelet et dépression latérale des parois thoraciques, arrêt de la dentition, augmentation du volume de la tête par l'écartement des fontanelles, flexion lombaire antéro-postérieure de la colonne vertébrale, état globuleux du ventre, tels sont chez elles les principaux symptômes du rachitisme; mais il n'est pas toujours aussi facile de reconnaître la nature de la maladie. Elle pourrait être confondue dans quelques cas avec une hydrocéphalie chronique, le carreau, un mal de Pott, la déviation essentielle du rachis. Quand l'*hydrocéphalie* n'est pas considérable, il n'est pas toujours facile de distinguer cette maladie du rachitisme.

Rilliet a dit qu'on entendait dans le rachitisme un bruit de souffle au niveau de la fontanelle antérieure; mais cette opinion se trouve en opposition avec les observations du docteur Fischer (de Boston), qui a donné le bruit de souffle encéphalique comme un symptôme des maladies du cerveau et des méninges, et avec celles de Wirthgen, qui le trouve presque partout.

Le meilleur signe diagnostique, quand il s'agit du rachitisme, consiste dans la déformation des autres parties du squelette. Dans le carreau, le ventre est volumineux, comme dans le rachitisme, et il y a souvent de la diarrhée, mais il n'y a pas d'incurvation antérieure de la colonne vertébrale, et les autres parties du squelette ne sont pas malades. Dans le mal de Pott, la saillie vertébrale ne forme pas une courbe arrondie, comme dans le rachitisme; elle est brusque, à angle droit ou aigu.

On distingue la déviation essentielle du rachis de celle qui est due au rachitisme à ce qu'elle se montre ordinairement plusieurs années au delà de l'époque où on observe cette dernière affection, et à ce qu'elle n'est accompagnée d'aucun phénomène appartenant au rachitisme.

Traitement. — Sauf complications graves, le rachitisme guérit très-aisément; les enfants que je vous ai montrés guériront très-bien et très-promptement. C'est, au contraire, une maladie très-sérieuse lorsqu'il a produit l'état cachectique et la diarrhée dont j'ai parlé, ou lorsque le ramollissement est général et le squelette en grande partie déformé; à cette période, quand on peut arrêter les progrès du mal, la guérison n'est le plus souvent obtenue qu'au prix de difformités horribles.

Chez les jeunes enfants, la courbure des membres, même lorsqu'elle est aussi prononcée, disparaît après la guérison de la maladie, et les extrémités des os longs reprennent peu à peu leur volume naturel.

Le traitement du rachitisme comprend plusieurs ordres de moyens; je vous signalerai en première ligne l'importance des *soins hygiéniques*.

Il faut donner aux enfants un régime en rapport avec leur âge. On insistera sur l'allaitement jusqu'à quinze ou seize mois; mais à partir de six mois, on associera au lait d'une bonne nourrice quelques potages préparés avec le lait de vache, le beurre, avec addition d'une faible quantité d'aliments gras. Après le sevrage, le régime lacté est celui qui convient le mieux aux rachitiques, et ce n'est qu'après guérison qu'on doit revenir aux aliments gras.

Avec ce régime, les enfants seront exposés au grand air et à l'action du soleil, envoyés à la campagne ou sur les bords de la mer, quand la position des parents le permettra.

Le mouvement serait favorable au développement du tissu musculaire et à la formation du tissu osseux; malheureusement il doit souvent se réduire à un mouvement passif, la promenade sur les bras, le balancement, etc.

Les enfants seront tenus couchés si leurs os sont douloureux et assez mous pour que la station debout ou assise provoque l'incurvation des membres ou de la colonne vertébrale.

De tous les moyens pharmaceutiques employés contre le rachitisme, l'huile de foie de morue est sans contredit le meilleur et le plus efficace. Donnée à dose variable, suivant l'âge et la façon dont elle est supportée, de 20 jusqu'à 100 grammes, elle semble agir comme un spécifique de la maladie. L'huile brune doit être préférée à la blonde; les enfants s'y habituent assez facilement, et on en voit qui la prennent même parfois avec un certain plaisir.

J'ai eu presque constamment à me louer de l'usage de l'huile de foie de morue dans le rachitisme; elle constitue, avec les soins hygiéniques, les bains salés ou les bains sulfureux, la médication à laquelle j'ai presque constamment recours; les petites filles que vous avez vues dans nos salles n'ont pas subi d'autre traitement, et tout me fait espérer chez elles une prompte guérison.

A défaut d'huile de foie de morue, on pourrait recourir à l'huile de foie de raie ou huile de poisson, qui est d'une valeur vénale beaucoup moindre, et jouit de vertus thérapeutiques semblables.

On a préconisé le phosphate de chaux à la dose de 5, 10, 20 centigrammes trois fois par jour; pour moi, je n'ai retiré aucun effet sensible de ce médicament, malgré son apparente indication.

Le quinquina, le fer, les amers, ont été administrés avec des succès divers; vous pourrez les employer à titre d'adjuvants.

Lorsque le rachitisme approche de la guérison, et que les os, cessant d'être douloureux, restent difformes ou tendent à se consolider d'une façon vicieuse, il vous faudra recourir à des appareils orthopédiques appropriés. N'oubliez pas alors, si vous devez agir, que les os doivent avoir repris assez de fermeté pour vous donner un point d'appui suffisant.

PROPORTION CONSIDÉRABLE

de sourds-muets dans deux cas d'alliances consanguines;

Par M. le docteur Q. de RANSE, médecin attaché à l'Hôtel impérial des Invalides.

(Note lue à l'Académie des sciences, le 1er septembre 1862.)

Deux sœurs, Mlles Du..., épousèrent, l'une M. D..., l'autre M. L..., habitant tous les deux l'île de Ré (1). Les époux L... eurent trois fils de leur mariage; les époux D... eurent, entre autres enfants, trois filles, qui plus tard se marièrent avec les trois fils L..., leurs cousins germains. L'état sanitaire des divers membres de cette nombreuse famille ne laissait rien à désirer.

Du mariage de l'aîné L..., sont nés un garçon et deux filles; ces trois enfants jouissent de tous leurs sens.

Du second mariage sont issus cinq enfants, trois garçons et deux filles. L'aîné des garçons a parlé, mais avec un accent qui l'aurait facilement fait prendre pour un étranger. Le deuxième garçon est sourd-muet de naissance; il s'est marié avec une étrangère, et il a eu deux enfants qui parlent. Le troisième garçon est sourd-muet de naissance; il est resté célibataire. Les deux filles ont l'usage de la parole, mais l'une d'elles prononce difficilement certaines lettres.

Du troisième mariage sont nés deux garçons et une fille encore vivants, et un monstre qui n'a pas vécu. Les deux garçons sont sourds-muets de naissance; l'aîné, marié à une étrangère, a un enfant qui parle. La fille n'a commencé à parler qu'à six ans.

L'examen de ces faits conduit aux conclusions suivantes:

1° L'influence de la consanguinité est ici incontestable; en effet, sur douze enfants issus de ces trois mariages, on en trouve seulement quatre complètement sains; quatre sont sourds-muets de naissance; un n'a parlé qu'à l'âge de six ans; deux ont une prononciation difficile; le douzième, enfin, est un monstre.

2° Pour expliquer cette influence, on ne peut invoquer l'hérédité, puisqu'on voit, d'un côté, des époux consanguins avec de bons antécédents de famille, et sains eux-mêmes, procréer des enfants sourds-muets, et d'un autre côté, ces mêmes sourds-muets, après avoir contracté des alliances étrangères, donner le jour à des enfants qui jouissent de l'usage de la parole.

(1) M. Boudin a déjà remarqué que dans les petites îles, où il est plus difficile d'éviter les alliances consanguines, on doit s'attendre à trouver les cas de surdi-mutité plus fréquents.

Cette Note est renvoyée à l'examen de la commission déjà nommée pour les diverses communications relatives aux alliances consanguines, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer, Bienaymé.

TÆNIA. — ÉCORCE DE RACINE SÈCHE DE GRENADIER.

Qui ne connaît l'infidélité de l'écorce de racine de grenadier dans le traitement du tænia, et qui cependant a songé à attribuer cette infidélité aux différents modes d'administration de ce médicament? Il vaut mieux qu'on ne croit généralement, quand on sait le préparer et l'administrer convenablement, comme l'a fait M. Colin, qui, en trois heures seulement, a débarrassé deux malades qui avaient pris antérieurement et sans succès tous deux de la racine de grenadier, et l'un du kousso. Le médicament a été administré de la façon suivante :

Eau.	750 grammes.
Écorce sèche de racine de grenadier.	64 —

Faites macérer pendant douze heures, puis réduisez par décoction à 500 grammes.

Cette décoction a été prise à jeun en trois fois, à un quart d'heure d'intervalle, et au bout de trois heures chaque malade rendait un tænia solium pourvu de sa tête; l'un d'eux mesurait 10 mètres, l'autre 14 mètres. (*Gazette hebd.*)

NÉVRALGIES FACIALES. — MIXTURE.

De tous les moyens recommandés contre la névralgie faciale, nous n'en connaissons pas de plus simple que celui dont se sert M. Henri Guéneau de Mussy.

Voici sa formule :

Alcoolat de mélisse.	4 grammes.
Teinture d'aconit.	2 —
Chloroforme pur.	1 —

En frictions sur les gencives. (*Bulletin de thérap.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er septembre 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Des phénomènes oculo-pupillaires produits par la section du nerf sympathique cervical ; ils sont indépendants des phénomènes vasculaires calorifiques de la tête. — M. CL. BERNARD lit sur ce sujet le mémoire suivant :

Dans ma première communication, j'ai rappelé que Pourfour du Petit avait le premier fait connaître l'influence de la section du filet cervical du grand sympathique sur l'œil. Cet auteur signala comme effets de cette paralysie le resserrement de la pupille, le rapetissement de l'œil et la rougeur de la conjonctive. Mais dans les expériences qui furent faites ultérieurement, presque tous les physiologistes négligèrent d'étudier les phénomènes produits sur l'ensemble de l'œil, pour ne considérer que les modifications de la pupille, qu'on regarda comme le symptôme en quelque sorte essentiel et caractéristique de la section du sympathique cervical.

En 1845, M. Biffi (de Milan) ajouta un fait nouveau, en apprenant que lorsque la pupille a été rétrécie par suite de la paralysie du grand sympathique cervical, on peut reproduire sa dilatation en appliquant le galvanisme sur le bout supérieur du nerf divisé.

En 1851, MM. Budge et Waller désignèrent la portion de la moelle épinière d'où naissent les nerfs ciliaires, sous le nom de région *cilio-spinale* de la moelle.

En 1852, j'attirai particulièrement l'attention des physiologistes sur la complexité des phénomènes qui résultent de la section du grand sympathique dans la portion moyenne du cou, et je montrai qu'il fallait ranger au nombre des résultats spéciaux de cette opération :

1° Une augmentation de chaleur et de vascularisation du côté correspondant de la tête avec augmentation de la sensibilité des parties ;

2° Un rétrécissement de la pupille ;

3° Une rétraction du globe oculaire dans le fond de l'orbite avec saillie de la troisième paupière au-devant de l'œil ;

4° Un aplatissement de la cornée et une diminution consécutive du globe de l'œil.

Je fis voir, en outre, que quand on galvanise le bout supérieur du nerf cervical sympathique coupé, on ne produit pas seulement une dilatation de la pupille, mais encore un élargissement de l'ouverture palpébrale et une projection de l'œil en avant ou exophthalmie. Cette tendance à la dilatation palpébrale et à l'exophthalmie est si forte, que ces phénomènes se produisent même chez un animal dans l'œil duquel on a versé une goutte d'ammoniaque, et qui tient ses paupières fermées et fortement contractées par la douleur. Il faut encore ajouter que, par cette galvanisation du bout céphalique du sympathique, on obtient une diminution ou une abolition de la sensibilité en même temps que le rétrécissement des vaisseaux.

Sans entrer dans l'explication de tous ces phénomènes, ce qui sera l'objet d'études ultérieures, je veux seulement établir aujourd'hui que dans les résultats mixtes et complexes de la section du sympathique cervical il faut distinguer deux ordres de symptômes : 1° les symptômes vasculaires et calorifiques tenant à une modification des vaisseaux qui se produit, sous l'influence des nerfs sympathiques de même nature, dans toutes les parties du corps; 2° les symptômes que j'appelle *oculo-pupillaires*, parce qu'ils sont spéciaux à l'œil et à la pupille, et parce qu'ils sont produits par des nerfs distincts des premiers. D'après mes précédentes communications, cette distinction pouvait déjà se prévoir. Je vais dire actuellement comment j'en ai donné la démonstration expérimentale.

J'ai d'abord cherché à limiter exactement l'origine des nerfs oculo-pupillaires à la moelle épinière, et, après un très-grand nombre d'expériences instituées spécialement dans ce but, je suis arrivé à trouver que chez le chien (1) ce sont les racines antérieures des deux premières paires dorsales qui fournissent spécialement ces nerfs; rarement la troisième paire dorsale y participe.

Quand on coupe dans le canal vertébral les deux premières paires rachidiennes dorsales, on obtient non-seulement le resserrement de la pupille, mais encore tout l'ensemble des phénomènes que j'ai signalés du côté de l'œil à la suite de la section du sympathique dans le cou. Par conséquent, cette région de la moelle ne donne pas naissance seulement aux nerfs ciliaires, et au lieu de l'appeler région *cilio-spinale*, il serait plus exact de la nommer région *oculo-spinale*. Quand ensuite on galvanise (1) le bout périphérique coupé de l'une ou l'autre des deux premières racines dorsales, on obtient du côté de l'œil exactement les phénomènes que produit la galvanisation du bout céphalique du sympathique après sa section dans la portion cervicale, à savoir la dilatation de la pupille, l'élargissement de l'ouverture palpébrale et une exophthalmie considérable. J'ai cherché, par des expériences très-multipliées et très-variées, à déterminer si l'une des racines dorsales était plus spécialement destinée à la pupille, tandis que l'autre porterait plus particulièrement son influence sur les paupières et le globe de l'œil. J'avais cru voir d'abord que la deuxième paire dorsale était plus active sur la pupille ; mais d'autres recherches m'ont amené à conclure qu'il n'y a pas de différence évidente à établir sous ce rapport entre les racines, et qu'elles paraissaient agir toutes deux de même pour produire l'ensemble des phénomènes oculo-pupillaires.

J'ai observé un autre fait singulier. Il arrive fréquemment (et cela m'a paru se montrer plus ordinairement chez les chiens les plus affaiblis par l'opération) que la section d'une seule racine rachidienne ne détermine aucune modification du côté de l'œil ; il faut que la section des deux racines ait été opérée pour que les phénomènes soient manifestes.

Mais ce qu'il importe de dire après tout ce qui précède, c'est que la section des deux premières racines rachidiennes dorsales donne lieu aux phénomènes oculo-pupillaires sans amener dans la tête les effets vasculaires et calorifiques. La condition essentielle de l'expérience est de n'opérer la division que des deux premières paires dorsales, et de la faire sans blesser la moelle ni le premier ganglion thoracique. Si parfois il arrive quelques phénomènes calorifiques, ils ne sont que passagers et pourraient être considérés comme des résultats d'actions réflexes. Sur plusieurs chiens j'ai pratiqué, par la méthode sous-cutanée, la section des racines première et seconde dorsales, à la sortie du trou de conjugaison : l'expérience est très-délicate, parce qu'il faut agir dans un espace très-restreint sans toucher ni à la moelle ni au sympathique ; cependant, sur deux chiens chez lesquels l'expérience a réussi et qui ont survécu, il s'est montré au moment de l'opération une légère calorification qui avait disparu le lendemain, et j'ai pu conserver les animaux pendant plusieurs semaines avec une égalité de température et de vascularisation dans les deux côtés de la tête, tandis que les phénomènes oculo-pupillaires étaient très-évidents du côté où les deux premières racines avaient été coupées. L'autopsie fut faite avec grand soin, et j'ai conservé les pièces, qui montrent qu'il n'y a pas eu d'épanchement dans la moelle, et que la section des deux premières paires rachidiennes dorsales a été opérée sans lésion du premier ganglion thoracique ni de ses filets.

Pour qu'il soit complétement démontré que les nerfs oculo-pupillaires sont distincts des nerfs vasculaires et calorifiques, il ne suffit pas d'avoir obtenu les phénomènes oculo-pupillaires séparés des effets vasculaires et calorifiques. Mais il faut encore réaliser la condition inverse et prouver qu'on peut produire la vascularisation et la calorification de la tête sans accompagnement de phénomènes oculo-pupillaires. On atteint facilement ce résultat en divisant le filet ascendant du sympathique thoracique sur le côté de la colonne vertébrale, entre la deuxième et la troisième côte.

Sur un chien jeune et de race terrier, de taille moyenne et en digestion, j'ai, à l'aide d'un crochet piquant et tranchant, coupé par la méthode sous-cutanée le filet ascendant du sympathique thoracique entre la deuxième et la troisième côte du côté droit, en me dirigeant, comme point de repère, sur le bord supérieur de la troisième côte.

Après l'opération, on ne constata aucune modification dans la pupille ni dans l'œil du côté correspondant à la section du sympathique; mais quelques instants après, une élévation considérable de température avait lieu du côté droit et se percevait très-bien à la main.

Le lendemain, le chien, qui avait très-bien supporté l'opération, mais qui n'avait pas mangé, présentait toujours les mêmes phénomènes, c'est-à-dire vascularisation et calorification considérables de l'oreille et de tout le côté droit de la tête, sans aucune modification oculo-pupillaire; la pupille avait les mêmes dimensions des deux côtés et l'œil les mêmes apparences. La température des deux oreilles, observée au thermomètre, donna les résultats suivants :

Oreille gauche (côté sain).	34°,1
Oreille droite (côté opéré).	38°,2

Le surlendemain, l'animal, qui était vivant et qui avait bien mangé, présentait toujours une absence complète de phénomènes oculo-pupillaires coïncidant à droite avec une vascularisation et une calorification considérables de la tête. Au thermomètre on avait ;

Oreille gauche (côté sain).	32°,2
Oreille droite (côté opéré).	38°,0

L'animal fut conservé encore un certain nombre de jours, mais les phénomènes diminuèrent.

A l'autopsie, on constata que le filet ascendant sympathique avait été coupé complétement au-dessus du filet de communication de la troisième paire dorsale. Les deux bouts du filet sympathique divisé étaient cicatrisés, et une intumescence nerveuse s'était produite sur la cicatrice du bout inférieur.

Comme on le voit par les expériences qui précèdent, on peut distinguer chez le chien, même topographiquement, les nerfs oculo-pupillaires des nerfs vasculaires calorifiques. Mais ce n'est point là une distinction absolument essentielle, parce que les nerfs peuvent présenter des intrications et des connexions variables, ou encore inconnues chez les divers animaux et quelquefois même chez les individus de la même espèce. Ce qu'il importe surtout d'établir, ce sont les distinctions fondées sur les propriétés physiologiques, et nous allons voir que les nerfs oculo-pupillaires et les nerfs vasculaires ont des propriétés réflexes tout à fait différentes.

Les actions réflexes qui se traduisent par des mouvements de l'œil ou de la pupille peuvent avoir pour point de départ toute la surface périphérique du système nerveux sensitif extérieur ou intérieur. Quand on pince un nerf sensitif d'une région quelconque du corps, depuis un rameau du nerf sciatique jusqu'à une branche du trijumeau, il y a au moment même où la douleur se produit un mouvement réflexe sur les deux yeux à la fois, qui se traduit par un agrandissement subit de l'ouverture des paupières et par une dilatation de la pupille. Rien n'est plus facile que de comprendre le mécanisme de ce mouvement réflexe des yeux. Il est clair que, quel que soit le point du corps d'où parte l'excitation sensitive, il faudra qu'elle arrive par la moelle épinière aux nerfs oculo-pupillaires qui naissent des premières paires dorsales. C'est en effet ce qui a lieu, et quand on a coupé les première, deuxième et quelquefois troisième paires rachidiennes dorsales, il n'y a plus aucun mouvement réflexe dans la pupille de l'œil correspondant. Mais si une seule racine oculo-pupillaire reste, elle suffit pour transmettre encore les mouvements réflexes à la pupille. Quand les nerfs oculo-pupillaires rachidiens sont extraits des deux côtés, l'excitation réflexe agit sur les deux yeux à la fois sans qu'on puisse saisir d'intervalle qui sépare leurs actions réflexes l'une de l'autre, suivant qu'on pince un nerf sensitif à droite ou à gauche. Quand les nerfs oculo-pupillaires n'existent plus que d'un seul côté, les actions réflexes ne se traduisent que sur l'œil du côté normal, quel que soit également le point du corps excité; ce qui prouve très-nettement que les actions réflexes sur les yeux sont générales et croisées. Enfin, quand les nerfs oculo-pupillaires ont été coupés des deux côtés, l'excitation des nerfs sensitifs rachidiens ne se transmet plus du tout aux yeux ni aux pupilles; cependant les pupilles rétrécies peuvent encore être le siége de mouvements réflexes très-restreints et seulement susceptibles d'être provoqués par des influences lumineuses.

Les actions réflexes qui se traduisent sur les nerfs vaso-moteurs sont caractérisées par un rétrécissement passager des vaisseaux, qui est suivi, chose singulière, de leur dilatation avec accompagnement de phénomènes calorifiques; ces effets réflexes vasculaires ont une autre physionomie que les mouvements réflexes oculo-pupillaires. D'abord les actions réflexes vasculaires ne sont pas croisées. En effet, quand on pince l'oreille d'un animal, ou mieux quand on excite même légèrement le tronc des nerfs auriculaires du plexus cervical mis à découvert, on voit que l'oreille du même côté, après avoir offert un resserrement brusque de ses vaisseaux, devient extrêmement chaude et vascularisée, tandis que celle du côté opposé reste sensiblement dans le même état de vascularisation et de calorification (1). Quand on coupe simplement le nerf auriculaire, la même chose a lieu; l'excitation produite par la section nerveuse réagit plus énergiquement sur les nerfs vasculaires de l'oreille où se rend le nerf sensitif, et produit dans cette partie une vascularisation et une calorification réflexes considérables qui peuvent durer parfois un certain nombre d'heures. Quelques physiologistes se sont trompés à cet égard, et ont pris ces phénomènes calorifiques réflexes de l'oreille pour les effets directs dus à la section de filets vaso-moteurs, qui se seraient trouvés dans les nerfs auriculaires. C'est là une erreur qu'il est très-facile de rendre évidente. D'abord cette calorification réflexe, qui résulte de la section du tronc des nerfs auriculaires, est passagère, et elle a toujours disparu au plus tard au bout de vingt-quatre heures, tandis que la calorification directe, qui résulte de la section d'un nerf vaso-moteur, dure d'une manière indéfinie. Ensuite, quand on galvanise le bout périphérique du tronc des nerfs auriculaires coupés, dans le moment où l'oreille est le plus vascularisée, on ne voit pas du tout l'oreille pâlir ni les vaisseaux se vider, comme cela arrive quand on galvanise le bout supérieur du grand sympathique.

Dans tous les cas, s'il pouvait se rencontrer quelques filets vaso-moteurs dans le nerf auriculaire, ce que je n'ai jamais vu chez le chien ni le lapin, il serait facile d'expliquer leur présence par les anastomoses que le nerf auriculaire présente avec le ganglion cervical supérieur, et on éviterait toute cause d'erreur en galvanisant, comme je l'ai fait, le bout périphérique des racines qui concourent à la formation du nerf auriculaire. J'insiste sur tous ces détails, parce que je suis convaincu que la plus grande partie des erreurs qui se sont introduites dans l'histoire des nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique sont dues à la confusion que l'on a faite entre les phénomènes vasculaires directs et les phénomènes vasculaires réflexes.

En résumé, les nerfs vasculaires et les nerfs oculo-pupillaires ne se comportent pas de même, puisque l'excitation légère d'un nerf auriculaire ne produit de vascularisation que du côté correspondant, tandis que cette même excitation amène des mouvements réflexes dans les deux yeux à la fois. Les actions vasculaires réflexes ne paraissent donc pas s'opérer d'une manière croisée, et en outre elles sont bornées et ne s'étendent pas au delà d'une certaine circonscription déterminée, ce qui est encore un autre contraste frappant avec les actions oculo-pupillaires, qui sont au contraire très-générales. De ces différences entre les actions réflexes oculo-pupillaires et les actions réflexes vasculaires, pourrait-on induire que les unes, celles qui sont générales, ont leur centre do réflexion dans la moelle, tandis que les autres, celles qui sont locales et plus circon-

(1) Je n'affirmerais pas qu'il en soit exactement de même chez tous les animaux. Mais cela importe peu pour la distinction que nous voulons établir, comme on le verra plus loin quand nous parlerons de la différence des mouvements réflexes dans les nerfs vasculaires et dans les nerfs oculo-pupillaires.

(1) Il faut employer un courant assez fort pour obtenir ces effets, comme cela a lieu du reste lorsqu'on galvanise le sympathique dans le cou. Quand on emploie l'appareil dont se sert M. du Bois-Reymond, qui permet de graduer comparativement l'intensité du courant, on voit qu'avec un courant appliqué aux racines et capable de faire contracter les muscles de l'épaule, on n'obtient encore rien du côté de l'œil; il faut augmenter beaucoup l'intensité de l'excitant électrique pour agir sur les nerfs oculo-pupillaires. Cette expérience prouve clairement ce que j'ai établi depuis longtemps par d'autres exemples, à savoir, que les nerfs moteurs sympathiques sont beaucoup plus difficiles à exciter directement que les nerfs moteurs ordinaires, ce qui n'a plus lieu quand il s'agit de provoquer des resserrements réflexes dans ces mêmes nerfs.

(1) Il faut pour cela avoir soin que l'animal ne s'agite pas ou ne s'agite que très-peu, car quand il se produit des mouvements généraux très-violents, ou quand on pend l'animal par les pattes, la tête en bas, il se produit des troubles généraux de la circulation qui n'ont rien de commun avec les actions réflexes locales que nous étudions.

scrites, ont leur centre de réflexion dans les ganglions sympathiques? C'est un point qui ne peut être décidé que par de nouvelles recherches. Mais la seule conclusion que je veuille tirer de ce travail, en le rapprochant de mes précédentes communications, c'est que la distinction des nerfs vasculaires et calorifiques se poursuit partout dans l'organisme. Ces faits me semblent démontrer qu'il s'agit réellement là d'un système de nerfs spéciaux dont il faudra faire l'histoire à part avec celle des circulations locales qu'ils régissent, et dont l'étude intéresse au plus haut degré la physiologie et la médecine.

Application de la méthode diaclastique au redressement du membre inférieur dans les cas d'ankylose angulaire du fémur. — M. MAISONNEUVE communique sur ce sujet le mémoire suivant :

Il arrive fréquemment, à la suite des coxalgies graves, que le membre inférieur reste ankylosé dans une position vicieuse.

Lorsque cette position est telle que le malade se trouve dans l'impossibilité absolue de marcher, la chirurgie est autorisée à intervenir pour redresser le membre, et lui permettre de toucher le sol.

Jusqu'à présent, les ressources de la chirurgie se bornaient, en pareille circonstance, à deux méthodes : l'une qui consiste à rompre par des manœuvres ou des moyens mécaniques les adhérences des surfaces articulaires, c'est la méthode dite rupture de l'ankylose ou méthode usuelle ; l'autre, imaginée par Rhéa-Barton, consiste à scier le col ou la partie supérieure du fémur pour en opérer le redressement.

De ces deux méthodes, la première, ou rupture de l'ankylose, ne convient que dans les cas où l'ankylose est encore récente ou incomplète ; car lorsqu'il y a soudure et fusion complète des surfaces osseuses, toute tentative de rupture exposerait gravement à la dislocation du bassin.

La deuxième méthode, qui consiste à pratiquer la section du col du fémur, permet certainement de redresser le membre, quelle que soit la position vicieuse qu'il affecte, et quelle que soit la variété de luxation spontanée qui existe; mais elle a le grand inconvénient d'exposer d'une manière grave les jours du malade, en mettant celui-ci dans les conditions si redoutables d'une fracture compliquée de la cuisse. Aussi voyons-nous que cette opération de Rhéa-Barton a trouvé peu de partisans, car, à part l'opération de ce genre que j'ai pratiquée moi-même en 1847, et dont j'ai eu l'honneur de faire part à l'Académie après la guérison du malade, je ne pense pas qu'il en existe d'autre exemple en France.

Dernièrement, au mois de juillet 1861, m'étant trouvé de nouveau en présence d'un cas semblable et me rappelant les accidents sérieux auxquels avait été exposé mon premier malade, je cherchai à obtenir la guérison par une méthode moins cruelle et moins dangereuse. C'est alors que j'eus la pensée d'appliquer à ces lésions la méthode diaclastique, dont j'avais déjà fait de nombreuses applications à l'amputation des membres. Cette méthode, qui permet de rompre l'os dans le point précis que l'on désire, sans esquilles, sans blessure même, a l'immense avantage de ne point exiger d'incision à la peau, et par conséquent d'avoir toute l'innocuité des opérations sous-cutanées, sans compter qu'elle est d'une promptitude extrême et d'une facilité qui permettent au chirurgien de la pratiquer seul, sans aide, en quelques secondes à peine.

OBS. — Adèle J..., femme A..., demeurant actuellement rue Campagne-Première, 17, âgée de vingt-six ans, vint à l'hôpital de la Pitié, le 12 juin 1861, pour être traitée d'une ankylose coxo-fémorale consécutive à une luxation spontanée du fémur.

Cette jeune femme raconte qu'il y a trois ans elle fut atteinte d'une coxalgie du côté gauche, et que par suite de cette affection la cuisse resta fléchie fortement sur le bassin. Depuis lors, et bien que toute douleur eût cessé dans la partie malade, il lui fut impossible de redresser le membre, de sorte que la marche lui était devenue tout à fait impossible.

En effet, la cuisse, fortement fléchie sur l'abdomen, est complétement immobile sur le bassin ; on reconnaît que le fémur est luxé dans l'échancrure sciatique, et qu'il est complétement soudé dans cette position vicieuse; il est absolument impossible de lui imprimer le moindre mouvement.

Diverses tentatives furent faites pour opérer la rupture de l'ankylose; mais ces manœuvres n'eurent aucun résultat, et firent craindre qu'en essayant de les porter plus loin on ne déterminât dans l'articulation sacro-iliaque de graves désordres.

Dans ces conditions, j'eus un instant la pensée de soumettre cette jeune femme à l'opération de Rhéa-Barton, c'est-à-dire de pratiquer la section du col ou de la partie supérieure du fémur, opération qui m'avait déjà réussi chez un jeune homme que j'ai eu l'honneur en 1847 de présenter à l'Académie.

Mais, tout en reconnaissant que cette opération était susceptible de donner de bons résultats, je ne pus me dissimuler que les graves lésions qu'elle nécessite exposaient sérieusement les jours des malades en mettant ceux-ci dans les conditions si redoutables d'une fracture compliquée de plaie.

Je me demandai alors s'il ne serait pas possible d'obtenir le même résultat au moyen de la diaclasie, qui, opérant la rupture de l'os sans lésion aucune des parties molles extérieures, possède toute l'innocuité des plaies sous-cutanées, innocuité si bien démontrée par les travaux de M. Jules Guérin, et si bien établie par l'expérience de tous les jours.

Cette idée me parut d'autant plus réalisable, que par suite des nombreuses opérations diaclastiques que j'ai eu occasion de pratiquer pour l'amputation des membres, j'avais personnellement acquis la certitude qu'il était possible et même facile de rompre, à travers les chairs, les os les plus volumineux sans esquilles, à un point déterminé, et sans produire de contusion violente des parties molles.

La malade ayant agréé cette idée, je procédai à l'opération le 27 juin, de la manière suivante.

La malade étant couchée sur le lit d'opération et soumise au chloroforme, j'appliquai l'ostéoclaste sur la face externe et antérieure de la cuisse et du bassin, de manière que le croissant métallique embrassait la portion interne et postérieure du fémur dans son point le plus élevé, au niveau à peu près du petit trochanter. J'eus le soin de garnir de compresses épaisses les parties sur lesquelles portait l'instrument; puis, faisant mouvoir la vis, j'opérai la constriction jusqu'à ce que je me sentis arrêté par la résistance de l'os.

Saisissant alors à deux mains la manivelle de la vis, je portai brusquement la constriction à l'extrême. Au même instant, un bruit sec m'annonça que le fémur était rompu. J'enlevai immédiatement l'appareil, et je pus alors constater facilement, d'une part, que la rupture de l'os était nette et sans esquilles ; d'une autre part, que les parties molles étaient restées intactes et que par conséquent les conditions étaient celles d'une fracture simple.

La malade n'avait accusé aucune douleur; elle fut immédiatement reportée dans son lit, et le membre placé sur un plan incliné.

Aucun accident ne suivit cette opération. La cuisse, comme dans toutes les fractures, resta quelques jours endolorie et légèrement tuméfiée ; mais bientôt ces phénomènes disparurent, et dès le quatrième jour il me fut possible d'allonger le membre et de le placer parallèlement à l'autre; il fut maintenu dans cette position pendant tout le temps nécessaire à la consolidation, c'est-à-dire pendant soixante jours. Je permis alors à la malade de se lever, de marcher avec des béquilles; enfin, le 15 septembre, elle sortit de l'hôpital, marchant avec une simple canne.

Aujourd'hui que près d'une année s'est écoulée depuis l'opération, la malade a recouvré toute sa fraîcheur et sa santé d'autrefois.

La cuisse est parfaitement solide, et ne présente d'autre difformité qu'une courbure un peu prononcée en avant, et un raccourcissement de 8 centimètres; mais grâce à une chaussure habilement faite, la jeune malade dissimule très-adroitement ces légers inconvénients : elle marche avec une facilité parfaite, et ne se prive même pas du plaisir de la danse.

Nerfs vaso-moteurs des extrémités. — MM. SCHIFF (de Francfort) font sous ce titre une communication que nous publierons dans un prochain numéro. (Commissaires, MM. Rayer, Cl. Bernard.)

Sensibilité des artères viscérales. — M. G. COLIN présente sur ce sujet un mémoire dont nous donnerons prochainement un extrait. (Commissaires, MM. Cl. Bernard et Jobert, de Lamballe.)

— M. Q. DE RANSE lit une note sur une proportion considérable de sourds-muets dans deux cas d'alliances consanguines. (*Voir* plus haut.) Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Andral, Rayer, Bienaymé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade d'officier.

M. Compagnon, médecin-major.

Au grade de chevalier.

MM. Germain, médecin-major de 2e classe.
Maucbe, médecin-major de 2e classe ;
Tamisier, médecin aide-major de 1re classe ;
Gillet, chirurgien de 2e classe de la marine ;
Person, vétérinaire de 1re classe ;
Saucour, vétérinaire de 1re classe ;
Lomel, pharmacien-major de 1re classe.

— Le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier est actuellement confié à M. Quissac, agrégé ; celui de la clinique médicale à M. Girbal, et celui des vénériens à M. Moutet.

— Un concours pour quatre places d'internes-chirurgiens et cinq places d'internes-pharmaciens près des hôpitaux d'Alger, s'ouvrira à Alger le 10 novembre prochain. Les émoluments attachés à l'emploi sont de 900 francs par an, plus la nourriture les jours de garde, et tous les matins.

— Par arrêté du 6 août, M. G. Charbonnier, officier de santé, ex-interne à l'hôpital de Mustapha, a été nommé provisoirement médecin de colonisation à la Bourkika (Algérie).

— Une mort subite et tout à fait inattendue vient de nous enlever, à l'âge de trente-sept ans, un de nos jeunes et distingués confrères, M. le docteur Jules de Laplagne, de la Souterraine (Creuse) dont nos lecteurs ont pu apprécier plus d'une fois les judicieuses observations.

Après s'être levé joyeux et bien portant en toute apparence, il a été pris, à huit heures du matin, — à l'instant même où il allait commencer ses visites,— d'un mal de tête, précurseur d'un épanchement au cerveau qui, malgré les soins empressés de ses confrères, l'a emporté le même jour, à cinq heures du soir, dans toute la force de l'âge et riche d'un bel avenir acquis par son savoir et par son zèle à toute épreuve.

— Le *Moniteur vinicole* (un journal qui devrait être entre les mains de tous ceux qui possèdent ou cultivent des vignes) raconte le fait suivant, que nous recommandons à l'attention et à la sagacité de nos lecteurs :

« Un de nos amis, dit ce journal, possède à Bezons (Seine-et-Oise) une partie de vigne qui donna en 1861, malgré un peu de coulure, une récolte abondante.

» En allant visiter cette vigne l'an dernier, nous avions blâmé la plantation de volubilis au pied des ceps formant allée entre la vigne et le jardin; on les enleva, et les résultats nous prouvèrent que l'opération était bonne.

» Cette année, cédant de nouveau au désir d'avoir une allée toute bigarrée de clochettes, il laissa repousser les volubilis ou en sema d'autres. Leurs lignes étreignent souches et pampres ; leurs feuilles se confondent avec celles de la vigne, au point de faire confusion; ce sont de véritables thyrses antiques, que le soleil a bien du mal à pénétrer.

» Ceci est blâmable; c'est contraire aux principes les plus élémentaires de la culture de la vigne.

» Eh bien, et voilà justement l'extraordinaire, tout le reste des ceps qui ont été rognés, épamprés, en un mot parfaitement soignés, — sauf le soufrage qu'on n'a pas employé, parce qu'on ne s'attendait pas à l'invasion, — tout le reste des ceps, disons-nous, a été ravagé par l'oïdium, et ceux-là seuls qui ont été étreints, enroulés, enveloppés par les volubilis et par des ipoméas (convolvulus de la plus grande espèce) n'ont pas eu un seul grain atteint, et présentent un aspect véritablement magnifique.

» A quoi attribuer ce curieux phénomène ?

» Si la plante parasite avait été atteinte par le fléau, elle aurait joué le rôle du bouc émissaire, mais elle est aussi prospère que la vigne; s'il n'y avait pas deux rangées de ceps ainsi préservés, nous croirions que les volubilis ont fait abri lorsque le vent épandait les semences de l'oïdium; mais cette conjecture n'est pas plus admissible, puisque les cépages en arrière ont été infectés aussi bien que ceux plantés en avant.

» Nous abandonnons la solution de cet étrange problème à la perspicacité et au savoir des hommes qui ont été plus que nous à même d'étudier et de suivre depuis plusieurs années la marche du fléau, dont les modes d'attaque varient à l'infini. »

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 SEPTEMBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous pensions assister à la suite de la discussion sur le goître exophthalmique, et, sans que rien ait pu nous faire pressentir ce brusque revirement de l'ordre du jour, nous avons assisté au début de la discussion du rapport de M. Vernois, sur la méthode de docimasie pulmonaire de M. Bouchut.

Tout au plus eussions-nous été prêt pour hasarder quelques courtes réflexions, en manière de résumé, sur la question de nosologie soulevée à l'occasion du goître exophthalmique. Mais la question de la docimasie pulmonaire, bien qu'elle nous semble très-simple au fond, nous prend au dépourvu cependant, tant il y a, sous cette question de fait si simple en apparence, nous ne savons quel germe secret d'irritation, quel sourd grondement qui présage l'orage. Il nous a paru prudent, dans une telle situation, faute de pouvoir détourner la foudre, de la laisser passer et d'attendre une éclaircie pour saisir le vrai des choses.

M. Gaultier de Claubry a pris la parole, et, dans un discours fort écouté, a cherché à démontrer l'importance et l'utilité du travail de M. Bouchut, car, selon lui, rien de pareil n'a encore été fait en médecine légale et ne se trouve dans les livres connus qui sont à la disposition des médecins.

MM. Depaul et Vernois ont ensuite ajouté quelques mots, et la discussion a été remise à huitaine.

Par respect pour l'Académie, nous n'osons point parler des interruptions et des interpellations plus que vives qui ont eu lieu entre quelques membres, à l'occasion de l'allocution de M. Depaul, et qui ont conduit cet académicien à se porter, après la séance, à de regrettables provocations à l'égard d'un de ses collègues.

On n'a pas oublié la discussion qui a eu lieu, il y a deux ans, à l'Académie, sur le vitalisme et l'organo-chimisme, au sujet d'un travail sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du purpura hæmorrhagica. C'est à l'occasion de ces débats, qui ont eu un grand retentissement en Europe, que M. le docteur Koulakowski, professeur à l'Académie de Saint-Pétersbourg, a rédigé le mémoire que M. Trousseau a déposé en son nom mardi dernier sur le bureau de l'Académie (1). Dans ce mémoire, intitulé *Considérations générales sur la vie organique*, l'auteur tâche de concilier les deux opinions adverses, en démontrant qu'il n'y a point de phénomène de la vie qui soit exclusivement chimique ou exclusivement vital, et que tous ces phénomènes sont en même temps physiques, chimiques et organiques. Comme base de ses raisonnements, il prend la doctrine du célèbre physiologiste polonais Sniadecki, qui, dans sa *Théorie des êtres organisés* (traduite en français en 1825, par Billard et Desaix), a posé les fondements d'une physiologie générale.

Pour démontrer l'existence d'une force organisatrice, le docteur Koulakowski cite, non sans à-propos, l'exemple d'un bouton de poirier mis convenablement sous l'écorce du pommier, qui commence à diriger le chimisme de celui-ci pour organiser à sa manière sa tige, ses fruits; il prouve par là que cette force organisatrice n'est pas dans le chimisme de la matière nutritive, mais dans le bouton même. Ayant la conviction que les forces chimiques servent à composer des combinaisons organiques, on n'ira pas jusqu'à prétendre qu'elles peuvent leur donner la forme de globule, de cellule, et les diverses formes extérieures des êtres organiques.

D'un autre côté, l'auteur fait observer aux partisans de l'autocratie du principe vital, que la vie ne dépend pas de la présence du principe : pour continuer la vie, lui seul en repos ne suffit pas; il faut qu'il exerce sans relâche son influence organisatrice sur la matière nutritive, sans quoi l'organisme continuera quelque temps à vivre aux dépens de sa propre substance et finira par mourir. La vie donc n'est pas due à la présence de cette force, mais bien à son action continuelle sur la matière à organiser.

Plus loin, M. Koulakowski, sans discuter sur l'essence de la force organique, essaye d'expliquer ses relations avec les autres forces. Il établit d'abord que la vie n'est qu'un renouvellement continuel de la matière qui s'accomplit par deux mouvements distincts : celui de *composition* et celui de *décomposition.* Dans l'un comme dans l'autre, les forces chimiques jouent un rôle important; dans le premier, elles aident à former des combinaisons organiques auxquelles la force organisatrice imprime des caractères organiques; c'est pourquoi il l'appelle *procès organique.* Dans celui de la décomposition, la matière, en s'affranchissant peu à peu de l'influence de la force organique, sort de plus en plus du domaine de la vie, et se soumet aux lois de la chimie inorganique : ce mouvement est appelé *procès chimique.*

Ces deux procès ont leurs périodes de *maximum* et de *minimum* dans la vie de chaque être organique, et tandis que le premier est dans toute sa force au commencement de la vie embryonnaire, et qu'il faiblit graduellement en s'avançant vers la vieillesse, l'autre, le procès chimique, a une marche tout à fait inverse : il est presque nul dans la vie embryonnaire, et il gagne du terrain en s'approchant de la vieillesse, pour rester seul à l'article de la mort. Ces deux procès sont en outre en relation continuelle dans chaque phénomène organique, de telle sorte que l'un entraîne toujours l'autre après lui. Chaque excitation est suivie d'une faiblesse proportionnelle.

Plus loin, M. Koulakowski démontre que *s'organiser*, pour la matière, c'est se *transformer.* Sans transformation, plus de vie possible. L'apposition n'est pas nutrition. Il rejette ainsi l'idée de M. Poggiale, qui admet que la fibrine et l'albumine, préparées par les végétaux, sont assimilées sans transformation par l'organisme animal. En effet, dans l'assimilation de la fibrine et de l'albumine, il y a encore beaucoup à étudier, et de même que l'idée de l'assimilation et de la formation du sucre dans l'organisme a changé complétement avec les ingénieuses découvertes de M. Cl. Bernard, il viendra un temps où les théories chimiques sur la fibrine et l'albumine seront remplacées, comme celle de M. Dumas sur la graisse, par d'autres plus conformes aux lois générales de l'organisme.

Dans l'acte de la respiration, le professeur de Saint-Pétersbourg soupçonne aussi l'intervention de la force organique, parce que cette fonction est sur la voie de former la vie. — « Les aliments, appelés aujourd'hui *respiratoires*, ont probablement un rôle plus significatif que celui de brûler immédiatement pour chauffer notre organisme. Loin de là, ils sont assimilés, subissent tous les degrés de transformation et de combinaison possible, et ne sortent décomposés qu'après avoir épuisé toute leur aptitude à vivre. Ce ne sont donc pas ces aliments respiratoires brûlés tout crus dans les poumons qui procurent l'acide carbonique et l'hydrogène expirés, mais ce sont les particules qui vivaient dans l'organisme, qui ayant passé leur apogée organique, sont devenues l'objet de la décomposition chimique. »

Tel est le résumé du travail intéressant du savant professeur de Saint-Pétersbourg, lequel pour être convenablement apprécié exigerait une lecture du texte lui-même. — Dr Brochin.

(1) Ce travail a été fait il y a deux ans; c'est par une circonstance indépendante de la volonté de l'auteur qu'il n'a été présenté que mardi dernier seulement à l'Académie.

HOTEL-DIEU DE REIMS. — M. LANDOUZY.

Troisième leçon sur la pellagre, précédée de l'examen de trente-cinq pellagreux (1).

(Recueillie par M. LÉGÉE, interne de l'hôpital.)

Parmi les nouveaux malades pellagreux qui se présentent ici

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 août.

FEUILLETON.

HISTOIRE DE LA GALE (1).

L'histoire de la gale est celle de l'animalcule parasitaire; effectivement, depuis l'apparition de la vie sur le globe, il n'a plus été créé d'espèces vivantes nouvelles, et les mœurs des animaux étant immuables, la gale doit être aussi ancienne que la création. Le mouton est le premier animal que la tradition soumet à la domesticité (Varron), et déjà, dans la phase de la civilisation pastorale, la gale atteint les troupeaux; le législateur des Hébreux (*Lévit.*, ch. XXII, ỷ. 22), excluant les bêtes galeuses des sacrifices, en offre le témoignage.

Les Grecs, et surtout les agronomes romains, n'ignoraient ni la contagiosité de la gale, ni les désastres que le *turpis scabies* occasionne dans les troupeaux. Les Romains appliquaient le mot *scabies* à des affections variées de l'organe cutané; on a voulu en inférer que la gale était inconnue dans l'antiquité. Celse, recommandant pour l'homme le traitement qu'il avait trouvé efficace chez les animaux, réfute cette erreur (lib. V, XXVIII, 16). Il va plus loin et critique la confusion que faisaient les vétérinaires de son temps entre des maladies distinctes; nous reproduisons le passage, qui, à l'époque moderne, n'a rien perdu de sa valeur. Celse dit : *Nam et hi qui pecoribus ac jumentis medentur, quum propria cujus ex mutis animalibus nosse non possint, communibus tantummodo insistunt* (lib. I, *Præf.*).

(1) Cette intéressante étude est extraite du 7e volume du *Nouveau Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires*, de MM. Bouley et Reynal. Un fort vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50 cent. pour Paris, et 9 fr. *franco* par la poste. Paris, 1862, Asselin, libraire.

Le moyen âge perpétua les traditions antiques quant à la gale des animaux; l'étude de celle de l'homme fit un pas immense. Le médecin arabe Ben Sohr, dit Avenzoar, signala de la façon la moins équivoque un animal extrêmement petit, qui sort de la peau lorsqu'elle s'écorche : Avenzoar se borne à constater le fait, il n'établit point de corrélation entre le petit animal et l'éruption cutanée. Le peuple était plus avancé que les médecins, c'est à cette source que le médecin arabe puisa la connaissance de l'animalcule; le texte de son livre, extrait du manuscrit conservé à la Bibliothèque de Paris, ne peut laisser de doute à cet égard. Le bel ouvrage que vient de publier notre collègue Fürstenberg (*Die krätzmilben der Menschen und Thiere.* Leipzig, 1861), et qui fait honneur à la médecine vétérinaire, cite le passage original avec la traduction que le professeur Rosegarten en a faite à sa demande. On y lit : « Il survient à l'extérieur du corps quelque chose que le peuple appelle *soab*, la peau en est le siége. Si on enlève la peau, il en sort de divers côtés un très-petit animal, à peine visible. » Avenzoar vécut en Espagne, où il naquit, et mourut au Maroc (1070-1162).

A peu près de la même époque (1099-1179) date la *Physique* de sainte Hildegarde, abbesse d'un couvent près de Bingen; dans deux passages différents, l'auteur donne des remèdes contre l'animalcule de la gale. Elle prescrit la *myntza* et la *bilsa* (menthe et jusquiame); quant au dernier remède, elle dit : *Sed ubi* SUREN *in homine sunt, ita quod carnem ejus exulcerent, eodem loco eam cum succotere, et* SUREN *morientur* (Fürstenberg). Le mot *suren* intercalé dans le texte latin, emprunté au langage du peuple, indique que, dans le Nord, l'animalcule de la gale s'était vulgarisé aussi bien que dans le Midi. Cette dénomination s'est conservée jusqu'au dix-septième siècle.

Sous le rapport du traitement, le peuple en savait également plus que le médecin; les basses classes, dans le Midi, guérissaient la gale par l'extraction de l'animalcule, à l'aide d'une aiguille à pointe très-fine; il paraît que ce privilége était réservé aux vieilles femmes, qui, dans cette opération, se montraient fort adroites. Le même procédé était en vogue dans le Nord; l'expression de *déterrer les animalcules* (Sürengraben), reproduite par plusieurs auteurs, avec la parenthèse *Germani vocant*, est assez explicite pour admettre que, sous ce rapport, les traditions du Nord étaient aussi fortement implantées que celles du Midi, avec cette différence que, perdues dans le Nord, elles se sont conservées dans le Midi.

Le germe scientifique déposé dans le livre d'Avenzoar se développa lentement; plusieurs médecins de la renaissance connaissaient le *ciron* de la gale, ils savaient qu'il avait son siége principal aux mains et aux pieds, mais ils ne saisissaient point les rapports entre l'animalcule et l'éruption cutanée. A cette époque, l'être vivant, cause de la gale, n'était plus un mystère. Scaliger (1557) donne les diverses dénominations par lesquelles on désignait l'*acare* d'Aristote : les Pisans l'appelaient *pedicello*, les Piémontais *sciro*, les Gascons *brigand.* Il savait qu'il habite sous la peau et occasionne des démangeaisons en traçant des galeries (*ita sub cute habitat, ut actis cuniculis urat*), qu'extrait et écrasé il rend un virus aqueux (*aqueumque virus reddit*). Laurent Joubert (1577) place les *syrons* sous l'épiderme, où ils rampent en corrodant et excitant un désagréable prurit, ou, comme s'exprime Ambroise Paré, qui a emprunté ce passage à Joubert, *cachés sous le cuir, sous lequel ils se traînent, rampent et le rongent petit à petit, excitent une fâcheuse démangeaison et gratelle.* Les auteurs qui se succèdent se répètent; Vidus Vidius (1596) ajoute une phrase sur la genèse des animalcules; il les fait naître du sang ou de la pituite, à laquelle s'ajoute un peu de bile jaune ou noire, douée de la propriété de corroder légèrement. Voilà l'origine de la doctrine humorale de la gale, de la génération spontanée de l'acare, qui, au bout de trois siècles, fleurit encore dans le système hahnemannien. La doctrine s'enracine et ne trouve pas de contradicteurs. Aldrovandi (1638) répète ce qu'ont dit ses prédécesseurs, et n'oublie ni la génération spontanée de Vidius, ni les humeurs génératrices. Moufet (1634) fait faire un pas à l'histoire naturelle de l'animalcule; il apprend que les Anglais l'appellent *wheale-wormes*, et ajoute la remarque importante

pour la première fois, quatorze appartiennent au dépôt de mendicité de Montreuil.

L'un, n° 15, n'a d'autre symptôme actuel qu'un érythème du dos des mains, survenu à la fin de mai. L'an dernier, l'érythème s'était manifesté seulement à la fin de juillet.

L'autre, n° 16, qui avait eu la dermatose en août 1861, l'a eue cette année dès le commencement de mai. Il est d'une faiblesse extrême; il a des étourdissements fréquents et une intelligence saine.

Le n° 17, qui avait eu un érythème des mains en juillet 1861, présente cette année pour seule dermatose un érythème de la face survenu dès les premiers jours de mai.

Le n° 18, qui avait eu un érythème des mains en août 1861, l'a eu cette année vers le 15 mai. Il a une diarrhée abondante depuis trois mois, de l'œdème, des vertiges et une extrême faiblesse.

Voilà donc quatre sujets chez lesquels l'érythème s'est déclaré l'an dernier en été, et cette année au printemps. Ces faits ne sont pas rares; mais pour avoir toute leur valeur, il faudrait qu'ils eussent été constatés par le médecin, car le plus souvent ces érythèmes d'été ne sont que des récidives.

Le n° 19 (soixante-quatre ans), entré au dépôt comme dément au mois d'avril, a été atteint d'érythème dès les premiers jours de mai. La pellagre a-t-elle ici succédé à la démence, ou la démence à la pellagre? En l'absence de tout renseignement, cette dernière supposition est la plus probable, en raison de l'affaiblissement, qui n'eût pas acquis un si haut degré dans une pellagre récente à forme chronique.

Le n° 20 est entré au dépôt le 22 juillet 1861; il a eu son premier érythème vers le 10 mai 1862. Diathèse, œdème, affaiblissement progressif. Il est probable également qu'ici la pellagre existait avant la manifestation cutanée.

Le n° 21 (76 ans), tonnelier, atteint depuis deux ans de rachialgie et de faiblesse, avec titubation au printemps, a eu son premier érythème le 10 mai dernier. La faiblesse et la chancelance augmentent; une stomatite scorbutique vient de se déclarer; il n'a jamais de diarrhée.

Le n° 22 (64 ans), manouvrier, a eu, comme il vous le disait lui-même, la figure et les mains brûlées, et la tête perdue, en fauchant il y a plusieurs années. L'an dernier, le 12 mai, il est entré à l'infirmerie du dépôt pour anorexie, diarrhée, vertiges sans dermatose. Le 7 mai de cette année, il y rentre pour vertiges, étourdissements, démence triste et érythème intense, dont les traces sont encore très-manifestes aujourd'hui.

Le n° 23 (77 ans), bourrelier, atteint il y a sept ou huit ans d'une forte diarrhée, est entré, le 26 avril dernier, à l'infirmerie pour un érythème très-intense du dos des mains et des oreilles; il offre depuis cette époque seulement un affaiblissement général rapide.

Le n° 24, sabotier, avait eu, au printemps de 1861, un érythème aux mains, de l'œdème aux extrémités, de la diarrhée et des chutes subites au milieu des champs. La dermatose a reparu, cette année, dès les premiers jours de février, plus intense que la première, avec éblouissements, vertiges et titubation, sans diarrhée.

Le n° 25, idiot, entré au dépôt le 1er mai, a été atteint, vers le 10, d'un érythème d'intensité moyenne, sans autre accident que quelques accès de manie furieuse qui s'étaient déclarés dès le printemps.

Le n° 26, charretier du dépôt, d'une intelligence parfaite, assure avoir été atteint de pneumonie à chaque printemps, depuis onze ans. Il a de fréquents vertiges et des chutes fréquentes depuis sept ou huit ans, une diarrhée rebelle depuis trois ans; le premier érythème a eu lieu en mai 1860, le second en mai 1861, le troisième en juillet 1861, le quatrième en mars 1862. et vous venez d'en voir des traces encore considérables au dos des mains, aux oreilles et à la figure.

Enfin, chez les nos 27 et 28, pellagreuses venant également du dépôt de Montreuil, vous avez également observé l'ensemble des principaux symptômes, l'érythème vernal, la diarrhée, la lypémanie et l'affaiblissement général avec chancelance prononcée.

M. le docteur Fauvelle espérait aussi vous faire voir quatre cas très-intéressants qu'il m'a montrés à la prison de Laon, mais nous n'avons pu les obtenir pour la conférence.

Parmi ces cas se trouvait une mendiante âgée de quarante-six ans, affectée depuis vingt-deux années consécutives d'érythème vernal; depuis trois années, de diarrhée rebelle; depuis une année surtout, de vertiges fréquents avec affaiblissement considérable. Cette malade vous eût présenté une particularité curieuse; c'était une dermatose pellagreuse des deux mains, avec érythème intense de la face palmaire de la main tournée, pendant le travail, vers la vitre qui amène la lumière dans la cellule.

Et avant d'aller plus loin, pourquoi donc ces quatre cas de pellagre à la prison de Laon, tandis que quelques jours après je n'en trouvais qu'un seul à la prison de Reims, un seul à la prison d'Orléans, aucun à la prison de Rouen?

Pourquoi ces trente cas de pellagre au dépôt de mendicité de Montreuil, dont la population ne s'élève pas à trois cents indigents, tandis que, dans le même mois de la même année, j'en trouvais seulement dix-huit, en tout, dans les dépôts de mendicité de Villers-Cotterets, Albigny, Mâcon, Auxerre, Lunéville, Nancy, Turin, Padoue, Milan, qui renferment ensemble plus de trois mille indigents?

Est-ce que l'alimentation serait moins substantielle à l'asile de Montreuil que dans les autres? Non, car dans certains dépôts, comme celui de Padoue, par exemple, où je n'ai pas rencontré un seul pellagreux et où le docteur Salani m'a dit n'en avoir rencontré que huit en trente-deux ans, le régime alimentaire se compose de légumes six fois par semaine, de morue une fois, et de viande seulement *aux deux grandes fêtes de l'année!*

Est-ce que les autres conditions hygiéniques y seraient moins favorables? Non également, car dans certains dépôts, comme ceux d'Auxerre, Mâcon, Villers-Cotterets, l'étendue et l'aération des dortoirs et infirmeries laissent beaucoup plus à désirer qu'à Montreuil.

Est-ce que le mal serait plus fréquent dans le département de l'Aisne, et que les indigents arriveraient déjà pellagreux au dépôt?

Serait-ce uniquement l'effet d'un hasard momentané, ou plutôt l'effet d'une de ces influences encore inconnues qui font que le typhus, la fièvre typhoïde, le choléra, les exanthèmes, règnent particulièrement tantôt sur une région limitée, tantôt sur une région étendue d'un département ou d'une province, sans qu'on puisse jamais expliquer ces préférences?

Les documents statistiques sont trop peu nombreux et de date trop récente pour pouvoir éclairer ce problème, dont notre zélé confrère M. Fauvelle préparera, nous l'espérons, la solution.

Restent sept nouveaux malades isolément venus du voisinage et dont nous n'avons pas encore parlé.

Le n° 29 (53 ans), bûcheron de Brandonvilliers (Marne), robuste et bien constitué, assez bien nourri, envoyé de l'hôpital de Vitry-le-François par M. Valentin, n'avait jamais été malade, lorsqu'en janvier dernier il commença à éprouver de l'inappétence, des douleurs abdominales, de la constipation et surtout une grande faiblesse, sans la moindre fièvre.

En mars, survint un érythème aux mains, aux coudes, au nez, et en avril une diarrhée rebelle.

Un fait est particulièrement remarquable ici, c'est l'érythème aux coudes, le malade assurant n'avoir eu aucun trou à ses chemises, et n'en avoir jamais relevé les manches, qui seraient toujours restées hermétiquement boutonnées au poignet, même pendant le travail.

Le n° 30 (54 ans), manouvrier de Sissonne (Aisne), envoyé par M. Héry, atteint depuis *seize années consécutives* d'érythème vernal et de diarrhée fréquente, a été frappé de folie triste pour la première fois au mois d'avril de l'an dernier. L'été, l'automne et l'hiver se passèrent bien; mais dès les premiers jours de ce printemps, la diarrhée revint ainsi que la dermatose, dont vous avez remarqué tout à l'heure les vestiges caractéristiques. Quant aux accidents nerveux, ils n'ont pas jusqu'alors reparu.

Le n° 31 (52 ans), berger du même pays, également envoyé par M. Héry, a été violemment poussé contre un bac il y a *vingt ans*, et il se plaint d'un retour périodique de malaise général et de tristesse depuis cette époque, vers le mois de juin. En juin 1861, affaiblissement plus considérable, diarrhée, hallucinations, folie triste, idées persistantes de suicide.

En mars 1862, mêmes troubles nerveux, érythème intense en desquamation, caractérisé surtout, comme vous venez de le voir, par des surfaces de *pella rosa* entourées de peau noire et terreuse.

Aujourd'hui la folie est constante, et, par une très-rare exception, constamment gaie. J'hésitais à croire tout à l'heure le rapport de la religieuse sur ce point, mais elle insistait précisément sur ce que de ces deux pellagreux couchés l'un près de l'autre, le premier restait continuellement triste et silencieux, et le second continuellement gai et bruyant.

Le n° 32 (39 ans), fermière à Bouffignereux (Aisne), bien constituée, bien portante jusqu'à 28 ans, envoyée par M. Dumange, est atteinte à chaque printemps depuis *onze années consécutives* de faiblesse et de tristesse progressive; depuis *dix ans*, de vomissements fréquents; depuis *quatre ans*, d'érythème vernal, et depuis *deux mois*, d'une diarrhée rebelle. Cette année, c'est vers le 15 février que survint la dermatose dont vous remarquiez cependant encore les traces très-manifestes. En même temps survint aussi une manie aiguë, violente, suivie bientôt d'une folie triste, qui a diminué aujourd'hui. Divagations constantes, chutes subites sur le sol, stomatite scorbutique, diarrhée persistante, tels sont les principaux accidents qui vous ont frappés tout à l'heure chez cette malade, sans qu'il ait été possible d'en déterminer la cause première.

Le n° 33 (45 ans), vigneronne de Verzenay (Marne), bien constituée, bien nourrie, envoyée par M. Maillard, n'avait jamais été malade, lorsque, vers le 15 mars de l'année dernière, elle fut prise d'un érythème douloureux du dos des mains, avec gonflement considérable et crevasses depuis le poignet jusqu'au bout des doigts. Cet érythème avait reparu avec une certaine violence en mai, et il en restait encore des traces très-manifestes lorsque la malade vint me consulter le 20 juillet pour une tumeur de la clavicule. Je n'avais pas vu les mains, qui étaient restées gantées, et je n'avais donné mon attention qu'à cette tumeur isolée, lorsque la malade, en sortant de mon cabinet, revient me prier de lui prescrire aussi quelque moyen efficace contre une diarrhée rebelle qui déjà l'année précédente avait duré deux mois à la même époque. Je demandai à voir les mains, et c'est alors que je constatai la pellagre. Tous les symptômes disparurent l'automne et l'hiver. Un léger érythème a reparu en avril dernier, et vous venez de constater qu'il n'existe en ce moment aucun autre accident.

Le n° 34 (35 ans), vigneronne de Chamery (Marne), bien constituée, envoyée par M. Flamant, vit, il y a *quatre ans*, après de profonds chagrins, ses règles s'arrêter, et un an après se manifester les principaux symptômes de la pellagre. Depuis *trois années*, au printemps, érythème intense, lypémanie, diarrhée, scorbut. Peu d'affaiblissement, jamais de vertiges.

Enfin le n° 35 (66 ans), manouvrière de Trigny (Marne), a été atteinte pour la première fois de fièvre tierce à la fin d'avril dernier, sans aucun trouble cérébral.

Huit jours après, elle se lève au milieu de la nuit, prend une hotte et veut absolument s'en aller en chemise travailler aux champs. Le lendemain l'accès était passé, mais ses enfants s'apercevant qu'elle peut à peine se tenir debout, qu'elle chancelle et qu'elle tombe au bout de quelques pas, l'amènent à l'Hôtel-Dieu.

L'aspect terreux et parcheminé des mains attire immédiatement l'attention de M. Luton, qui porte le diagnostic de *pellagre probable*, et qui, voyant l'amélioration générale s'accroître tous les jours sans traitement, autorise la sortie. La malade allait donc partir le lendemain, lorsque la nuit même, se levant pour aller aux champs, elle tombe à quelques pas du lit et se trouve prise d'une diarrhée abondante, sans la moindre fièvre. Quatre jours après, l'accès de manie et la diarrhée avaient cessé spontanément, la titubation et la faiblesse avaient presque entièrement disparu, et vous venez de constater qu'à cette année, on perdit ses traces. Bonomo a donc réellement existé.

---

que les cirons ne séjournent pas dans, mais près des pustules (*syrones istos non in ipsis pustulis, sed prope habitare.*)

Harptmann, le fondateur de la pathologie animée, examina l'animalcule au microscope; dans sa *Lettre au P. Kircher* (1657), il en trace une mauvaise figure et le compare à la mite du fromage. A peu près vers la même époque parut à Francfort un livre d'hippiatrique (*Pferdeschatz*), dans lequel on mentionne la présence d'acares (Möiben) entre les crins de la queue, de la crinière et du toupet du cheval. Il paraît que l'auteur s'est fait illusion, et qu'il a confondu les lamelles épidermiques avec les animalcules (Gerlach).

Redi, l'adversaire déclaré de la génération spontanée, imprima à l'observation directe une nouvelle impulsion. Deux naturalistes de Livourne, le docteur Cosimo Bonomo et le pharmacien Diacinto Cestoni, par leurs recherches sur l'acare, ses mœurs et ses rapports avec la gale, arrivèrent à des résultats qui de nos jours n'ont rien perdu de leur exactitude. La lettre où ils sont consignés fut publiée en 1687; Bonomo seul l'a signée. L'animalcule de la gale était si bien connu en Italie, que le Dictionnaire *della Crusca* (éd. de 1623) en donne cette définition : *Pellicello è un piccolissimo bacolino, il quale si genera à ragnosi in pelle, e rodendo cagiona un accutissimo pizzicore,* définition qui fut le point de départ des études de Bonomo, ainsi qu'il le dit dans sa lettre. Il avait été témoin de l'extraction des acares, pratiquée par des femmes sur les enfants à l'aide d'une aiguille; il avait également vu les forçats et les esclaves du port de Livourne se rendre mutuellement ce service. Après bien des recherches sur des galeux, il trouva un animalcule, l'examina au microscope, en donna la description et une figure. Ne se contentant pas de ce premier individu, il continua ses investigations sur des sujets de constitutions variées et à diverses époques de l'année : constamment il retrouva le même animalcule. Bonomo eut aussi la bonne fortune de saisir un acare dans la ponte, pendant que le dessinateur Isaac Colonello en prenait la figure sous le microscope, et il put faire représenter en même temps le dessin de l'œuf. Il en conclut que les animalcules se reproduisent comme tous les animaux, par mâles et femelles, qu'ils ne s'engendrent point dans l'humeur mélancolique des galeux; qu'ils ont leur domicile dans une partie du corps; que la gale est la conséquence de la morsure de ces animalcules. S'il n'en était pas ainsi, la contagiosité de la gale serait incompréhensible; les animalcules, en effet, passent avec la plus grande facilité et par le simple contact d'un corps sur un autre, pénètrent sous la peau et s'y multiplient par des œufs; la transmission s'opère par l'intermédiaire du linge, des gants et d'autres objets qui ont servi à l'usage des galeux et auxquels les animalcules peuvent rester attachés, car, séparés du corps, ils vivent encore deux ou trois jours; Bonomo s'en est expérimentalement assuré. Il préconise un traitement purement local, auquel on est enfin forcé de revenir après avoir fait avaler des masses de médicaments aux malades. Les récidives, il les attribue à la non destruction des œufs. Ces principes si nets, si logiques, découlant entièrement de l'observation, étaient trop simples, trop saisissables, pour prévaloir à une époque où les idées spéculatives dominaient en médecine.

Cestoni a revendiqué, comme lui appartenant, les observations contenues dans la lettre de Bonomo, et les modernes ont fait droit à ses réclamations; d'autres sont allés plus loin : ils contestent l'existence de Bonomo. Fürstenberg s'est donné la peine de débrouiller cette question de priorité : il prouve, par de nombreux documents, que Bonomo était fils d'un pharmacien français établi à Livourne; qu'après la mort du père, Cestoni l'accueillit et le recommanda à Redi, qui le prit en amitié; qu'en 1684 il obtint, sur la proposition de Redi, une commission de chirurgien de marine, et qu'au retour de son premier voyage il entreprit, en commun avec Cestoni, des recherches sur l'acare de la gale, qui furent terminées en 1686. La princesse Léopoldine de Toscane se maria en 1691 au prince électeur de Pfalz-Neuburg; Bonomo, sur la recommandation de Redi, fut agréé en qualité de médecin et suivit la princesse en Allemagne; en 1692, il accompagna la cour à Dusseldorf; après cette année, on perdit ses traces. Bonomo a donc réellement existé.

La lettre publiée par Redi n'est qu'un extrait de celle que Bonomo lui adressa; cet extrait, le naturaliste lui-même en est l'auteur. A ce sujet, Haller remarque : *Redi certe calamum esse diximus.* Bonomo, dans sa lettre, ne cherche pas à cacher la collaboration de Cestoni; le fait d'avoir observé en commun apparaît dans la correspondance de Redi avec Diacinto Cestoni. Sa lettre à ce dernier, datée du 5 juillet 1687, contient, à propos de leurs observations sur l'animalcule de la gale, cette phrase significative : *Saluti il Sig. dottor Bonomo; e egli dica in mio nome, che si è comminciato a stampare; e credo che sarà con sua gloria, e gloria di V. S. ancora:*

Si l'on tient compte de ce qui précède et qu'on le mette en rapport avec la réclamation de Cestoni adressée à Vallisneri, réclamation par laquelle il revendique pour lui seul l'honneur des découvertes concernant l'animalcule et l'affection qu'il provoque; qu'elle paraît pour la première fois, vingt-trois ans après la publication de la lettre de Bonomo, treize ans après la mort de Redi, et alors que l'on a perdu toute trace de l'existence de Bonomo, on sera peu édifié sur la bonne foi de Cestoni, et l'impartiale histoire, au lieu de présenter Bonomo comme plagiaire, le rétablira dans ses droits et le placera sur la même ligne que Diacinto Cestoni. Remercions Fürstenberg, dont les consciencieuses investigations ont permis de rendre une justice tardive à un homme de mérite.

Musitanus (1688) rejette la génération spontanée des cirons; il considère néanmoins la gale comme indépendante de leur présence. Le progrès qui se rattache au nom de Musitanus consiste à avoir établi que l'animalcule séjourne à l'extrémité de la galerie, et non dans la vésicule. (*Ita sub cuticula serpunt, ut videri possint, quorsum migrarint, ubi si velis in extremitate hujus lineæ albæ cuspide aciculæ animalculum eruere possis*), etc.

S. Verheym.

(La fin à un prochain numéro.)

part les vestiges de l'érythème, il ne reste plus rien aujourd'hui de ces graves accidents.

Déjà vous aviez vu, il y a deux ans, le maçon de Betheny, dont nous parlions plus haut, arriver à la clinique avec un érythème commençant, et s'enfuir tout à coup la nuit, demandant à grands cris qu'on lui donnât un couteau, se réclamant à l'aumônier pour qu'on l'enterrât tout vif, et se livrant enfin à de telles violences, qu'on fut obligé de lui laisser huit jours la camisole de force. Au bout de ce temps, la folie disparaissait complétement, et il ne lui restait plus de la pellagre que la dermatose, la boulimie et la titubation.

Mais je viens d'être témoin d'un fait beaucoup plus remarquable encore, et sur lequel j'appelle tout spécialement votre attention.

Il s'agit d'un enfant de sept ans, fils de cultivateurs très-aisés, et chez lesquels on ne peut signaler aucune affection héréditaire.

Cet enfant, d'une bonne constitution, bien nourri, bien logé, n'avait jamais eu la moindre indisposition, lorsque, à la fin d'avril 1859, il fut atteint d'un érythème squameux très-douloureux à la paume des mains, à la plante des pieds, aux talons et aux genoux, sans jamais être resté les jambes nues.

En 1860, aucun symptôme analogue, quoique l'enfant eût été comme de coutume dans les champs.

En 1861, vers la fin d'avril, même érythème qu'en 1859. Aucun accident autre que cette dermatose, qui va en diminuant comme la première fois, à partir de la fin de mai.

Le 8 juin, on m'amène l'enfant, et je constate les vestiges les plus manifestes d'un érythème pellagreux en voie de guérison : peau terreuse surtout vers la circonférence, rosée en plusieurs points, squammeuse autour des parties rosées. Santé excellente d'ailleurs.

Je conseille la continuation d'une bonne hygiène, le vin de quinquina dès la fin de l'hiver, et je recommande instamment de m'amener l'enfant aux premières traces d'érysipèle.

J'avais oublié cet incident, lorsque le 20 juin dernier je suis appelé. On me donne les renseignements suivants :

Le samedi soir, 14 juin, l'enfant, en rentrant de l'école, se plaint d'y avoir eu froid, et il insiste pour qu'on le couche aussitôt.

Dimanche 15, épistaxis, malaise général.

Lundi 16, vomissements, constipation.

Mardi 17, délire bruyant, sans caractère spécial ; hallucinations, efforts pour quitter le lit et sortir de la chambre. — Calomélas, compresses froides sur le front, sinapismes aux extrémités.

Mercredi 18, continuation du même délire, syncope.

Jeudi 19, cris plus aigus, agitation extrême sous forme paroxystique.

Un des médecins les plus distingués de Reims est appelé en consultation. On l'informe de mon opinion sur les deux érythèmes des années précédentes, et n'apercevant nulle dermatose cette année, il porte pour diagnostic *fièvre cérébrale*, et pour pronostic *issue funeste*. Sangsues à l'apophyse mastoïde, vésicatoires aux jambes, eau froide sur la tête.

Vendredi matin, vers six heures, l'enfant est encore en plein délire. A midi, retour complet à la raison et à la santé, sans le moindre vestige de fièvre, sans le moindre accident ultérieur.

Ces commémoratifs bien établis, j'examine alors avec attention, et nous trouvons, mon confrère et moi, les traces les moins équivoques d'un érythème récent, mais léger, aux mains et aux genoux. La ligne brune, efflorescente, rugueuse, de démarcation entre la face palmaire et la face dorsale des mains, est parfaitement dessinée. Celle du poignet l'est également. Plusieurs points de peau rosée se voient comme des îlots au milieu de la peau terreuse et squammeuse des doigts; des écailles se détachent nettement de la face palmaire des doigts et de la paume des mains jusqu'au poignet; nul doute enfin sur une récente dermatose de type pellagreux. Une plaque de peau terreuse et squammeuse de 6 centimètres environ se remarque également sur les deux genoux, et, quoique à la plante des pieds la dermatose soit moins manifeste que l'an dernier, elle y est cependant très-caractérisée, surtout par le liséré bronzé efflorescent qui sépare la face plantaire de la face dorsale.

Les parents, dont l'attention est excitée par notre examen, n'hésitent pas à dire que c'est la même maladie de peau, un peu moins prononcée, qu'en 1859 et en 1861.

L'enfant a bon teint, bonne physionomie, bon appétit; il ne se plaint que d'une seule chose, c'est qu'il ne peut marcher ni même se tenir sur ses jambes; les membres fléchissent dès qu'on veut le lever. Il lui est impossible de faire un pas sans être maintenu sous les deux bras, et encore n'avance-t-il qu'en fauchant comme les ataxiques. Pendant le décubitus dorsal, les membres résistent parfaitement aux efforts qu'on fait pour les fléchir, comme dans l'ataxie locomotrice.

Etait-ce ici un accès de délire fébrile? Etait-ce un accès de manie aiguë? N'ayant pas vu l'enfant pendant la première période, il nous manque nécessairement quelques données pour résoudre cette difficulté; mais enfin ce n'était qu'un paroxysme.

L'érythème était-il réellement absent au début? Etait-il seulement trop faible pour être apprécié? Est-il venu d'une manière insidieuse et latente à la fin de la maladie? A-t-il été fugace pendant l'invasion et perceptible seulement pendant la desquammation, comme cela se voit parfois dans la scarlatine? Toutes ces hypothèses sont admissibles; mais ce qui est certain, c'est qu'il y a eu là non une fièvre cérébrale, mais une fièvre pellagreuse, et que si un praticien aussi éclairé et aussi expérimenté que le consultant a pu s'y tromper, après avoir vu déjà notre exhibition de l'an dernier, à plus forte raison doivent s'y tromper aussi ceux qui n'ont sur la pellagre d'autres notions que celles des livres.

Vous tirerez de cette remarquable observation un grand profit, et moi-même je me promets d'examiner mieux encore que par le passé toutes les formes de fièvre cérébrale, car je me rappelle parfaitement avoir commis autrefois pareille erreur dans des méningites irrégulières que j'avais nommées granuleuses, surtout en raison des rémittences, et qui m'avaient frappé d'étonnement par leur rapide résolution.

C'était, à deux ans environ d'intervalle, chez une jeune fille de Verzy et chez un jeune garçon de l'Hôtel-Dieu. Mon pronostic avait été celui qu'on porte toujours dans la méningite tuberculeuse, et cependant tous deux ont guéri, comme ici, presque subitement. N'était-ce pas là une pellagre aiguë, sans érythème ou avec érythème faible et passé inaperçu? ou n'était-ce pas plutôt la manie aiguë pellagreuse? Car, selon moi, c'est à une autre forme de l'affection que doit être réservée la dénomination de *pellagre aiguë*.

(ADDITION A LA CLINIQUE DU 2 SEPTEMBRE COURANT.)

Le passage suivant a été omis par erreur à la fin de la *Clinique* du 2 septembre (*Diabète sucré terminé par un phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin*) :

Les symptômes qui, du vivant du malade, nous avaient fait admettre à côté de la péritonite une complication grave, étaient les suivants :

1° L'apparition de taches érythémateuses fugaces, ambulantes;

2° La coloration ictérique de la peau et des sclérotiques; tous deux signes fréquents des suppurations graves;

3° La sensation de chaleur brûlante que le malade éprouvait dans l'abdomen, sensation différente de la douleur qui accompagne habituellement la péritonite;

4° Le ténesme recto-vésical incessant, accompagné d'une sensation de brûlure le long du canal de l'urèthre.

Je crois que telle était en effet la part du phlegmon diffus pelvien dans l'ensemble des symptômes, soit généraux, soit locaux.

Le ténesme recto-vésical, le plus expressif de tous, s'explique d'ailleurs facilement :

1° Par l'action irritante qu'un vaste foyer inflammatoire devait exercer sur les nerfs de la vessie et du rectum;

2° Par les lésions constatées à l'autopsie dans les tuniques de ces organes, et notamment dans leur tunique muqueuse; lésions que l'on peut rapporter elles-mêmes à la compression des veines vésicales et hémorrhoïdales par l'exsudat inflammatoire.

L'hypertrophie des valvules conniventes nous paraît être un fait d'un autre ordre que l'épaississement des muqueuses vésicale et rectale; nous y voyons l'analogue de l'hypertrophie des reins, c'est-à-dire la conséquence d'une suractivité fonctionnelle longtemps prolongée et imposée à la muqueuse digestive par la boulimie.

TENTATIVE DE SUICIDE AU MOYEN D'UN RASOIR,

division de toute la région antérieure du cou, y compris la trachée-artère, et guérison radicale en douze jours.

Par M. le docteur BÉCLÈRE.

Le nommé V..., âgé de soixante-douze ans, d'une bonne santé générale et d'une excellente constitution, perdit sa femme l'année dernière; depuis cette époque, cet homme est devenu triste et morose. Ne pouvant plus travailler et ne possédant que quatre cents francs de rente, somme bien insuffisante pour subvenir à ses besoins, il fit plusieurs demandes pour entrer aux Petits-Ménages, qui toutes restèrent sans résultat.

Devenu de plus en plus triste par l'insuccès de ses démarches, il résolut de mourir, et voici les différentes tentatives qu'il fit le 15 avril dernier, à trois heures de l'après-midi.

Armé d'un rasoir, il s'en porta plusieurs coups dans la région du cou; mais l'ossification en partie complète à cet âge du larynx et des cerceaux de la trachée-artère, obligea V... de redoubler de fureur, et enfin un coup porté avec plus de violence que les autres, coupa entièrement toute la région antérieure du cou, y compris la trachée-artère dans les deux tiers de son diamètre transversal, et fit une énorme et horrible plaie au-dessous du larynx, intéressant tous les organes situés dans cette région, à l'exception toutefois des carotides.

Malgré l'abondance du sang qu'il perdait, voyant que la mort n'arrivait pas assez vite, il saisit un couteau de cuisine dit à légumes, très-pointu, et s'en porta plusieurs coups au-dessous de la section du rasoir; mais ces coups donnés par une main tremblante et déjà affaiblie par la grande quantité de sang qu'il avait perdu et qu'il perdait encore, n'ont heureusement produit que des plaies sans importance.

La mort n'arrivant toujours pas, il s'arme alors d'un gros marteau et s'en assène plusieurs coups sur la tempe gauche; mais, fort heureusement encore pour ce malheureux, et sans doute par la même cause d'affaiblissement général dans lequel il était déjà, cette dernière tentative ne détermine que de légères plaies contuses.

Enfin, épuisé par d'abondantes pertes de sang, il va plutôt tomber que s'asseoir sur une chaise placée près de son lit, où il reste dans cette position sans perdre un seul instant connaissance, jusqu'à deux heures du matin, c'est-à-dire onze heures sans recevoir aucun secours.

On peut aisément se figurer l'horrible boucherie, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui s'offrit à ma vue lorsque j'arrivai auprès du blessé. Des mares de sang sur le plancher de la chambre et en plusieurs endroits, ses habits littéralement couverts et empesés de sang; le rasoir, le couteau, le marteau, instruments de ces différentes tentatives de suicide, également ensanglantés, gisaient aussi çà et là dans la chambre. Dans cet affreux désordre, si un écrit de la main de V..., trouvé sur une table aussi couverte de sang, ainsi que sa réponse à voix basse, n'eût attesté que lui seul avait tout fait (*me me adsum qui feci*), on aurait plutôt cru que tout ce carnage était l'œuvre de plusieurs malfaiteurs acharnés sur ce vieillard.

Pour faire le premier pansement de cette horrible plaie, qui ne mesurait pas moins de quinze centimètres d'étendue, soit dans son diamètre transversal, soit même en hauteur, en vertu du retrait des muscles de la région du cou, je n'avais à ma disposition que quelques linges de toile, car il n'y avait personne capable d'aller chez un pharmacien, assez éloigné de la demeure du blessé.

Toutefois, je remarquai qu'en faisant autant que possible abaisser la tête du malade, ce mouvement favorisait singulièrement le rapprochement des bords de la plaie. En conséquence, des compresses graduées placées au-dessus et au-dessous de la plaie, et maintenues par une bande formant cravate et roulée plusieurs fois autour du cou, que je fis également passer plusieurs fois sur la tête et sous le menton, constitua un bandage provisoire présentant même une certaine solidité. Du reste, l'énorme quantité de sang que venait de perdre le blessé l'avait rendu très-docile, et même repentant de l'acte de barbarie auquel il venait de se livrer sur lui-même.

Le lendemain matin, c'est-à-dire neuf heures seulement après ce pansement provisoire bien imparfait, quel ne fut pas mon étonnement de trouver les bords de cette énorme plaie réunis par première intention dans presque toute leur étendue! Des bandelettes de diachylon placées le mieux qu'il me fut possible, de la charpie, des compresses et des bandes disposées comme celles de la nuit, complétèrent mon appareil, que le malade consolidait encore en tenant avec une rare constance la tête constamment baissée.

Les plaies du cou faites avec le couteau pointu, et celles de la tempe gauche produites par le marteau, se trouvaient, par cet appareil, suffisamment pansées.

Le malade, très-docile, ne prit que quelques légers bouillons les trois premiers jours. Je le tenais à cette diète un peu sévère en raison des plaies contuses de la tempe gauche, qui pouvaient amener des accidents consécutifs du côté des centres nerveux, tels que congestions cérébrales, méningites, etc., et déterminer la mort en quelques jours.

Heureusement mes craintes ne se réalisèrent pas, et dès le quatrième jour le malade allait de mieux en mieux. Il commença, en effet, à parler plus facilement, et on n'entendait plus ce son guttural et pénible des premiers jours; le peu de nourriture qu'il prenait était parfaitement supporté, et les forces revenaient également bien. Enfin, au bout de douze jours de progrès de plus en plus sensibles, le malade était complétement guéri; il parlait très-distinctement, et il ne restait plus d'inquiétude du côté des centres nerveux.

Quant à la plaie du cou, on ne voyait plus qu'une longue cicatrice linéaire. Toutefois, vers la partie médiane et en face de la trachée-artère, il restait une petite plaie qui a été cautérisée quatre ou cinq jours avec le nitrate d'argent, et au bout desquels elle était auss complétement guérie.

Cette observation, assez curieuse en raison de la rareté du fait, présente encore de l'intérêt par les circonstances suivantes :

1° Elle prouve que les cerceaux de la trachée-artère, malgré l'avancement de leur ossification, se cicatrisent néanmoins très-facilement;

2° Que dans l'opération de la trachéotomie pour le cas de croup, si l'on perd un si grand nombre de petits malades, cela tient presque uniquement à l'infection générale diphthéritique.

3° Que l'on pourrait recourir plus souvent qu'on ne le fait généralement à l'opération de la laryngo-trachéotomie dans l'œdème de la glotte, lorsque les moyens ordinaires ont échoué et qu'il y a menace de suffocation.

VASTE ULCÈRE CARCINOMATEUX DE LA FACE.

Guérison par la pâte arsenicale du frère Côme.

Par M. le docteur DECHAUX (de Montluçon).

Un fermier des environs de Montluçon, âgé de cinquante-cinq ans, portait depuis plusieurs années, sous un bandeau noir, un bouton chancreux à la région orbitaire droite, qu'il n'avait fait panser jusqu'alors que par des personnes étrangères à l'étude sérieuse de la médecine. Un jour d'octobre 1861, il nous découvre, à la région temporo-orbitaire droite, un ulcère carcinomateux effrayant, à caractère phagédénique, rongeant jusqu'aux os, très-creux, arrondi, à bords durs, grisâtres, lardacés, de 7 centimètres de diamètre, touchant à la commissure externe de la paupière, à la tempe, à l'oreille et à la joue, et reposant sur les os correspondants, frontal, temporal, os de la pommette.

Que faire avec une pareille perte de substance et le voisinage de l'œil, de l'oreille et du cerveau? Abandonner cet homme aux empiriques, risquer une opération nuisible et prêter le flanc à la malignité qui s'acharne contre la médecine, ou attendre la mort des progrès du cancer? Mais le cancer de la face marche très-lentement; il envahit les yeux, la langue, les fosses nasales, la substance cérébrale, et cela pendant cinq et dix ans. Les malheureux qui en sont atteints deviennent un objet de dégoût pour le public, pour leurs familles, pour eux-mêmes. Abandonnés par les médecins, ils vont trouver les charlatans, qui en guérissent quelques-uns. Et quels sont leurs moyens? Les caustiques, qui, s'ils ne guérissent pas infailliblement, réussissent quelquefois.

Après nous être échauffés par la discussion, excités par la difficulté, nous nous décidons pour l'opération.

Le 20 novembre 1862, ce fermier vient s'établir en ville avec sa femme, dans une chambre particulière, et nous lui appliquons sur le tiers de son ulcère une couche, de l'épaisseur d'un sou, de poudre caustique du frère Côme, transformée en pâte par un peu d'eau, ou tout simplement par un peu de salive, et de huit jours en huit jours nous couvrons les deux autres tiers; par-dessus, une petite couche de charpie râpée; puis un plumasseau, une compresse et un bandeau. Ces applications en plusieurs temps furent décidées pour ne pas nous exposer à une réaction trop violente, et à l'intoxication par une trop grande quantité d'arsenic qui aurait pu être absorbée.

Le malade fut livré à lui-même, sans sévérité, se levant, se couchant, buvant, mangeant, suivant ses instincts. Une potion calmante pour le soir, quelquefois des applications de compresses imbibées d'eau de guimauve ou d'huile d'amandes douces; et, pour prévenir le marasme moral, la nostalgie qui survient aussi bien à cinq lieues qu'à cinquante de distance, nous lui permîmes, tous les dix ou quinze jours, d'aller dans sa ferme se retremper au milieu de ses enfants.

L'effet de la poudre caustique fut une douleur constante, s'exaspérant de temps en temps, suspendant le sommeil, absorbant toutes les facultés, provoquant la fièvre, la perte de l'appétit, la constipation; et, autour de l'ulcère, déterminant une fluxion érysipélateuse, de la rougeur, du gonflement, du larmoiement, du coryza, une migraine constante, une suractivité circulatoire et sécrétoire manifeste qui s'est prolongée à l'état aigu pendant six semaines, à l'état subaigu pendant plusieurs mois, et qui paraît durer encore.

Le travail qui s'est fait sous cette couche de caustique a été remarquable par sa lenteur et sa continuité. Il s'est surajouté à cette grande circonférence ulcérée un liséré d'un centimètre de large, rouge d'abord, puis blanc, puis noir; c'était une eschare plus grande que le mal, sèche, dure, tenace, n'ayant aucune tendance à se détacher. Cependant, au bout de six semaines, la suppuration arrive; en pressant sur la croûte, on enfonce comme dans un vivier; une odeur gangréneuse s'exhale et nous oblige à avoir recours à des lotions, des injections d'eau chlorurée, à des pommades antiseptiques, et à des pansements plus fréquents. Notre malade, miné par la douleur et l'insomnie, incapable de se nourrir, a dépéri et se cachectise à vue d'œil. Le grand travail de mortification et d'élimination d'une pièce considérable de sa substance met tout son être en danger.

Au bout de deux mois, nous fendons et nous détachons une partie de l'eschare, mais ce n'est que plus tard que les parties molles et aponévrotiques s'en vont et s'effiloquent en putrilage, laissant à nu l'apophyse orbitaire externe, l'apophyse zygomatique et l'os malaire profondément nécrosés. Le muscle temporal et le masséter sont à découvert, la glande lacrymale est compromise, la paupière fermée, l'œil rouge et en état d'ophthalmie permanente; la parotide est entamée, sécrète à l'extérieur, inonde la joue, et nous menace de fistules salivaires.

Néanmoins, sous ce travail de destruction, il s'en prépare un autre de réparation. La part de la brûlure est faite, la douleur diminue, le sommeil revient un peu, l'appétit existerait si la mastication était moins difficile; le moral est meilleur, l'intérêt domine.

Ce fermier est bien allé quelquefois chez lui pour se distraire, pour fuir le feu qui le dévorait; mais la douleur, la crainte de la mort et l'espoir du soulagement le ramenaient sous notre tutelle. Maintenant il nous échappe complétement; il a vu, il a senti les progrès que nous lui avons annoncés; sa plaie est rose; des bourgeons vermeils poussent du fond de cette vaste excavation; l'apophyse orbitaire s'est égrenée; la zygomatique a été détachée; une partie considérable de l'os malaire, sèche, mortifiée, sonore à la percussion, reste solidement attachée au massif de la face, et entretient une ouverture à suppuration séreuse qui doit dissoudre autant que décoller cet énorme séquestre; mais de partout l'excavation se comble, la plaie s'assainit, et une bonne cicatrisation s'organise.

Depuis le mois de mai, c'est-à-dire six mois après son opération, G... a repris son petit bandeau noir et vaque à toutes ses affaires, foires, marchés, culture, récoltes; il est partout, au milieu de la foule, et il n'est plus un objet de répulsion; la paupière s'est ouverte et l'œil est conservé; il parle, il mastique sans perdre de salive; sa parotide est cicatrisée aussi.

Sans nous flatter sur l'avenir, sans cesser d'appréhender des cellules cancéreuses, de mauvaises racines profondes, le mal semble enrayé, et le succès dépasse notre attente.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 septembre 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État transmet un ouvrage de M. le professeur Boeck, de Christiania, intitulé : *Recherches sur la syphilis.*

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Foucart sur le service médical des eaux minérales de Bilazais (Deux-Sèvres), pendant l'année 1860. (Commission des eaux minérales.)

2° Un rapport sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées par M. le docteur Renault, d'Alençon. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur F. Garrigou, qui fait observer que le titre de médecin inspecteur des eaux d'Ax lui a été attribué par erreur dans le compte rendu de la séance du 26 août.

2° Un mémoire sur le phosphate de fer, par M. le docteur L. Sandras. (Commissaires, MM. Trousseau et Devergie.)

3° M. Mathieu présente un nouvel instrument qu'il a inventé, et qu'il appelle roue révulsive.

Le mécanisme de cet instrument consiste en un cylindre muni d'une multitude de pointes d'aiguilles, saillantes d'un millimètre et demi. Ce cylindre est monté sur une chape qui est fixée sur un manche en ébène. Il suffit de promener l'instrument sur les parties, et l'on obtient une révulsion complète.

Si l'on veut obtenir une très-grande puissance, par exemple, lorsqu'il s'agit de ramener la sensibilité, on peut mettre l'instrument en communication avec un courant électrique, au moyen de l'anneau qui existe à cet effet à l'extrémité du manche.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de la réponse de M. le ministre de l'agriculture et du commerce à la communication qui lui a été faite par l'Académie du mémoire de M. Réveil et du rapport de M. Trébuchet, sur les cosmétiques au point de vue de l'hygiène.

« En cette matière, dit M. le ministre, les lois répressives sont suffisantes pour protéger le public contre la fraude ou contre le danger de certaines préparations nuisibles. Des mesures préventives, notamment un service d'inspection spéciale, ne tendraient qu'à multiplier les occasions d'intervention dans les affaires privées, et c'est là une tendance à laquelle l'administration ne saurait adhérer. »

— M. LARREY présente : 1° Une brochure sur les maladies des Kabyles, par M. le docteur Vincent, médecin de l'hôpital de Delhys (Algérie);

2° Une observation de rage communiquée par un chat, recueillie par M. le docteur Texier, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine d'Alger. (Commission de la rage).

LECTURES.

Ovariotomie. — M. le docteur Parise, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lille, lit une observation d'ovariotomie pratiquée pour un kyste multiloculaire de l'ovaire, suivie de péritonite mortelle.

— M. SÉGALAS rapporte l'observation d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans chez lequel il a pratiqué récemment avec succès l'extraction d'un fragment de sonde engagé dans la vessie, à la suite d'un cathétérisme pratiqué par le malade lui-même. L'extraction du corps étranger a été faite avec un instrument de lithotritie de petite dimension. M. Ségalas met sous les yeux de l'Académie l'instrument et le corps étranger, et explique la manœuvre à laquelle il a eu recours.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Vernois. La parole est à M. Gaultier de Claubry.

Discussion sur la docimasie optique.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. Je me propose de démontrer que le rapport sur le mémoire de M. Bouchut relatif à une nouvelle méthode docimasique, s'est trompé sur la nature de ce travail, sur son importance et sur son utilité.

Sur sa nature. — Il est évident que la respiration, de quelque manière qu'elle s'opère, a pour effet de faire pénétrer l'air dans les vésicules pulmonaires. Il est donc certain que, suivant qu'on trouve ou qu'on ne trouve pas d'air dans ces vésicules après la mort d'un enfant nouveau-né, on doit pouvoir dire s'il a respiré ou non, si la respiration s'est faite d'une manière partielle ou complète. Démontrer par des caractères optiques précis la présence de l'air dans les vésicules pulmonaires, tel a été le but du travail de M. Bouchut. Pour en apprécier la valeur, il fallait voir d'abord ce qui avait été fait avant sur ce sujet.

M. le rapporteur a cité un travail de M. Devergie où cette méthode, suivant lui, aurait été déjà indiquée, et on se rappelle que M. Devergie a déjà réclamé lui-même à cet égard. Mais pour qu'il y ait découverte, pour qu'il y ait lieu à réclamation de priorité, il faut qu'il y ait quelque chose de descriptible et de décrit. En est-il ainsi dans les passages cités de M. Devergie? Ici l'orateur rappelle plusieurs passages de l'article DOCIMASIE du *Traité de médecine légale* de M. Devergie, et des divers mémoires qu'il a publiés sur ce sujet dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale.* Il résulte de ces passages, continue-t-il, que M. Devergie sait très-bien distinguer si un poumon a respiré ou non; mais c'est là en quelque sorte une qualité personnelle qu'il a acquise par l'expérience, et qui n'est pas susceptible d'être transmise et de servir à autrui. On voit bien là un objet signalé, mais non décrit. On trouve, en un mot, dans le livre de M. Devergie et dans ses mémoires des documents très-importants sans doute sur la matière, mais personne n'y verra l'indication d'un moyen précis, exact, qui puisse servir de caractère et permettre au praticien de reconnaître de suite et d'une manière certaine la présence de l'air dans les vésicules pulmonaires. Si nous rapprochons, au contraire, du texte des citations empruntées à M. Devergie le texte du travail de M. Bouchut, on trouvera dans ce dernier ces caractères précis qui manquent au premier.

Il y a donc dans ce rapprochement la preuve que le travail de M. Bouchut diffère de celui de M. Devergie. C'est assez pour montrer *son importance.*

Voyons maintenant pour *son utilité.*

Je dis que ce travail a un caractère bien déterminé d'utilité. En effet, jusqu'à quel point l'œil nu peut-il apercevoir dans tous les cas les caractères précis de la respiration? Dans la grande majorité des cas, dit le rapport, l'œil et le doigt suffisent à ce diagnostic. Mais il sera évident pour tout le monde qu'il y a une différence énorme entre ce que l'on voit à l'œil simple et ce que fait découvrir l'œil armé de la loupe ou du microscope. J'en appelle ici à ceux de nos collègues qui ont l'habitude du maniement de ces instruments. N'est-ce donc rien que d'avoir appliqué à la recherche médico-légale une méthode d'exploration qui a déjà rendu de si grands services à la science? Le rapport a eu tort évidemment de ne pas tenir compte de cette différence, et d'avoir ainsi méconnu ce qui fait précisément le mérite et l'utilité du travail dont il s'agit. Quant au mot de méthode appliqué à ce mode de recherche, que M. le rapporteur a critiqué, il se justifie suffisamment par l'usage, et ce ne serait là d'ailleurs, dans tous les cas, qu'un reproche de médiocre importance.

Je ferai un reproche beaucoup plus grave au rapport de la commission. Un rapport académique doit avant tout être juste, ses critiques doivent être fondées sur des faits et sur le contrôle de l'expérience. Or, il n'y a rien de semblable dans le rapport, point de faits, point d'expériences opposées à celles du mémoire. Il y a inanité complète sous ce point de vue dans le travail de la commission.

Je ferai un autre reproche encore à la commission, c'est de n'avoir pas tenu compte elle-même des travaux antérieurs qui ont le plus d'analogie avec celui de M. Bouchut. Il y a un travail important sur ce sujet que la commission paraît n'avoir pas connu, et je lui en fais un reproche; ou elle l'a connu et ne l'a point cité, et je lui en fais un reproche plus grand encore, c'est le travail de notre collègue M. Depaul. (M. Gaultier de Claubry cite ici quelques extraits du mémoire de M. Depaul, sur la respiration artificielle des enfants nouveau-nés.) Il y a, ajoute-t-il, dans ce travail de notre collègue la démonstration expérimentale de faits déjà connus de tout le monde; savoir, la présence de bulles d'air dans les vésicules pulmonaires d'un enfant qui a respiré, ainsi que dans les poumons qui ont été artificiellement insufflés. Restait la question de savoir si l'on pouvait tirer parti de ces faits en les appliquant à la solution des questions médico-légales de l'infanticide. Il y avait là une chose nouvelle, une chose importante à faire; c'est ce qu'a fait M. Bouchut. Eh bien, c'est cette chose nouvelle et importante que le rapport de la commission a méconnue.

J'arrive à une autre phase de la question. M. Bouchut a cru devoir publier son travail après la lecture du rapport. Je lui en fais un reproche moi-même, non sur le fait de la publication, mais sur son mode. Il aurait dû indiquer, au moins en les guillemetant ou par tout autre signe conventionnel, les passages ajoutés ou modifiés. Ce n'est que sur ce point seulement que porte mon reproche. Au delà je cesse d'être d'accord.

M. Bouchut, en publiant son mémoire après la lecture du rapport, n'a fait que suivre un précédent dont il serait facile de citer plusieurs exemples, notamment celui de M. Rilliet, qui publiait son mémoire sur l'iodisme pendant la discussion dont il était l'objet. Quant aux modifications, elles n'ont rien changé au fond du travail. Il n'y avait donc pas lieu d'en faire le sujet d'un reproche aussi vif à l'auteur.

Je me résume en disant que le rapport est incomplet, inexact, qu'il manque de faits et d'observations scientifiques, et qu'il n'éclaire ni l'Académie ni le public.

Je propose, en conséquence, le renvoi du rapport à la commission, et comme cette commission est actuellement incomplète par suite du décès du regrettable M. Adelon, qui en faisait partie, je propose en outre qu'on la complète par l'adjonction de nouveaux membres.

M. DEPAUL réclame sur les citations incomplètes que M. Gaultier de Claubry a faites de sa brochure. Si ces citations eussent été faites plus complétement, l'Académie y aurait vu que, bien que ce travail ait été fait dans un autre but, il renferme en réalité tous les faits que M. Bouchut présente comme nouveaux dans son mémoire, et que les prétentions de ce médecin ne peuvent par conséquent être admises.

M. VERNOIS ne veut pas, en raison de l'heure avancée, s'engager aujourd'hui dans la discussion; il tient seulement à protester dès à présent contre le discours de M. Gauthier de Claubry, qui est basé tout entier sur une erreur capitale; cette erreur consiste à avoir pris la dilatation des vésicules pulmonaires comme un signe de la respiration. Quant aux reproches que M. Gauthier de Claubry a adressés à la commission, je n'ai qu'une seule réponse à leur faire en ce moment, c'est que le rapport a été très-bienveillant et que nous avons été très-réservés quand nous nous sommes bornés à dire que le mémoire de M. Bouchut ne renfermait rien de nouveau. Nous aurions dû dire qu'il renfermait des erreurs très-graves et susceptibles de conduire à des conséquences très-dangereuses dans la pratique. La commission le savait, elle n'a pas voulu le dire. Mais puisqu'on l'y oblige, elle le dira désormais. Je me réserve de le démontrer dans la prochaine séance.

— Il est cinq heures, la séance est levée.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 107. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 107. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

La constitution médicale du mois de juillet, d'après le rapport fait par M. Potain à la Société médicale des hôpitaux, s'est montrée très-analogue à celle du mois précédent, laquelle n'était pas sensiblement différente elle-même de celle du mois de mai, ainsi qu'on peut s'en souvenir. Le même abaissement inaccoutumé de la température, dit le rapport, les mêmes alternatives atmosphériques ont amené le même résultat, c'est-à-dire la prédominance des rhumatismes, des pleurésies et des pneumonies. Il s'y est joint pendant la deuxième quinzaine de juillet, qui a été marquée par une température un peu plus élevée, des embarras gastriques, des cas fréquents de fièvre gastrique signalés particulièrement par M. Monneret, et des accidents intestinaux divers.

Dans tous les services d'où l'on a pu avoir des renseignements, il a été reçu des malades atteints de rhumatismes articulaires aigus et subaigus en plus ou moins grand nombre. Il y en a eu 9 dans le service de M. Laboulbène, à l'Hôtel-Dieu ; 6 dans celui de M. Gubler, à Beaujon. M. Chauffard a vu, tant au Bureau central que dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, le rhumatisme se manifester comme affection prédominante sous ses diverses formes et avec diverses localisations.

Les pneumonies ont été aussi fréquentes. On en a compté 7 dans le service de M. Chauffard, 5 dans celui de M. Laboulbène et 2 dans chacun des services de MM. Bergeron, Boucher de la Ville-Jossy et Gubler.

Les pleurésies ont marché parallèlement ; on en a signalé partout un nombre inusité : 6 dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu ; 4 dans celui de M. Boucher ; 3 dans celui de M. Gubler. Dans ce dernier service, 2 cas ont nécessité la thoracentèse, qui a été pratiquée avec succès chez les deux malades.

Quant aux complications endo-péricardiques du rhumatisme, le rapport déclare que, bien qu'on en ait observé, comme toujours, pendant la durée du mois de juillet, il ne semble pas résulter de l'ensemble des renseignements qui ont été communiqués, qu'elles aient été notablement plus fréquentes que de coutume. Cependant, M. Monneret a constaté des complications du cœur fréquentes et graves. Il y a eu, dit-il, dans les premiers jours d'août, un cas de mort presque subite qu'il croit avoir été produit par la suspension de la contraction du cœur. Le sujet allait bien, en apparence, quelques heures avant sa mort ; il mourut tout à coup comme de syncope.

A l'autopsie, on trouva à peine quelques franges granuleuses sur les valvules, un caillot dans le cœur gauche et dans les veines pulmonaires. On a cherché s'il y avait une embolie, mais on a trouvé le sang fluide dans les artères pulmonaires. M. Monneret pense donc que la mort a dû venir d'un arrêt du cœur. On pourrait même douter, dit-il, qu'il y eût eu endocardite, car il n'y avait guère dans l'organe que du sang coagulé. — Nous avons eu l'occasion d'observer, il y a quelques mois, un cas analogue en ville.

Une femme âgée de cinquante-cinq ou cinquante-six ans environ, qui avait eu déjà plusieurs atteintes graves de rhumatisme articulaire généralisé, venait d'avoir une nouvelle atteinte du même genre. Les articulations des pieds, des genoux, des poignets, des coudes et des épaules, avaient été successivement prises. La maladie avait duré cinq ou six semaines. La malade était convalescente. Le jour même où nous lui fîmes la dernière visite, considérant nos soins comme désormais inutiles, elle succomba dans une syncope environ trois ou quatre heures après notre départ. Il ne nous a pas été possible de nous assurer par l'autopsie de la nature de l'accident qui a causé si promptement la mort.

M. Laboulbène a eu dans son service une anasarque aiguë qui lui a paru devoir être rapprochée étiologiquement des affections précédentes. Elle avait été déterminée par l'exposition au froid, et ne s'accompagnait point d'albuminurie.

M. Vigla a noté l'influence fâcheuse des variations atmosphériques sur les nombreux phthisiques de son service ; c'est à la suite des dernières chaleurs de juillet que s'est montrée chez eux la recrudescence des symptômes.

Enfin, il a été signalé des cas assez nombreux d'ictère avec ou sans complication du foie. M. Laboulbène en a vu, pour sa part, jusqu'à huit en un jour au Bureau central.

Les angines, tant simples que diphthéritiques, se sont montrées toujours en assez grand nombre dans les hôpitaux d'enfants. M. Bouvier a eu, dans son service, pendant le cours de juillet, beaucoup d'angines tonsillaires sans trace d'exsudation pseudo-membraneuse, mais avec gonflement énorme des amygdales et engorgement des ganglions sous-maxillaires. Ces angines avaient de la persistance, mais finissaient par guérir. Dans le même temps, les angines diphthéritiques, jusque-là fréquentes dans les salles, n'y ont fait que de rares apparitions.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, au contraire, la diphthérie, suivant M. Bergeron, a continué à se montrer de plus en plus fréquente. Il a eu à traiter 6 croups et 3 angines couenneuses sans extension au larynx. Des 6 croups, 5 ont nécessité l'opération ; sur ces 5 opérés 4 ont succombé. Un des enfants atteints d'angine diphthéritique sans croup a également succombé, les autres sont guéris.

Nous avons signalé, dans notre *Revue* du 2 août dernier, la fréquence des méningites tuberculeuses dans quelques services de l'hôpital Sainte-Eugénie, et particulièrement dans celui de M. Bouchut, qui en a fait le sujet de quelques observations intéressantes que nous avons fait connaître. Le rapport de M. Potain constate, en effet, que la méningite tuberculeuse a sévi assez sérieusement dans les hôpitaux pendant le mois de juillet ; il signale les services de l'hôpital Sainte-Eugénie comme en ayant présenté un assez grand nombre de cas.

M. Bouvier, à l'hôpital des Enfants, a vu aussi, dit-il, une série assez nombreuse de méningites à marche rapide et à terminaison fatale, où l'autopsie a montré presque toujours des granulations tuberculeuses.

Aux embarras gastriques et gastro-intestinaux fréquents dont il a été question plus haut, il faut joindre quelques affections qui s'en rapprochent plus ou moins. Telles sont des diarrhées bilieuses, dans le service de M. Vigla, quelques dyssenteries et des accidents cholériformes. M. Potain a vu, à l'hospice des Ménages, un grand nombre de diarrhées et quelques cas de cholérine caractérisés par de la diarrhée séreuse ; des vomissements, des crampes et quelquefois un peu de refroidissement des extrémités. M. Bucquoy a vu aussi quelques accidents cholériformes, dont un mortel.

Le rapport signale enfin, pour compléter le tableau nosologique de juillet, quelques synoques et quelques cas de fièvre typhoïde, la plupart peu graves ; quelques érysipèles, et enfin la rougeole, dont les exemples ont été très-nombreux dans le service de M. Bouvier, mais avec une grande bénignité dans les symptômes, et fort peu de complications.

En résumé, comme le fait remarquer M. Potain, s'il y a eu dans cette période des affections prédominantes, en raison des conditions atmosphériques particulières de la saison, il n'y en a aucune qui ait régné sérieusement. Nous croyons pouvoir ajouter que rien n'est changé depuis lors d'une manière sensible dans la constitution médicale, et que ce qui vient d'être dit pour le mois de juillet pourrait s'appliquer à bien peu de chose près pour le mois d'août et les premiers jours de septembre. C'est ce que nous saurons dire plus pertinemment dans un mois.

Goître exophthalmique.

Nous avons dit dans l'une de nos dernières appréciations des discussions académiques au sujet du goître exophthalmique, qu'il fallait désormais laisser la parole aux faits, l'attention des praticiens une fois appelée sur cette maladie encore mal connue et qui leur avait échappé jusqu'ici, ne pouvant manquer de multiplier les observations et de fournir les éléments d'une solution que la discussion était actuellement impuissante à donner. Cet appel fait aux observateurs commence, en effet, à produire ses fruits. Voici deux faits qui ont été adressés à M. Beau, comme venant l'un et l'autre à l'appui de la doctrine soutenue à la tribune par cet honorable académicien, sur le caractère cachectique de cette affection. Nous en devons la communication à l'obligeance de notre savant confrère. Ils ont été recueillis, le premier, par M. le docteur Amédée Paris, médecin aide-major au 86e de ligne, à Belfort (Haut-Rhin) ; le second, par M. le docteur Tixier, de Riom (Puy-de-Dôme).

« Mme Cécile F..., âgée de trente-quatre ans, est née d'une mère qui, m'a-t-on dit, était scrofuleuse et portait un goître assez volumineux ; elle avait de plus les yeux saillants. Sa santé fut toujours mauvaise. Elle succomba à l'âge de vingt-sept ans, laissant deux enfants, Cécile et Louis. Ce dernier a trente-quatre ans. Constitution assez bonne ; tempérament lymphatique. Il a les yeux saillants, sans goître. Sa sœur présente, de son côté, tous les caractères que l'on accorde à l'état de la mère. Louis n'en a recueilli qu'une portion.

» Cécile est une femme petite de taille. Elle jouit d'une santé médiocre. Sa menstruation est irrégulière et douloureuse, des pertes blanches la tourmentent presque constamment.

» La peau de son visage est flasque, d'une pâleur mate. Sa bouche est grande ; ses dents sont mauvaises. Les lèvres sont grosses, pâles. La lèvre supérieure est épaisse, fuit en arrière, suivant une dépression angulaire que forment les maxillaires supérieurs correspondants. Le nez est épaté ; son lobe est gros, charnu, tubéreux ; sa racine est large, aplatie.

» Les yeux sont saillants. Les globes écartent fortement les paupières, et sont plus volumineux que ne le comporteraient les orbites. Ils paraissent saillis d'un tiers en plus de l'état normal. Les sclérotiques sont d'un blanc mat, parcourues par quelques vaisseaux filiformes, pâles. Les cornées sont bombées, les iris d'un bleu clair ; les pupilles régulières, presque constamment dilatées. L'expérience des trois lumières (Sanson) et l'éclairage oblique (Laugier) donnent une augmentation des chambres antérieures et postérieures ; avec l'ophthalmoscope, décoloration des papilles et des choroïdes. La myopie est très-prononcée chez la malade. Les conjonctives palpébrales sont pâles. Les cheveux sont châtain-clair, rares.

Les deux lobes du corps thyroïde paraissent triplés de volume ; aucun bruit de souffle ne s'y fait entendre. Ils ne gênent ni la trachée ni les vaisseaux voisins. Le stéthoscope, appliqué au niveau des carotides, permet d'entendre distinctement un souffle rude (bruit de diable).

» La poitrine est peu développée, sans déformation. Le cœur est hypertrophié ; les battements sont forts, réguliers, sans bruits anormaux. La malade est sujette à des palpitations nerveuses. Aux sommets des poumons, expiration prolongée ; pas de bronchite.

» Dans son enfance, Cécile a eu le ventre gros, dur, jusqu'à l'âge de douze ans. Les extrémités supérieures sont un peu plus longues que dans les cas ordinaires ; les mains sont amaigries ; les pulpes des doigts hippocratiques. Les extrémités inférieures sont actuellement variqueuses depuis ses grossesses, dont je vais parler. Les articulations fémoro-tibiales présentent cet état noueux propre à la scrofule.

Cécile est mariée depuis quinze ans. Elle devint enceinte dans la première année du mariage et souffrit beaucoup. Elle accoucha heureusement d'un fille. Deux ans après, elle mit au monde une autre fille. L'année dernière, elle devint de nouveau enceinte. J'ai pu l'observer pendant la dernière moitié de sa grossesse. A cette époque, elle peut à peine marcher. Les jambes sont infiltrées ; les veines variqueuses forment de gros cordons douloureux. L'abdomen présente également une augmentation de volume, qui ne peut tenir exclusivement au développement de l'utérus. La respiration est pénible, accélérée ; les battements du cœur sont précipités. La malade perçoit des bourdonnements d'oreilles qui la fatiguent. Sa vue est moins bonne. Elle ne peut travailler à la lumière artificielle, et n'est bien qu'au lit. Elle n'a que peu d'appétit.

» Ecoutant les conseils de ses amis et croyant elle-même à des congestions que pourrait combattre une saignée, elle me supplie de lui pratiquer cette opération. Je crois utile de dire que je résistai à sa demande et lui fis comprendre que sa pléthore aqueuse exigeait un traitement tonique. Je prescrivis, en conséquence, du fer et de l'extrait de gentiane à l'intérieur. Ce traitement améliora son état ; il fut continué jusqu'au mois de mai dernier.

» Le 9 de ce mois (j'étais alors absent) elle accoucha, à l'aide du forceps et après un travail long et très-douloureux, d'un enfant mâle, volumineux, à chairs œdématiées, qui ne vécut que quelques instants. Une abondante hémorrhagie suivit la délivrance. Le placenta était pâle, hydrohémié. Cécile resta, à la suite de l'accouchement, dans un état de très-grande faiblesse, qui a aujourd'hui presque complétement disparu. Le goître et l'exophthalmie persistent avec les mêmes caractères.

» Les deux filles de Cécile sont anémiques et scrofuleuses. Les nez sont épatés, à lobes épais, tubéreux. Les lèvres sont épaisses. Elles ont été toutes deux atteintes de coryza ulcéré, qui est en ce moment guéri. Leurs yeux sont saillants, myopes. Chez l'aînée, augmentation notable du volume des lobes thyroïdiens, avec souffle dans les carotides. Elle n'est pas réglée, non plus que sa sœur. Cœur et poumons sains.

» En 1860, au mois de juin, la dernière, qui avait alors dix ans, devint malade. Son ventre était gros, dur. Elle n'avait pas d'appétit : un régime tonique et l'usage du sirop d'iodure de fer dissipèrent rapidement ces accidents, que je crus devoir rapporter alors à une tuberculisation mésentérique. »

Il ressort manifestement de ces faits, ainsi que le remarque très-justement notre confrère, que la maladie de cette femme est celle qu'on connaît généralement sous les noms de maladie de Basedow, de Graves, et, à l'Académie de médecine, sous celui de goitre exophthalmique. Cette maladie s'est montrée ici avec des caractères propres à l'anémie et surtout à la scrofule, qu'accompagnent certains phénomènes spéciaux : leur réunion constitue cette nouveauté pathologique.

L'anémie seule, se demande notre confrère, dispose-t-elle au goitre exophthalmique? Non, sans doute, répond-il ; mais l'anémie est liée, chez Cécile, à la scrofule ; et il est conduit par cette circonstance à se demander si la scrofule ne serait pas la cause de tous ces accidents ; si elle ne modifierait pas profondément, ainsi qu'elle semble l'avoir fait dans le cas actuel, la constitution de l'individu au point d'amener *une déformation par extension du volume* de tous les organes à riche vascularisation, comme le cœur, le corps thyroïde, l'œil, le nez, la face, les séreuses, les extrémités osseuses.

— Voici maintenant l'observation de M. Tixier :

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans, fille d'artisans aisés, mal conformée, rachitique et cachectique, ayant eu dans sa jeunesse de nombreux abcès scrofuleux et conservant une gibbosité marquée de la colonne vertébrale et des cicatrices étendues.

Réglée à quatorze ans, mariée à vingt et un, elle accoucha à vingt-deux, après un travail très-laborieux qui mit sa vie en péril, d'un enfant qui ne vécut que quelques mois.

La mort de cet enfant lui fut d'autant plus sensible que, repoussée en quelque sorte de la société, elle avait concentré sur cet être toutes ses affections.

M. Tixier la vit pour la première fois en mars 1860. Elle lui raconta que sa santé, très-languissante pendant toute son enfance, s'était améliorée depuis l'établissement de la menstruation, mais que la mort de son enfant lui avait de nouveau porté une rude atteinte, et qu'elle avait eu à diverses reprises des *crises violentes*.

Elle présentait un état habituel de mélancolie profonde, une dyspepsie rebelle, des flatuosités, maigreur, dyspnée continuelle et s'exacerbant sous la moindre influence d'une fatigue physique ou morale.

L'auscultation du cœur apprit, à n'en point douter, qu'elle avait une affection organique déjà ancienne : bruits de souffle rudes, prolongés, confus à chaque temps. La violence des battements cardiaques, l'existence de pulsations marquées dans les veines jugulaires, l'infiltration ordinaire des jambes, disaient assez que cette affection était déjà avancée et incurable.

Le traitement que M. Tixier crut devoir ordonner consista dans l'usage des granules de digitale ou du sirop de Labélonye, de la tisane de chiendent nitrée, etc. Pour suppléer aux *règles absentes* depuis sept ou huit mois, il prescrivit une fois une application de six sangsues à la vulve et des fumigations aromatiques, qui furent mal supportées. Cependant la malade se trouvait mieux, mais le calme ne dura guère. M. Tixier fut bientôt témoin d'une des crises dont la malade lui avait parlé, et qui fut la plus violente et la dernière.

Le cou déjà volumineux prit un volume qui alla par moments à celui d'une tête de nouveau-né. La partie latérale gauche était souvent proéminente, mais se laissant déprimer sous la pression digitale, et soulevée par des battements anévrysmatiques, dont la violence contrastait avec la petitesse du pouls radial.

En même temps, les globes oculaires repoussés hors de leurs orbites devenaient saillants, brillants et larmoyants, au point de donner à la physionomie un caractère étrange et hideux.

Une dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée, l'aphonie, des sueurs profuses et froides, se joignaient à ce cortége de symptômes, et en même temps l'anasarque faisant des progrès rapides, permit de prévoir que cette série morbide aurait un terme prochain et fatal. En effet, et en dépit de la médication (antispasmodiques divers, diurétiques, quinquina, révulsifs), la malade succomba dans le délire, le seizième jour après l'apparition du paroxysme qui hâta sa mort.

Cette observation est intéressante au point de vue de l'étiologie, de la marche et de la terminaison de la maladie. Elle confirme les idées de M. Beau sur l'influence pathogénique d'un état cachectique, de peines morales et probablement d'une affection du cœur.

— Nous avons parlé d'une observation qui venait d'être récemment publiée par M. Charcot. Nous la reproduirons dans la prochaine *Revue*.

Vice de conformation des organes génito-urinaires. Imperforation du vagin.

M. le docteur Beyran nous communique le fait suivant, qui joint un enseignement à l'intérêt qu'il présente en lui-même.

Mme Ch..., âgée de vingt ans, éprouve chaque mois, depuis l'âge de quatorze ans, des troubles dans la santé, caractérisés par de violentes douleurs à l'hypogastre, aux aines, à la région sacro-lombaire, avec envies fréquentes et difficulté d'uriner, en même temps que des céphalalgies, des éblouissements, des oppressions, des nausées, des vomissements; et enfin un état de faiblesse et de malaise général très-remarquable.

Ces troubles persistent pendant quatre ou cinq jours, et sont remplacés par un écoulement de sang pur qui a lieu par le rectum sous la forme d'un flux hémorrhoïdal, après quoi tout rentre dans l'état normal, et toute souffrance cesse jusqu'à la réapparition des mêmes phénomènes le mois suivant, à l'époque des menstrues.

Elle fut traitée sans succès à diverses reprises, et l'on insinua que le mariage pourrait avoir pour sa santé des résultats favorables; cet événement désiré arriva au mois d'avril dernier. Mais alors un incident imprévu se présenta; le coït fut tenté plusieurs fois inutilement, et le mari voyant l'impossibilité de l'accomplir, se décida à demander conseil à M. Beyran.

Notre confrère examina d'abord le mari. Il reconnut que ses organes génitaux étaient dans des conditions normales, et que rien ne s'opposait à ce qu'il pût accomplir le coït. Il voulut alors examiner la femme à son tour, et voici ce que cet examen fit constater :

Cette femme, d'une taille moyenne, d'une constitution robuste et d'un tempérament nervoso-sanguin, a les seins et les parties génitales externes bien développés. La percussion et l'auscultation ne dénotent rien d'anormal dans les viscères contenus dans la poitrine et le ventre.

Toutes les parties génitales externes sont rouges, un peu tuméfiées et très-douloureuses au toucher. Le clitoris paraît d'un volume un peu exagéré. L'orifice externe du canal de l'urèthre n'est pas visible comme à l'ordinaire. L'index, introduit dans l'ouverture vulvaire et dirigé vers l'orifice vaginal, s'arrête à 3 centimètres environ, dans un cul-de-sac anormal, formé à cette distance par une cloison membraneuse qui ferme complétement cet orifice. Le toucher rectal permet de constater l'existence d'une matrice normale dont le col semble enveloppé par un cordon cylindrique. L'inspection à l'aide du spéculum est impossible. En écartant les deux lèvres, on peut entrevoir au fond du cul-de-sac membraneux qui ferme ainsi l'entrée du vagin, un petit canal ou pertuis qui permet d'introduire l'extrémité d'un stylet à 1 centimètre environ. Au-dessus de ce détroit se trouve un petit orifice qui laisse pénétrer une sonde flexible de 4 millimètres à une profondeur de 50 millimètres ; c'est le canal de l'urèthre qui se trouve refoulé en arrière, comme toutes les autres parties qui constituent les organes génitaux externes de la femme. La membrane hymen, également refoulée, présente quelques fragments d'une déchirure récente.

L'exploration du rectum par le *spéculum ani* permet de découvrir à la paroi antérieure de cet intestin une ouverture anormale ou fistule qui admet l'extrémité d'une sonde élastique à une profondeur de 4 ou 5 centimètres environ. On peut injecter à l'aide de cette sonde une centaine de grammes d'eau tiede, qui, pénétrant ainsi dans le vagin, le fait dilater de manière à pousser d'arrière en avant le cul-de-sac membraneux qui ferme l'entrée du vagin.

Ayant ainsi constaté qu'il y avait un vagin libre derrière la cloison anormale qui fermait son entrée, M. Beyran se crut suffisamment autorisé à essayer de rectifier l'entrée du vagin, et il y procéda de la manière suivante :

La malade étant couchée sur le dos, comme dans l'opération de la taille, une sonde fut introduite dans l'urèthre, en même temps que 150 grammes d'eau tiede furent injectés par la fistule dans le vagin, de manière à refouler d'arrière en avant la cloison membraneuse ou le cul-de-sac de l'entrée du vagin; cela fait, il pratiqua avec un trocart la ponction du petit pertuis qui se trouvait au fond de cette cloison.

Aussitôt tout le liquide injecté par la fistule s'écoula par la canule du trocart. Cette canule retirée, il introduisit une sonde qui parcourut facilement toute l'étendue du vagin, ce qui confirma de nouveau que ce canal était libre. Assuré ainsi qu'il pourrait tenter avec succès d'établir l'entrée du vagin, M. Beyran a agrandi avec le bistouri l'ouverture faite par le trocart, par un débridement circulaire, de manière à obtenir une ouverture suffisante. Le doigt introduit par cette issue a pu facilement explorer toute l'étendue du conduit vaginal jusqu'au col de la matrice, qui était dans une situation normale. L'index retiré de cette ouverture fut remplacé par une grosse mèche enduite de cérat. Ce pansement fut continué pendant deux semaines. Pendant l'opération et durant tout le traitement, il n'est survenu chez cette malade aucun accident à noter.

Le seizième jour, les menstrues se montrèrent, et c'est pour la première fois que le sang sortit au dehors par l'orifice du vagin.

L'apparition des menstrues eut lieu sans troubles fonctionnels, c'est-à-dire que les phénomènes morbides signalés ci-dessus n'ont pas précédé les règles comme cela se reproduisait chaque mois avant l'opération.

Après cinq jours de durée, les règles ayant cessé, la malade a pris quelques bains, l'orifice vaginal avait conservé le diamètre obtenu par le traitement. Pendant une semaine, on a eu recours à l'emploi de l'éponge préparée, afin d'élargir davantage cet orifice. Enfin, au bout d'un mois, ayant obtenu un diamètre capable d'admettre facilement un spéculum, le mari a pu essayer le coït avec succès et sans douleur.

Neuf jours après, les règles ont paru de nouveau, et cette fois encore tout se passa comme dans l'état normal.

Quant à la fistule retro-vaginale, elle persiste encore, et M. Beyran se propose de l'opérer plus tard.

Comme on a pu en juger, cette observation offre plus d'un genre d'intérêt; mais c'est surtout au point de vue de la médecine opératoire que M. Beyran l'envisage, en raisonde la rareté de ce genre de vice de conformation.

Alors, en effet, dit-il, que le praticien se trouve en présence d'un cas d'imperforation congénitale de l'entrée du vagin, la solution du problème de la thérapeutique chirurgicale soumise à son appréciation se résumera toute pour lui dans la question *d'opportunité* ou *d'inopportunité* d'entreprendre l'ouverture artificielle de l'orifice vaginal; car il convient de ne pas perdre de vue qu'une opération de cette nature, tentée à tout hasard, pourrait non-seulement être inutile, mais encore devenir dangereuse pour la vie de la femme. Tels seraient les cas, par exemple, d'une femme complétement privée d'utérus, ou ne possédant qu'une matrice rudimentaire dans la cavité abdominale avec un col entièrement libre, c'est-à-dire isolé du vagin; l'opération dont il s'agit rencontrerait la même contre-indication, si le vagin était seulement représenté par un cordon fibreux étendu depuis le col de l'utérus jusqu'à la vulve.

En résumé, il n'y a que deux circonstances, suivant notre confrère, dans lesquelles le praticien soit réellement autorisé à pratiquer une opération pour rendre à la femme la plénitude de l'exercice des fonctions génératrices, ce sont celles dans lesquelles le vagin imperforé ou seulement un peu rétréci, et étant lui-même dans des conditions à peu près normales d'une part, correspond d'autre part à une matrice bien conformée et bien située, comme dans le cas qui vient d'être rapporté.

ÉPIDÉMIE DE COLIQUES SATURNINES.

Par M. le docteur Girouard fils (de Chartres).

Vers le mois d'août 1861 quelques personnes habitant les environs de Chartres ressentirent des coliques accompagnées de symptômes plus ou moins tranchés, récidivant avec la plus grande facilité, malgré les médications employées.

Ces malades n'étaient pas mes clients, et je dus attendre jusqu'au mois de décembre suivant pour commencer à observer cette épidémie envahissante et jusqu'alors sans nom, qui s'étendit sur huit communes.

Cette même épidémie, dont la cause était dans un des matériaux qui servent à l'alimentation (les farines), obtenues au moyen de meules renfermant du plomb coulé en saillie dans les *grands œils*, fit, d'après les renseignements que j'ai pu me procurer, près de vingt victimes.

Voici quels furent les premiers cas qui se présentèrent à mon observation :

Obs. Ire. — Le 23 décembre 1861, je fus appelé pour donner mes soins au nommé D..., malade depuis le mois d'août, à sa femme et à cinq de ses enfants (le sixième, âgé de trois mois, à la mamelle, était bien portant). Tous ces malades se plaignaient de coliques plus ou moins douloureuses, n'avaient pas de fièvre ; je fus étonné de voir pour la saison autant de malades sous le même toit, présentant les mêmes symptômes, ce qui me fit faire pour chacun d'eux une interrogation aussi complète qu'il m'était possible de la faire, et voici ce que j'observai :

Je remarquai que tous se plaignaient de coliques, de lassitude, de faiblesse, de perte d'appétit, étaient sans fièvre ; quelques-uns avaient des envies de vomir ; chez tous les garde-robes étaient presque supprimées depuis plusieurs jours ; il en était de même pour les urines ; la peau était décolorée ; un seul de ces malades a présenté à mon observation des vomissements aqueux accompagnés de coliques violentes.

J'ai cru un instant que j'étais en présence d'une maladie inconnue jusqu'alors dans nos contrées, de coliques sèches ; mais me rappelant ce que dit à ce sujet M. Grisolle dans son *Traité de pathologie interne*, « que la plupart des coliques végétales décrites dans le siècle dernier, tant en France qu'en Angleterre, n'ont été ou que des entérites (ce que je ne pouvais supposer le cas échéant), ou que des affections saturnines méconnues, » je cherchai d'autres signes qui pussent me mettre sur la voie du diagnostic, et je reconnus que chez tous mes malades il existait une *coloration bleuâtre des gencives*, bornée à 2 ou 3 millimètres du bord libre, et s'étendant chez le père et la mère, qui avaient de mauvaises dents, à une plus grande surface de la muqueuse des gencives.

Ce dernier signe et ceux indiqués plus haut étaient en tout semblables à ceux que m'avaient présentés deux peintres atteints de colique de plomb ; aussi je posai mon diagnostic, et je traitai mes malades comme étant atteints de colique de plomb.

Mon premier soin fut de faire mettre de côté tous les ustensiles de ménage renfermant du plomb, qu'ils fussent neufs ou nouvellement étamés.

Les jours suivants j'eus l'occasion d'observer plusieurs personnes présentant ces mêmes symptômes, ceux, à mon avis, de la colique saturnine ; enfin l'épidémie prit des proportions tellement sérieuses, que le 25 mai j'avais soigné cinquante malades atteints de cette même affection.

Comme il me serait impossible, sans être fastidieux, de faire pour tous les malades une description particulière, je vais seulement en donner une générale et qui portera sur un nombre de 55 observations, toutes faites dans les pays distants de Chartres de quelques kilomètres (Luré, Poiffonds, Mondonville, etc.).

Obs. II. — J'ai observé la colique de plomb chez des sujets à peu près de tout âge ; le plus jeune avait sept ans et le plus âgé soixante-quinze ans ; je n'ai pas eu à soigner d'enfant à la mamelle. Chez aucun de mes malades je n'ai eu à constater d'accidents cérébraux saturnins ; quant à la paralysie saturnine, je l'ai observée dans deux cas.

Le premier cas me fut offert par le plus âgé de mes malades, qui mourut après trois jours de traitement ; cet homme était atteint de colique de plomb depuis plusieurs mois ; la première fois que je le vis, il avait les membres inférieurs paralysés, presque insensibles, et ne pouvait plus les lever de dessus son lit ; il présentait aussi la paralysie des muscles extenseurs des membres supérieurs, mais à un degré moindre que pour les inférieurs.

Ce n'était qu'avec la plus grande difficulté que j'obtenais de lui une réponse ; la langue était difficilement allongée en dehors de la bouche ; elle était tremblante. Malgré le traitement que je lui fis su-

bir (qui est conseillé en pareil cas), je ne pus arrêter la marche progressive de la paralysie, et mon malade mourut asphyxié par suite de la paralysie des muscles de la poitrine.

Le second cas m'a été fourni par un homme de cinquante-huit ans à peu près. Cet homme ne pouvait marcher que difficilement; souvent il tombait à terre, et toujours les jambes fléchies, la tête en avant; plusieurs fois il roula entre les jambes de ses chevaux, qu'il conduisait au labour, malgré la défense que je lui en avais faite, et ce n'est qu'à la Providence qu'il doit la vie.

Ce malade avait donc une paralysie des muscles extenseurs des membres inférieurs; de plus, il était d'une faiblesse très-grande, et les doigts de ses mains ne pouvaient être défléchis malgré toute la bonne volonté de mon client.

C'est à la suite de cinq récidives de colique saturnine que ce malade fut atteint de paralysie, et chez lui la paralysie des membres inférieurs a cédé à l'administration du sirop de strychnine, à un régime fortifiant, le tout conseillé pendant une semaine. Quant à la paralysie des extenseurs des doigts, elle n'a pas entièrement disparu, et aujourd'hui même, 15 août, le malade ne peut étendre entièrement les doigts; de plus, il se sent beaucoup plus faible que par le passé; il a un assez bon appétit et pas de coliques.

Revenons à ceux de mes clients qui ne m'ont présenté que les symptômes de la colique de plomb sans complication.

Tous mes malades avaient des coliques variables dans l'intensité, de l'inappétence, la face pâle, une constipation opiniâtre depuis plusieurs jours, de la courbature, le liséré bleuâtre des gencives; tous étaient sans fièvre; quelques-uns localisaient les douleurs des membres dans les articulations, douleurs semblables à celles que l'on remarque dans la chloro-anémie.

J'ai observé que le liséré des gencives était apparent avant tout autre symptôme bien tranché, et qu'*avec lui seul on pouvait être certain qu'il existait une intoxication saturnine* à des degrés différents, suivant l'intensité de sa coloration. J'ai remarqué que plus le liséré était apparent, foncé, plus la récidive était proche, et qu'il demandait, le malade étant en pleine convalescence, un mois à six semaines pour disparaître, avec cette condition, bien entendu, que le sujet ne soit pas sous l'influence de la cause morbifique.

Dans le cas contraire, le liséré ne disparaissait jamais, la récidive avait lieu auparavant. Toutes choses égales d'ailleurs, le liséré était toujours plus marqué au niveau des dents gâtées que partout ailleurs. Quant aux coliques, la pression faite sur le ventre avec les deux mains mises à plat ne diminuait que faiblement les douleurs quand elles étaient très-violentes; tandis que pour celles de médiocre intensité, la pression ne produisait aucun soulagement. Pendant le plus fort de la douleur, j'ai constaté une seule fois la rétraction du ventre.

Les malades ne savaient quelle position prendre dans leur lit; ils n'en trouvaient aucune qui diminuât leurs souffrances.

Le point de départ des coliques n'était pas le même chez tous les individus, et chez le même malade il changeait souvent de place: tantôt il était à l'hypogastre, tantôt dans les flancs, dans la région des reins, rarement au nombril, pour se propager ensuite dans tout le ventre.

Chez un tiers de mes malades, j'ai observé des douleurs névralgiques dans les membres inférieurs; ces douleurs coïncidaient tantôt avec des coliques, tantôt elles existaient seules. Elles avaient pour caractère d'être continues, avec des exacerbations irrégulières. Je n'ai pas observé qu'elles fussent plus intenses la nuit que le jour. Une fois seulement, j'ai constaté des crampes dans les mollets. Chez un certain nombre, l'haleine a toujours été sans odeur; la langue blanchâtre, mais peu chargée; le pouls n'était ni fréquent ni ralenti, mais dépressible, comme dans la chloro-anémie.

Les antécédents, la profession de mes malades, tous hommes des champs, ne pouvaient me mettre sur la voie du diagnostic. Cependant, convaincu que j'avais à combattre une épidémie de colique saturnine, et voyant qu'elle marchait à grands pas, je crus devoir m'informer auprès de l'autorité si elle était avertie de ce qui se passait. Ayant reçu une réponse négative, j'écrivis le 23 janvier 1862 à M. le préfet d'Eure-et-Loir que la santé publique était menacée depuis plusieurs mois par *une épidémie saturnine, dont la cause était dans les matériaux qui servent à l'alimentation*, et je donnais pour appui à ma manière de voir l'observation qui est au commencement de ce travail.

L'autorité, avertie, fit prendre connaissance de ma lettre à MM. Maunoury et Salmon, médecins des épidémies; ces messieurs, après avoir recueilli les observations du curé de Borilleau, d'un garçon de moulin, etc., trouvèrent deux paires de meules dans les éraillures desquelles on avait coulé du plomb, et le 23 mars 1862, c'est-à-dire deux mois après le mien, ils adressèrent un rapport à M. le préfet.

Pendant que MM. les médecins des épidémies se livraient à deux mois de recherches, de mon côté je cherchais quel était l'aliment qui renfermait le plomb, cause de l'intoxication. Je donnerai tout à l'heure les expériences que je fis à cet égard.

Traitement. — Le traitement que je fis subir à mes malades a consisté dans l'administration de l'huile de croton tiglium en pilules à la dose d'une demi, d'une et de deux gouttes par jour, exceptionnellement deux et demie, suivant l'âge du sujet, l'intensité des coliques, et la facilité avec laquelle les malades avaient de copieuses garde-robes. J'ai toujours observé que les premières garde-robes étaient dures et des plus fétides.

Le médicament fut porté jusqu'à deux gouttes et demie dans les vingt-quatre heures, sans occasionner de symptômes inflammatoires du côté du tube digestif.

Pour faciliter les garde-robes, je faisais prendre tous les jours un litre de bouillon à l'oseille, ou bien j'ordonnais un lavement, matin et soir, d'eau de son additionnée de 60 grammes d'huile d'olive et de 15 grammes de sulfate de soude.

Les plus fortes coliques n'ont pas demandé plus de vingt-quatre à trente-six heures pour disparaître presque complétement sous l'influence de cette médication.

Lorsque les coliques étaient entièrement dissipées, je faisais prendre de la limonade sulfurique (dont je considère les résultats obtenus comme insignifiants), ou mieux un verre matin et soir de tisane purgative faite avec:

Sulfate de soude.	}	ãã 15 grammes.
Follicules de séné.		
Nitrate de potasse.		4 grammes.

pour un litre d'eau.

J'ordonnai cette tisane pendant quinze jours, ce qui permettait à mes malades d'avoir le ventre libre, et pour quelques-uns de voir la récidive arriver moins vite que chez leurs voisins.

Quand ils entraient en convalescence, ils étaient très-faibles; mais l'appétit revenait aussitôt, ce qui augmentait d'autant plus les chances de récidive. Cependant, malgré toutes les récidives, je n'ai pas perdu un seul malade, si je mets de côté ce vieillard paralysé dont j'ai parlé plus haut.

Aujourd'hui, 15 août, il y a plusieurs malades qui resteront paralysés; il y en a d'autres qui se plaignent encore de lassitude, de faiblesse, de douleurs assez intenses dans le genou et les articulations du pied, dans les bras.

EXPÉRIENCES.

1° *Aliments.* — J'ai recherché tout d'abord si les liquides (eau, vin, cidre) dont on se sert dans nos localités ne renfermaient pas le composé de plomb cause de tous les malheurs. J'étais d'autant plus disposé à le chercher dans le vin, que je savais que celui de 1861 était dur, et que l'on avait pu l'adoucir en y mettant de la litharge, par exemple, ainsi que cela a été déjà fait si souvent; mais je me suis trompé dans mon attente.

Cependant, convaincu que les matériaux qui servent à l'alimentation renferment l'agent toxique, je suis tout naturellement conduit à le rechercher dans les aliments solides.

Voici ce que je trouvais le 26 mars, et le moyen dont je me suis servi pour obtenir ce résultat:

Recherches du plomb dans les farines. — 1° Faire brûler une certaine quantité de farine (on peut faire réduire la farine jusqu'au cinquième de son poids);

2° Traiter les cendres obtenues avec un acide qui forme un sel de plomb soluble;

3° Filtrer, puis chauffer dans une capsule;

4° Verser un peu d'eau distillée sur le résidu, puis traiter le liquide avec les réactifs appropriés.

J'ai obtenu ainsi:

Avec l'iodure de potassium et le chromate de potasse, un précipité *jaune*;

Avec l'acide sulfurique, un précipité *blanc*;

Avec l'hydrogène sulfuré, un précipité *noir*.

J'en ai donc conclu que la farine était falsifiée et que l'agent toxique était bien le *plomb*, ainsi que je l'avais dit à mes malades au mois de décembre 1861, et écrit à M. le préfet le 23 janvier 1862.

Pour opérer sur le pain, on peut, ainsi que je l'ai fait, se servir du même procédé.

Je ne puis donner la proportion de plomb renfermée dans les farines, mais j'ai observé qu'il fallait en moyenne se servir de cet aliment pendant un mois au moins et trois mois au plus pour ressentir les premiers symptômes de la colique de plomb.

Armé d'un microscope ou d'une forte loupe, je n'ai pas trouvé de plomb dans les farines.

C'est aussi par la calcination que j'ai recherché, mais sans obtenir de résultat, si les viandes renfermaient une préparation de plomb.

2° *Ustensiles de ménage.* — Faisant mes expériences sur les ustensiles de ménage (composés de plomb et d'étain), j'ai trouvé qu'ils renfermaient une proportion de plomb qui dépassait 25 0/0. Je pense qu'une semblable quantité de métal toxique doit être nuisible, et que tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène publique doivent s'en inquiéter.

En effet: 1° le plomb s'oxyde très-facilement, surtout dans les opérations culinaires qui nécessitent la chaleur, et souvent aussi la présence de substances acides.

2° Les sels formés dans ces circonstances (exemple, acétates de plomb) sont solubles, et peuvent produire des cas d'empoisonnement plus ou moins graves, d'autant mieux que les gens qui se servent de ces ustensiles les laissent fréquemment en contact avec des aliments acides pendant tout l'intervalle de temps qui sépare le repas du soir de celui du lendemain matin.

3° Ne savons-nous pas aussi que le plomb est attaqué par les acides les plus faibles, par les fruits, par l'air lui-même et à la température ordinaire?

Je pense donc qu'il serait utile que l'autorité voulût bien réglementer la proportion de plomb que l'on aurait le droit de mettre soit dans l'étamage, soit dans la fabrication des objets destinés à être souvent en contact avec les aliments.

Voici une ordonnance du préfet de police, datée du 28 février 1853, dans laquelle il est dit:

« Les vases d'étain employés pour contenir, déposer, préparer ou mesurer des substances alimentaires ou des liquides, ainsi que les lames de même métal qui recouvrent les comptoirs des marchands de vins ou de liqueurs, ne devront contenir au plus que 10 0/0 de plomb. »

Dans cette ordonnance, il n'est pas question des particuliers; mais s'ensuit-il pour cela qu'un fabricant ou qu'un étameur puisse conserver le droit de mettre une proportion quelconque de plomb, selon son bon plaisir? Non certainement, il ne doit pas en être ainsi, car quand il s'agit d'hygiène générale, il faut souvent y regarder de bien près.

Pour ce qui regarde les enfants, je pense aussi que la présence du plomb en grande quantité dans les biberons peut être pour quelque chose dans le point de départ ou l'aggravation des dyssenteries, des coliques violentes, qui enlèvent en si grand nombre et en si peu de temps ces frêles créatures, et pour avoir de semblables craintes il suffit de voir sous quel aspect se présente le lait chauffé à plusieurs reprises dans le même biberon et souvent pendant plusieurs heures.

3° *Animaux.* — Quels furent, sur les animaux, tels que poules, chiens, vaches, les effets produits par les farines renfermant du plomb?

Je me suis servi des farines et du pain dans lesquels j'ai reconnu chimiquement la présence du plomb.

Si l'on donne à une poule de la farine sous forme de pâtée, pendant les quatre premiers jours l'animal ne fait aucune difficulté pour la prendre, son appétit semble même augmenté; mais six ou sept jours se sont à peine écoulés que l'animal commence à ne plus prendre autant de nourriture; puis il maigrit, et peut à peine se tenir sur ses pattes, qui semblent paralysées.

Je n'ai pas remarqué qu'il se roulât par terre comme s'il avait eu de violentes coliques.

A partir du jour où l'appétit a diminué, la constipation a eu lieu, et elle a continué jusqu'à la mort de l'animal. C'est après quinze jours d'expérimentation que l'animal est mort.

Les chiens, au nombre de deux, que j'ai soumis aux mêmes expériences, en leur faisant manger du pain, ont présenté à peu près les mêmes symptômes que ceux que je viens d'indiquer, tels que: faible augmentation d'appétit, perte d'appétit, coliques très-violentes: l'animal se roulait par terre; rejet des excréments en petite quantité et durs; à cette époque les animaux avaient mangé sept livres de pain; puis la constipation a augmenté, la paralysie des membres est survenue ensuite, et ces pauvres bêtes avaient une marche chancelante, elles étaient d'une maigreur extraordinaire, amaigrissement qui survint progressivement à partir du moment où la constipation eut atteint un degré assez avancé; enfin, j'ai observé le liséré bleuâtre des gencives comme chez tous mes malades, et la suppression presque complète des urines, qui étaient chargées.

Je n'ai pas expérimenté sur la vache, mais voici les renseignements que j'ai recueillis à ce sujet des propriétaires de l'animal qui furent eux-mêmes atteints de colique de plomb.

Ces braves gens voyant que la farine qu'ils mangeaient les rendait *mous*, incapables de faire un travail même peu pénible, donnèrent à leur vache cette même farine, qu'ils mêlèrent avec un peu de son; cela se passait le 15 août 1861 (l'animal avait vêlé le 24 juin 1861), et, le 4 septembre suivant, la vache ne donnait plus qu'une pinte de lait par jour, au lieu de dix ou douze, comme elle en avait l'habitude.

« Ce malheureux animal ne pouvait plus fienter, n'urinait presque plus, et son urine était très-rouge; il était très-amaigri, avait un ventre très-volumineux; le peu de lait qu'on pouvait obtenir à grand'peine était jaune, épais, et ne pouvait se conserver.

» Notre pauvre animal ne pouvait plus se tenir sur ses pattes, il n'avait aucune force; en un mot, il était, sans comparaison, comme nous.

» Depuis le 15 août jusqu'au 4 septembre, la vache avait mangé un sac de farine.

» Le 6 octobre 1861, après avoir donné à l'animal quatre ou cinq lavements par jour pendant une dizaine de jours, et très-difficilement, car il fallait plusieurs hommes pour le soulever, il rendit pendant la nuit une quantité énorme de matières dures, infectes.

» Depuis ce jour, la bête commença petit à petit à se remettre; on la conduisit aux champs, l'appétit revint, et aujourd'hui elle est plus belle que jamais; mais depuis qu'elle est tombée malade jusqu'au 20 août 1862, elle n'a jamais voulu prendre le mâle. »

Des mastics employés par les meuniers pour boucher les éraillures de leurs meules. — Les anciens se servaient presque tous du plomb, mais on a généralement remplacé ce métal par différents mastics, et, il y a cinquante ans, chaque meunier avait son procédé. Aujourd'hui, le plomb seul est employé très-exceptionnellement, et encore le met-on en creux et non en saillie.

De nos jours, chaque meunier, ou plutôt chaque contrée, a encore son procédé.

A Chartres, le plus grand nombre des meuniers font leur mastic avec de l'alun, du soufre, du suif et du rouge de Prusse (colcotar), du verre et de la porcelaine pilée.

Voici un mastic qui m'a paru préférable à tous les autres, et qui se compose de limaille de fer, fleur de soufre, ammoniaque liquide. Ce mastic devient très-dur et très-adhésif.

Du côté de Bonneval (Eure-et-Loir), on se sert assez généralement d'un mastic composé de parties égales de borax, alun, soufre. Mais comme ce mastic n'est pas adhésif, on remplace assez souvent le soufre par du minium. On fait avec ce mélange une pâte molle, que l'on verse sur la meule et que l'on étend ensuite avec une règle pour le bien égaliser.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 septembre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. Goffres présente un malade auquel il a fait l'application d'un appareil pour maintenir les fragments d'une fracture multiple du maxillaire supérieur. Il remet en même temps l'observation suivante:

Observation de fractures comminutives des maxillaires supérieurs traitées par un appareil nouveau. — Le nommé C..., soldat au 3e d'artillerie, entré dans mon service le 29 mai 1862, à l'hôpital militaire de Vincennes, était occupé à marquer des chevaux au fer rouge, quand l'un d'eux lui lança un coup de pied en plein visage.

A son arrivée à l'hôpital, je constatai les lésions suivantes:

Le maxillaire supérieur droit est atteint de plusieurs fractures; l'une d'elles, commençant au niveau de la dent canine, s'étend verti-

calement en haut jusqu'à l'apophyse montante. Cette fracture se continue en arrière jusqu'à l'os palatin, en intéressant dans toute son étendue l'apophyse palatine, qui est brisée en plusieurs fragments. Une autre fracture longitudinale, commençant vers le niveau de la dent canine et finissant vers la deuxième grosse molaire, sépare le bord alvéolaire du reste de l'os, et constitue un fragment qui n'est maintenu que par des lambeaux de la muqueuse gingivale. En avant, toute la portion des deux os maxillaires dans laquelle viennent s'implanter les quatre dents incisives est broyée en de nombreux fragments, qui, retenus à peine par les parties molles dilacérées, flottent dans l'intérieur de la bouche et menacent d'être entraînés par les efforts de déglutition.

L'os maxillaire supérieur gauche est, comme l'os maxillaire supérieur droit, fracturé, suivant son bord alvéolaire, jusqu'à la première grosse molaire. Toutes ces portions osseuses sont, avec la muqueuse déchirée, pendantes dans la bouche et excessivement mobiles dans tous les sens; la lèvre inférieure est largement fendue, et les fosses nasales communiquent librement avec la bouche. La face est énormément tuméfiée; il n'existe cependant aucun symptôme de commotion cérébrale.

Pour remédier à de si graves et de si nombreux désordres, j'employai, après avoir réséqué et coupé avec des ciseaux tous les fragments antérieurs qui étaient d'un trop petit volume pour pouvoir en espérer la réunion et dont d'ailleurs toutes les dents étaient détachées, j'employai, dis-je, l'appareil décrit plus bas.... (Ici M. Goffres donne la description et les dessins de cet appareil, que nous avons déjà reproduits dans notre numéro du 4 septembre.)

L'appareil enlevé après deux mois d'un traitement qui n'a offert rien de particulier à noter, si ce n'est la possibilité qu'a eue le malade de triturer des aliments assez solides vingt jours après son application et la nécessité de remonter les tiges à mesure que le gonflement diminuait, a permis de constater une consolidation parfaite de toutes les parties fracturées.

Il ne reste plus aujourd'hui de ces graves lésions qu'une légère difficulté de la parole et une gêne dans la mastication produites par la perte des dents incisives et par le défaut de contact d'une portion de l'arcade alvéolaire supérieure avec l'arcade dentaire inférieure.

M. Préterre, chirurgien-dentiste, doit fabriquer pour ce malade un appareil de prothèse qui remédiera facilement à ces infirmités, qu'on peut certainement appeler peu graves quand on les met en présence des sérieuses et profondes lésions que nous avons eu à traiter.

DISCUSSION.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai essayé d'employer, il y a quelque temps, un appareil semblable à celui présenté par M. Goffres. J'ai même remis à M. Debout un travail à ce sujet, qui doit paraître prochainement dans son journal. Je dois ajouter que dans le cas auquel je fais allusion, la gutta-percha m'a rendu de grands services, et a rendu inutile tout appareil mécanique, que l'extrême mobilité des fragments avait fait échouer.

COMMUNICATION.

Palatoplastie. Réunion très-prompte avec le procédé de Langenbeck. — M. RICHET. La Société se rappelle sans doute que dans une de nos dernières séances j'ai parlé d'un malade auquel j'avais fait avec succès la palatoplastie. Fidèle à ma promesse, j'ai l'honneur de le présenter à l'examen de la Société pour qu'elle juge du résultat.

Ce jeune homme, âgé d'environ vingt-deux ans, offrait une perforation de la voûte palatine, qui s'était produite avec une rapidité vraiment surprenante. En effet, dans l'espace de soixante-douze heures, il s'était fait un abcès, l'os s'était détaché, et l'issue du fragment avait laissé un espace vide dans lequel on pouvait introduire le doigt indicateur. Cette perforation amenait avec elle les inconvénients connus, tels que passage des aliments et des boissons dans les fosses nasales et impossibilité de parler. Pour articuler les sons, le malade avait l'habitude de porter avec lui du papier mâché qui lui servait à boucher cette perforation, et alors seulement, au moyen de cet artifice, il pouvait parler. Je l'ai soumis au procédé de Langenbeck; j'ai taillé pour cela deux lambeaux latéraux en forme de double pont. J'ai eu soin de faire porter mes incisions externes très-près des arcades dentaires, puis, avec une spatule, j'ai raclé l'os. Pendant cette manœuvre, j'ai rencontré les nombreuses aspérités naturelles à la voûte palatine, je les ai détachées par le raclage, les laissant ainsi dans la face profonde de mes lambeaux. Après le décollement, mes deux lambeaux se rapprochaient spontanément tellement bien, qu'ils se touchaient par leur bord interne. J'ai cependant passé trois fils pour les maintenir en contact.

Le lendemain, la réunion était parfaite, non-seulement par ce bord, mais encore au niveau des arcades dentaires; il semblait que les lambeaux s'étaient étalés pour recouvrir une plus large surface. En vingt-quatre heures donc, il y avait un succès tellement complet, qu'on ne pouvait plus s'apercevoir de la perforation ni des incisions et des surfaces dénudées. Aujourd'hui l'opération date de trois mois; elle s'est très-bien maintenue; le malade parle très-bien, avec la même voix qu'avant son accident; il mange, fume avec la plus grande facilité. Il n'y a pas encore d'os produit dans le périoste transplanté. J'aurai soin de suivre ce malade pour m'assurer de la production ou de la non-production d'os dans cette membrane.

DISCUSSION.

M. DEMARQUAY. J'ai vu à Londres un cas tout semblable à celui présenté par M. Richet. Le malade portait un vice de conformation congénital; la perforation était assez grande. Il a été opéré avec un égal succès par M. Paget.

COMMUNICATION.

M. MARJOLIN. La Société doit se souvenir que j'ai présenté, il y a quelque temps, une jeune fille qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, fut atteinte d'une gangrène de la joue gauche et eut consécutivement une rétraction considérable des mâchoires, qui la mettait dans l'impossibilité de manger et de parler. Il y avait, en effet, immobilité complète absolue du côté gauche, tandis qu'à droite il y avait encore quelques mouvements. Lors de ma présentation, je demandai l'avis de la Société sur l'opportunité d'une opération, et les avis furent partagés : les uns voulaient que l'on s'abstînt, les autres que l'on opérât. M. Verneuil, partisan de l'opération, me conseilla d'employer le procédé d'Esmarck. Avant de me décider à ce dernier parti, je tentai de dilater, et j'employai une certaine force pour opérer l'écartement des mâchoires, sachant bien que je m'exposais à fracturer le maxillaire inférieur; mais je ne redoutais pas beaucoup cette complication, puisqu'elle avait servi de point de départ à l'institution de la méthode que je me proposais d'employer plus tard. Cependant ce moyen fut inefficace; je ne pus rien obtenir, et comme la jeune fille maigrissait de plus en plus, je me décidai à l'opérer. En parcourant tous les procédés employés jusqu'ici dans ces sortes de rétraction, il n'est pas possible de dire à l'avance quel est celui qu'il conviendra d'employer dans cette circonstance. M. Verneuil me conseilla de faire une incision parallèle à la mâchoire inférieure et de disséquer ensuite le tissu inodulaire et de sectionner l'os après. Mais cette dissection, qui a pour but de découvrir l'os, est très-difficile, parce que le tissu cicatriciel se déchire très-promptement. Aussi, si j'avais à refaire l'opération, je ne suivrais plus ce procédé; je ferais une section portant sur la fistule, je disséquerais l'os et je le couperais en dehors du tissu cicatriciel qui ne serait pas déchiré. Je me suis servi d'une tenaille incisive pour faire à l'os une perte de substance d'un centimètre environ. Je n'ai pu entamer l'os que dans le tiers de sa hauteur et j'ai été obligé de terminer cette section avec une scie à chaîne. Le résultat immédiat fut de permettre l'ouverture de la bouche, et dès lors la malade parla, mangea et fut très-satisfaite. Plus tard, nous avons extrait quelques dents vicieusement implantées.

Aujourd'hui il existe encore un trajet fistuleux, et des liens se sont établis entre les deux fragments. L'ouverture de la bouche permet un écartement de plus de deux centimètres; la jeune fille se trouve dans de bonnes conditions, elle a pris de l'embonpoint. Mais il existe un inconvénient, en ce que la salive s'écoule au dehors de la bouche. Je vais maintenant la renvoyer chez elle et attendre, pour voir si la fistule se fermera spontanément ou bien si nous serons obligés d'avoir recours à l'autoplastie.

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je prends la parole pour défendre le procédé que j'ai conseillé à M. Marjolin. Je le fais d'autant plus hardiment que déjà ce même procédé a été employé avec succès. Il y a quelque temps, MM. Huguier, Boinet, Naudin et moi, avons été consultés pour une jeune fille qui avait un resserrement très-marqué des mâchoires. Les désordres étaient considérables, les douleurs atroces par suite d'une carie des dents de la première dentition. Cette enfant fut présentée à la Société. Je fis part à mes collègues des résultats fournis par la section de la mâchoire, et M. Huguier accepta cette méthode. Aujourd'hui cette enfant s'alimente bien, elle n'éprouve plus de souffrances. Voici en quoi consista l'opération :

On fit une simple incision sur le bord inférieur du maxillaire; deux sondes cannelées furent introduites en avant et en arrière de l'os, et puis, au moyen d'une pince de Liston, on coupa le corps du maxillaire inférieur. J'ajoute que les téguments étaient moins altérés que chez la malade de M. Marjolin. Nous eûmes soin de faire porter la section en dehors des tissus cicatriciels, et nous évitâmes ainsi les décollements et la dissection laborieuse d'un tissu inodulaire qu'on n'a pas avantage à conserver, puisqu'il ne pourra permettre l'ouverture de la bouche.

M. Marjolin a employé une sorte de procédé mixte; il a touché au tissu cicatriciel, il ne fallait pas le faire. Et puis, il faut le dire, il n'avait pas une pince de Liston; celle qu'il a employée n'était pas suffisamment forte, ce qui a rendu l'opération plus longue; en outre, en passant la scie à chaîne, on a frotté, déchiré le tissu inodulaire. Cette déchirure a produit avec les sutures la mortification de ce tissu, et cela a été en partie la cause de l'insuccès.

L'incision n'a pas été appliquée là où il était convenable de le faire, de sorte que cet échec ne peut être invoqué contre le procédé que je préconise et que je cherche à réhabiliter.

M. MARJOLIN. Les procédés doivent changer suivant les cas. M. Verneuil vient de dire lui-même que mon cas ne ressemblait pas à celui de M. Boinet. Si nous avions fait porter la section de l'os vers la symphyse, nous aurions perdu tous les avantages du procédé. Je crois qu'en employant la pince de Liston, nous aurions pu faire éclater le tissu inodulaire. Les procédés d'amphithéâtre ne sont pas toujours applicables sur le vivant, parce que la nature des tissus est souvent profondément modifiée par la maladie.

Je me souviens que dans un concours pour le Bureau central, on nous donna la résection de la mâchoire inférieure. Je ne fis qu'une incision sur le bord inférieur de l'os; je ne fendis pas la lèvre sur la ligne médiane : le résultat fut très-satisfaisant. Mais Lisfranc, un de nos juges, tout en avouant que le résultat était bon, rejeta cette manière de faire, prétendant qu'elle serait inexécutable sur le vivant.

M. VERNEUIL. J'aurais désiré que l'incision ne portât pas au niveau du tissu cicatriciel.

M. DEMARQUAY. Relativement à la résection de la mâchoire inférieure, je crois que c'est M. Velpeau qui a donné le conseil de ne pas intéresser toute la lèvre inférieure. Pour cela, il a fait une incision légèrement courbe sur le bord inférieur de l'os; il le dénude et le coupe avec la scie à chaîne. J'ai employé tout récemment ce procédé avec le plus grand avantage. On peut ainsi couper toute la partie horizontale et même enlever toute la moitié du maxillaire inférieur. Je ne suis donc pas de l'avis de Lisfranc et de M. Marjolin, et loin de critiquer ce procédé, je lui donne hardiment la préférence sur celui qui consiste à couper la lèvre inférieure dans toute sa hauteur. Ce procédé, que je défends, sera surtout applicable aux cas dans lesquels la résection ne sera pas très-étendue, comme pour une tumeur de moyenne grosseur.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 3 septembre, M. le docteur Fortin, vice-président du conseil d'hygiène de l'Eure, à Evreux, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de ce département.

— Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira dans cette ville le 17 décembre prochain. Adresser les pièces nécessaires au secrétariat de l'administration des hospices de Bordeaux, avant le 2 décembre.

— La distribution des prix aux enfants idiots et épileptiques de l'asile de Bicêtre a eu lieu samedi dernier.

M. Husson, directeur de l'administration de l'assistance publique, présidait la cérémonie, ayant à ses côtés MM. Voisin et Delasiauve, médecins des aliénés, Braux, directeur, Vallée, ancien instituteur de l'école, plusieurs ecclésiastiques et le personnel administratif.

Dans un discours d'un grand intérêt, M. le docteur Voisin a fait ressortir les services rendus depuis vingt ans par la médecine, aidés de la pédagogie, à tant de malheureux voués jusqu'alors au plus triste abandon.

La joie rayonnait sur le visage des jeunes lauréats, et pour la plupart, ils ne se distinguaient pas des enfants de nos écoles primaires.

— M. Tailhades, ex-chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Montpellier, docteur depuis quatre mois seulement, vient de succomber à Siran, son pays natal, à la suite d'une courte maladie. Il n'était âgé que de vingt-six ans.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 108. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 108. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 SEPTEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le problème formulé par Pinel : une maladie étant donnée, trouver sa place dans le cadre nosologique, est déjà par lui-même assez digne d'intérêt ; mais combien n'est-il pas plus digne encore des méditations du médecin, quand on l'envisage au point de vue de son utilité pratique et des applications qu'on en peut déduire pour la thérapeutique ou la prophylaxie! C'est à ce dernier point de vue surtout que se recommandent la discussion actuellement pendante à l'Académie de médecine, sur la nature du goître exophthalmique, et celle qui a lieu depuis longtemps entre les médecins de la marine, sur la colique sèche.

Débattue entre des hommes d'un égal mérite et d'une égale autorité, sur des faits qui échappaient pour la plupart à notre appréciation et à nos moyens de contrôle, la question de l'identité ou de la non-identité de la colique sèche et de la colique saturnine a dû naturellement laisser les esprits dans l'hésitation. Après avoir longtemps partagé ces doutes et ces incertitudes, voici ce que nous écrivions il y a quelques années à l'occasion d'une discussion soulevée sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux de Paris :

« Il répugne à notre esprit d'admettre que deux maladies étiologiquement différentes peuvent présenter identiquement les mêmes symptômes et la même série de phénomènes morbides. En rapprochant les faits (les faits imputés à une influence endémique spéciale et les cas de colique de plomb que nous voyons journellement sous les yeux), il est difficile de ne pas se laisser entraîner à croire que la colique sèche des pays chauds n'est en réalité autre chose que la colique de plomb, peut-être avec des modifications dues au concours de la température et à diverses conditions inhérentes à la vie de bord, qui ne feraient que rendre plus actifs les effets de l'intoxication saturnine... Une observation attentive, ajoutions-nous, faite sur les lieux avec les données que nous venons de rappeler (la recherche du plomb provenant des appareils distillatoires et autres ustensiles de bord), parviendra sans doute à résoudre complétement la question. » (N° du 15 décembre 1855.)

Depuis que nous avons écrit ces lignes, M. le docteur Lefèvre, dans une série de publications et de communications académiques qui sont le résultat de recherches multipliées sur ce point de pathogénie et d'hygiène maritime, est parvenu à établir, de manière à lever tous les doutes et à faire considérer désormais la question comme résolue, que la colique sèche n'est en réalité autre chose que la colique de plomb. Nous nous sommes proposé plusieurs fois, à l'occasion des publications de M. Lefèvre, d'examiner et de discuter les principaux éléments de la question.

Mais les preuves nombreuses et décisives accumulées dans les dernières communications que notre savant confrère a faites à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, notamment dans la note dont on trouvera le texte dans le compte rendu de ce jour, rendent cet examen superflu. Quant à ceux de nos lecteurs que ces communications n'auraient pas suffisamment convaincus, nous ne pouvons que leur recommander la lecture des deux principaux ouvrages que M. Lefèvre a publiés sur ce sujet (1). — Dr Brochin.

(1) *Recherches sur les causes de la colique sèche observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales, et sur les moyens d'en prévenir le développement*, par M. A. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine au port de Brest. Un volume in-8°. Paris, 1859, chez J. B. Baillière et fils.

De l'emploi des cuisines et appareils distillatoires dans la marine; nécessité d'établir une surveillance hygiénique sur la construction et sur le fonctionnement de ces appareils, etc., par le même. Brochure in-8°. 1862. Chez J. B. Baillière et fils.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. TESSIER.

Leçon sur la myélite.

Nous avons en ce moment dans le service de la clinique interne un grand nombre de maladies nerveuses. Une paralysie du nerf moteur oculaire commun, deux hémiplégies suite d'hémorrhagie cérébrale ; l'une d'elles est entée sur un ramollissement du cerveau; enfin une paralysie complète des membres supérieurs et incomplète des membres inférieurs, sans paralysie à la face.

La personne paralysée des quatre membres est un jeune homme ayant une figure excellente ; il ne peut se lever ni marcher. Il est frais, gras, n'a point de troubles du côté des facultés intellectuelles. Ce malade est couché au lit n° 4 de la salle Saint-Bruno.

Ce n'est pas une maladie pareille à celle de l'homme qui est atteint d'une hémiplégie consécutive à une hémorrhagie cérébrale, à laquelle nous avons affaire.

Notre malade a été militaire; il a servi en Afrique; il a couché sur la terre humide, et il se ressent depuis quelque temps de douleurs persistantes au rachis.

En avril 1860, il fut pris d'une douleur dans le bras droit; puis en septembre d'un engourdissement des deux derniers doigts de la main droite. Quelque temps après, la main tout entière s'est affaiblie, puis le bras du même côté. Trois semaines après, la jambe droite devint plus faible; la jambe gauche fut le siége de fourmillements, de diminution de la sensibilité.

A partir de ce moment, les phénomènes vont s'aggravant; les deux jambes s'affaiblissent; il survient des érections, une douleur de ceinture, de la gêne dans la respiration, des troubles dans la calorification. Un affaiblissement extrême ne tarde pas à se montrer, ainsi qu'une contracture des muscles progressivement dans les quatre membres. La sensibilité s'altère ensuite, et le malade conserve son intelligence intacte.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, il n'avait point d'incontinence d'urine ni des matières fécales. Ce n'est que depuis cette époque que cette paralysie des sphincters de la vessie et de l'anus s'est produite. A son entrée dans le service, le malade marchait avec peine. On vit peu de temps après quelques muscles s'atrophier, entre autres ceux des éminences thénar et hypothénar de la main droite; puis on vit d'autres muscles se contracturer, entre autres le muscle couturier de la cuisse droite, qui prit de la roideur. Il survient des crispations musculaires, les membres se contractent, de la douleur se montre autour du tronc, ainsi qu'un commencement de faiblesse et d'amaigrissement.

A droite, la sensibilité tactile est conservée.

Le 2 mai, à la visite, chaque fois que M. Tessier tire les poils des jambes à droite et à gauche, il détermine des mouvements convulsifs dans les muscles.

A quelle maladie avons-nous affaire?

Dans les hémorrhagies cérébrales d'un lobe du cerveau, il y a paralysie du côté opposé. Chez notre malade, il y a eu diminution du mouvement d'un seul côté en commençant; ce n'est que plus tard que la paralysie est survenue du côté opposé.

Avons-nous en affaire à une maladie du cerveau, à une maladie de la moelle épinière, ou à une paralysie musculaire progressive?

Dans les hémorrhagies du cerveau, la paralysie arrive tout d'un côté, d'ordinaire du côté opposé à l'hémorrhagie. Lorsque la paralysie survient dans les quatre membres à la fois, c'est qu'il s'agit d'une hémorrhagie grave, de la base du cerveau, par exemple. Dans ce cas, la mort arrive promptement, en raison de la compression du cerveau par l'épanchement sanguin.

La moelle est un cordon médullaire pas très-gros; habituellement, lorsqu'elle est malade, les symptômes de la maladie existent des deux côtés du corps. Comme le cordon rachidien est très-petit, dans un cas de congestion de ce cordon, les lésions qu'il subit produisent des troubles des deux côtés du corps.

Notre malade a présenté de bonne heure un certain amaigrissement; on a vu les éminences thénar et hypothénar de la main droite s'amaigrir. Ne serait-ce pas à une paralysie des muscles, à une atrophie musculaire progressive que nous aurions affaire?

FEUILLETON.

HISTOIRE DE LA GALE (1).

La lettre de Bonomo, traduite en latin par Lanzoni, et insérée dans les *Éphémérides des curieux de la nature*, généralement connue du monde savant, ne propagea guère la doctrine acarienne de la gale. Celle de Cestoni à Vallisneri (1710), qui n'est qu'un développement de la précédente, ne fut pas plus heureuse, malgré cette conclusion positive : *Da tutto cio si raccoglie, che la rogna è un male, che non dipende da vizio alcuno interno degli umori, nè del sangue; ma che l'unica cagione di essa sono i pellicelli.* En Italie, le principe était admis, mais, hors de ce pays, il ne comptait que de rares partisans ; il fallut toute l'autorité de l'illustre Linné pour porter un coup à la théorie humorale de la gale, et tirer le public médical de son indifférence. Les *Exanthemata viva*, dissertation de Nyander, élève de Linné, qui parut en 1757, devinrent le signal d'une ardente polémique ; Nyander établit clairement qu'il faut chercher l'acare dans les sillons et non dans les pustules (*acarus sub ipsa pustulæ minime quærendus est ; sed longius recessit ; sequendo rugam cuticulæ observatur*). Avelin, autre élève de Linné, attribue la gale du mouton, comme celle de l'homme, à la présence d'un acare; rien ne prouve cependant qu'il l'ait vu. Des médecins admettaient la doctrine, d'autres la repoussaient ; d'autres encore croyaient à l'existence d'une gale acarienne et d'une gale humorale ; il y en avait qui considéraient l'animalcule comme produit, non comme cause de l'affection. Les naturalistes de Geer, Goeze, Fabricius, décrivaient l'animalcule, sans prendre part à la discussion ; ce dernier trouva généralement établi, parmi les indigènes du Groënland, l'usage d'extraire l'acare de la peau à l'aide d'une aiguille.

Le fait important de l'histoire pathologique de la gale, la présence de l'animalcule, cause unique de l'éruption, ne pouvait être éclairé que par de nouvelles études. Un grand observateur, le médecin hanovrien Wichmann, que l'on s'étonne de voir si peu connu en France, interrogea les faits; ils lui donnèrent les termes de la solution du problème. Wichmann (*Aetiologie der Krätze*, 1786) vérifia d'abord ce que ses prédécesseurs avaient avancé, et notamment la théorie de Bonomo et Cestoni, théorie qu'il chercha à faire prévaloir. Dans une deuxième édition de son mémoire (1791), l'auteur aborde toutes les objections que la première avait soulevées; il combat victorieusement les métastases, les répercussions, les métaschématismes, les dyscrasies psoriques ; en un mot, il expose la doctrine de la gale telle à peu près qu'elle existe aujourd'hui. Voulant s'assurer de la justesse de cette théorie, le professeur Hecker s'inocula la gale et confirma ainsi l'exactitude des faits avancés par Wichmann. Celui-ci émet encore l'hypothèse que la gale du mouton, de même que celle de l'homme, est due à un acare, attendu que la laine est un de ses agents propagateurs. Le professeur Abilgaard, de l'école de Copenhague, lui écrivit (1787) que sa théorie se justifiait dans le traitement; que sans breuvages et par des applications locales, il avait guéri un grand nombre d'animaux galeux.

Deux hommes considérables de la fin du siècle dernier, Selle et Pinel, tout en se laissant convaincre par la théorie de Wichmann, ne l'admettent pas sans réserve : le premier croit à une *prédisposition* de la peau; le second recommande de ne pas négliger le traitement interne, à côté des lotions externes; Pinel dit encore que l'acare se trouve dans la vésicule. Le premier directeur de l'école vétérinaire de Hanovre, Kersting (1789) non plus ne se rallie pas à la théorie acarienne ; il a fait, dit-il, de nombreuses expériences, afin de s'assurer si de petits animalcules invisibles donnent naissance à la gale des animaux, comme à celle de l'homme, ainsi que le prétendent quelques naturalistes; il a vu les animalcules chez des chevaux galeux, à l'aide de verres grossissants; semblables à la mite du fromage, ils fourmillaient sur un lambeau de peau excisé ; la poussière enlevée de la superficie du corps d'un cheval galeux, dans laquelle il reconnaissait la présence des animalcules, répandue sur un cheval sain, ne lui a point communiqué la gale; cette expérience, répétée pendant quatorze jours consécutifs, a eu le même insuccès. Kersting en conclut que ces animalcules s'attachent aux animaux malades, chez lesquels ils trouvent les sucs nutritifs qui leur conviennent. Ce passage, que nous rendons à peu près textuellement, démontre qu'on ne saurait découvrir l'erreur qui doit s'être glissée dans les expériences de Kersting, et dont il a déduit de fausses conséquences.

En Allemagne, la gale du mouton était considérée comme une maladie incurable et occasionnait de grandes pertes; l'autorité supérieure chargea Viedebant du soin de l'étudier. Son mémoire (1790) établit que toute *gale vraie* dépend d'*insectes* (acares) qui sont dans l'air, l'herbe, ou se transmettent d'un mouton à un autre. Ils s'introduisent sous la peau par les pores sudoriques, ou bien les mères percent l'épiderme sous lequel elles déposent leurs œufs, où ils éclosent dès que la bête ovine possède la réceptivité voulue; la maladie progresse lorsque la sueur grasse devient rance.

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 septembre.

L'atrophie musculaire progressive, cette maladie si singulière, commence toujours par l'altération des muscles et non des nerfs.

Chez notre malade, ce n'est que postérieurement à la paralysie que l'amaigrissement a commencé; il présentait de l'affaissement.

Dans la paralysie musculaire progressive, la motilité, la sensibilité, se conservent en même temps que survient l'amaigrissement.

Dans ce cas-ci, ce sont des phénomènes de paralysie qui dominent.

Serait-ce une paralysie nerveuse? Nous avons affaire à un jeune homme qui n'a point de paralysie nerveuse; il a une incontinence d'urine et des matières fécales, et une paralysie persistante des quatre membres; dans une paralysie nerveuse, il y a des exacerbations et des rémissions dans les symptômes, ce qui n'a pas lieu chez notre sujet.

Serait-ce une myélite? Dans la myélite, les phénomènes commencent presque toujours des deux côtés; ils se montrent cependant quelquefois d'un seul côté, parce qu'il y a deux cordons dans la moelle et qu'il peut y avoir congestion d'un seul côté.

La cause de la paralysie de ce jeune homme doit être dans la moelle épinière. Le cordon rachidien présente plusieurs enveloppes; ses maladies sont très-variées : ce sont la congestion, l'hémorrhagie, l'inflammation, le ramollissement, etc.

Il importe de savoir si chez ce jeune homme il y a une simple hyperémie.

Dans la congestion de la moelle, les phénomènes morbides que l'on observe sont rapides et éphémères; il y a trouble momentané de l'intelligence, incontinence momentanée d'urine.

Notre malade présente des roideurs musculaires, des contractures, des crispations musculaires, ce qui ne s'observe point dans une simple congestion de la moelle.

Ce pourrait être une hémorrhagie de la moelle épinière. Une hémorrhagie désorganise le tissu de la moelle et peut amener des phénomènes persistants.

L'hémorrhagie de la moelle ne débute pas ainsi que nous l'avons observé chez notre malade.

Le malade qui éprouve une hémorrhagie de la moelle épinière ressent tout à coup une douleur violente dans le rachis; il est sidéré, foudroyé et paralysé.

Nous avons eu, il y a deux ans, chez M. Bonnet (de Lyon), un cas d'hémorrhagie de la moelle épinière. Il a été pris d'une douleur vive dans le rachis; au bout de deux jours, d'insensibilité des deux jambes, puis d'incontinence d'urine.

Serait-ce une hémorrhagie méningée qu'aurait notre jeune homme?

Quand une hémorrhagie se produit vers les méninges, il y a toujours des douleurs violentes à la tête et des mouvements convulsifs. Une douleur vive apparait sur le trajet de la colonne vertébrale; il survient des roideurs tétaniques et des secousses convulsives.

Chez notre malade rien de semblable n'a eu lieu; il faudra par conséquent encore éliminer l'hypothèse d'une hémorrhagie méningée.

La myélite est précisément caractérisée par les symptômes que nous avons observés : douleurs habituelles dans un point de la colonne vertébrale, paralysie survenue lentement dans les quatre membres; crampes, fourmillements, troubles de la calorification; gêne de la respiration, douleur en ceinture; paralysie de la vessie et du sphincter anal. Aujourd'hui ce jeune homme est réduit à une impuissance complète. Le tableau de la myélite est complet.

Il y a un phénomène qui est difficile à comprendre si la moelle est désorganisée : si on électrise les membres inférieurs, on ne devrait point réveiller de contractions des membres.

Cette objection n'est point sérieuse. La moelle est certainement malade, mais elle n'est point désorganisée dans toute son étendue; on peut comprendre le mouvement réflexe. Ce matin, toutes les fois que l'on tirait les poils des jambes à droite et à gauche, on déterminait des mouvements convulsifs des muscles; par conséquent, il y avait mouvements réflexes.

Puisqu'il y a incontinence d'urine et des matières fécales chez notre malade, il est évident que la partie inferieure de la moelle épinière est prise.

Puisqu'il y a paralysie des bras, il est évident que la partie supérieure de la moelle est malade, mais elle est moins malade que l'inférieure.

A droite, la sensibilité tactile est conservée.

Dans la moelle épinière, de chaque côté les cordons sont distincts. Le cordon antérieur de la moitié droite de la moelle est plus altéré que le cordon postérieur du même côté.

La moitié droite de la moelle est plus malade que la moitié gauche.

Les cordons antérieurs sont plus malades que les postérieurs.

La moelle est enflammée dans une grande étendue; les méninges sont un peu prises, puisqu'il y a contracture.

Le pronostic est très-grave; c'est celui d'une myélite. Ce malade est déjà dans le service depuis six mois; il était moins malade à son entrée à l'hôpital qu'il ne l'est aujourd'hui.

Il a pris de l'iodure de potassium. Tous les moyens employés dans de semblables affections out été mis en usage sans succès.

TROUBLES DE L'INTELLIGENCE ET DE LA COORDINATION des mouvements. Double lésion du cerveau et du cervelet.

Par M. le docteur A. Legrand.

(Observation communiquée à l'Académie des sciences dans sa séance du 21 juillet 1862.)

J'ai vu mourir, à l'âge de quarante-quatre à quarante-cinq ans, une femme que j'avais presque vue naître, et qui joignait à toutes les qualités les plus excellentes du cœur l'esprit le plus fin, la plus haute intelligence et le jugement le plus sagace qu'on puisse rencontrer. Maintenant que ce triste événement remonte déjà à plusieurs années, je puis livrer à la publicité ce fait intéressant, qui fournira plus d'un enseignement théorique et pratique aux médecins qui le liront.

Je commencerai par donner le procès-verbal de l'autopsie, qui a été faite par un des médecins de notre époque les plus expérimentés dans ce genre de recherches.

« *État extérieur.* — Malgré un amaigrissement notable, la constitution extérieure conserve une belle apparence, et à part les traces d'application récente de sinapismes et d'un séton, il n'existe à la surface du corps aucune lésion. Point de gonflement des extrémités. La conservation est parfaite, et les téguments sont d'une pâleur complète.

» *Examen de la tête.* — Les téguments et les os du crâne sont intacts. Ceux-ci sont remarquables par leur peu d'épaisseur. La forme générale de la tête n'est pas absolument symétrique. Le cerveau est peu volumineux; il exhale une odeur alcoolique assez prononcée. Les vaisseaux qui se ramifient à la surface des hémisphères cérébraux sont gorgés de sang. La substance cérébrale offre une rougeur exagérée et un pointillé particulier de la substance grise. Les plexus choroïdes sont très-injectés; les ventricules renferment une sérosité sanguinolente.

» Le cervelet est d'un petit volume; la portion graisseuse est en partie atrophiée. Au centre et vers la face inférieure, sa substance est le siége de lésions profondes et caractéristiques. Elle est ramollie en plusieurs points, au milieu desquels on découvre un noyau du volume d'une petite lentille, formée par de la fibrine décolorée, et constituant la cicatrice d'un ancien foyer apoplectique. Les parties ramollies sont formées par un mélange de sang coagulé et de substance nerveuse. Le lobe droit du cervelet, quoique moins profondément altéré, présente également une diminution notable de consistance et des traces non douteuses de congestion.

» La moelle allongée et l'origine de la moelle épinière sont à l'état normal.

» Une assez grande quantité de sérosité sanguinolente s'écoule du canal encéphalo-rachidien.

» *Poitrine.* — Une déformation assez marquée s'observe dans les parois thoraciques, surtout du côté gauche. Les côtes sont enfoncées et déprimées. Les cartilages sont complétement ossifiés. — Des adhérences multipliées et très-intimes unissent les deux feuillets de la plèvre. Les poumons sont le siége d'un certain engouement, mais ne présentent pas de lésions récentes.

» Le cœur est flasque et très-pâle, comme le sont d'ailleurs tous les tissus.

» *Organes abdominaux.* — L'estomac présente des traces évidentes d'inflammation. On y remarque de nombreuses plaques d'une rougeur assez vive, et au niveau de l'orifice pylorique, la membrane muqueuse est ramollie. Il n'y a du reste aucune autre altération, ni gangrène ni perforation.

» Les intestins sont sains.

» Le foie est peu volumineux, pâle, et comme revenu sur lui-même.

» Les autres organes abdominaux n'offrent rien à noter.

» En résumé, de l'examen minutieux de tous les organes, il résulte que Mme de X... a succombé à une lésion déjà ancienne du cerveau et du cervelet, caractérisée par des congestions, des hémorrhagies et un ramollissement assez étendu. »

Recherchons maintenant, en retraçant la vie de Mme de X..., si les symptômes observés pendant le cours de sa longue maladie n'ont pas permis, au fur et à mesure qu'ils se produisaient, de reconnaître les lésions qui les causaient, leur nature et leur siége.

Mme de X... était issue d'une mère admirablement constituée et jouissant habituellement d'une excellente santé, mais d'un père éminemment catarrheux et ayant offert, dans les dernières années de sa vie, quelques symptômes assez caractéristiques du cancer de l'estomac. Elle a perdu un frère d'une affection scrofuleuse et tuberculeuse, caractérisée par de nombreuses caries de la charpente osseuse et par une tumeur blanche ulcérée qui avait donné issue à des matières tuberculeuses.

Son enfance fut maladive et tourmentée par une longue éruption de porrigo-larvalis. Réglée enfin à seize ans, sa santé s'améliora et resta assez bonne pendant quelques années.

Vers l'âge de vingt ans, elle commença à offrir une disposition incroyable à s'enrhumer, et les rhumes qu'elle contractait duraient longtemps et s'accompagnaient très-souvent d'oppression et quelquefois de fièvre. Ils étaient toujours précédés de coryza d'une excessive intensité avec une sécrétion presque aqueuse, mais si abondante que la malade mouillait souvent douze à quinze serviettes dans les vingt-quatre heures.

Les circonstances que je viens d'exposer, la maladie et la mort de son frère, l'oppression presque habituelle qu'elle éprouvait, firent croire à la possibilité de tubercules dans les poumons, quoiqu'elle n'ait jamais craché de sang et que la percussion ni l'auscultation ne révélassent pas leur présence. Ce fut cependant dans cette croyance que la malade fit plusieurs voyages aux Eaux-Bonnes, d'où elle revenait toujours dans de meilleures conditions de santé.

Peu portée vers le mariage, Mme de X... se décida cependant, alors qu'elle approchait de quarante ans, à épouser un vieil ami de sa famille qui avait près de soixante-quinze ans. Comme son mari aimait beaucoup le vin, il voulut que sa femme, qui n'avait jamais bu que de l'eau, en fit usage. Elle y prit pour un moment trop de goût, et son médecin crut devoir lui adresser quelques observations sur l'état où il la voyait souvent après le dîner, non pas qu'elle allât jusqu'à s'enivrer, mais seulement à *s'animer* plus qu'il n'est permis à une femme bien élevée de le faire. Mme de X... était une femme d'un grand sens; elle sentit l'importance des observations qui lui étaient faites, et, sans revenir à l'usage exclusif de l'eau, elle mouilla considérablement son vin; mais ce fut probablement trop tard, et un mal irrémédiable s'était déjà sans doute produit.

En effet, on remarqua dès ce moment qu'elle engraissa outre mesure et qu'elle commença à se servir moins librement des membres supérieurs, au point que, quoiqu'elle fût d'une adresse remarquable, elle se dispensât de plus en plus d'en faire usage. On observa en même temps, dans les traits du visage, une certaine immobilité qui étonnait d'autant plus qu'elle se manifestait chez une personne surtout remarquable par les expressions variées de sa physionomie.

Ces assertions, et d'autres encore, rendent évident que Viedebant n'a ni vu les animalcules ni observé leurs instincts; il semble avoir eu une connaissance imparfaite des recherches de Wichmann, qu'il a arrangées à sa fantaisie. Du reste, la disposition préexistante et qui rendait la gale indépendante des acares, était une opinion ayant cours parmi un grand nombre de médecins de l'époque.

Le travail le plus remarquable qui parut dans la première période décennale du dix-neuvième siècle, est le mémoire de Walz (1809) sur la gale du mouton; à lui revient incontestablement le mérite de la priorité de la découverte de l'acare chez les animaux. Il le trouva sur la bête à laine et le renard, distingua les sexes, reconnut la femelle fécondée, et par d'ingénieuses expériences qui ont conservé toute leur valeur, il établit la coexistence de l'animalcule et de la gale. Les figures que Walz a données de l'acare, sans être tout à fait exactes, lui ont souvent été empruntées par d'autres auteurs. Relativement à la genèse des animalcules, il partageait les idées en vogue de son temps, et l'attribuait à la spontanéiparité, quoiqu'il eût observé l'accouplement et la ponte.

Gohier (1812) recueillit des acares sur des chevaux galeux; Saint-Didier les soumit à un examen microscopique et en donna la description avec figures. Gohier indique Dorfeuille père comme étant le vétérinaire qui a découvert l'acare du bœuf (1813); lui-même eut occasion de l'observer sur les bœufs hongrois qui suivirent l'armée autrichienne à Lyon (1814). Il ajoute avoir vu à la loupe l'acare du mouton, du chien, du chat et du lapin, qui ne différerait pas essentiellement de celui du cheval, si ce n'est que chez ces espèces il est plus petit; erreur dépendante d'un examen grossier et superficiel. Aux recherches de Gohier a succédé l'article de Bosc, dont Walz et le professeur de Lyon ont en grande partie fait les frais,

On aurait pu croire que les observations de Wichmann, Walz et Gohier, pour ne pas mentionner celles des naturalistes, consacreraient définitivement l'existence de l'acare psorique; il n'en fut pas ainsi. Oubliant les recommandations du passé, on le cherchait dans la vésicule; ne l'y trouvant pas, l'animalcule passa de nouveau à l'état de mythe; Pinel lui avait assigné ce séjour. Galès (1812) l'y trouva, et voilà, selon l'expression d'Alibert, rétablir le règne du sarcopte.

Les actives recherches de Raspail tendant à confirmer le fait restèrent sans succès; comparant alors les figures données par Bonomo, de Geer et Wichmann, avec les dessins de Galès, Raspail s'aperçut de la fraude et la caractérise ainsi : « De toutes ces données comparatives, il résulta pour moi la démonstration que la thèse inaugurale » de Galès était la plus grande mystification qui ait jamais été enre- » gistrée dans les fastes de la science; que l'auteur avait servi à nos » plus illustres savants un plat de son pays, en leur présentant sous » le microscope pour l'acare de la gale la mite du fromage et de la » farine au naturel. » Pendant que Raspail cherchait activement l'animalcule dans les vésicules de l'homme, le jardinier de l'Ecole d'Alfort lui remit des acares du cheval, dont il publia la description (1831).

En France, les dermatologues les plus distingués, les Lugol, les Alibert, les Biett, cherchèrent en vain les animalcules psoriques; en Italie, le pays classique du ciron, Galeotti et Chiarugi ne furent pas plus heureux. Le doute avait fait place à la négation, lorsque Renucci (1834), imitant le procédé primitif des femmes de la Corse, son pays, extirpa l'acare de la galerie partant de la vésicule; celle-ci avait exclusivement fixé l'attention, et toutes les recherches s'y étaient concentrées. L'acare avait donc, quoique bien tardivement, conquis sa place dans l'histoire de la gale humaine; les mémoires d'Albin Gras, de Beaude et de Sédillot (1834) l'y confirmèrent; cependant la certitude de son existence ne modifia guère la vieille doctrine de la dyscrasie psorique.

Ces fluctuations ne se présentèrent pas dans la médecine des animaux; depuis la découverte de Walz, l'acare n'était pas un être imaginaire. Un beau travail expérimental, dont Hertwig recueillit les matériaux en 1827 et 1828, étendit nos connaissances sur les mœurs de l'animalcule et la pathologie de la gale; Hering suivit le professeur de Berlin dans la voie expérimentale, et étudia l'acare d'animaux chez lesquels on ne l'avait pas encore rencontré.

En médecine humaine, les travaux se succédèrent; Eymery, Aubé, Heyland, Hebra, Kraemer, Bourguignon, van Leeuwen, etc., établirent victorieusement le règne du sarcopte. Chez les animaux, Delafond et Bourguignon, Gerlach dans sa remarquable monographie (*Krätze und Räude*, Berlin, 1857), ont donné à la pathologie de la gale une base si certaine, que l'on peut avancer que, de toutes les maladies comprises dans le cadre nosologique, les études sur l'exanthème psorique sont les plus complètes. Après les longs et laborieux travaux dont l'animalcule a été l'objet, Fürstenberg vient de publier sur les acares psoriques un mémoire original qui a déjà pris place au premier rang parmi les écrits qui ont traité ce sujet.

S. Verheyen.

M. Émile Goubert commencera le 25 de ce mois, de onze heures à une heure, des conférences spéciales préparatoires au concours de l'externat et au stage des hôpitaux; elles seront continuées deux fois par jour jusqu'à l'époque des examens oraux. Un devoir écrit, soit sur l'anatomie, soit sur la petite chirurgie, les bandages ou la pathologie, sera rigoureusement exigible deux fois la semaine, ainsi qu'un examen oral sur des sujets tirés au sort parmi ceux qui ont été proposés aux concours précédents.

S'inscrire chez M. Émile Goubert, rue du Cherche-Midi, 23.

A peu près à la même époque, il se produisit chez Mme X... une complication grave. Un matin, en sortant de son lit et au moment où elle posait les pieds à terre, elle se sentit tout étourdie, prise de vertiges; la tête lui tournait et elle n'avait plus la conscience que ses jambes la portassent; il lui semblait que celles-ci n'obéissaient plus ou du moins obéissaient mal à sa pensée. Mme X... était alors à sa campagne; et j'y fus appelé en toute hâte.

Ce que je constatai tout d'abord, ce fut une certaine hésitation dans la marche, qui faisait dire à la malade que, surtout au moment où elle se levait, elle ne se sentait pas d'aplomb. Comme en même temps il se manifestait chez elle les symptômes les plus caractéristiques de l'anémie (pâleur, dyspepsie, sang menstruel décoloré), j'affectai soigneusement de rapporter à cet état tous les phénomènes observés.

Peu de temps après cette attaque d'apoplexie cérébelleuse, Mme de X... éprouva un autre accident qui ne contribua pas peu à égarer les médecins qui furent successivement consultés. Elle fit une chute qui fut plus effrayante par les conséquences qu'elle pouvait avoir que véritablement dangereuse, mais qui exerça sur la malade une influence morale assez extraordinaire.

En effet, depuis ce moment, Mme de X..., tenant peu de compte de tout ce qui s'était passé antérieurement, rapporta à sa chute tous les symptômes qu'elle ressentit successivement, de telle sorte qu'elle devint une véritable idée fixe. Continuellement elle parlait de sa chute, la décrivait, en racontait toutes les péripéties avec une mimique qui les rappelait. Comme cet événement était attribuable à une négligence de son mari, elle commença à le voir avec un déplaisir qu'elle avait par moments du mal à dissimuler. Enfin ce devint une monomanie dont on ne tint point assez compte dans l'appréciation qu'on faisait des symptômes qui se produisaient chaque jour.

Mme de X... revint donc à Paris, mieux portante sans doute, mais en conservant son air hébété; les mouvements des bras restèrent aussi lents, ceux des doigts aussi inhabiles, et ceux du cou devinrent si difficiles que la malade se mouvait tout d'une pièce quand elle était sollicitée à tourner la tête; elle commença de plus à éprouver quelque roideur dans la jambe gauche, qu'elle traînait par moments.

Enfin, sa physionomie avait une si singulière expression, que M. le professeur Z..., appelé en consultation, s'écria quand il se trouva seul avec moi: « Mais elle a l'aspect d'une personne qui aurait un corps étranger dans le cerveau! » Telle aussi avait été ma pensée dans le premier moment, et j'avais voulu en conséquence appliquer un séton au cou, ce à quoi la malade s'était obstinément refusée.

Tenant compte alors de la constitution éminemment lymphatique de Mme de X... et de tous les symptômes commémoratifs que j'ai exposés au début, n us l'envoyâmes à Saint-Sauveur d'abord, puis aux Eaux-Bonnes, et enfin à Biarritz.

Cette triple médication, et surtout les bains de mer chauds, consolidèrent la santé générale, mais n'eurent pas une grande influence sur la maladie qu'on avait le plus en vue de combattre. Sans doute la physionomie avait repris quelque animation et les mouvements du cou plus de liberté, mais cette faible amélioration était tristement compensée par un tremblement presque continuel de la langue, par de la gêne survenue dans la parole, que Mme de X... maniait auparavant si bien, et par une augmentation souvent insupportable de la sécrétion salivaire.

L'hiver de 18.. à 18.. se passa dans d'excellentes conditions de santé générale, mais sans aucune amélioration, plutôt même avec quelque aggravation, quant à la lenteur des mouvements des bras, quoiqu'ils conservassent toute leur force; quant à la difficulté de la marche, quoique la malade pût monter et descendre facilement un escalier, pût rester longtemps debout sans se fatiguer, se dresser sur la pointe des pieds et marcher ainsi; quoique, enfin, une fois assise à terre, elle réussît parfaitement à se relever sans le secours des bras. J'ajouterai qu'il n'existait aucune diminution dans la sensibilité, qui restait aussi exquise qu'avant le développement des symptômes exposés plus haut, et que toutes ses fonctions s'accomplissaient régulièrement et toujours sous l'empire de la volonté. Enfin la malade résumait assez bien son état en disant: « Tout m'est possible, mais tout m'est difficile! »

La saison des eaux étant revenue, le médecin consultant et moi nous nous accordâmes pour conseiller les eaux d'Aix (en Savoie), où la malade passa près de trois mois, et d'où elle revint à peu près dans le même état.

Cet état stationnaire ne persista malheureusement pas, et il s'aggrava évidemment pendant l'hiver suivant. La gêne de la parole augmenta, et la malade s'aperçut en outre qu'elle ne relevait que très-difficilement la lèvre supérieure, et que pour montrer les dents elle faisait une horrible grimace. Elle pouvait toujours rester debout; mais si elle y persistait, elle éprouvait un tremblement dans les bras, et encore plus dans les mains.

Après avoir essayé, sur le désir formel de la malade, de quelques séances de faradisation qui auraient pu avoir des effets désastreux si on y avait insisté, Mme de X... retourna à Aix, dont les eaux cette fois déterminèrent des phénomènes de congestion vers le cerveau, qui forcèrent à y renoncer. C'est alors qu'elle fut envoyée à Hombourg pour essayer une cure par les eaux purgatives. C'est avant d'y partir qu'elle m'écrivit la lettre suivante, qui permettra d'apprécier l'intégrité apparente de son intelligence et les progrès de sa maladie depuis un an:

« Comme santé générale, je me porte très-bien, sauf mes douleurs dans l'épaule droite, dans l'index de la main gauche que je ferme très-difficilement (mais il n'y a ni rougeur ni enflure), dans le pied gauche, dans le pied droit, surtout aux deux petits doigts, et enfin dans le cou, surtout quand je veux le tourner: ces douleurs ne sont pas permanentes. Quant à la gêne des mouvements, elle a beaucoup augmenté depuis l'année dernière; ainsi il faut qu'on me chausse, qu'on me coiffe, ce que je faisais encore moi-même il y a un an. La marche est aussi plus difficile; je traîne les jambes, surtout la gauche; le pied se tourne en dedans et les doigts se replient. La langue tremble toujours; la salivation est continuelle, et quelquefois les dents se serrent; je ne puis pas lever la lèvre et j'ai beaucoup de peine à parler; il y a souvent aussi un tremblement dans les lèvres, j'ai envie de bâiller et je ne le peux pas, surtout le matin. Je monte et descends un escalier assez facilement, *et quand je veux marcher, j'éprouve une résistance que je ne peux pas définir.* »

Au retour des eaux et après un voyage d'agrément encore assez bien supporté, Mme de X... alla passer le reste de la belle saison à son château, puis elle revint passer un hiver assez pénible à Paris. Au printemps suivant, on essaya d'une médication empirique qui avait pour but d'exciter des transpirations abondantes, mais qui évidemment précipita la marche de la maladie; aussi Mme de X... retourna-t-elle à la campagne dans d'assez fâcheuses conditions. J'y allai la visiter plusieurs fois, et ce fut sous l'impression de ce que j'avais observé plusieurs fois, qu'à la date de 18** j'écrivis dans les termes suivants à M. le professeur Z..., qui avait fini par porter à la malade un aussi grand intérêt que moi.

« L'état de Mme de X... va sans cesse en s'aggravant, et offre aujourd'hui un spectacle bien pénible et en même temps bien curieux.

» Indépendamment de la langue, qui est animée d'un mouvement continuel de va-et-vient, que cet organe soit dehors ou reste dans la bouche, la malade éprouve par moments des claquements de dents qui se font entendre à une grande distance, et qui s'accompagnent toujours de la sécrétion d'une salive épaisse et mousseuse. Dans d'autres instants, ce sont des mouvements de déglutition si pénible qu'on croirait que la malade va étrangler, et elle-même, pour un temps, avait la crainte d'avaler sa langue. Ces mêmes mouvements dont la langue est sans cesse animée, et qui sont pour la malade un sujet de préoccupation continuelle, s'observent par instants dans les lèvres et dans la joue droite, car il faut faire remarquer que Mme de X... prétend que pour elle la langue ne remue qu'à droite, ne frappe les dents et la joue que de ce même côté. Elle a en outre la sensation que cet organe est en morceaux et en coton, que ses lèvres aussi sont en coton! Et cependant il n'y a pas de paralysie de la sensibilité, quoiqu'il faille dire que depuis quelques jours tout ce qu'elle mange (à l'exception du fromage) *est absolument sans saveur*. Aussi est-ce pour elle, indépendamment de la difficulté matérielle, une chose fort pénible que de prendre ses repas.

» Ces tremblements involontaires que j'ai signalés se manifestent aussi quelquefois dans les paupières, que la malade ne tient généralement ouvertes qu'avec la plus grande difficulté, ainsi que dans les mollets et dans les orteils. Depuis longtemps la marche est aussi pénible que possible, et ne s'opère qu'en traînant les pieds; par instants, mais rarement cependant, la malade éprouve le besoin de marcher en arrière, comme si quelqu'un la tirait par ses vêtements.

» Mme de X... reste habituellement dans un état incroyable d'apathie, répétant sans cesse des mots qui rappellent l'événement auquel elle attribue sa maladie; puis tout à coup (après une lutte avec elle-même) elle en sort pour se livrer à une grande agitation. Alors elle marche avec rapidité; sa parole devient plus nette; elle rit, elle chante; elle casse presque tout ce qui lui tombe sous la main, meubles, verres, vaisselle; elle grimpe sur les chaises, sur son lit, veut aller dans la cour, de quelque façon qu'elle soit vêtue, car comme elle se sent toujours brûlante, le froid ne saurait l'arrêter dans ce projet, et par moments alors, malgré la peur qu'elle a toujours montrée de la mort, *elle menace de se tuer!* Cet état d'agitation, ou, pour parler plus vrai, de folie passagère si pénible à observer chez une femme qui était la raison personnifiée, se termine généralement par un torrent de larmes et par des excuses adressées à ses amis, à ses gens, ajoutant qu'on ne saurait lui en vouloir, puisqu'elle obéit à un besoin plus fort que sa volonté. »

Il fallut bientôt ramener Mme de X... à Paris, où l'on eut recours, trop tardivement sans doute, à l'application d'un séton au cou qui ne fut pour elle qu'un tourment de plus. En effet, son état continua de s'empirer, et elle ne put bientôt plus faire autre chose que de monter péniblement dans sa voiture et aller jusqu'au bois dans la compagnie de sa mère. Bientôt ces accès de folie que j'ai décrits se renouvelèrent plus fréquemment, et il fut pour un moment question de la placer dans une maison de santé; sage pensée à laquelle on renonça trop facilement, car plus que jamais elle parlait de son désir de mourir et des moyens d'en finir avec une vie qu'elle trouvait, hélas! avec trop de raison, de plus en plus insupportable.

En vue d'un péril qui paraissait encore imaginaire, on avait placé auprès de Mme de X... une femme de chambre qui ne devait jamais la quitter; mais la malade trouva un jour le moyen de l'éloigner pendant quelques instants, et s'enferma rapidement dans sa chambre. On se hâta d'en enfoncer la porte, mais il était déjà trop tard. En moins de cinq minutes l'infortunée, que la lecture d'un fait semblable, rapporté dans un journal politique, avait renseignée sur ses effets toxiques, avait avalé les trois quarts d'une bouteille d'eau-de-vie qu'elle avait dérobée à l'office, et qu'elle avait su soustraire aux regards de tout le monde. On la trouva étendue sur le sol de sa chambre, et déjà morte-ivre. Elle ne sortit point de cet état, qui se termina le lendemain matin par une mort aussi calme que possible.

Ainsi, en résumant rapidement et les symptômes observés pendant le cours de la maladie et les lésions constatées après la mort, on trouve:

1° Des phénomènes de paralysie progressive coïncidant avec une compression du cerveau résultant de l'hyperémie de toutes les veines qui rampent à sa surface;

2° Une altération des fonctions intellectuelles se manifestant d'abord par une idée fixe, par des actes de monomanie; caractérisée enfin par de véritables accès de folie, et terminée par le suicide, consommé par une personne qui, dans l'état de santé, redoutait la mort par-dessus tout; symptômes coïncidant avec une inflammation des hémisphères cérébraux;

3° Une diminution sans cesse croissante de la faculté coordinatrice des mouvements; un *manque d'aplomb;* le sentiment qu'on est tiré en arrière; symptômes qui ont tous trouvé leur explication dans le ramollissement du cervelet, conséquence lui-même d'une apoplexie cérébelleuse;

4° Réactions pathologiques sans altérations appréciables: A, supérieurement sur le trijumeau, à son origine ou seulement sur sa troisième branche (maxillaire inférieur), qui, comme on sait, fournit le nerf lingual à son passage dans le voisinage de l'organe altéré; — B, sur le glosso-pharyngien, qui naît des parties supérieures et postérieures de la moelle (corps restiformes), et qui, plus rapproché encore de l'altération pathologique, en a dû être plus influencé. De là l'altération observée en dernier lieu dans les fonctions du goût, auxquelles président les nerf lingual et glosso-pharyngien;

5° Même réaction fâcheuse, mais toujours sans altérations appréciables, sur le grand hypoglosse, qui prend son origine dans la portion supérieure et antérieure de la moelle épinière; nerf, par conséquent, essentiellement moteur, ce qui explique suffisamment ce mouvement désordonné dont la langue était sans cesse animée;

6° Une oppression habituelle, qui trouve son explication dans les nombreuses adhérences constatées entre les deux plèvres; mais cette lésion, qu'aucune des maladies observées pendant la vie n'explique, induit en erreur sur la cause de la gêne de la respiration;

7° Enfin, au point de vue thérapeutique, ou pour mieux dire au point de vue hygiénique, l'histoire de Mme de X... nous montre le danger qu'il peut y avoir à apporter, à une époque assez avancée de la vie, un changement trop radical dans le régime. En effet, les premiers symptômes qui dénotaient, un peu vaguement sans doute, l'inflammation du cerveau, se sont manifestés peu de temps après un usage exagéré du vin. Et c'est aussi sous l'influence de ce fatal changement de régime que s'est produite l'apoplexie cérébelleuse. Action qu'on s'explique fort bien si on réfléchit qu'un des caractères les plus saillants de l'ivresse est le manque de coordination des mouvements, et qui dénote l'action presque directe des alcooliques sur le cervelet.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

par les alcalins à haute dose.

Ce traitement, peu connu en France, a été depuis plusieurs années l'objet d'études sérieuses en Angleterre. M. Dickinson a basé sa médication alcaline sur l'emploi simultané de l'acétate et du bicarbonate de potasse ou de soude. Il résulte d'un travail récent, communiqué par ce médecin à la Société médico-chirurgicale de Londres, que ses doses ont varié d'une demi-once à une once et demie par jour, la proportion du bicarbonate étant ordinairement double de celle de l'acétate, soit deux grammes d'acétate de potasse et quatre grammes de bicarbonate de soude toutes les quatre ou six heures. Ces deux sels étaient le plus souvent dissous dans une solution légère d'acétate d'ammoniaque.

Les faits observés jusqu'ici tendent à démontrer que le traitement par les alcalins dans le rhumatisme articulaire aigu présente deux avantages: il abrége notablement la durée de l'attaque, et, en diminuant la fréquence des déterminations cardiaques, il atténue directement le péril immédiat et les dangers ultérieurs du rhumatisme articulaire. Reste à étudier l'influence de cette médication sur le retour des attaques, sur leur gravité relative, en un mot, sur l'évolution de la maladie elle-même.

Un point très-important du mémoire de M. Dickinson concerne la posologie des alcalins. Donnés à petites doses ou à doses médiocres (10 à 15 grammes par jour), ces agents ont montré peu de puissance, soit sur la durée totale des accidents, soit sur la fréquence des affections cardiaques.

A l'hôpital Beaujon, où M. Jaccoud a essayé le traitement alcalin chez cinq rhumatisants, ce médecin a prescrit les deux premiers jours 20 grammes de bicarbonate de soude, et il est arrivé progressivement à 30 ou 40 grammes, dose que l'on maintenait aussi longtemps que durait le mouvement fébrile. Le sel était dissous dans un litre de tisane de chiendent, et cette solution était prise dans les vingt-quatre heures.

« Dès le troisième jour, dit M. Jaccoud, nous avons vu apparaître une détente salutaire dans le mouvement fébrile; ce n'étaient point ce ralentissement subit du pouls, cette prostration redoutable qui succèdent parfois à l'administration du nitrate de potasse à hautes doses. Ce que nous observions, c'était un abaissement successif dans la fréquence des pulsations et le retour graduel de la température normale; mais le phénomène qui nous a le plus frappé, c'est la diminution rapide, nous ne disons pas la disparition, de l'état douloureux. »

On peut conclure de ce qui précède que, sans mériter le titre pompeux de spécifique du rhumatisme, le traitement alcalin peut être expérimenté avec d'autant moins d'hésitation contre cette maladie, qu'il se fait à peu de frais et qu'il est d'ailleurs parfaitement inoffensif. (*Gazette hebd.*)

RENVERSEMENT COMPLET DE L'UTÉRUS

après l'accouchement; réduction tardive; guérison.

Par M. le docteur SCHŒLLHAMMER.

Voici une observation de renversement complet de l'utérus après l'accouchement, qui justifie bien le conseil tant de fois donné, et si souvent méconnu, de ne point chercher à extraire prématurément le placenta et de ne point tirer sur le cordon ombilical avec une violence toujours regrettable.

Une primipare venait d'être accouchée à l'aide du forceps. Sitôt après la venue de l'enfant, et pendant que M. Schœllhammer avait le dos tourné, la sage-femme s'était empressée de s'atteler au cordon et d'exercer sur cet organe des tractions intempestives qui eurent pour elle le résultat de la mettre à même de présenter triomphalement à l'accoucheur le délivre extrait sans retard et en entier.

Aucun accident ne s'était déclaré sur l'heure, M. Schœllhammer ne se douta point de ce qui était arrivé; il n'y avait pas d'hémorrhagie; au-dessus du pubis, il sentait à travers les parois abdominales la matrice globuleuse, revenue sur elle-même; et notre confrère mit d'abord sur le compte de l'excessive impressionnabilité de sa cliente

les phénomènes nerveux, presque éclamptiques, qui ne tardèrent pas à se déclarer, et à l'occasion desquels il fut appelé dans la soirée. Ce ne fut que dans la nuit, cet appareil symptomatique nerveux ne faisant qu'augmenter, que M. Schœllhammer, après avoir pratiqué le toucher vaginal, reconnut un renversement de l'utérus, qui s'était complétement retourné sur lui-même, comme on ferait d'un doigt de gant. Des tentatives de réduction faites, soit par M. Schœlhammer, soit par son confrère M. Ehrmann, furent d'abord infructueuses et vinrent toutes échouer contre l'énergie des contractions spasmodiques du col utérin retourné.

On prescrivit un bain tiède, une potion opiacée et des onctions belladonées (6 grammes d'extrait de belladone) sur la tumeur utérine. Quelques heures plus tard, près de vingt-quatre heures après la délivrance, M. Schœllhammer, accompagné de MM. Ehrmann et Klippel, constatait que la belladone avait heureusement agi, anéanti le spasme, relâché le col et calmé la malade, qui se prêta mieux à l'intervention du chirurgien; il y avait même un commencement de réduction spontanée, et bientôt, sous la poussée méthodique des doigts, la réduction s'opéra complétement.

Après quelques jours de soins bien entendus et sans que soient survenus des accidents sérieux, la malade avait recouvré un état de santé normal. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 septembre 1862. — Présidence de M. Duhamel.

Nerfs vaso-moteurs des membres antérieurs. — M. SCHIFF lit sur ce sujet un nouveau mémoire dont nous exposerons le résumé lorsque l'ensemble des recherches expérimentales de l'auteur sera terminé.

Effets du plomb dans la production de la colique sèche. — M. A. LEFÈVRE communique sous ce titre une nouvelle note dont voici le texte :

Dans le dernier mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter cette année à l'Académie, et qu'elle a bien voulu renvoyer à sa commission pour le prix des arts insalubres, j'ai eu l'intention de faire ressortir la nécessité d'établir une surveillance hygiénique sur la construction et sur le fonctionnement des appareils servant à la distillation de l'eau de mer à bord des vaisseaux. Parmi les causes pouvant produire l'empoisonnement saturnin chez les marins, l'altération saturnine de l'eau distillée, au contact du plomb et des alliages plombiques, est une de celles qui doivent le plus fixer l'attention des hygiénistes et des médecins, puisque avec des précautions dans la construction des appareils distillatoires on peut en prévenir les effets. MM. Chevreul et Lebas, dans un rapport qu'ils présentèrent au ministre de la marine en 1841 sur les qualités de l'eau distillée par les appareils de MM. Peyre et Rocher, n'avaient pas négligé de signaler le danger que pouvait présenter l'extrême facilité avec laquelle l'eau distillée attaque certains métaux, tels que le cuivre, et par suite de faire ressortir la nécessité de s'assurer fréquemment au moyen de l'acide hydrosulfurique de la pureté de celle destinée à la boisson des hommes. Les mêmes savants avaient aussi rappelé les avantages qu'on pouvait retirer de la filtration d'une eau chargée de parcelles métalliques à travers le charbon pour la débarrasser instantanément de ces principes nuisibles. Malheureusement le rapport de MM. Chevreul et Lebas ne fut pas rendu public, et il a fallu par des faits nombreux et bien observés démontrer de nouveau, après une expérimentation de vingt années, que les éloges prodigués aux appareils distillatoires à l'époque de leur adoption dans la marine comportaient des restrictions, et que ce n'était qu'à la condition de proscrire le plomb et ses composés de leur construction qu'on pouvait garantir la pureté de l'eau destinée à l'alimentation des marins et s'en servir avec sécurité. Tel a été le but de ce dernier travail, qui est un complément de ceux que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie des sciences en 1859 et en 1860, pour prouver que des causes nombreuses d'intoxication saturnine se rencontrent à bord des vaisseaux et à terre dans les régions torrides du globe, et que ce sont elles qui produisent cette prétendue endémie des pays chauds désignée sous le nom de *colique sèche*, qui en définitive n'est qu'une des formes de l'empoisonnement par le plomb, dont on a méconnu jusqu'à ce jour la véritable nature, et dont on n'a pu préserver les marins précisément parce qu'on s'est refusé à admettre la possibilité de sa production.

Parmi les causes pouvant produire cet empoisonnement, j'ai indiqué :

1° Les mastics au minium et à la céruse qu'emploient les chauffeurs et les mécaniciens, et les peintures à base de plomb dont on se sert fréquemment dans la marine : la manipulation de ces produits explique la fréquence des accidents saturnins observés dans cette catégorie du personnel ;

2° L'usage longtemps continué des siphons en fer-blanc ou en plomb adaptés aux charniers, où ils servaient à l'aspiration de l'eau acidule destinée à la consommation des équipages dans les pays chauds, qui a déterminé plusieurs fois l'intoxication en masse des équipages, intoxication dont on n'avait pas soupçonné la nature ;

3° L'usage longtemps continué de l'eau distillée par des appareils qui n'ont été jusqu'à ce jour l'objet d'aucune surveillance hygiénique, qui produit des effets semblables à ceux des siphons métalliques ;

4° L'emploi de vases en étain fabriqués avec des alliages à bas titre contenant de trop fortes proportions de plomb qu'ils abandonnent au vin ou aux liquides avec lesquels ils sont mis en contact : ce sont les malades et les infirmiers qui en santé se servent constamment de ces vases, qui en subissent ordinairement l'influence fâcheuse ;

5° L'étamage des vases culinaires et distillatoires pratiqué souvent à bord avec l'alliage pour soudure contenant 40 à 50 pour 100 de plomb ;

6° Le choix du fer-blanc et des soudures plombifères employés dans la construction des caisses d'endaubages altérant parfois ces préparations et donnant lieu à la colique sèche parmi les personnes qui en font un usage exclusif et longtemps continué, ou, ce qui est plus commun, parmi celles qui se servent de ces vases pour conserver des boissons acides et préparer leurs aliments, et ne sont atteintes qu'en petit nombre.

Si à ces causes multiples de l'empoisonnement saturnin à bord des navires on ajoute celles si nombreuses et si variées qu'on rencontre partout, et qui peuvent déterminer des accidents isolés d'intoxication, on reste convaincu de la réserve qu'on doit apporter avant d'affirmer que la colique sèche, si fréquemment observée parmi les marins et dont l'identité symptomatique avec la colique de plomb est complète, n'est pas due aux mêmes causes, le plomb et ses composés.

A l'occasion d'une épidémie de prétendues coliques sèches qui a régné dernièrement pendant plusieurs mois dans quelques communes des environs de Chartres, MM. Maunoury et Salmon ont prouvé, par leur persistance à en rechercher les causes, combien il fallait apporter de ténacité dans ces sortes d'investigations avant d'arriver à la vérité. On avait été détourné d'abord de poursuivre le plomb, disaient-ils, par le récit des faits publiés en opposition à ceux signalés par M. Lefèvre, médecin de la marine. Ils ne se découragèrent pas, et après un grand nombre de recherches, ils sont parvenus à démontrer que la maladie sur la cause de laquelle on avait été si longtemps incertain n'était qu'une maladie de plomb déterminée par des masses de ce métal qu'on avait coulées dans les *éveillures*, c'est-à-dire dans toutes les cavités des deux paires de meules d'un moulin où se fabriquait la farine consommée par toutes les personnes qui avaient été malades.

Depuis 1858, le ministre de la marine ayant pris en considération les diverses propositions que je lui avais soumises au sujet des réformes qu'il était nécessaire d'apporter dans plusieurs parties du matériel naval, afin de prévenir les chances d'intoxications plombiques auxquelles sont exposés les navigateurs, et divers arrêtés ayant été pris dans ce but, il devenait utile de constater l'influence qu'ils ont pu avoir sur le développement de la colique sèche. Parmi les navires armés depuis le commencement de 1859, un seul, à ma connaissance, l'aviso à vapeur *l'Achéron*, attaché à la station des Antilles, a vu, en 1860, la prétendue colique sèche se développer dans son équipage avec ce caractère épidémique auquel on attribuait naguère une signification caractéristique de sa nature non saturnine. Une recherche intelligente a prouvé, sans contestation possible, que le plomb en avait été la cause, et que c'était la saturnisation de l'eau distillée produite par un appareil dont l'étamage contenait une proportion de plomb plus forte que ne le prescrit le règlement, qui avait été le point de départ des accidents observés.

Depuis la même époque, les rapports des médecins appartenant aux autres stations navales prouvent que si plusieurs d'entre eux conservent la croyance à une colique spéciale aux climats chauds, qui serait distincte de la colique saturnine, tous ont appris à compter avec le plomb et ses composés, dont ils ne méconnaissent plus la funeste influence. Il ressort de ces rapports :

1° Que depuis l'application des mesures hygiéniques ordonnées par le ministre de la marine, la colique sèche, autrefois très-commune dans plusieurs stations, au Sénégal, par exemple, y est devenue très-rare, quoique les autres maladies infectieuses dont on a voulu la rapprocher aient conservé leur pernicieuse activité ;

2° Que l'éveil donné sur l'action délétère des composés plombiques apprend à rechercher la part qu'ils ont pu avoir dans la production des accidents qu'on est appelé à soigner, et qu'avec de la persévérance on parvient souvent à préciser aujourd'hui la cause réelle qui les a produits ;

3° Que la constatation du liséré bleu des gencives dans la généralité des cas observés, qu'on avait mise en doute, vient confirmer chaque jour l'opinion que je défends au sujet de l'action du plomb et des avantages qu'on doit retirer de l'application persévérante des mesures hygiéniques que j'ai indiquées le premier, et qui seules peuvent affranchir les marins des accidents d'intoxication saturnine dont ils ont été si souvent victimes.

La fréquence de la colique sèche sur les navires français stationnant sous la zone tropicale opposée à sa rareté sur les bâtiments anglais, où on la qualifie de maladie française, était un point inexpliqué et inexplicable avec la théorie miasmatique de sa production. Comment, en effet, une maladie réputée endémique dans une contrée épargnait-elle les individus de la race blanche abrités sous tout autre drapeau que celui de notre pays ? Comment, ainsi qu'on l'a observé à la côte occidentale d'Afrique en 1846-1847, les matelots anglais, qui fatiguaient plus que les nôtres par les corvées de nuit dans les embarcations sur le littoral africain, où ils étaient exposés d'une manière plus directe et plus continue aux miasmes délétères, étaient-ils épargnés par la colique qui sévissait avec intensité parmi les équipages de quelques-uns de nos navires ? La théorie de l'influence saturnine, dont j'ai prouvé la vérité par tant de faits, explique cette différence par celle des installations qui sont spéciales aux deux nations ; mais il est une coutume qui doit, à chances égales d'empoisonnement par le plomb sur les navires des deux nations, favoriser le développement des accidents parmi les marins français : c'est l'usage habituel du vin et surtout de vins acerbes de France délivrés en rations. J'avais émis cette pensée plusieurs mois avant que M. Archambault eût fait connaître le résultat de ses expériences intéressantes sur la propriété qu'a le vin d'activer les effets délétères de la poussière de cristal, ce qui a expliqué pourquoi les ivrognes soumis à l'action des composés plombiques sont plus rapidement et plus gravement atteints que ceux qui ne font pas d'excès, et pourquoi, à chances égales d'intoxication, des accidents toxiques doivent avoir plus de tendance à se produire chez les sujets dans le régime desquels le vin est habituel que chez ceux qui n'en boivent pas.

— M. FLOURENS donne communication d'une lettre de M. Clot-Bey, accompagnant l'envoi de divers opuscules relatifs à l'Égypte et à la position médicale que l'auteur y a occupée pendant trente années.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Legrand du Saulle vient d'être nommé membre correspondant de l'Institut d'Egypte.

— Le sieur Jean-Louis Goupy, d'Alluyes (Eure-et-Loir), vient de comparaître pour la vingt-quatrième fois devant la justice (tribunal de Chartres), sous la prévention d'exercice illégal de la chirurgie. Dans ces nombreuses condamnations, plusieurs figurent sous le titre de blessures par imprudence.

Le frère du prévenu, le sieur Louis-Jeanne Goupy, menuisier à Pontgouin, comparaissait également à la même audience sous la prévention d'exercice illégal de la chirurgie dans deux cas différents.

Le tribunal, après avoir délibéré à la suite de chacune de ces affaires, a prononcé un premier jugement par lequel il condamne Goupy, d'Alluyes, à quinze jours de prison, 45 fr. d'amende et à 250 fr. de dommages-intérêts.

Par un second jugement, Goupy, menuisier à Pontgouin, a été condamné à un mois de prison, 90 fr. d'amende et 300 fr. de dommages-intérêts.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 SEPTEMBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La plus grande partie de cette séance a été consacrée à la discussion sur le nouveau procédé de docimasie pulmonaire proposé par M. Boucbut. Le premier fait que nous nous plaisons à constater, c'est le calme et le ton de bienséance parfaite qui ont présidé à cette dernière phase de la discussion; nous sommes heureux aussi de rendre hommage au talent remarquable qu'a révélé M. Vernois dans son argumentation.

Ce premier devoir accompli, voyons s'il y a lieu de revenir sur nos premières impressions à l'égard du jugement porté par la commission sur le travail de M. Bouchut. Nous n'avons pas dissimulé la surprise, pour ne pas dire plus, que nous avait causée tout d'abord ce rapport, sorte de jugement sommaire dont la sévérité ne nous paraissait ni motivée par le sujet, ni justifiée par une discussion suffisante des points principaux de la question. Incité par l'argumentation pressante de M. Gaultier de Claubry, M. Vernois est entré dans les développements qui manquaient à son rapport; s'il n'a rien cédé des rigueurs de son premier jugement, il a mis du moins l'assistance à même d'en apprécier cette fois les motifs.

Le travail de M. Bouchut, aux yeux du rapporteur, est encore aujourd'hui, comme il y a un mois, entaché des mêmes vices fondamentaux; la donnée sur laquelle M. Bouchut a voulu fonder un caractère médico-légal nouveau, n'est point nouvelle; ce caractère est lui-même inexact et sujet à des applications dangereuses.

La donnée n'est pas nouvelle. — C'est toujours sur le texte de l'ouvrage de M. Devergie que repose cette assertion. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de cette prétention de trouver dans le texte de cet ouvrage excellent d'ailleurs, et qui renferme sur ce sujet des renseignements si précieux, ce qui n'y est pas en réalité, savoir, la description des caractères physiques que présentent à la loupe les vésicules pulmonaires vides ou remplies d'air. C'est en vain que nous y avons cherché cette indication. Nous ne l'avons pas trouvée davantage dans les autres traités sur la matière, ainsi que dans l'article *Docimasie* de la dernière édition du Dictionnaire de Nysten, où il y avait plus de chance qu'ailleurs de la trouver, si elle avait été, comme on le prétend, monnaie courante dans la science.

Le caractère indiqué par M. Bouchut est faux et sujet à des applications dangereuses. — Il est faux, parce que les signes optiques assignés à la vésicule distendue par de l'air n'indiquent que ce fait seul de la présence de l'air, mais sans distinction de son origine et des circonstances de son introduction naturelle ou artificielle; parce qu'il n'y est pas tenu compte d'un autre élément essentiel du phénomène respiratoire, l'accès du sang dans les vaisseaux capillaires du poumon.

Il est sujet à des applications dangereuses, — parce que si en justice on concluait de la seule présence de l'air dans les vésicules pulmonaires, on s'exposerait à prononcer à faux sur le fait de la respiration, et à prendre un emphysème ou le produit d'une insufflation artificielle pour le résultat d'une inspiration physiologique. Telle est en résumé, et dans ce qu'elle a d'essentiel, l'argumentation de M. Vernois.

Voici assurément un reproche beaucoup plus grave, et qui paraît au premier abord motivé sur des considérations scientifiques d'une incontestable valeur. Mais pour en apprécier convenablement la véritable portée, il faut se bien rendre compte de ce que M. Bouchut s'est proposé d'établir. « Si l'on examine un poumon qui n'a pas respiré ou qui a incomplétement respiré, dit-il, et qu'on se serve dans cette recherche d'une forte loupe ou d'un microscope au plus faible grossissement, on voit que tout ce qui a respiré est rempli de cellules remplies d'air, visibles sous la plèvre, et que tout ce qui n'a pas respiré est compacte comme de la chair ferme, sans aucune vésicule apparente ». Et des figures accompagnant le texte indiquent la forme des vésicules pleines et celle des vésicules vierges.

C'est là un caractère indiquant avec assez de certitude la présence de l'air dans les poumons, pour qu'il puisse être regardé comme ayant une valeur considérable en médecine légale. Mais M. Bouchut lui donne-t-il une valeur aussi absolue et aussi exclusive qu'on pourrait le croire d'après le rapport? Nullement.

Qu'on lise son Mémoire, et on verra qu'il décrit en même temps l'aspect général des portions de poumons soumises à l'examen de la loupe, et leurs caractères généraux et comparatifs, suivant que ces poumons ont respiré ou non. On trouvera dans les dessins les caractères optiques de l'emphysème interlobulaire qui ne permettent pas de confondre cet état pathologique avec l'aspect du poumon qui a respiré.

On trouvera des expériences destinées à prévenir précisément et à résoudre l'objection tirée de la confusion qu'on pourrait faire entre le développement spontané de gaz putrides dans les vésicules pulmonaires ou les espaces interlobulaires et les caractères de la véritable respiration. On y verra enfin exprimée très-explicitement cette proposition, qui réfute d'avance l'idée que M. Bouchut aurait voulu attribuer à ce caractère une valeur absolue et exclusive, savoir, que la méthode de docimasie pulmonaire qu'il vient de décrire peut être employée concurremment avec les autres méthodes connues.

Nous ne comprenons plus dès lors les critiques que le rapporteur a persisté à maintenir contre le travail de M. Bouchut, critiques qui supposent des prétentions qui n'existent pas et des omissions importantes, que les courtes citations que nous venons de faire montrent n'être pas plus réelles.

L'Académie n'en a pas moins voté les conclusions du rapport, vote qui ne l'engage pas d'ailleurs dans le jugement du rapporteur. Pour nous, nous croyons que le nouveau signe indiqué par notre confrère restera dans la science, et qu'il pourra rendre des services dans les expertises médico-légales, sous la condition du concours et du contrôle des signes fournis par les autres moyens d'exploration. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Cas remarquable de delirium tremens.

(Observation recueillie par M. NADAUD, interne du service.)

Au n° 14 de la salle Saint-Charles est couché un nommé T... (François-Auguste), âgé de quarante-deux ans, exerçant la profession de limonadier. Cet homme est entré dans la salle le 23 août 1862, en proie à un accès de délire. Interrogé le 25 août par M. Piorry, son état étant à peu de chose près le même que le jour de son entrée, il rend compte de ses antécédents de la manière suivante:

D'une bonne et vigoureuse constitution, sa santé n'a jamais été profondément troublée; jamais il n'a eu de maladies graves; il dit ne point avoir eu la syphilis. A l'examen, il ne porte aucune trace pouvant faire supposer qu'il ne dit pas la vérité.

Depuis longtemps, de son propre aveu, il s'adonne avec un léger excès aux boissons alcooliques. Le vermout, l'absinthe, le cognac, sont celles dont il fait le plus fréquent usage; très-rarement il lui est arrivé de prendre le matin à jeun un verre ou deux de vin blanc. Les quantités qu'il prend sont variables, il ne saurait bien nettement en rendre compte; mais il avoue très-franchement qu'il en abuse un peu.

Il a cru remarquer, il y a déjà plusieurs années, qu'il était survenu chez lui quelque changement. D'un caractère doux, facile, il a cru s'apercevoir qu'il devenait irascible; que bien souvent, pour des choses insignifiantes au fond, il lui arrivait de s'emporter; tandis qu'avant cette époque, il aurait très-facilement laissé passer sans s'en apercevoir ces mêmes futilités qui aujourd'hui l'irritent.

Ce n'est pas, du reste, la première fois qu'il a des accidents pareils à ceux qui l'amènent aujourd'hui dans les salles. Il y a dix-huit mois, un accès de même nature lui est survenu, et il ne peut nous dépeindre ce qu'il éprouvait à cette époque qu'en narrant ce qu'il ressent aujourd'hui. La durée des accès antérieurs variait de quatre à cinq jours; ils consistaient comme aujourd'hui en hallucinations, en visions étranges; il causait beaucoup, et parfois était pris d'accès de méchanceté; il se serait facilement porté à des actes de violence sur ceux qui l'entouraient. Il ne saurait rendre compte des médications qu'on lui a fait suivre dans ces différentes crises; il allait au mieux dans l'intervalle, mais continuait, malgré les défenses qui lui étaient faites, à se livrer à l'usage immodéré des boissons alcooliques ci-dessus mentionnées.

Ce malade allait donc assez bien depuis dix-huit mois environ (toujours légèrement querelleur, c'était maintenant son caractère normal), quand, il y a sept jours, il fut pris *d'accès violents de méchanceté*: en proie à un violent sentiment de jalousie, il se figurait que sa femme le trompait avec des amis, et, excité par cette idée, il avait voulu se porter sur elle à des actes coupables, si bien que dans la crainte d'un accident, on crut devoir l'amener à l'hôpital, où on le conduisit par ruse.

Au moment de l'examen, ce qui frappe chez ce malade, c'est la netteté apparente de son intelligence. Il rend tout d'abord assez bien compte de son état; il n'a point de mal de tête, ne se plaint de rien, ne comprend pas pourquoi on l'a amené dans cette maison, et taxe de mauvaise plaisanterie le tour qu'on lui a joué; mais si on l'abandonne à lui-même, il ne manque pas de parler des plaisanteries que ne cessent de lui faire certains individus qu'il croit voir; il leur adresse la parole; il leur voit faire des tours incroyables; ils sont au milieu de la salle, font des choses impossibles, et se livrent à un jeu que le malade veut décrire; mais sa description s'égare, est sans suite; il passe subitement d'une idée à une autre, et pendant sa narration, s'interrompant tout à coup, il s'adresse *à ces êtres imaginaires* qu'il veut à toute force faire voir à ceux qui l'entourent. Quand tout à coup, après l'avoir laissé divaguer ainsi, on le ramène sur un autre sujet, qu'on lui parle de son intérieur, de son état, il paraît revenir à la raison, et si on se contentait des réponses qu'il fait aux questions qu'on lui adresse, on le croirait tout à fait dans son bon sens. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, ce n'est là qu'un état de transition, et vite il passe à ses hallucinations, à ses visions et à ses descriptions incroyables.

Il n'a point de mal de tête, point de bourdonnements d'oreilles; il voit de temps en temps des bluettes de rubans; dans les yeux il ressent quelques picotements, ses pupilles sont essentiellement mobiles; tantôt dilatées, elles sont dans d'autres moments on ne peut plus rétractées; on peut remarquer ces transitions pendant les narrations qu'il veut faire.

La sensibilité est intacte; il en est ainsi des mouvements: rien de désordonné; point de frémissements musculaires; les forces sont conservées. Sa peau est normale; son pouls est à 80. Les organes, foie et cœur, ont leur dimension normale: foie, diamètre vertical, 0,12; cœur, ligne transversale, 0,11.

Tels sont les antécédents et les divers phénomènes que nous présente ce malade, chez lequel M. le professeur Piorry formule ainsi son diagnostic: état n° 1, alcoocéphalie; état n° 2 consécutif, délire avec agitation. Comme traitement, on donne à ce malade la potion ammoniacale; on débute chez lui par huit gouttes dans un julep gommeux de 250 grammes.

Trois jours après le malade a éprouvé une amélioration sensible, et huit jours plus tard il sort de l'hôpital dans le meilleur état de santé.

HOTEL-DIEU DE REIMS. — M. LANDOUZY.

Troisième leçon sur la pellagre, précédée de l'examen de trente-cinq pellagreux (1).

(Recueillie par M. LÉGER, interne de l'hôpital.)

Maintenant que les malades et les exemples qui viennent de vous passer sous les yeux vous ont permis de bien apprécier la pellagre dans son ensemble, nous pouvons en résumer rapidement les principaux accidents.

Et, d'abord, pour commencer par le symptôme le plus apparent, par celui qui restera longtemps encore le plus expressif, qu'est-ce que la *dermatose pellagreuse?*

Rien autre qu'un érythème ou érysipèle (car il n'y a aucune raison pour lui donner plutôt la première que la seconde dénomination), borné le plus souvent aux parties brûlées par le soleil, et se terminant presque toujours par une lente desquamation.

J'ai trop insisté, dans ma monographie et dans mes premières leçons, sur les caractères tout spéciaux de cette dermatose pour y revenir aujourd'hui; mais il est une question grave, la question d'origine, qui persiste à nous embarrasser.

Evidemment, dans l'immense majorité des cas, l'érythème n'atteint que les parties frappées par le soleil, et quand on a vu partout la dermatose finir nettement là où commence le vêtement habituel, s'arrêtant, par exemple, au poignet dans l'intérieur de la France, au niveau des courroies ou des échasses dans les Landes; s'étendant jusqu'au-dessous du coude en Sardaigne, jusqu'au-dessus du coude dans la province de Brescia,

(1) Fin. — Voir les numéros des 28 août et 11 septembre.

au dos du pied dans la Vénétie, aux extrémités des orteils dans le Milanais ; passant par le trou des mitaines, par les déchirures des bas, par les fentes des sabots, il ne peut rester aucun doute touchant l'action directe du soleil sur la production de la dermatose.

D'un autre côté, l'érythème ne peut-il se produire sans soleil?

Ce bûcheron, chez qui vous avez remarqué tout à l'heure la dermatose aux coudes, assure n'être jamais resté bras nus. Ce jeune garçon, qui portait pour la troisième fois l'érythème à la paume des mains, à la plante des pieds et aux genoux, n'est jamais resté, nous attestait sa mère, ni les jambes ni les pieds nus. Cette femme élégante dont je vous parlais l'an dernier, n'était jamais restée ni les mains sans gants ni les pieds sans chaussures.

Ce qui me fait douter de l'absolue nécessité des rayons solaires, c'est cette teinte si fortement bronzée de plusieurs parties du corps et quelquefois du corps entier à l'abri du soleil. Vous vous rappelez plusieurs de ces exemples. Des malades sont arrivés dans nos salles, les uns avec de larges surfaces, les autres avec la surface entière de la peau tellement bronzées, que nous hésitions entre la pellagre et la maladie d'Addison. La teinte diminuait en été, diminuait plus encore à l'automne, plus encore en hiver, et disparaissait même quelquefois entièrement pour revenir au premier printemps. Eh bien, qu'est-ce que cette teinte bronzée du dos, du ventre, des cuisses, tout à fait semblable à celle des mains et des pieds en état d'érythème ? Cette couleur noire se produit-elle en dehors du soleil ? Vient-elle par l'effet des rayons au travers des vêtements? Je ne sais, et je vous engage à attendre, pour vous prononcer, le résultat des expériences qui se feront probablement sur plusieurs points, et en particulier à la clinique de Reims.

Quoique les *accidents du système nerveux* soient très-variés dans la pellagre, ils peuvent, comme vous venez de le constater dans cette visite, se réduire à deux phénomènes principaux, l'aliénation et la paralysie.

L'aliénation se manifeste le plus souvent d'une manière lente, graduelle, sous forme de démence ou de lypémanie, mais quelquefois aussi très-rapidement, subitement même, sous forme de manie aiguë, de tendance au suicide, de fureur homicide, etc.

La folie pellagreuse est facile à étudier dans certains asiles d'Italie, où les pellagreux aliénés commencent à être séparés avec plus de soin qu'autrefois des aliénés ordinaires ; et quoique la démence triste en soit certainement le type le plus fréquent, cependant j'y ai constaté aussi la plupart des autres manies, y compris la manie ambitieuse dont je doutais dans ma première monographie, bien qu'elle eût été signalée déjà par M. Baillarger.

M. Billod a le premier, je crois, nettement établi que la forme de l'aliénation se modifie sous l'influence des accès de pellagre ; mais cette règle subit aussi des exceptions, car je vous faisais remarquer, il n'y a qu'un instant, le berger de Sissonne, dont la folie gaie et bruyante fait un étrange contraste avec la tristesse désespérante de ses voisins.

Aux yeux de presque tous les aliénistes de la Lombardie et de la Vénétie, la *forme religieuse* serait la plus commune ; mais est-ce bien là une véritable tendance cérébrale, une véritable disposition morbide propre à la pellagre, ou plutôt le milieu dans lequel vivent ces malades ne les porterait-il pas seul à cette manie spéciale?

En effet, les aliénés ordinaires n'ayant que de rares intervalles de lucidité, sont peu touchés par les circonstances qui les environnent, et leur folie ne se modifie guère. Les pellagreux aliénés, au contraire, ayant assez souvent des moments de calme et de retour à la raison, sont nécessairement pendant ces périodes dominés par les personnes et les idées qui les entourent, c'est-à-dire que l'habit religieux, les conseils religieux, les cérémonies religieuses, l'appareil religieux des salles, etc., doivent dominer tellement leur esprit déjà faible, que cette domination finit par constituer une véritable monomanie.

A mes yeux donc la manie religieuse est, comme l'hydromanie, non une forme dépendant spécialement de la maladie, mais une forme dépendant particulièrement des conditions spéciales où se trouvent les malades pendant le traitement.

Vous jugerez de la fréquence de l'aliénation dans la pellagre par quelques chiffres de mes notes d'Italie.

A l'hôpital de Venise, sur 492 aliénées, j'ai trouvé 115 pellagreuses ;

A l'hospice de San-Servolo, sur 337 aliénées, 101 pellagreux ;

A celui de Milan, sur 232 aliénés, 86 pellagreux;

A celui de Brescia, sur 120 aliénés, 48 pellagreux;

Et notez que tous ces sujets sont entrés dans les asiles comme pellagreux devenus aliénés, et non comme aliénés devenus pellagreux.

La plupart ont au printemps une diarrhée rebelle.

La plupart n'ont plus d'érythème malgré l'insolation.

La plupart sont nés de parents pellagreux.

La plupart restent aliénés malgré quelques rémittences, et si peu s'améliorent complétement, que le docteur Salerio, médecin en chef de San-Servolo depuis vingt-deux ans, et voyant toujours revenir au bout d'un temps plus ou moins long les sujets sortis dans les meilleures conditions de convalescence, m'avouait dernièrement ses doutes profonds sur une seule guérison radicale. MM. Mancini et Balardini me reproduisaient à Brescia la même opinion.

Quant à la paralysie pellagreuse, dont on m'a blâmé d'avoir fait un genre à part, vous avez vu tout à l'heure, au mode même de déambulation des malades, s'il est possible de la faire rentrer dans les formes connues.

Cette faiblesse locale ou générale, cette chancelance, cette titubation, ces chutes subites, ce défaut d'équilibration avec conservation de l'énergie musculaire, ce retour spontané, lent ou subit, du mouvement et du sentiment dans les régions qui en étaient privées, tout cela peut-il être confondu avec les symptômes spéciaux des simples paralysies cérébrales, spinales, syphilitiques, saturnines, mercurielles, alcooliques, etc. ?

Vous venez d'avoir à cet égard un témoignage d'une grande valeur, celui de deux médecins d'hospices de Paris, où abondent toutes les variétés de paralysie, MM. Gallard et Marcé, qui, après un examen attentivement répété, n'ont pas douté un instant que cette paralysie pellagreuse ne sortît du cadre des paralysies ordinaires.

C'est à la paralysie hystérique que la paralysie pellagreuse ressemblerait le plus par ses rapides modifications. C'est à l'ataxie locomotrice de M. Duchenne qu'on pourrait le mieux la comparer par le défaut d'équilibration coïncidant avec la persistance de l'énergie des contractions musculaires ; mais les pellagreux paralytiques peuvent marcher les yeux fermés dès qu'ils sont suffisamment soutenus, ce qui est impossible, vous le savez, dans l'ataxie musculaire. Un autre signe d'ailleurs encore plus précis, c'est la mobilité de l'une et sa complète guérison ; durable ou momentanée, opposée à la continuité et à la progression de l'autre.

Ces derniers mots suffisent pour établir en même temps la netteté du diagnostic différentiel entre la paralysie progressive et la paralysie pellagreuse.

La leçon de l'an dernier ayant été en grande partie consacrée aux *troubles digestifs de la pellagre*, et surtout à la démonstration de cette vérité, que la diarrhée est presque toujours un phénomène prodromique, concomitant ou consécutif des troubles cutanés ou cérébraux, je me bornerai de nouveau à vous faire remarquer que vous venez de vérifier ces données, puisque sur nos 35 sujets d'aujourd'hui, 6 seulement sont notés comme n'ayant jamais eu de diarrhée, et que 7 sont notés comme ayant eu primitivement, et avant tout érythème, une diarrhée rebelle.

Ces années dernières, nous avions vu souvent la dyssenterie précéder ou accompagner la diarrhée ; cette année, nous n'en avons pas observé un seul cas, et en Italie les médecins m'ont assuré n'avoir jamais noté cette complication.

Quant à l'anatomie pathologique, elle nous a laissé dans le même doute que précédemment sur les lésions essentielles à la maladie.

Parmi les causes, examinons seulement celles qu'on a invoquées comme essentielles.

Est-ce le soleil, mal del sole? Evidemment le soleil est la cause de la dermatose pellagreuse.

En est-il la cause absolue? Quelques faits seulement entre tous ceux que vous avez passés en revue ces années dernières et avant cette leçon, me laissent du doute à cet égard ; mais il en est spécialement un qui semble exclure toute influence du soleil : c'est celui de ce jeune garçon à manie aiguë dont nous parlions tout à l'heure.

Comment expliquer chez lui cette dermatose exclusivement cantonnée à la paume des mains et à la plante des pieds? Comment l'expliquer aux coudes chez le bûcheron de Vitry?

J'avoue que ces exceptions, quelque rares qu'elles paraissent, me porteraient à regarder l'action solaire comme une règle seulement dans la production de la pellagre et non plus comme une loi.

Maintenant, la dermatose étant possible sans soleil, la pellagre est-elle possible sans dermatose? Les observations abondent pour démontrer l'affirmative. Les accidents caractéristiques ont souvent duré plusieurs années avant la première dermatose ou longtemps continué après la disparition de la dernière.

Donc, si le soleil est la cause de l'érythème, il n'est pas, à coup sûr, la cause essentielle de la pellagre.

Est-ce le maïs, raphania maistica?

Aucun de nos malades et aucun des autres malades du centre de la France n'en ont mangé un seul grain !

Aux statistiques de MM. Balardini et Costallat, sur l'influence du verdet, nous pourrions d'ailleurs simplement opposer celles de MM. Duplan (de Tarbes) et Benvenisti (de Padoue). Aux remarquables études de M. Roussel sur la géographie de la pellagre, nous pourrions opposer celles de M. Boudin, dont vous connaissez la haute compétence dans ces recherches, et qui, après plusieurs enquêtes sur les lieux, conclut en niant qu'il soit possible de trouver la cause du mal dans le maïs ou dans le régime alimentaire.

Le maïs hors de cause, restait alors le fameux argument de l'*acrodynie !*

Je pourrais, pour l'apprécier, vous renvoyer à l'intéressante monographie publiée sur cette rare affection par le professeur Thozolan, premier médecin du schah de Perse, mais mieux vaut encore l'opinion du chef de la doctrine lui-même.

Or, l'illustre Balardini me déclarait publiquement, il y a quinze jours, au sortir de l'hôpital de Brescia, et avec toute la franchise d'un véritable homme de science, que les travaux de l'école de Reims avaient modifié ses convictions sur l'étiologie, et qu'il admettait comme parfaitement identiques aux siennes, nos pellagres sans maïs.

La cause essentielle du mal serait-elle *la misère, mal di miseria*, ou *l'alimentation insuffisante ?* C'est l'opinion de la plupart des médecins italiens, c'est surtout l'opinion du très-savant docteur Verga, dont l'autorité est grande en matière de pellagre, puisqu'il dirige l'hôpital Majeur de Milan, celui du monde où l'on en soigne le plus.

Mais alors pourquoi le mal est-il tout à fait absent ou infiniment rare dans certains dépôts de mendicité de France ou d'Italie que j'ai visités, et où les détenus ne boivent jamais que de l'eau et n'ont jamais de viande qu'à une ou deux fêtes de l'année?

Et pourquoi, par contre, l'avons-nous constaté avec plusieurs confrères chez deux riches cultivateurs, chez un riche propriétaire, chez un négociant, chez un homme vivant largement d'une profession libérale, chez deux fermiers de la Marne, chez deux fermières du Soissonnais, chez deux femmes habitant les villes et vivant dans une grande aisance?

A défaut de misère physique, serait-ce la *misère morale?* Mais je vous ai cité maints sujets qui n'avaient eu ni l'une ni l'autre, et en particulier ce jeune garçon de sept ans qui n'avait rien à désirer, et qui, depuis trois années, est atteint d'une pellagre des mieux caractérisées.

Serait-ce donc qu'il faut nier l'influence générale du maïs altéré, l'influence de la misère, l'influence d'une alimentation insuffisante, l'influence des chagrins? Loin de moi une pareille erreur. Je vais plus loin, et je répète ce que je vous disais dans mes leçons précédentes, que la *misère*, sous quelque forme physique ou morale qu'elle se produise, que la *mauvaise alimentation*, que le *mauvais régime*, que les *excès alcooliques* ou autres, ne peuvent pas ne pas être des causes puissantes de pellagre comme ils le sont d'un grand nombre d'autres affections diathésiques.

Mais sont-ce là des causes *essentielles, exclusives*, comme le veulent certains auteurs? Non évidemment, puisque nous voyons tous les jours le mal se produire sans elles.

Il en est de même de la frayeur et des autres émotions subites. Ainsi, dans une lettre adressée à M. Benvenisti, dans la *Gazette médicale de Padoue* (mai 1862), le docteur Foressini (de Lenato) a publié cinq cas de pellagre survenus chez des jeunes filles qui avaient été prises d'une extrême terreur en voyant le champ de bataille de Solferino couvert de cadavres.

Ces cinq jeunes filles étaient dans de très-bonnes conditions de santé et d'hygiène, très-bien nourries, et n'avaient jamais mangé de maïs.

On put observer chez elles, pendant trois années consécutives, toute la série des accidents pellagreux les plus accusés, et c'est seulement à partir de cette année qu'il s'est manifesté une amélioration notable après un traitement tonique.

J'ai entendu, en Italie, mettre ces faits en doute, car ils ne provenaient pas de la classe pauvre. Et pourquoi? Quelle est donc la théorie qui s'oppose à ce qu'ils restent accrédités, et ne voyons-nous pas tous les jours les affections les plus diverses surgir immédiatement après une violente émotion?

L'*aliénation* est-elle une cause de pellagre?

Je vous l'avais enseigné ces années dernières : et effectivement, après avoir observé un assez grand nombre de cas très-caractérisés à Sainte-Gemmes, et plusieurs autres dans les asiles de Maréville, de Fains, de Châlons et d'Aurillac, j'admettais parfaitement que l'aliénation pût amener la pellagre, comme la pellagre amène l'aliénation.

Ce n'était pas cependant sans réserves, car, en blâmant les noms de *cachexie spéciale* et de *variété propre aux aliénés*, je demandais (page 113) si : « Chez les aliénés devenus pellagreux, la pellagre avait bien été un accident consécutif, si elle n'avait pas été méconnue par les autres médecins avant d'avoir été reconnue par M. Billod, ou bien si cette prétendue aliénation antécédente n'était pas la véritable folie pellagreuse dépourvue de ses autres phénomènes concomitants, et ne s'accompagnant que plus tard de la dermatose pellagreuse, de la diarrhée pellagreuse, etc. »

Eh bien, ces restrictions étaient encore insuffisantes, et une nouvelle étude plus approfondie m'a appris qu'il n'est plus possible de regarder la folie comme l'une des principales causes de la pellagre.

Je viens en effet de visiter, avec mon savant ami le professeur Cazeneuve, les trois grands asiles du département du Nord, sans y rencontrer une seule pellagre, et en recevant de nos confrères de Smyttère, à Lille, Butin, à Armentière, et Joire, à Lommelet, l'assurance que malgré un examen plus attentif depuis quelques années, ils ne voient jamais cette affection se développer chez les aliénés.

J'ai obtenu les mêmes résultats négatifs à l'asile d'Auxerre avec MM. Marie et Poret ; à Dijon, avec M. *** ; à Blois, avec M. Lunier ; à Orléans, avec MM. Valette et Payen ; à Saint-Dizier, avec MM. du Grandlaunay, Catel et Mégrot.

D'un autre côté, j'ai vu à l'Antiquaille de Lyon, avec M. Arthaud, sur 800 aliénés, 7 pellagres, mais en reconnaissant, mon savant confrère et moi, que cette maladie avait précédé l'entrée à l'asile. J'ai vu à Saint-Yon de Rouen, avec M. Bulard, sur 820 aliénés, une pellagre très-accusée, mais sans renseignements sur les commémoratifs ; à Quatre-Mares, près Rouen avec MM. Dumesnil et Laurent, sur 600 aliénés, 7 érythèmes isolés sur des déments lypémanes, mais également sans commémoratifs assez précis pour déterminer l'antériorité de la pellagre ou de l'aliénation.

Ces documents statistiques que j'ai recueillis avec le plus grand soin, en examinant malade par malade, main par main, sont-ils absolus? Signifient-ils qu'il ne se trouvait dans cette nombreuse population d'aliénés aucune pellagre latente? Non, évidemment, car vous savez combien nous insistons au con

traire sur la pellagre sans dermatose. Mais comme dans ce même moment existait à Sainte-Gemmes le nombre accoutumé d'érythèmes pellagreux, les termes de comparaison conservent ici toute leur valeur.

La même enquête en Italie m'a donné les mêmes résultats.

En somme, en admettant comme consécutifs à l'aliénation les cas que j'ai observés dans les asiles de Turin, Maréville, Fains, Châlons, Aurillac, Saint-Yon et Quatre-Mares, nous arrivons seulement à un chiffre de 19 pellagres sur plus de 9,000 aliénés visités en 1861 et 1862 dans vingt établissements de France et d'Italie; tandis que M. Billod en signalait, à Sainte-Gemmes, 66 cas pour une période de quatre ans sur un total de 1,287 aliénés.

Ainsi, de deux choses l'une : ou la pellagre de Sainte-Gemmes a pris naissance dans l'asile même, et alors il faut y chercher une cause spéciale, puisque dans les autres asiles on ne la rencontre que très-rarement; ou ces aliénés étaient pellagreux avant d'être aliénés, et ils rentrent alors dans la règle générale.

Mettant donc à part Sainte-Gemmes, qui doit le nombre exceptionnel de ses pellagreux ou à des conditions propres à l'établissement, ou à des conditions propres au département, il faut renverser l'aphorisme formulé par M. Billod, et dire :

La pellagre est rare comme complication de l'aliénation.

Sans contredit, je fais une réserve, et j'admets très-bien qu'il n'y a aucune raison pour que les fous ne deviennent pas pellagreux comme le deviennent les sujets ordinaires. Je trouve même qu'il y aurait *à priori* des raisons pour qu'ils le devinssent plus souvent. Mais les faits ont parlé, et tout raisonnement doit se borner à les suivre.

Le résumé de cette enquête peut se traduire en chiffres qui dispensent de tout commentaire :

50 érythèmes sur 1,000 aliénés à l'asile de Sainte-Gemmes;

2 érythèmes sur 1,000 aliénés dans les autres asiles.

Et remarquez que ce résultat n'est pas seulement d'un grand intérêt scientifique, mais encore d'une haute importance pratique, la prophylaxie et la thérapeutique ne pouvant être employées avec succès qu'autant qu'elles sont dirigées contre la source même des phénomènes morbides.

Si, en effet, on remarquait dans quelques établissements d'aliénés un certain nombre de pellagres qui parussent postérieures à l'entrée des malades, il y aurait lieu dorénavant d'examiner avec soin si cette particularité ne tiendrait pas à l'asile même, ou si, au contraire, elle ne serait pas simplement due à une erreur de commémoratifs lors de la réception des malades.

Après cette exclusion de la plupart des causes regardées par les auteurs comme essentielles ou comme principales, que restera-t-il donc dans l'étiologie de la pellagre?

Parmi les causes occasionnelles, l'insolation et les violentes émotions.

Parmi les causes prédisposantes, l'hérédité, la misère et toutes les influences qui peuvent affaiblir la constitution physique et morale.

Quant à la cause intime, *melius est sistere gradum quam progredi per tenebras;* tout en continuant à la chercher, nous craignons que, comme pour les autres affections *totius substantiæ*, il ne s'écroule encore bien des théories avant qu'on ait pu découvrir le secret de son origine.

Le temps nous manquerait pour parler du traitement, s'il en était de la pellagre comme de tant d'autres maladies aiguës que tous les systèmes thérapeutiques se sont épuisés à combattre.

Mais contre ce mal si obscur, le traitement n'a jamais été bien complexe.

Dans les campagnes de l'Italie, où certains médecins en sont restés à la gastro-entérite, on saigne encore les pellagreux jusqu'à vingt fois en un an, ainsi que j'en ai vu un exemple chez un malade traité ensuite, à l'hôpital Saint-Louis de Turin, par les corroborants.

Mais presque partout, et particulièrement dans les grands hôpitaux de la Lombardo-Vénétie, on n'emploie guère comme méthode générale, depuis plusieurs années, que les bains chauds d'une heure pendant toute la belle saison. Le docteur Ratondi-Giorgia semble y avoir substitué avec succès les douches froides, et il m'a montré, à Milan, plusieurs sujets véritablement améliorés. Mais à quelle époque vient cette amélioration? A la fin de juin seulement, c'est-à-dire alors que les accidents diminuent presque toujours spontanément.

Si l'on considère, d'une autre part, qu'avec les bains et les douches coïncident pour toute cette population d'hôpital, ordinairement misérable, une hygiène plus favorable et un meilleur régime alimentaire, on hésitera à regarder la cure par l'eau comme définitivement exclusive de toute autre.

En serait-il de même de l'eau de Labassère? Nous l'avons employée à Reims sans avantages marqués, et je crains également que l'attention que portent alors les malades à leur santé, à leur hygiène et à leur nourriture, n'ait plus de part que les eaux à l'amélioration de leur état.

Quant à moi, j'ai persisté dans la même thérapeutique que nous employons depuis dix ans. A part les accidents aigus ou les accidents spéciaux, qui sont traités selon les indications spéciales, nous continuons à prescrire, et souvent avec succès, les préparations de quinquina dès la fin de l'hiver, le sulfate de quinine dès les premiers jours du printemps; des bains sulfureux ou sulfuro-alcalins pour agir sur l'économie entière; des bains ordinaires ou mucilagineux pour adoucir l'érythème; des bains de vapeur pour favoriser les fonctions de la peau; des affusions et des douches froides pour la rendre moins sensible à l'influence des agents extérieurs; la noix vomique contre la débilitation nerveuse; les grands modificateurs généraux; iodure de potassium, huile de foie de morue, préparations arsenicales, qui produisent souvent, dans les cas de débilitation générale, des améliorations inespérées.

Nous recommandons de se prémunir avec soin contre le soleil, non-seulement au printemps, mais en toute circonstance, l'action solaire pouvant, en toute saison, produire l'érythème ou augmenter les vertiges. Enfin, nous insistons particulièrement sur les influences qui peuvent agir sur l'économie entière, c'est-à-dire sur les moyens hygiéniques propres à modifier en même temps le corps et l'esprit.

SUR LES NERFS VASO-MOTEURS DES EXTRÉMITÉS,

Par M. M. Schiff, de Francfort.

(Lu à l'Académie des sciences dans la séance du 1er septembre 1862.)

Il y a plus de vingt ans que Stilling, en résumant les faits connus jusqu'alors sur le rôle et le mode d'action des nerfs vaso-moteurs, a émis une théorie selon laquelle les organes des animaux supérieurs seraient animés par trois ordres différents de nerfs : les nerfs moteurs, les nerfs sensitifs et les nerfs vaso-moteurs. L'origine des vaso-moteurs, selon Stilling, serait exclusivement dans le grand sympathique, qui se montrerait indépendant de la moelle épinière, dans son influence sur le système vasculaire, et Stilling est le premier qui a proposé de substituer au nom insignifiant de système nerveux sympathique celui de *système vaso-moteur.*

Pour contrôler les faits sur lesquels s'appuie cette théorie, nous avons entrepris en 1844 une série de recherches expérimentales sur les nerfs vaso-moteurs du mésentère, du foie et de l'estomac. Nous avons trouvé que ces nerfs parcourent les ganglions du grand sympathique pour se rendre dans la moelle épinière. D'après une série de faits que nous avons communiquée en 1845, il paraît que ces nerfs vaso-moteurs remontent la moelle jusqu'au bulbe, et une partie de ces nerfs ne paraît se terminer que dans les couches optiques.

Ces faits ont été confirmés depuis par plusieurs séries d'expériences exécutées chez des mammifères et des amphibiens.

En 1854 et 1855, nous avons publié nos premières recherches sur les nerfs vaso-moteurs des extrémités antérieures et postérieures des parois thoraciques et abdominales chez les mammifères. Nous avons trouvé et confirmé depuis que ces nerfs naissent de la moelle allongée, et parcourent la moelle épinière pour en sortir avec les racines antérieures des nerfs rachidiens. Une partie de nos expériences a été reproduite encore pendant le mois dernier dans le laboratoire de la Faculté de médecine de Paris.

Dans ces expériences nous avons assez souvent constaté *de visu* la dilatation vasculaire paralytique, mais plus souvent encore nous n'avons tenu compte que de l'élévation de la température. Car, d'après nos expériences, nous ne pouvons pas admettre l'existence de nerfs dits *calorifiques*, qui agiraient sur la température animale indépendamment de la distribution et de l'accumulation du sang.

Nos vivisections ont toujours été faites sur des animaux éthérisés; mais l'observation n'a été commencée que plusieurs heures après le réveil complet des animaux, et a souvent été répétée pendant plusieurs jours de suite sur le même animal; car il n'y a que les résultats constants et durables auxquels nous attribuons quelque valeur. Nous pouvons assurer que l'éthérisation ne trouble en rien le résultat des opérations, mais qu'elle les rend plus sûres et moins cruelles. C'est à l'anesthésie que nous attribuons la longue survie de beaucoup d'animaux auxquels nous avions mis à nu la moelle épinière.

Si l'on ouvre le canal rachidien et qu'on coupe à côté de la moelle les racines antérieures des nerfs qui donnent naissance au tronc du sciatique, on observe une élévation durable et considérable de la température dans le *pied* et dans le tiers ou le quart inférieur de la *jambe* du côté correspondant. Mais tout le reste du membre inférieur paralysé reste normal sous le rapport de la chaleur et de la vascularisation.

Si à la section indiquée on ajoute celle des racines du crural, l'élévation de la température reste limitée aux parties que nous venons de désigner. Mais lorsque après cette opération on examine l'animal qui vient d'exécuter quelques mouvements, la cuisse et la partie supérieure de la jambe du côté paralysé peuvent paraître même plus froides que les parties correspondantes du côté sain, parce que la chaleur produite par la contraction musculaire manque dans le membre paralysé. La faible différence qui existe dans ce cas entre les cuisses des deux côtés, disparaît pendant le repos, pendant que l'échauffement considérable du pied du côté paralysé se maintient toujours.

C'est ainsi que nous avons pu expliquer dans notre premier mémoire l'assertion d'un physiologiste selon laquelle les cuisses, quelques heures après la section des racines rachidiennes de leurs nerfs, deviendraient plus froides.

Il résulte de l'expérience précédemment communiquée que les racines du sciatique et du crural ne contiennent que des nerfs vaso-moteurs du pied et de la partie inférieure de la jambe. Mais nous ne prétendons pas que toutes les fibres vaso-motrices des parties indiquées se trouvent dans ces racines. Car il y en a dont l'origine médullaire remonte plus haut vers la partie lombaire et dorsale de la moelle.

C'est dans cette même partie lombaire et surtout dans la thoracique inférieure de la moelle que nous avons trouvé l'origine médullaire des nerfs vasculaires de la région pelvienne, de la cuisse, des deux tiers supérieurs de la jambe et des parois abdominales.

La section des cinq ou même des trois dernières racines dorsales chez le chien, sans aucune lésion du tissu médullaire, augmente toujours la chaleur dans la jambe et la partie inférieure de la cuisse, sans que les mouvements de ces parties soient gênés ou altérés. La même opération amène très-souvent un échauffement dans le pied et dans la partie supérieure de la cuisse. Mais il y a des cas où les filets nerveux vasculaires des parties dernièrement indiquées manquent tous ou en grande partie dans les racines thoraciques, pour se trouver dans les racines lombaires supérieures.

C'est par cette double origine des nerfs vasculaires du pied, des racines sacrées et des racines lombo-dorsales, que nous avons expliqué dans notre premier mémoire le fait singulier que le pied, échauffé par la section des racines du sciatique, devient encore plus chaud lorsqu'on coupe, hors du bassin, le tronc du nerf paralysé et séparé de la moelle. Les nerfs vasculaires d'origine supérieure se sont tous ou en partie réunis au tronc dans l'intérieur du bassin.

Il serait possible qu'un animal affaibli par l'opération, entreprise dans l'état non anesthésié, avec une perte considérable de sang et de force, restât sans augmentation de chaleur après la section des racines du sciatique, mais que ce même animal montrât l'échauffement du pied, dès que l'on aurait coupé ensuite le tronc du nerf indiqué, car la dernière opération paralyse plus de nerfs vaso-moteurs que la première.

L'induction anatomique, et plus encore l'expérience directe, nous montrent que les filets vaso-moteurs qui viennent des nerfs thoraciques inférieurs ou des lombaires supérieurs parcourent le cordon du grand sympathique pour se rendre vers l'extrémité postérieure. Ce fait, que nous avons prouvé en 1855 pour les fibres vaso-motrices correspondantes de l'extrémité supérieure, qui naissent des racines spinales thoraciques, nous l'avons pu confirmer depuis pour le membre abdominal.

Nos expériences prouvent qu'on ne peut attribuer aucune action propre au sympathique sur les vaisseaux des membres inférieurs, mais que, sous tous les rapports connus, le sympathique n'agit sur ces vaisseaux que comme une commissure entre les troncs des nerfs spinaux, qui amène vers le train postérieur les filets des racines spinales thoraciques.

Les filets nerveux que le sympathique amène des parties supérieures de la moelle n'entrent pas tous dans les troncs du sciatique ou du crural avant de se distribuer dans le membre inférieur. Les fibres vaso-motrices de la jambe et de la cuisse paraissent se diriger directement vers les vaisseaux pour les accompagner dans leurs ramifications.

Il résulte de ce que nous venons de communiquer, que la section d'un filet interganglionnaire du grand sympathique dans la région thoracique postérieure ou lombaire antérieure, c'est-à-dire dans un point assez éloigné de l'extrémité postérieure, peut donner lieu à un échauffement assez étendu de cette extrémité. Cet effet se montre sans qu'on ait touché aux ganglions, qu'une certaine école physiologique considère comme les centres indépendants de l'action vaso-motrice.

Une prochaine communication traitera des nerfs vaso-moteurs des extrémités antérieures, et de l'action de la moelle sur les nerfs vasculaires des membres.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 septembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie par M. Prévost fils (d'Hazebrouck) et par M. Boterel (de Saint-Malo);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de la Meuse et de la Haute-Saône. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un *Essai sur la climatologie et la topographie médicale de la principauté de Monaco*, par M. le docteur Gillebert Dhercourt. (Commissaires : MM. Tardieu, Bouchardat et Béclard.)

2° Un travail intitulé *Nouveau procédé de suture des tendons ou suture à hélice*, par M. le docteur Pise, de Montélimar. (Commissaires : MM. Velpeau, Laugier et Jobert.)

3° Une note de M. le docteur Saint-Martin de la Plagne sur la nature parasitaire de la syphilis. (Commissaire : M. Robin.)

— M. le Président demande s'il est encore des membres qui désirent prendre la parole sur le rapport relatif au goître exophthalmique. Aucun membre ne réclamant la parole, la discussion est déclarée close.

Les conclusions du rapport, consistant à proposer le renvoi au comité de publication du mémoire de M. Aran et de l'observation de M. Hiffelsheim, sont mises aux voix et adoptées.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. Poggiale lit, au nom de la commission des eaux minérales, trois rapports officiels relatifs à des demandes en autorisation d'exploiter les sources minérales suivantes : Saint-Yorre (Allier), Villaines Saint-Aubin (Loiret), et Bardicalet (Dordogne).

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Vernois sur la docimasie pulmonaire optique.

La parole est à M. le rapporteur.

Suite et fin de la discussion sur la docimasie pulmonaire optique.

M. VERNOIS commence par établir quelques principes relatifs aux droits des auteurs sur les mémoires soumis à l'examen de l'Académie. Sans doute, dit-il, je ne conteste nullement aux auteurs le droit de publier leurs mémoires après qu'ils ont été l'objet d'un rapport à l'Académie, mais à une condition, c'est qu'il n'y sera fait aucun changement, aucune altération, qu'il n'y sera rien retranché ni rien ajouté. Un auteur n'est pas content de la manière dont son travail a été apprécié par le rapporteur, il veut en appeler de la juridiction de l'Académie à celle de tous ses confrères, il a recours pour cela à la publicité des journaux. Rien de mieux, pourvu qu'il se renferme dans ces conditions.

Voyons comment dans le cas particulier M. Bouchut a usé de ce droit.

Le 4 mars dernier, il vient lire ici un mémoire qu'il intitule *Nouvelle méthode docimasique*. Il appelle cette méthode nouvelle, parce que avant lui, dit-il, personne n'en avait parlé. Toutes les méthodes docimasiques ont le même but, constater que l'air a pénétré dans les poumons; mais le signe qu'apporte M. Bouchut est pathognomonique; à lui seul, il vaut mieux que tous les autres. C'est donc un service immense qu'il va rendre à la médecine légale, puisqu'on pourra désormais en cours d'assises, grâce à ce nouveau signe, mettre en quelque sorte le corps même du délit sous les yeux du jury.

Voilà ce que la commission avait à examiner. En présence de ces propositions d'un caractère aussi absolu et aussi erroné, quel était le devoir de la commission? Et qu'on veuille bien remarquer qu'ici, en raison même de la nature et de l'importance de la question qui devait nécessairement sortir de cette enceinte, il y avait des motifs particuliers pour se montrer sévère. La commission devait donc dire d'abord qu'il n'y avait rien de nouveau dans ce travail. M. Bouchut n'a pas dit un mot de tout ce qui a été écrit sur ce sujet avant lui; s'il s'était donné la peine de faire des recherches à cet égard, il aurait vu que tout ce qu'il a présenté comme nouveau avait été déjà indiqué. Elle devait dire en second lieu que M. Bouchut a donné des caractères faux, inexacts ou incomplets, qu'il a donné une fausse idée de la respiration. Voilà quelle était la position de la commission devant M. Bouchut. Elle avait un devoir pénible à remplir, elle l'a rempli.

Peu satisfait de ce jugement, M. Bouchut en a appelé à la publicité. L'a-t-il fait dans les conditions de loyauté rappelées plus haut? Il a fait subir à son mémoire des retranchements, des additions, des changements qui en dénaturent en plusieurs endroits le sens primitif, et qui ont eu surtout pour effet d'ôter aux critiques du rapport toute apparence de fondement. M. Bouchut, dans une lettre qu'il a adressée depuis à l'Académie pour se défendre de ce reproche, a prétendu que ces changements étaient insignifiants au fond, et qu'ils ne modifiaient en rien le sens primitif de son travail. C'est ce qu'il s'agit d'examiner. (Ici M. Vernois, rapprochant les textes du mémoire original de M. Bouchut de la publication faite dans l'*Union médicale*, cherche à démontrer que les changements qui ont été introduits dans ces dernières ne sont pas aussi insignifiants qu'on le prétend.) Il y a, dit-il, un retranchement insignifiant en apparence, mais très-important en réalité, en ce qu'il fait disparaître l'une des conclusions principales du travail. Il y a une addition dont M. Gaultier de Claubry a cherché à tirer parti pour défendre le travail de M. Bouchut. Mais M. Gaultier de Claubry, avant de s'appuyer sur cette addition, aurait dû se mettre d'accord avec M. Bouchut. Il résulte, en effet, de cette addition, que M. Bouchut reconnaît tout ce que M. Devergie réclame comme lui appartenant. Dans le texte de son mémoire, M. Bouchut avait dit que les médecins les plus inexpérimentés pourraient désormais, à l'aide du signe qu'il vient de décrire, affirmer devant les tribunaux si un enfant nouveau-né a ou non respiré. Dans la publication de l'*Union*, il change cette phrase en disant qu'à l'aide de ce signe, on ferait voir aux personnes les plus inexpérimentées le signe positif de la respiration. Enfin, il n'est pas jusqu'à la substitution des mots docimasie *optique* aux mots docimasie *oculaire*, qui n'ait une signification que tout le monde saisira aisément.

Mais je n'insiste pas davantage là-dessus. J'ai hâte d'arriver au point scientifique de la question.

Tout le monde connaît ici, et je n'ai pas besoin de le rappeler dans cette assemblée, la signification du mot docimasie et les applications qui en ont été faites en médecine légale pour constater si la respiration a eu lieu ou non. Il y a une docimasie anatomique, une docimasie physiologique, physique, hydrostatique, gravative, métrique ou mensurative, une docimasie optique. Pour faire plaisir à M. Bouchut, j'admettrai avec lui que la loupe que nous portons tous sur nous pour les besoins journaliers de la pratique est un instrument de précision. Il y aura enfin la docimasie microscopique, tactile, chimique, etc. Eh bien, tous ces moyens de docimasie sont connus et décrits, tout cela existe dans la science, tout, jusqu'à la docimasie optique et microscopique dont M. Bouchut a voulu faire une chose nouvelle. Mais ce n'est pas écrit sous ce titre dans les ouvrages classiques que nous avons tous entre les mains.

Voici quelle a été la cause de l'erreur où est tombé M. Bouchut à cet égard. Il a regardé dans la table de l'ouvrage de M. Devergie, il n'y a pas vu ce titre, et il en a conclu que cet auteur n'en avait pas parlé. S'il y avait regardé de plus près, il aurait vu dans cet ouvrage tout son mémoire, et plus que son mémoire.

J'ai dit, en outre, que le travail de M. Bouchut était incomplet. C'est là, en effet, le sujet d'un des reproches les plus graves que j'ai eu à lui adresser. M. Bouchut a donné une définition de la respiration. Pour lui, la respiration est la distension des vésicules pulmonaires par l'air. Cette définition n'est pas acceptable. Qu'arrive-t-il dès que l'enfant fait sa première inspiration? Il arrive deux choses, savoir : l'accès de l'air et l'accès du sang simultanément dans les poumons. L'air n'est donc qu'un des éléments du phénomène de la respiration. M. Bouchut n'a pas parlé une seule fois du sang et des modifications qui résultent dans l'aspect du tissu pulmonaire de son accès au sein de ce tissu. Vous allez voir où cela va le conduire.

Ne tenant compte que de l'accès de l'air seulement, M. Bouchut dessine la forme des vésicules pulmonaires distendues par ce fluide, montre la différence qui existe entre les vésicules ainsi distendues et celles qui sont restées aplaties, et il s'en tient là. C'est là pour lui un signe pathognomonique, comme l'a dit M. Gaultier de Claubry, qui, dans son enthousiasme pour la découverte de M. Bouchut, l'a comparée au procédé de la solidification des empreintes des pas. Eh bien, ce prétendu signe pathognomonique n'est qu'un signe commun, qui, considéré ainsi isolément, peut appartenir à plusieurs phénomènes différents. Ce serait donc s'exposer à de graves erreurs, en médecine légale, que de s'en rapporter à ce signe. Que veut dire en effet la présence de bulles d'air dans les vésicules pulmonaires? Cela peut signifier plusieurs choses; cela peut signifier que l'enfant a respiré, si, avec la présence de ces bulles d'air, on constate aussi les modifications que le sang imprime au tissu pulmonaire; mais cela peut signifier aussi tout simplement que de l'air a été introduit mécaniquement dans les poumons; cela peut signifier encore un commencement de décomposition putride.

M. Gaultier de Claubry, qui, tout en récusant modestement sa compétence en médecine, n'a pas été fâché de saisir cette occasion de faire preuve de ses connaissances encyclopédiques, M. Gaultier de Claubry a cité le mémoire de M. Depaul, reprochant à la commission de ne l'avoir point cité elle-même. Mais M. Gaultier de Claubry a-t-il bien saisi le sens des citations qu'il faisait? Vous avez entendu M. Depaul se plaindre que ces citations incomplètes ne rendaient que très-imparfaitement la pensée et le but de son travail. S'il l'eût cité exactement et plus complètement, en effet, il y eût vu que le signe dont M. Bouchut a voulu faire un caractère médico-légal n'était pas nouveau, puisqu'il se trouve décrit tout au long dans le mémoire de M. Depaul; mais il y aurait vu, en outre, que ce signe voulait dire blanc ou noir, sous le point de vue qui nous occupe, suivant qu'on le considérait seul ou combiné avec les autres signes fournis par l'aspect général du poumon. En un mot, MM. Gaultier de Claubry et Bouchut n'ont pas compris plus l'un que l'autre la valeur réelle de ce signe. M. Bouchut s'est trompé en voulant le donner comme un caractère positif susceptible d'éclairer les tribunaux.

J'ai une dernière réponse à faire à M. Gaultier de Claubry. Il a terminé son argumentation par quatre propositions ainsi formulées : La commission a méconnu la nature du travail de M. Bouchut; elle a méconnu son importance; elle a méconnu son utilité; elle n'a pas porté un jugement motivé sur ce travail.

La commission n'a pas méconnu la nature de ce travail, je crois l'avoir suffisamment prouvé par ce qui précède. Elle n'a pas méconnu son importance, bien au contraire; mais elle a dit que tout ce qu'il y avait d'important dans ce travail se trouvait dans des travaux antérieurs. Quant à l'utilité, elle a assez fait voir combien elle s'en préoccupait en montrant précisément les dangers que pourrait avoir l'application pratique des propositions énoncées dans ce travail. Le jugement porté sur ce travail a consisté à dire qu'il ne renfermait rien de nouveau, et qu'il contenait des erreurs dangereuses. Mais M. Gaultier de Claubry nous a reproché de n'avoir pas motivé ce jugement. La commission n'accepte pas ce reproche. Pourquoi? Parce qu'elle a voulu ménager un confrère honorable, homme de science, homme distingué, grand travailleur, qui a travaillé beaucoup pour la science, un peu aussi pour lui. Je regrette que M. Gaultier de Claubry m'ait entraîné à dire tout ce que je viens de dire.

L'Académie a à se prononcer maintenant sur deux propositions : celle de M. Gaultier de Claubry et celle de la commission, qui consiste à proposer le dépôt du mémoire aux archives et l'envoi d'une lettre de remerciements à son auteur.

M. GAULTIER DE CLAUBRY exprime de nouveau le regret que la commission, qui était composée de trois membres, se trouve en ce moment réduite à un seul par le décès de M. Adelon et par l'absence de M. Gavarret; d'où il résulte que ce qui devrait être l'œuvre de la commission n'est en réalité que l'œuvre du rapporteur seul.

Je répéterai encore, ajoute-t-il, que la commission n'a pas fait d'expériences; elle en est convenue elle-même; et c'est par cela même que le travail de M. Bouchut est tombé dans le domaine public, qu'il eût été d'autant plus utile de contrôler ses expériences. J'insiste pour la proposition que j'ai faite de renvoyer le rapport à la commission complétée par l'adjonction de nouveaux membres.

M. DEVERGIE. Il a été allégué un fait que je ne puis laisser passer, c'est que la respiration et l'insufflation pulmonaire seraient une seule et même chose. Ce sont deux choses très-différentes. Si la discussion devait continuer, je demanderais à entrer dans quelques développements à cet égard.

M. GIBERT. Il me paraît ressortir de cette discussion que tout le monde paraît d'accord aujourd'hui sur ce fait que la présence de l'air dans les poumons peut être reconnue par l'inspection directe du poumon. On le dit, et puis on semble le contester.

M. Bouchut est venu nous dire : L'examen à la loupe fournit les caractères positifs de la respiration, et peut être appliqué à la recherche médico-légale de l'infanticide. Si M. Vernois nous avait démontré dans son rapport que cela eût été fait et dit avant, le mémoire de M. Bouchut aurait été jugé. Mais je ne vois nulle part cette preuve. Je demande au moins que le rapporteur revienne sur quelques-unes des expressions trop sévères à mon sens de son rapport.

M. VERNOIS. Je serais tout disposé à le faire. Seulement, le bulletin est imprimé.

M. LE PRÉSIDENT met successivement aux voix la proposition de M. Gaultier de Claubry, qui est rejetée, et les conclusions du rapport, qui sont adoptées.

LECTURE.

M. GALLARD donne lecture de la première partie d'un mémoire intitulé : *Considérations sur l'empoisonnement par la strychnine*. Cette première partie est exclusivement relative à la question médico-légale. M. Gallard aura prochainement la parole pour lire la seconde partie, relative à la thérapeutique.

— La séance est levée à cinq heures.

Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes et pour la nomination aux places d'interne dans les hôpitaux de Paris s'ouvrira le 20 octobre prochain; le registre d'inscription sera fermé le 4 octobre, à trois heures du soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouvelle loi morale et religieuse de l'humanité; analyse des sentiments moraux; par le docteur Félix VOISIN, médecin des aliénés de Bicêtre. Paris, 1862, un volume grand in-8°. Prix : 7 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, éditeurs, rue Hautefeuille, 19.

Maladies de l'utérus. Conseils pratiques sur les moyens de prévenir ces maladies et sur leur traitement, par le docteur SOLARI, de la Faculté de Paris. Prix : 2 fr., *franco* par la poste. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, par le docteur Prosper HULLIN, médecin en chef de l'hôpital Saint-Alexandre de Mortagne (Vendée), etc. In-8° de 528 pages avec 4 planches lithographiées. Prix : 6 fr. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils, éditeurs, rue Hautefeuille, 19.

L'atlas des **Recherches sur la syphilis** du docteur ROLLET vient de paraître. Il est remis gratuitement aux souscripteurs en échange du bon joint au volume de texte. Prix de l'ouvrage complet, un fort volume in 8° de texte avec un atlas cartonné de vingt planches coloriées et noires, 14 fr. Chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Principes de physiologie et Exposition de la loi divine d'harmonie, ou Traité de la distribution légale des espèces dans la nature, par le docteur J. E. CORNAY. In-18. Prix : 2 fr. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils, éditeurs, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 110. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 110. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épidémie d'affections puerpérales. — Phlébite spontanée des veines variqueuses des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées.

Les affections puerpérales, qui se sont montrées si communes depuis quelque temps à l'hospice de la Maternité, ont fourni l'occasion à M. Nivert, interne attaché à cet établissement, d'étudier d'une manière particulière un état morbide qui s'observe assez souvent chez les femmes récemment accouchées, l'inflammation spontanée des veines variqueuses des membres inférieurs. M. Nivert, conformément à la distinction établie par M. Cruveilhier, distingue ces phlébites en deux formes, la forme suppurative et la forme non suppurative : la première susceptible de s'enkyster dans quelques cas ou de donner lieu dans d'autres cas à l'infection purulente; la deuxième tantôt oblitérante, adhésive, et se terminant le plus ordinairement d'une manière heureuse, tantôt libre, ne donnant pas lieu à la formation du pus, et n'interrompant que momentanément la circulation veineuse dans le vaisseau enflammé, mais pouvant dans quelques circonstances déterminer une embolie.

Voici, d'après le travail que M. Nivert vient de publier sur ce sujet dans l'un des derniers cahiers des *Archives générales de médecine*, les principales observations qu'il a recueillies sur ces deux formes de l'état morbide dont il s'agit :

Chez les nouvelles accouchées atteintes de cette affection dont il a recueilli l'histoire, la phlébite de forme suppurative ne s'est pas montrée d'emblée; elle a été précédée par un ensemble de symptômes qui l'ont porté à penser que ces femmes avaient subi l'influence puerpérale épidémique.

Des douleurs abdominales plus ou moins vives, un pouls accéléré s'élevant en moyenne à 108, une céphalalgie opiniâtre, des frissons variables en durée et en intensité, ont été les premiers phénomènes qui se sont montrés et qui ont déterminé le passage des accouchées à l'infirmerie. A ces symptômes graves sont venus s'ajouter au bout de deux ou trois jours des signes de phlébite. Les malades accusaient sur différents points des membres inférieurs une douleur vive et lancinante; cette douleur, qui suivait le trajet plus ou moins sinueux de la veine, était très-augmentée par la pression, et souvent accompagnée d'une chaleur brûlante : une ligne rouge se dessinait sur les téguments et suivait toutes les flexuosités de la veine variqueuse; un cordon dur, résistant, douloureux, soulevait la peau, et de distance en distance il existait des nodosités au niveau des renflements partiels de la veine. Dans aucun cas M. Nivert n'a constaté l'œdème du membre malade; le tissu cellulaire qui entourait la veine participait à l'inflammation, et une induration phlegmoneuse pouvait facilement être constatée sur les points où siégeait la phlébite.

Des symptômes généraux d'une gravité extrême se sont montrés au bout d'un temps fort court; la suppuration s'est établie très-rapidement dans les troncs veineux, et le pus a été entraîné dans le torrent circulatoire. Une seule fois, et ce cas a été suivi de guérison, la phlébite était enkystée. De petits abcès isolés et superficiels se sont formés et ont donné issue à un pus blanc, crémeux, sans mélange de caillots. Dans les trois autres cas, on a eu à déplorer la mort des malades par infection purulente.

Voici ce que les recherches cadavériques ont fait constater dans ces derniers cas :

Dans quelques points du trajet des vaisseaux veineux existait un caillot rouge formé par un coagulum sanguin; il était noir, consistant, s'écrasant entre les doigts, et tout à fait semblable à celui qui se forme au-dessus d'une ligature artérielle.

Dans quelques autres points, le caillot, qui avait subi un certain degré de transformation, était constitué par des couches fibrineuses concentriques; les plus extérieures étaient les plus résistantes et les moins colorées. Au centre, se trouvait une masse noirâtre se laissant facilement écraser sous le doigt. Dans d'autres points, des changements importants étaient survenus dans le caillot; au centre de ce dernier, on a rencontré une substance molle, noirâtre, et quelquefois grisâtre, semblable à du pus.

Enfin, dans presque tout le trajet des troncs veineux malades existait une matière liquide qui paraissait être du pus à différents degrés de formation, variant depuis le pus sanieux, lie de vin, jusqu'au pus vrai. Ce liquide, rougeâtre, grisâtre ou crémeux, souvent en tout semblable au pus phlegmoneux, se trouvait libre au milieu des vaisseaux, remplissant à plein canal toutes les veines du membre.

Des ulcérations avaient eu lieu en divers points sur les parois internes de quelques veines; le pus se trouvait épanché et constituait de petits foyers purulents qui se réunissaient parfois pour former un gros abcès.

Les altérations des parois veineuses présentaient divers degrés. La tunique interne était tantôt rouge, rugueuse, dépolie; tantôt recouverte d'une matière pultacée, le plus souvent adhérente, et qui était assez abondante dans certains points, pour rétrécir le calibre du vaisseau.

Les lésions concomitantes trouvées dans les autres organes étaient le résultat d'inflammations coexistant avec la phlébite superficielle par le fait de l'infection purulente.

Toutes les malades qui ont été observées présentaient, outre leurs varices, une disposition singulière des petites veines, et principalement des veinules sous-cutanées. Ces vaisseaux étaient excessivement nombreux, élargis, ramifiés à l'infini; ils étaient devenus superficiels, presque sous-épidermiques, et coloraient la peau en violet.

Chez quelques-unes, les varices semblaient être constituées par une dilatation simple, sans changement manifeste dans la structure des parois veineuses; des renflements partiels existaient de distance en distance, surtout sur la saphène interne; le tissu cellulaire environnant était à l'état normal et sans induration; la peau était amincie. Ces varices se dessinaient sous le tégument externe par des saillies arrondies, flexueuses, molles au toucher, et fluctuantes.

L'état puerpéral peut-il être regardé comme cause prédisposante?

M. Nivert fait remarquer, pour répondre à cette question, qu'à l'époque où il a recueilli ces faits, la mortalité était considérable à la Maternité, et que presque tous les cas de mort reconnaissaient pour cause une phlébite utérine suivie d'infection purulente; ce qui peut, en effet, expliquer cette forme grave de phlébite et la terminaison malheureuse de l'inflammation des varices observée pendant toute la durée de l'épidémie.

Ces faits se passaient vers la fin de l'année dernière et dans le commencement de l'année actuelle. Pendant les mois de mars et avril l'état sanitaire de la Maternité avait été excellent, les infirmeries étaient vides; mais une nouvelle épidémie n'a pas tardé à frapper sur cet établissement, les services se sont remplis de nouveau, et la phlébite utérine a enlevé en moins de dix jours 12 femmes récemment accouchées.

Dans cette nouvelle épidémie, dit M. Nivert, la maladie a un début brusque et une marche foudroyante; elle se manifeste par une fièvre très-intense, une chaleur brûlante à la peau, une sensibilité extrême du globe utérin, puis des frissons qui se répètent à de courts intervalles. Dans quelques cas, vers la terminaison fatale de cette affection, des symptômes de péritonite apparaissent et se surajoutent à l'état morbide primordial. Dans quelques autres, l'accélération du pouls, la chaleur brûlante de la peau, sont les seuls symptômes qu'on observe pendant plusieurs jours; les frissons surviennent au bout d'un temps assez long, et précèdent la manifestation des signes de la résorption purulente.

Pendant le cours de cette dernière épidémie, l'inflammation des varices a été déjà assez fréquente pour que M. Nivert ait pu recueillir cinq observations, sous la direction de son chef de service, M. Hervieux. En voici une succincte analyse.

Sur les cinq femmes qui ont été atteintes de phlébite des troncs superficiels des membres inférieurs, deux ont présenté en même temps d'autres symptômes graves du côté de l'utérus et de la séreuse abdominale.

Une autre a été prise seulement de phlébite suppurative des troncs variqueux, le troisième jour de la parturition, et les symptômes d'infection purulente ont apparu le surlendemain. Chez cette dernière, des métrorrhagies abondantes ont eu lieu à plusieurs reprises.

Chez les deux autres accouchées la phlébite a été oblitérante et s'est terminée d'une manière heureuse.

Déchirure partielle de l'urèthre. — Collection sanguine au périnée. — Guérison sans accidents.

Les solutions de continuité de l'urèthre sont différentes selon le point du canal qui a été blessé, l'étendue de la plaie, sa direction; l'espèce de corps vulnérant crée aussi des différences. Sous ce dernier rapport, la plaie peut être produite de dedans en dehors, comme dans le cas de fausse route, de dehors en dedans. Ce qui est grave surtout dans les solutions de continuité de l'appareil urinaire, c'est le contact de l'urine, son infiltration dans les tissus environnant les organes qui composent cet appareil. L'urèthre, sous ce rapport, se trouve dans des conditions qui rendent ces deux accidents et moins fréquents et moins graves, car l'urine n'est en contact avec la plaie qu'à des intervalles assez longs, et quand l'infiltration a lieu, c'est à travers un tissu cellulaire extra-abdominal, lequel est séparé du péritoine par une ou plusieurs aponévroses.

A la suite des plaies de la vessie et de l'urèthre, il n'en est pas ainsi, l'urine est toujours en contact avec la plaie, et son infiltration a lieu dans un tissu cellulaire ayant des rapports directs avec la grande séreuse.

Ainsi l'on peut dire, en général, que plus ces plaies se rapprochent de la terminaison de l'appareil urinaire, moins elles sont graves. Cette loi s'applique aux plaies de l'urèthre : en effet, leur gravité augmente à mesure qu'elles s'éloignent du gland, parce que le canal, en marchant vers la vessie, se met en rapport avec de nouvelles couches organiques.

D'abord il n'est entouré que par un tissu spongieux, érectile, une trame cellulaire lâche et la peau, puis il se met en rapport avec les bourses, il traverse l'épaisse cloison périnéale, et, en premier lieu, l'aponévrose superficielle et la moyenne; il passe entre celle-ci et la supérieure; là, il est enveloppé par la prostate.

Lorsque la plaie a lieu par contusion, ce qui peut avoir lieu à la suite d'une chute sur la région périnéale, il peut se faire que la peau restant intacte, la paroi uréthrale seule soit déchirée dans une étendue plus ou moins considérable, et c'est alors que le malade peut être exposé à l'infiltration d'urine dont le pronostic repose en partie sur le siége de la lésion.

Nous observions, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, suppléé par M. Foucher, un malade qui n'a cependant éprouvé aucun accident à la suite d'une lésion de ce genre.

Voici les détails de cette observation, tels que nous les a fournis M. Thibaut, interne du service.

Le 26 août, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le nommé G..., cordonnier, âgé de quarante-quatre ans.

Cet homme dit qu'il y a huit jours, voulant saisir un objet élevé, il monta sur un tabouret; mais ayant perdu l'équilibre, il tomba sur les fesses, et le périnée heurta violemment contre un angle du tabouret. Peu après, il survint en ce point une tumeur avec une teinte ecchymotique envahissant le périnée et remontant jusqu'au-dessus des deux aines.

Il s'écoula spontanément du sang par l'urèthre sans aucun effort de miction. L'urine continua à couler aussi facilement que d'habitude, sans présenter une teinte sanguinolente.

Pendant les huit jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital, le malade ne fut soumis à aucun traitement; il urinait sans le secours d'une sonde, et son urine n'était pas teinte de sang.

Le soir de son entrée, on remarque une légère teinte ecchymotique au-dessus des deux aines; au périnée, une ecchymose plus prononcée, et sur la ligne médiane, une tumeur allongée d'avant en arrière, du volume d'un œuf de pigeon, violette à sa surface, peu douloureuse au toucher, molle, fluctuante. Dès qu'on la comprimait, on voyait sourdre par le méat urinaire du sang rouge foncé en assez grande quantité. Ce sang, sans aucun mélange d'urine, ne paraissait pas altéré. Le malade sondé, on contate que l'urine n'offre pas de coloration sanguinolente. Le cathétérisme se fait avec facilité; la sonde détermine un peu de douleur au niveau du bulbe, mais elle n'y est pas arrêtée.

On prescrit au malade de ne pas uriner sans sonde, et d'attendre la visite du lendemain pour se faire sonder de nouveau.

Le lendemain, on observe les mêmes symptômes. La tumeur sanguine, qui avait été vidée en partie la veille, s'est reproduite aussi volumineuse. Le malade est sondé par M. Foucher, qui prescrit des applications de compresses trempées dans l'eau froide, et recommande au malade de n'uriner qu'à l'aide de la sonde.

Aucun frisson, aucun symptôme fébrile n'a paru ni ce jour ni les suivants.

Pendant les quatre jours qui suivirent son entrée, le malade fut sondé exactement deux fois par jour. La tumeur sanguine, comprimée chaque fois et évacuée d'une partie du sang qu'elle contenait, se reformait toujours; mais elle semblait diminuer chaque fois de volume, et sa consistance paraissait augmenter.

Le cinquième jour, le malade n'est sondé que le matin; il

sort encore un peu de sang noir par une pression forte sur la tumeur. Le soir, le malade urine sans sonde.

Le 1er septembre (sixième jour), la pression du périnée donne lieu à l'émission par le méat d'un liquide légèrement teint en rouge ; c'est de l'urine qui a pénétré dans la poche. Le soir, on constate que le liquide rendu par cette compression est citrin et formé d'urine pure non décomposée.

La tumeur a beaucoup diminué, elle ne fait plus saillie au périnée ; ce n'est qu'au toucher qu'on sent une induration correspondant à la tumeur préexistante.

Les jours suivants, le malade continue d'aller de mieux en mieux. La poche contient toujours un peu d'urine, et la pression du périnée en fait sourdre quelques gouttes par le méat. Le malade n'en est, du reste, nullement incommodé. Il sort de l'hôpital le 9 septembre.

Cette observation nous offre un cas de déchirure de l'urèthre ; cette déchirure était partielle, et se bornait à la paroi inférieure du canal, car le cathétérisme était très-facile, ce qui n'aurait pas eu lieu si la division avait été complète, et si les deux bouts divisés avaient perdu tout rapport de continuité.

Elle siégeait à la région bulbeuse, portion la plus vasculaire de l'urèthre ; car placée dans les régions prostatique ou membraneuse, elle n'eût pas produit cet épanchement à la région superficielle du périnée.

Elle était fort étroite du côté du canal uréthral, car l'urine avait peu de tendance à y pénétrer. C'est à cette heureuse circonstance, empêchant l'épanchement urineux, qu'on doit attribuer l'absence de tout symptôme inquiétant.

Ce fait nous offre un exemple frappant de la facilité de la guérison des ruptures uréthrales, quand il ne se produit pas d'épanchement d'urine dans les tissus.

Kéloïde spontanée.

Malgré les travaux assez nombreux déjà publiés sur la kéloïde, plus d'un point reste encore à élucider dans son histoire. Affection cutanée des plus rares, et peut-être aussi bien souvent méconnue, elle présente dans son aspect et dans sa forme un caractère de singularité vraiment exceptionnel ; son pronostic est incertain ; sa nature controversée, et on en est à peu près réduit à des conjectures sur sa marche réelle et ses terminaisons. Il nous a donc paru intéressant et utile, à ces divers titres, de soumettre à l'appréciation du public médical le fait suivant, que nous communique M. le docteur Léon Guérard, et qui offre un exemple fort remarquable de kéloïde vraie ou spontanée.

M. B..., âgé de vingt-six ans, alla, il y a quelque temps, consulter M. Bazin pour une affection cutanée qui lui inspirait de vives inquiétudes ; on lui avait, paraît-il, laissé comprendre qu'il était atteint d'un cancer. M. Bazin reconnut aussitôt qu'il s'agissait d'une kéloïde des mieux caractérisées, et pria M. Léon Guérard d'aller voir le malade afin de l'examiner plus attentivement. Voici le résultat de cet examen :

B... est d'une excellente constitution ; sa santé ordinaire a toujours été bonne. L'affection qu'il porte actuellement ne remonterait pas au delà de dix-huit mois à deux ans ; aucune cause appréciable, aucune violence extérieure, n'avaient présidé à son développement. Elle est située à la partie antérieure du thorax, au-dessus de l'appendice xyphoïde, sur le prolongement de la ligne blanche abdominale. Elle débuta, nous dit-il, par une légère induration cutanée, qui s'étendit peu à peu dans tous les sens, par rayonnement excentrique. Sa forme est aujourd'hui celle d'une plaque irrégulièrement arrondie ou plutôt ovalaire, à contours légèrement sinueux, et dont le plus grand diamètre mesure environ 5 centimètres. Cette plaque ne fait aucune saillie au-dessus du niveau tégumentaire ; elle offre une teinte blanche et comme cireuse, qui tranche de la manière la plus nette sur la coloration générale de la région.

Lorsqu'on applique les doigts à sa surface, on perçoit une sensation particulière de résistance assez difficile à définir : c'est une sorte de résistance passive qui ne ressemble ni à la dureté ligneuse du tissu de cicatrice, ni à la mollesse de l'œdème, ni à la rénitence élastique du fibro-cartilage.

Une pression forte et prolongée permet d'apprécier plus exactement le caractère et le degré de cette consistance, et l'on remarque que le doigt s'enfonce peu à peu dans la partie malade, et y trace des inégalités dont la disparition est lente.

En dehors, la plaque kéloïdienne se termine brusquement et sans aucune transition par un bord circulaire et aminci, qui vient s'enchâsser, pour ainsi dire, dans l'épaisseur même de la peau qui l'environne. Parfaitement mobile et libre de toute adhérence à sa face profonde, elle donne aux doigts qui la saisissent la sensation d'un disque solide que l'on soulève et déplace avec une grande facilité, et au-dessous duquel on peut introduire la moitié au moins de la dernière phalange.

Examinée de près et avec plus d'attention, cette plaque indurée a offert les particularités suivantes :

L'épiderme qui la revêt est mince, luisant, translucide ; il se plisse en lignes ondulées sous la plus faible pression. La surface est tachetée de points noirs disposés en séries linéaires, et qui ne sont autres que les orifices normaux des glandes cutanées ; mais aucun poil n'y végète, et l'œil y cherche en vain la plus légère trace de vascularisation. A sa circonférence se dessine une aréole rouge, constituée évidemment par de fins capillaires qui viennent se perdre, en se ramifiant, autour de la production morbide ; cette aréole, par sa teinte et par le développement qu'y acquièrent les poils, contribue à faire ressortir encore la partie blanche et complétement glabre dont elle sert, en quelque sorte, à marquer les limites.

Cette lésion est tout à fait indolente à la pression, et il a été possible de l'explorer de toutes les manières, sans y provoquer la moindre sensation morbide ; mais elle s'accompagne, au contraire, de douleurs spontanées, qui prennent le caractère de picotements et d'élancements dont l'intensité peut être extrême.

Les variations atmosphériques auraient une influence notable sur le retour et l'exaspération de ces douleurs.

Comme antécédent propre au malade, on n'a rien trouvé à noter, si ce n'est une variole contractée il y a trois ans, et qui n'a laissé à sa suite aucune trace cicatricielle.

Sa mère est morte d'une affection carcinomateuse de l'utérus à l'âge de trente-neuf ou quarante ans. Cette circonstance mérite une certaine attention en ce qu'elle semblerait impliquer un rapport d'hérédité possible entre la kéloïde et le cancer.

M. Bazin prescrivit le bicarbonate de soude à l'intérieur, et comme moyen topique des onctions avec une pommade à l'iodure de plomb et à l'extrait de ciguë ; puis le malade, sur son conseil, se rendit à Dieppe pour y prendre des bains de mer. A son retour, M. Léon Guérard s'empressa de l'aller voir, et voici ce qu'il constata :

La plaque kéloïdienne a notablement diminué d'étendue, surtout dans le sens de son plus petit diamètre. Sa consistance a peu changé, mais ses limites sont devenues plus indécises, moins nettement arrêtées ; les douleurs spontanées dont elle était le siége ne se font plus sentir qu'à de rares intervalles et avec une faible intensité.

Ces modifications, assez légères il est vrai, lui ont paru pouvoir être considérées comme une tendance vers la guérison. Il est bon de faire remarquer que le malade, pendant tout le temps de son séjour à Dieppe, n'a pas interrompu la médication qu'il suivait à Paris, en sorte qu'il serait assez difficile de préciser la part qui revient aux bains de mer dans les résultats obtenus.

M. Bazin dit avoir observé la kéloïde vraie ou spontanée sous deux formes bien différentes et parfaitement tranchées. Tantôt, comme dans le cas qui précède, c'était une plaque dure, compacte, comme éburnée, d'une coloration blanchâtre, ne faisant aucune saillie au-dessus du niveau de la peau ; ailleurs, au contraire, la production morbide prenait la forme d'une excroissance plus ou moins volumineuse, diversement configurée ; son tissu était plus mou, plus spongieux, plus vasculaire, d'une coloration souvent rougeâtre et toujours plus foncée que celle des téguments voisins. C'est à cette dernière variété que correspond plus spécialement l'affection décrite pour la première fois par Alibert sous le nom de keloïde ; c'est aussi la seule que l'on trouve mentionnée dans les différents travaux qui depuis cet auteur ont paru sur le sujet.

Une nouvelle opération d'ovariotomie vient d'être pratiquée par M. le docteur Boinet dans l'établissement de Bellevue, où l'administration de l'Assistance publique avait bien voulu admettre la malade.

L'opération a été faite lundi dernier. Mardi matin, il s'était produit des vomissements, qui avaient inspiré quelque inquiétude ; mais ils se sont bientôt calmés, et la malade était hier, jeudi, dans un état parfait et qui donne lieu d'espérer une guérison prochaine. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat définitif.

RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES.

Les tribunaux sont actuellement saisis d'un procès grave concernant la responsabilité légale des médecins aliénistes. D'avance, on peut en pressentir le résultat définitif. Le collègue qu'elle concerne est trop haut placé dans la science et dans l'estime publique pour qu'à cet égard un doute s'élève dans notre esprit. Mais une question préjudicielle se présente.

Le médecin d'un asile public d'aliénés doit-il être considéré comme un fonctionnaire du gouvernement, et à ce titre est-il fondé à opposer à la poursuite l'obligation du recours préalable au conseil d'Etat?

Voici le fait qui motive cette instance. Une dame, réputée monomaniaque et traitée en cette qualité dans un établissement spécial, triomphe dans une action en interdiction et recouvre à la fois ses droits et sa liberté. Or, son premier soin, après le succès, est de traduire devant la justice, en réclamant de forts dommages-intérêts, le médecin qui aurait illégalement maintenu sa séquestration.

Quant à la condamnation, si la cause se plaide, nous ne la croyons pas possible. Elle ne saurait avoir lieu que pour trois motifs : crime, erreur grossière, négligence. Sous ce rapport, la jurisprudence est formelle. Le dernier grief n'est point invoqué ; à l'égard d'un des hommes les plus éminents de la spécialité, le second n'est point admissible. Reste le premier. Mais pour que celui-ci fût valable il faudrait que l'intention eût été criminelle, que le médecin, en déclarant faussement l'insanité, eût agi sciemment par fraude, que ce délit fût établi par des preuves de captation, de rémunération illicite. Le verdict des magistrats n'ôte rien à la moralité de la conduite médicale. Entre deux opinions quelle est la meilleure? Eût-il tort, ce qui scientifiquement n'est point démontré, le médecin, abrité par son brevet doctoral, est inexpugnable dans le sanctuaire de sa conscience.

Pareille avanie faillit nous arriver ; mais le procès avorta.

Provisoirement, tout l'intérêt se concentre sur la question d'autorisation. Nous n'avons point sous la main les données pour la résoudre.

Dans le prochain numéro, nous essayerons de réunir ce que, sur ce point, possède la jurisprudence. *A priori*, du moins, l'exception paraît raisonnable. Le médecin agit au nom de l'autorité, avec la confiance de l'autorité. La médiocre aisance des infortunés dont le sort lui est confié n'éveille guère ses instincts cupides. D'ailleurs, la population des asiles publics est toujours nombreuse. On conçoit dès lors que si les chefs du service médical étaient impunément exposés aux tribulations judiciaires qu'il plairait au premier fou, devenu libre, de leur susciter, leur position serait intolérable. Non contents d'avoir été rendus aux douceurs de la société, combien de ces insensés, pénétrés de la justice de leur séquestration, veulent en faire punir les auteurs, ou, par une réhabilitation, se relever d'une prétendue déchéance ! Sans la prudente résistance qu'opposent à leurs démarches les avocats et les officiers ministériels, nous serions l'objet de continuelles attaques.

Nous connaissons un individu qui, dans ce double but, nourrit depuis trente ans la pensée d'un appel à la justice. Nul n'est plus calme et plus laborieux. A-t-il un moment de loisir, il le consacre à des écrits pour sa défense et le bien de l'humanité. Afin de n'être point gêné dans ses élucubrations, il a même pris, à l'insu de sa famille, une chambre isolée qu'il paye avec des économies prélevées sur ses faibles ressources.

En une occasion différente, nous en avons cité un autre qui, après des séjours multipliés dans divers établissements et à Bicêtre, est venu échouer définitivement dans ce dernier asile, où il a succombé à un érysipèle. A tout prix, il prétendait être réhabilité. Sa vie se passait à composer les mémoires les plus outrageants. Ses agressions contre de hauts dignitaires l'ont souvent fait arrêter. Il avait acheté un pistolet de 60 fr. pour tuer Leuret. Une seconde fois, c'était une boîte d'armes et un poignard de 400 fr. qu'il destinait à Napoléon III. A part sa monomanie, ce pauvre malade jouissait d'une raison apparente.

L'écueil est sensible. Ajoutons qu'indépendamment des précautions prises par la loi, des certificats délivrés, des visites administratives et juridiques, la mission du médecin s'accomplit sans mystère, qu'il pratique au grand jour, en présence des élèves, des employés, des serviteurs, des autres malades. Par où l'abus se glisserait-il ?

— On nous assure qu'un procès analogue vient de se dénouer défavorablement pour les chefs de l'asile dans une des grandes villes d'Espagne. Il s'agit d'un établissement privé. Les renseignements les plus explicites nous sont promis. S'ils nous parviennent, on conçoit que nous ne manquerons pas de les soumettre à un sérieux examen. (*Journal de médecine mentale*).

DIARRHÉE OPINIATRE

liée à un état ulcéreux du gros intestin. Bouillie de bismuth ; azotate d'argent.

Quand une diarrhée chronique est entretenue par une affection organique du gros intestin, et en particulier du rectum, la thérapeutique ne peut guère qu'en pallier les effets pénibles ; mais il est de nombreux cas où la maladie intestinale est exclusivement bornée à la muqueuse qui est ulcérée, et alors on parvient souvent à guérir cette lésion superficielle à l'aide des moyens suivants, dont nous empruntons l'énumération à une prescription de M. le professeur Trousseau :

1° Tous les jours administrer un lavement avec un peu de bouillie de bismuth, que l'on mélangera avec de l'eau mucilagineuse très-épaisse : bouillie de sous-azotate de bismuth de Quesneville (un flacon dont on mettra une cuillerée à café dans un quart de lavement).

2° Deux fois par jour, au commencement des repas, donner une cuillerée à café de cette même bouillie délayée dans un peu d'eau de Seltz.

3° Si la diarrhée ne se modifie pas, faire prendre de temps en temps, pendant quatre ou cinq jours de suite, deux ou trois fois par jour et pendant l'intervalle des repas, une des pilules ci-après :

Azotate d'argent.	0,20 centigr.
Eau distillée	āā q. s.
Gomme arabique en poudre	

4° Si l'estomac peut le supporter, donner du sirop de citrate de fer ammoniacal à la dose de 1, 2, 4 cuillerées à dessert par jour.

5° Sirop de ratanhia, de monésia, etc.

6° Alimentation légère. (*Jour. de méd. et de chir.*)

AMPUTATION DU CLITORIS DANS LE CAS DE MASTURBATION,

accompagnée de développement et de désordres intellectuels.

Les médecins, mieux que tous autres, savent tous les désordres que produit chez l'enfant, et surtout chez les petites filles, la masturbation poussée quelquefois jusqu'à une véritable fureur. Conseils, menaces, surveillance et appareils viennent échouer contre ce vice si fréquent. Si l'on avait conseillé, même en France, la section des nerfs honteux, on n'avait pas souvent encore opposé à cette affection, autant morale que physique, un moyen aussi radical que la résection du clitoris. M. Cooper (de

San-Francisco) a eu recours à ce traitement *radical* dans deux cas où la masturbation chez deux petites filles avait amené un commencement d'idiotie.

L'une, âgée de treize ans, se livrait avec fureur à cette pratique; son intelligence s'était obscurcie, et elle s'était déjà portée à une tentative de suicide en cherchant à se couper la gorge avec un rasoir. La surveillance exercée jour et nuit par la mère était inutile, un mouvement léger des deux cuisses frottées l'une contre l'autre réveillait la sensation désirée. Perdant tout espoir, et au moment de la faire entrer dans un asile d'aliénés, la mère vint trouver M. Cooper, et le pria de faire tout ce qui serait possible. L'enlèvement du clitoris fut proposé, accepté et pratiqué. Une petite partie des nymphes fut également enlevée; il y eut à peine hémorrhagie. L'enfant, après sa guérison, cessa de se livrer à ses funestes habitudes; les facultés intellectuelles s'améliorèrent, sauf sa mémoire, qui était et resta presque entièrement perdue.

Le même chirurgien fut consulté pour une autre petite fille de dix ans livrée aux mêmes habitudes, les ayant enseignées à sa petite sœur, âgée de deux ans, qu'elle avait même déflorée en cherchant à lui introduire le doigt dans le vagin. Comme dans le premier cas, l'idiotie avait fait des progrès rapides. La même opération fut pratiquée. L'enfant cessa de se livrer à ses manœuvres, et l'intelligence reparut tout entière.

(*Journ. des Conn. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 septembre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse l'ampliation d'un décret de S. M. l'Empereur, en date du 29 août, par lequel sont approuvées les modifications aux statuts primitifs de la Société de chirurgie de Paris, telles qu'elles ont été rédigées par la Compagnie.

— M. Larrey présente à la Société, au nom de M. Texier, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine d'Alger, une observation de rage recueillie sur un homme âgé de quarante-quatre ans, et communiquée par la morsure d'un chat. L'autopsie du chat a été faite. La rage s'est développée chez cet homme le trente-sixième jour après la morsure. Mort et autopsie.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. MARJOLIN. Je viens réparer quelques omissions que j'ai faites dans l'histoire de la petite fille dont j'ai entretenu la Société dans la dernière séance.

Le lendemain de l'opération, cette fille eut la rougeole, ce qui ne contribua pas peu à amener le gonflement et la gangrène des lèvres de la plaie faite à la face. De plus, le vingtième jour, les bouts des fragments se sont nécrosés, de telle sorte que nous avions le bénéfice de la perte de substance que quelques chirurgiens ont conseillé dans l'espoir d'établir plus sûrement une fausse articulation. Après l'opération, on pouvait facilement introduire deux doigts dans l'ouverture buccale. Pendant quelque temps cet état s'est maintenu; mais au fur et à mesure que le tissu cicatriciel se formait, l'ouverture diminuait, et aujourd'hui, au lieu de 2 centimètres d'écartement, nous n'en avons plus qu'un. Vous pouvez voir sur cette fille que j'ai amenée ici, qu'il existe des mouvements de latéralité assez grands dans la nouvelle articulation. M. Verneuil aurait désiré faire porter l'incision en avant du tissu cicatriciel, mais alors nous aurions été trop près de la symphyse et nous n'aurions pas retiré un grand avantage de notre opération.

M. VERNEUIL. J'ai observé quelques mouvements dans l'articulation temporo-maxillaire; mais ces mouvements, quoique moins prononcés, existaient avant l'opération. Néanmoins, il faut reconnaître que les principaux mouvements sont aujourd'hui dans la nouvelle articulation. Je voulais que l'on fît la section de l'os en avant du tissu cicatriciel, parce que ce tissu forme une sorte de gaîne inextensible, fibreuse, qui bride les mouvements de la nouvelle articulation. Du reste, dans les conditions actuelles, cette enfant ne souffre plus, parle, mange, et si ces résultats se démentent, il sera toujours facile de faire la section du tissu cicatriciel avec un ténotome. Tel qu'il est ce résultat est très-satisfaisant, et légitime parfaitement le choix de la méthode. C'est la deuxième opération faite en France, et il faut que désormais elle entre dans la pratique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LARREY met sous les yeux des membres de la Société le moule en plâtre d'une tumeur kéloïde, ayant à peu près le volume du poing, qui lui a été envoyée par M. Thomas Longmore (de Chatham). Cette tumeur siégeait à l'épaule gauche, et était survenue sous l'influence d'une cause heureusement inconnue en France. Elle était portée, en effet, par un soldat de l'armée anglaise qui, pour une peine disciplinaire, avait subi un assez grand nombre de coups de fouet qui avaient provoqué l'excoriation de la peau et déterminé ensuite dans le tissu cicatriciel la formation de cette tumeur.

DISCUSSION.

M. TRÉLAT. Il y a dans le service de M. Richet, à l'hôpital Saint-Louis, un malade qui porte une kéloïde opérée plusieurs fois et récidivée. Ce malade offre cela de remarquable que, chaque fois qu'il se gratte, il y a production de petites kéloïdes sur les égratignures. Je me demande si les coups de fouet n'ont pas agi de la même manière que les égratignures chez le malade de Saint-Louis.

M. BLOT. Il faut y regarder de bien près avant d'admettre avec M. Trélat que des kéloïdes peuvent se former sans tissu cicatriciel. Je profiterai de cette circonstance pour dire que l'on doit être très-réservé avant de se décider à altérer la peau soit au moyen des ventouses, soit au moyen des vésicatoires ou des saignées. J'ai en ce moment, à la Clinique, une série de femmes ayant des kéloïdes sur des égratignures, des cicatrices résultant d'emplâtres stibiés ou de ventouses scarifiées. Je crois qu'il faut réfléchir avant d'employer ces agents thérapeutiques.

M. CHASSAIGNAC. J'ai observé tout récemment une femme qui avait le corps couvert de kéloïdes survenues sur des cicatrices de ventouses scarifiées avec le bistouri. Chacune des sections était marquée par une kéloïde de la largeur du doigt. Néanmoins je pense que la rareté relative de ces faits ne doit pas empêcher d'avoir recours à ces applications thérapeutiques qui attaquent la peau. En agissant autrement, on sacrifierait l'utilité à une éventualité très-rare.

M. TRÉLAT. Je réponds à M. Blot que les petites kéloïdes se sont produites sous les yeux des observateurs et suivant le mode que j'ai indiqué. Le malade peut en faire paraître à son gré. Il y a là évidemment une prédisposition qui s'expliquerait par la présence d'une kéloïde ancienne qui a récidivé, et qui, d'abord locale, a fini par devenir générale.

M. LARREY. Je suis de l'avis de M. Chassaignac. Il serait fâcheux que l'on s'abstînt d'employer des agents précieux, indispensables pour la thérapeutique, en présence d'une éventualité si problématique. On sait combien mon père employait fréquemment les ventouses scarifiées, et jamais il n'a observé la moindre altération des cicatrices.

M. VELPEAU. Dans la crainte que ces quelques faits isolés ne fassent une mauvaise impression, je dois déclarer que très-souvent j'ai recours aux ventouses scarifiées avec le bistouri, et que jamais je n'ai observé de kéloïdes qui en fussent la suite. D'un autre côté, j'ai fréquemment observé des kéloïdes, et jamais je n'ai pu découvrir que les ventouses scarifiées les eussent produites. Je ne veux pas que l'on mette sur leur compte les accidents dont on vient de parler.

M. BLOT. Je suis de l'avis de mes collègues, et comme eux j'emploie les ventouses scarifiées, les ventouses, les vésicatoires, mais je crois que quelquefois on peut avantageusement remplacer ces moyens par des sinapismes, et qu'en présence de ces accidents possibles il ne faut pas abuser de tous ces moyens, qui altèrent la peau.

COMMUNICATION.

M. le docteur FAUVEL présente un malade sur lequel il fait voir aux membres de la Société un polype du larynx, et lit en même temps le travail suivant sur cette question :

Messieurs, voici le troisième exemple de polype du larynx que je rencontre sur le vivant depuis le mois de mai.

Le premier, sur une malade du service de M. Béhier : c'était une femme de trente-cinq ans, atteinte en outre d'un cancer du rectum très-avancé, ce qui m'a détourné de l'idée d'opérer le polype du larynx, ne voulant pas compromettre inutilement une opération nouvelle.

Cette femme est morte deux mois après, et l'autopsie a prouvé que le laryngoscope nous avait bien montré le siége, la forme du polype laryngien. M. Follin a fait dessiner la pièce pour son ouvrage de pathologie.

Le second cas est relatif à une jeune femme que m'a envoyée M. le docteur Millard; mais chez cette malade la muqueuse laryngée est tellement susceptible que le moindre attouchement amène de violentes contractions du tube aérien.

Aujourd'hui, au contraire, j'ai l'honneur de vous présenter un malade dont la glotte, fort docile, supporte très-bien le contact des instruments, et je viens vous demander avis et conseil sur l'opportunité d'une opération qui n'a pas encore été tentée en France, et qui ne l'a été qu'une fois à l'étranger par M. le professeur Victor de Bruns, à Tubingue, sur son frère Théodore de Bruns, conservateur de la bibliothèque royale à Berlin.

Il s'agissait d'un polype implanté un peu au-dessous de la corde vocale gauche, qui menaçait d'étouffer le malade pendant les efforts d'expiration. Quand M. Théodore Bruns faisait, au contraire, une grande inspiration, le laryngoscope montrait que le polype retombait par son poids contre les cerceaux de la trachée en avant. Ce polype, en forme de massue, avait 14 millimètres de longueur et 6 ou 7 millimètres d'épaisseur à sa partie la plus renflée.

A la lumière artificielle, il était d'un rouge jaunâtre pâle, et à la lumière solaire il paraissait blanc, avec des raies et des taches rougeâtres ou rouge bleuâtre transparentes.

Le malade était complétement aphone; il ressentit pour la première fois de la toux, de l'enrouement, en octobre 1858; pas de sensation de corps étranger dans le larynx. La toux disparut, l'enrouement persista et augmenta jusqu'à l'aphonie.

Ce ne fut qu'en septembre 1859 que le malade ressentit une douleur et une gêne dans le larynx; il disait avoir des glaires dans la glotte.

En janvier 1860, le docteur Lervin, de Berlin, examina le larynx au laryngoscope, et ne découvrit pas la tumeur; ce ne fut qu'en mars 1860 qu'il soupçonna la présence du polype. Enfin, en mars 1861, le polype fut bien vu sous toutes ses faces.

M. le docteur de Bruns développe longuement et judicieusement dans une monographie très-remarquable les raisons qui l'ont décidé à opérer son frère par la voie naturelle, par la bouche, et non par la voie artificielle, par la laryngotomie, que le professeur Ehrmann, de Strasbourg, avait si heureusement tentée en 1844 sur une jeune femme atteinte d'un polype laryngé. Tout le monde connaît cette belle observation, où l'opération réussit de tous points.

M. le docteur de Bruns fut aussi récompensé de sa tentative; il débarrassa son frère et de son polype et de son enrouement, mais par une ablation directe, sans ouverture sanglante des voies aérifères.

M. le professeur Czermak écrivait en 1859 que dans le cas de polype du larynx il ferait d'abord la laryngotomie, puis introduirait les instruments propres à déchirer le polype par une fenêtre pratiquée sur la convexité de la canule placée dans la trachée.

Mais aujourd'hui il tenterait l'ablation par la bouche; c'est du moins ce qu'il me disait il y a quelques jours à son retour de Londres, où il avait trouvé quatre cas de polype du larynx.

Voici en deux mots l'histoire du malade que j'ai l'honneur de vous présenter; il m'a été adressé par M. le docteur Desormeaux, qui l'a examiné au laryngoscope au commencement du mois d'août, et l'a cautérisé deux ou trois fois avec le crayon de nitrate d'argent.

Ce malade, M. F..., ouvrier en parapluies, âgé de quarante-deux ans, d'une bonne constitution, est atteint depuis 1854 d'une raucité de la voix, d'un enrouement chronique, qui dégénère souvent vers le soir en une aphonie complète. C'est à la suite d'un refroidissement subit, d'une sueur rentrée, selon son expression, que la voix a commencé à perdre son timbre normal.

Il fut pris d'une toux qui dura pendant un mois environ. Après la disparition de la toux, la voix resta voilée et alla toujours en s'obscurcissant jusqu'en 1856, époque à laquelle le malade fut en proie à des oppressions subites, au point de s'arrêter dans la rue et de tomber comme un homme ivre. J'étais, dit-il, suffoqué; je croyais que j'allais mourir asphyxié.

Peu à peu ces accidents se calmèrent, au point qu'en 1859 la respiration redevint complétement libre. Depuis deux ans surtout, il respire bien. Il n'a jamais ressenti de douleurs dans le larynx, ni la moindre sensation de corps étranger; quand il suffoquait, le siége de la douleur de l'oppression répondait à la région épigastrique et non à la région sous-hyoïdienne. A cette époque, de 1856 à 1859, il maigrit beaucoup, rendit quelques crachats sanguinolents, mais l'on ne constata aucun symptôme fonctionnel ou physique de phthisie.

Il fut soumis à l'usage de l'huile de foie de morue et du quinquina.

Le malade, interrogé sur ses antécédents, raconte qu'il a eu trois blennorrhagies et une orchite double, mais pas d'accidents vénériens primitifs ou éloignés.

Aujourd'hui il ne se plaint que de la fatigue apportée à l'exercice de la parole par ce besoin de toujours tousser pour se débarrasser d'une sorte de crachat, de glaire, qui lui semble obstruer sa glotte par intervalles. La voix est sourde, profonde, rauque, comme dans une laryngite aiguë et intense, et le soir elle s'éteint tout à fait; quelquefois aussi le malade ne parle qu'en chuchotant.

Si vous examinez le larynx à l'aide du laryngoscope, voici ce que vous trouverez :

Examen laryngoscopique. — A la partie gauche et antérieure de la glotte, au-dessus de la corde vocale gauche inférieure, et retombant sur elle, on voit un polype en forme de massue, gros comme un pois, paraissant s'insérer à la base de l'épiglotte, presque à sa partie médiane, au-dessous du tubercule de Czermak.

Ce polype, d'une couleur rouge, mamelonné, ressemble par ses caractères extérieurs aux polypes charnus sarcomateux des fosses nasales.

Il est très-mobile, quoique son pédicule soit très-court; il paraît sortir du ventricule gauche du larynx et y rentrer assez facilement dans certains sons poussés par le malade.

Si l'on examine attentivement la glotte, au moment où elle est complétement fermée par l'occlusion des cordes vocales supérieures, et si l'on suit leur mouvement de retrait pendant l'inspiration, on voit apparaître peu à peu la surface rouge du polype, qui était recouverte par la corde vocale supérieure gauche comme par un voile, puis le polype éprouve un soubresaut et vient tomber entre les cordes vocales inférieures, dans leur moitié antérieure.

Pendant l'expiration, alors que les cordes vocales inférieures se rapprochent, le polype remonte par un mouvement de bascule dans le ventricule gauche, et disparaît caché sous la corde vocale supérieure gauche.

Ces mouvements sont faciles à contaster. On touche très-bien ce polype avec les mors d'une pince recourbée, dont je soumets l'utilité à votre appréciation; elle a été faite exprès par M. Mathieu, d'après mes indications; en voici une autre faite par M. Charrière.

Je crois qu'il est inutile ici de pratiquer la laryngotomie pour enlever la tumeur laryngée, et que la belle et heureuse tentative du professeur Bruns doit être imitée aujourd'hui.

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je veux demander un simple renseignement à M. Fauvel. Je désirerais savoir s'il a expérimenté ses instruments sur le cadavre et s'il s'est assuré qu'ils sont suffisants pour atteindre et détruire un polype situé dans le larynx. M. Bruns ayant à faire une opération sur son frère atteint d'une sorte d'hypertrophie de la muqueuse laryngienne, a consacré une douzaine de pages de son Mémoire à l'exposition des difficultés qu'il a rencontrées pour porter ses instruments jusque dans le larynx.

Il faut voir combien il a fait d'essais, et en fin de compte il est arrivé à une instrumentation si complexe, que les instruments de M. Fauvel m'étonnent par leur simplicité. Avec ses instruments compliqués, M. Bruns a procédé encore avec beaucoup de lenteur. Il est vrai que le polype était constitué par un bourrelet muqueux, adhérent à la muqueuse par une sorte de mésentère qu'il a coupé à petits coups en quatre séances, je crois. Il devait faire une dernière séance, lorsqu'il eut la joie de voir le polype tomber de lui-même par la mortification de la dernière partie de son large pédicule. En présence de toutes les difficultés rencontrées par M. Bruns, je suis en droit de me demander si la simple pince de M. Fauvel sera suffisante, et c'est pour cela que je voudrais qu'il fît des essais sur le cadavre.

M. FAUVEL. Je ferai les essais que réclame M. Verneuil et d'après l'expérience acquise; je ne fais aucun doute qu'avec ma pince je puisse saisir et arracher un polype du larynx. C'est du reste avec cette pince que je me propose d'opérer le malade que je présente. Je me ferai un devoir de communiquer à la Société le résultat de mes expériences et de mon opération.

AUTRE COMMUNICATION.

M. RICHET. J'ai reçu de M. Lagarde une observation de résection de la mâchoire inférieure, accompagnée d'une pièce anatomique enlevée pendant l'opération.

Voici cette observation.

Tumeur de la mâchoire inférieure. — Opération. — Examen de la tumeur.

B... (Paul-Théophile), ouvrier tanneur à Amboise (Indre-et-Loire), âgé de trente-sept ans, est porteur d'une tumeur développée dans l'épaisseur du maxillaire inférieur, sur la ligne médiane. Voici ses antécédents :

Artilleur pendant sept ans, tant en France que dans les colonies, il n'a jamais eu de maladies notables. Mais depuis deux ans environ, il est gastralgique. Plusieurs médications ont assez difficilement combattu cet état, qui depuis quelques mois s'est cependant amélioré. C'est un homme de haute taille, maigre, un peu pâle, énergique au moral, mais délicat. Aucun membre de sa famille n'a présenté de tumeur analogue à la sienne.

Il y a deux ans que B... s'est ressenti d'une douleur dans la pointe du menton. Cette douleur n'a jamais été très-forte, mais elle a toujours

persisté. Les dents non cariées étaient douloureuses. Dès ce moment, il a été obligé de mâcher sur les côtés. La mauvaise mastication a pu influer sur sa gastralgie.

Non observé à cette époque, car il ne parlait pas de cela, il sentait lui-même une grosseur, comme il le dit, se développant dans le maxillaire et faisant saillie en arrière. La tumeur a cru ainsi lentement de bas en haut. Il y a six mois, les quatre incisives devinrent branlantes. Ce n'est que depuis deux mois que la tumeur a pris du développement, et dans six semaines, de peu apparente qu'elle était, au dire du malade, elle est devenue ce qu'on la voit aujourd'hui. Elle occasionnait, au moment de l'opération, une douleur assez vive quand on la touchait et quand le malade appuyait dessus par mégarde en mangeant; elle gênait aussi notablement pour parler.

Le dimanche 17 août dernier, je vois la tumeur pour la première fois. Les quatre incisives ne la surmontent plus; les deux canines sont branlantes, ainsi qu'une première petite molaire à gauche. Je sens avec le doigt une tumeur de consistance ferme et élastique, que je puis ébranler un peu d'avant en arrière. En arrière, elle fait saillie comme le bout du pouce à peu près. Elle mesure la hauteur de la branche horizontale du maxillaire, et s'étend d'une première petite molaire à l'autre. Elle est recouverte en avant d'une lame osseuse très-mince à gauche, et à droite la lame osseuse a disparu; la muqueuse la recouvre presque seule. Par ce point, cette tumeur aurait pris un développement antérieur, qui eût repoussé la lèvre. En arrière, l'os la protége plus efficacement. Je cherche minutieusement des ganglions dans le voisinage, et n'en trouve pas; mais quand ils commencent à se prendre, on peut très-bien ne pas les constater. Plusieurs fois, en enlevant des tumeurs cancéreuses du sein et en recherchant par la dissection des ganglions assez gros dans l'aisselle, j'en ai trouvé de très-petits, évidemment transformés, et que le doigt ne constatait pas sous la peau.

Je pensai immédiatement à enlever cette tumeur, de nature évidemment maligne. L'absence de ganglions malades me fit concevoir l'espérance d'une guérison parfaite. Mais je crus devoir extirper radicalement la tumeur, en faisant l'ablation de la partie antérieure de la mâchoire. Oter d'abord la tumeur en la disséquant, et cautériser ensuite avec le caustique de Filhos son point d'émergence, ne me paraissait pas satisfaisant. D'un côté, opération plus longue, puisque la cautérisation pouvait être employée plusieurs fois, pour arriver à guérison; nécessité peut-être d'en venir ensuite à une résection complète du point malade. D'un autre côté, opération simple, nette, enlevant le mal, ne privant pas le maxillaire d'une grande partie de sa diaphyse, possibilité d'une cicatrisation rapide (ce qui a lieu sous mes yeux). Je me décidai pour ce dernier parti, qui me paraissait le plus logique et d'une chirurgie plus sûre.

J'ai employé le procédé de Dupuytren: incision sur la ligne médiane de la lèvre, prolongée jusqu'à l'hyoïde; dissection des deux lambeaux en rasant l'os; section de la muqueuse un peu en dehors des limites de la tumeur, en avant et en arrière; arrachement de la première petite molaire de chaque côté. Je me suis servi de la scie à chaîne, que j'ai trouvée plus commode, et avant la section des attaches de la langue, j'ai passé un bon fil double à la base du frein de cet organe; une seule artère linguale a été liée. J'ai fait la suture entortillée avec cinq épingles, et j'ai fixé le fil de la langue à l'une d'elles. J'ai approché les joues mollement avec un bandage et des compresses.

Suites de l'opération. — L'opération a été pratiquée le 22 août, à huit heures du matin. Pendant vingt-quatre heures, suintement de salive sanguinolente, abondante; douleur assez forte, mais supportable. Le malade peut boire un peu de bouillon avec une sonde mise sur le côté de la bouche. Le samedi soir 23, fièvre assez violente, avec toux; potion calmante, petits paquets de morphine et de craie. La fièvre tombe le dimanche soir; le suintement devient clair. Bouillons, vin; je fais faire des injections miellées et vinaigrées. Le septième jour, j'ôte les épingles; réunion parfaite, solide. Le malade prend des potages plus épais.

Aujourd'hui, quinzième jour après l'opération, la lèvre est très-solide; des bourgeons charnus se développent sur les coupes du maxillaire, dont les parties tendent à se rapprocher et se tiennent un peu dans le bas.

J'ai examiné cette tumeur avec un microscope Nachet; mais je n'ai pas, je crois, un grossissement assez fort. J'apprends positivement par M. le docteur Richet, qui veut bien se charger de présenter la pièce à la Société de chirurgie, qu'elle est de nature fibreuse ou fibro-plastique; elle ne présente pas de myéloplaxes. Toujours est-il que, cliniquement, cette tumeur est de la classe des tumeurs malignes, et que son ablation bien entière peut mettre le malade à l'abri d'une généralisation de ce tissu. Car sait-on comment les tumeurs de ce genre se généralisent? Le font-elles en quelque sorte d'une manière fatale, en ce sens qu'il y aurait en divers points de l'économie à la fois divers germes prêts à se développer; ou bien l'absorption emporterait-elle au loin des molécules de ces tumeurs, sortes de graines prêtes à se développer dès qu'elles sont fixées quelque part? Il me paraît donc plus sage, en somme, de faire l'ablation entière de la tumeur en la circonscrivant dans des tissus sains, toutefois aussi économiquement que possible. Le malade sort, et la perte de substance qu'il a subie n'altère en rien l'expression de ses traits; le fait n'a pas encore assez vieilli pour juger de la solidité future de la mâchoire.

Je n'aurais pas publié ce fait avant la guérison définitive s'il ne s'était agi pour moi d'être fixé sur la nature histologique de la tumeur, et si la discussion qui a eu lieu dernièrement à la Société de chirurgie sur les tumeurs du maxillaire à myéloplaxes n'avait pas coïncidé pour moi avec la nécessité de débarrasser mon malade de son mal, et si je n'avais pas dû y puiser personnellement des connaissances nouvelles pour l'avenir, tant sur la nature des tumeurs de ce genre que sur le meilleur mode opératoire à leur appliquer.

Quant à la tumeur, continue M. Richet, je pense qu'elle est formée par du tissu fibreux renfermant des fibres de tissu fibro-plastique. L'examen microscopique a été fait par M. Damasquino, interne distingué de mon service.

DISCUSSION.

M. HOUEL. Il serait utile de savoir dans quelle proportion se trouvaient les éléments fibro-plastiques.

M. RICHET. Environ pour un tiers. Il faut cependant reconnaître que la pièce était un peu altérée; elle avait au moins trente-six heures, de sorte que cette proportion n'a pu être établie d'une manière rigoureuse.

M. HOUEL. Pour moi, cette tumeur rentre dans la catégorie des tumeurs fibreuses, ce qui me fait peu redouter une récidive. Je ne nie point cependant que ces tumeurs ne soient pas sujettes à la récidive, puisque Paget en a montré des exemples. Ces tumeurs fibreuses renferment, en effet, presque toutes une quantité plus ou moins grande de fibres de tissu fibro-plastique et même des cellules fusiformes. Ici, cette proportion d'un tiers de ce dernier tissu n'est pas suffisante pour la mettre au rang des tumeurs fibro-plastiques. Je classe donc plus volontiers cette tumeur dans les fibromes. En effet, elle est dense; elle crie sous le scalpel; elle renferme même une lame ossifiée dans son centre. Or, c'est là un des caractères les plus saillants des tumeurs fibreuses.

M. RICHET. Nous sommes d'accord, M. Houel et moi, pour placer la tumeur dans la classe des fibromes. Seulement, en voyant les éléments de tissu fibro-plastique, je me suis demandé s'il n'y avait pas de crainte de récidive. Quant à sa consistance, il faut reconnaître qu'elle a été modifiée considérablement par le séjour dans l'alcool. De pulpeuse qu'elle était, elle était devenue dure sous l'influence de cet agent, qui a la vertu de durcir tous les tissus, au point que des polypes muqueux, après un séjour dans ce liquide, ont pu être pris au premier abord pour des tumeurs fibreuses. Avant d'avoir séjourné dans l'alcool, on devinait facilement, par sa mollesse, qu'elle devait présenter du tissu fibro-plastique. M. Lagarde, qui l'a observée après son opération, la croyait de la nature des myéloïdes. Je suis d'autant plus d'avis de la ranger dans les tumeurs fibreuses, qu'elle est née dans le périoste alvéolo-dentaire et qu'elle a embrassé dans son développement une lamelle osseuse. Je ferai remarquer néanmoins qu'il y a crainte de récidive, à cause des éléments fibro-plastiques qu'elle contient. Enfin, je dois ajouter, en terminant, que cette tumeur diffère de la mienne en ce qu'elle se prêtait à l'énucléation.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Coty, né à Mélamare (Seine-Inférieure); *De la myopie et de l'hypermétropie.*

Gaillard, né à Saint-Maurice en Rivière (Saône-et-Loire); *Du cancer primitif du poumon.*

Didiergeorge, né à Bruyères (Vosges); *Des hémorrhagies survenant dans la fièvre typhoïde.*

Huc, né à Narbonne (Aude); *De la variole congénitale.*

Franche, né à Viels-Maisons (Aisne); *Du traitement des fistules à l'anus par écrasement linéaire.*

Sempé, né à Bazet (Hautes-Pyrénées); *Des maladies de la peau dans lesquelles on observe des parasites végétaux.*

Gautherin, né à Perrigny-sur-Serein (Yonne); *Des hémorrhagies utérines puerpérales.*

Jousseaume, né à Vervant (Charente-Inférieure); *Des végétaux parasites de l'homme.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le préfet de la Loire-Inférieure vient de prendre l'arrêté suivant :

« Considérant que, dans l'intérêt moral et financier du département, il importe de voir diminuer le nombre des enfants abandonnés;

» Considérant que, par leurs conseils, les sages-femmes peuvent exercer une puissante influence sur la détermination des mères, au moment d'abandonner ou de conserver leurs enfants;

» Considérant qu'il est juste et utile de récompenser les sages-femmes qui, par leurs bons avis, engagent les mères à élever leurs enfants nouveau-nés;

» Sur le rapport de l'inspecteur des établissements de bienfaisance,

» Arrêtons :

» Article 1er. Une prime de 60 fr. sera allouée à la sage-femme qui, dans le cours de l'année, aura présenté le plus grand nombre de demandes en admission au secours départemental accordé aux enfants naturels par notre arrêté ci-dessus visé.

» Art. 2. Une prime de 40 fr. sera également allouée à la sage-femme qui, dans les mêmes conditions, approchera le plus du maximum des demandes de secours.

» Art. 3. Ces primes seront délivrées dans la première quinzaine du mois de janvier de chaque année, à partir de 1863.

» Art. 4. L'inspecteur départemental des établissements de bienfaisance est chargé de l'exécution du présent arrêté. »

— M. Em. Desportes, ancien élève de M. Moreau (de Tours), à Bicêtre, vient d'être nommé interne à Charenton.

— L'asile du département de l'Eure, à Evreux, est en voie de construction. Grâce au louable empressement des autorités locales, et à l'activité de M. Bourguignon, l'habile architecte qui en a conçu le plan et qui en dirige les travaux, tout porte à espérer qu'il ne tardera pas à recevoir sa destination. Son emplacement sur une pente inclinée, en face d'une belle vallée et de l'ancien château de Navarre, est des plus favorables. Sa superficie dépassant 60 hectares, dont 47 en bois couronnant le coteau, permettra, outre le développement des occupations agricoles, d'y opérer sur une large échelle les plus fructueuses installations.

— La Société universelle d'ophthalmologie tiendra sa prochaine session à Paris les 30 septembre, 1er, 2 et 3 octobre prochains, à une heure, dans la salle du Grand-Orient de France, rue Cadet, 16.

Les cartes d'entrée sont délivrées le 29 septembre, de midi à quatre heures et de six à huit heures du soir, et le 30 septembre, de huit à dix heures du matin, chez M. le docteur Wecker, rue du Faubourg Saint-Honoré, 3.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'opération césarienne après la mort de la mère, réponse à M. le docteur Depaul, par M. le docteur VILLENEUVE, professeur d'accouchement, etc. 1862. Un volume in-8° de 160 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, 17, rue de l'École de Médecine.

Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs, par Ambroise TARDIEU, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. 4e édition, accompagnée de trois planches gravées. In 8° de 224 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 111. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 111. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 SEPTEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'étude du goître, de son origine et des moyens de le prévenir ou de l'éteindre, est une de celles qui préoccupent le plus vivement l'administration et les hommes de science qui sont le mieux en mesure de se livrer à des recherches utiles sur cet important sujet. M. Baillarger, à qui nous sommes déjà redevables d'intéressants travaux sur cette question, vient de communiquer à l'Académie, par l'intermédiaire de M. Rayer, un Mémoire qui nous paraît de nature à éclairer d'un jour nouveau plusieurs points de l'histoire de cette affection.

En constatant, en effet, l'existence fréquente du goître dans plusieurs espèces animales domestiques qui vivent dans les contrées où le goître et le crétinisme existent endémiquement chez l'homme, en montrant surtout sa prédominance marquée chez les mulets, ainsi qu'on le verra dans l'extrait publié dans le compte rendu, M. Baillarger a mis du même coup deux faits importants en lumière, savoir : la généralité d'action des causes productrices du goître, et le rapport au moins curieux qui paraît exister entre la prédisposition particulière des mulets au goître, et la dégénérescence crétineuse, quand on se rappelle surtout que la stérilité est un des caractères du crétinisme. Mais ce qui ressort par-dessus tout de la constatation de ces faits, c'est la possibilité d'instituer désormais des expériences qui permettraient de contrôler l'exactitude des faits avancés relativement à l'influence des eaux magnésiennes sur la production du goître, et de préparer ainsi la solution de quelques-unes des questions qui se rattachent à l'étiologie de cette affection.

— M. Schiff a présenté dans cette même séance un nouveau Mémoire relatif à l'influence des centres nerveux sur la température. Ce ne sera qu'après l'exposition complète des travaux de l'auteur sur ce sujet, qu'il nous sera possible d'en apprécier la portée. — Dr Brochin.

Nous avons entretenu plusieurs fois déjà nos lecteurs des importantes réformes qui vont être prochainement effectuées dans le service des aliénés du département de la Seine. On lira avec intérêt l'appréciation que vient de faire de cet utile projet M. le docteur E. Renaudin, si essentiellement compétent en pareille matière, comme tout le monde le sait, ainsi que les judicieuses réflexions qu'il lui a inspirées, sous le double point de vue de l'assistance et de l'enseignement. Voici en quels termes s'exprime à cet égard notre savant confrère, dans la dernière livraison des *Annales médico-psychologiques* (juillet 1862) :

La commission instituée par M. le préfet de la Seine pour étudier les réformes à opérer dans le service des aliénés de ce département, a fait imprimer les procès-verbaux de ses séances, à la suite d'un remarquable rapport dans lequel M. Ferdinand Barrot a résumé ses intéressantes discussions. Après une étude approfondie de toutes les questions, elle est arrivée à sanctionner le programme que M. le baron Haussmann avait formulé avec cette claire décision et cette puissante initiative qu'il applique à tous les détails de sa vaste administration. Pour elle, l'aliénation mentale n'est pas seulement un danger qu'il faut écarter, c'est surtout une infirmité ou une maladie à laquelle la loi de 1838 a donné droit de cité dans le large domaine de l'assistance publique. Aussi la voyons-nous admettre sans discussion les épileptiques, les imbéciles, les idiots, que bien des conseils généraux veulent priver du bénéfice de la loi. Tout le monde applaudira à la généreuse et intelligente initiative qui a vérifié les travaux de la commission, au noble langage qui a précisé la signification de ses décisions et aux vues larges sur l'adoption desquelles tout le monde a été d'accord. Utilité et convenance de la réforme, importance de cette œuvre considérable, légitimité de cette dépense obligatoire, insuffisance et inconvénients du service actuel, imminence de l'accroissement du nombre des aliénés au delà des limites actuelles, application large de toutes les conquêtes de la science à l'organisation du service, tels sont les points fondamentaux sur lesquels la commission a été unanimement d'accord avec l'éminent magistrat qui la présidait. Aussi la voyons-nous proclamer bien haut par l'organe de son rapporteur que la réorganisation du service des aliénés est une dette sacrée qu'il faut acquitter largement, et qu'on ne peut mettre trop de dévouement au service de cette désespérante infirmité. Cette première donnée était la conséquence nécessaire de l'enquête minutieuse entreprise, d'après les ordres de M. le préfet de la Seine, par notre savant confrère le docteur Girard de Cailleux.

Réduit aujourd'hui à la condition de quartier d'hospice, le service des aliénés de la Seine est vis-à-vis des asiles de province dans un état d'infériorité que ne peuvent cacher ni la sollicitude incontestable de l'administration, ni le mérite des savants médecins qui en ont la direction médicale. Il faut donc lui donner son autonomie, le rattacher plus étroitement à la direction de l'autorité centrale, et créer une organisation qui s'approprie à toutes les éventualités de l'avenir. Le nombre actuel des aliénés est de 4,213, il arrivera au chiffre de 6,000; il y aura donc lieu de construire dix asiles avec un effectif maximum de 600 pour chacun. Nous admettons difficilement que cette limite soit infranchissable et nous la porterions volontiers à 700 ou 800. Ce serait dans la fondation générale une économie de 3 ou 4 millions, ce serait un gain de temps, sans compter d'autres avantages économiques sur lesquels nous ne reviendrons pas ici....

En appliquant sa sollicitude aux intérêts de l'humanité, la commission n'a pas oublié ceux de la science, et elle a naturellement compris dans le programme des questions à résoudre la régularisation d'un enseignement que des maîtres illustres ont déjà rendu célèbre. Mais en approuvant le principe, nous avons à faire quelques objections en ce qui concerne les moyens d'exécution. Les maîtres n'ont pas fait défaut jusqu'alors, et quelque imparfaite que soit l'organisation du service, elle n'a jamais empêché les élèves de profiter des avantages qui leur ont été libéralement offerts. Mais leur indifférence provient de ce que l'aliénation mentale n'est pas comprise dans le programme des examens. On en parle à peine en médecine légale et lors du cinquième examen, on n'est jamais exposé à rencontrer un aliéné parmi les cas dont on est appelé à préciser le diagnostic. L'internat convenablement organisé suffira toujours au recrutement du personnel des asiles, et les établissements de province, quelque dédain qu'on leur témoigne, ont fourni un contingent qui a sa valeur. Mais la clinique projetée doit avoir une tout autre portée. C'est par elle que doivent se vulgariser des connaissances auxquelles la majorité des praticiens reste étrangère, et qui leur sont d'autant plus utiles qu'ils assistent au début de l'affection, qu'ils ont l'occasion d'observer la période d'incubation, que chargés du traitement prophylactique ou initial, ils doivent préciser l'instant où l'isolement est devenu nécessaire.

Nous appuyons d'autant plus sur cette donnée fondamentale, qu'on reconnaît déjà la difficulté ou même l'impossibilité de placer au centre de Paris l'asile clinique tel qu'il avait été conçu dès le principe, c'est-à-dire constitué par quatre services distincts, ayant soixante-quatre divisions et organisé sur les bases d'un asile ordinaire avec tous les éléments d'une activité industrielle et agricole. Placé hors de Paris, cet asile sera moins fréquenté que la Salpêtrière et Bicêtre, et l'attrait d'un transport gratuit ne conduira pas mieux les élèves à Issy que partout ailleurs.

Les visites à Stéphansfeld sont à Strasbourg un épisode du cours d'aliénation mentale que le docteur Dagonet professe principalement au siége de la faculté. Pour que cet enseignement clinique porte ses fruits, il faut que non-seulement il devienne obligatoire, mais qu'il soit à la portée des élèves qui encore se décideront difficilement à en profiter.

Une importante réforme provoquée par la commission nous paraît susceptible de fournir la solution du problème. Au dépôt de la préfecture de police, la commission propose de substituer un bureau central d'admission d'où les aliénés seraient ensuite répartis dans les différents asiles suivant le caractère de la maladie ou au prorata des places vacantes. Qu'on étende un peu l'application de cette idée, que ce bureau d'admission prenne les proportions d'une maison de santé comme on en trouve dans l'intérieur de Paris; que ce petit asile puisse renfermer soixante-dix malades incessamment renouvelés, qu'un amphithéâtre y soit disposé pour les cours, qu'un professeur y soit attaché avec un caractère officiel, qu'un médecin adjoint y remplisse les fonctions de sous-directeur, que des internes éprouvés y soient chargés de la rédaction de notices médicales sérieuses, qu'un comptable y veille à tous les détails matériels, et toutes les indications y seront remplies pour fournir les éléments les plus variés d'un enseignement théorique et pratique, vulgarisant les connaissances nécessaires à tous, car il porterait par année sur sept cents cas environ offrant toutes les formes typiques, présentant la maladie dans toutes ses périodes, donnant matière à l'application de toutes les méthodes, et faisant ainsi tourner au profit des élèves et des malades ces premières formalités d'une enquête préalable. Cette part nous paraît être la seule qu'on puisse faire à l'enseignement public. Quant à l'enseignement spécial et professionnel, nous en trouvons les conditions essentielles dans une bonne organisation de l'internat, véritable et unique pépinière des médecins adjoints et des chefs de service.

CLINIQUE COLONIALE.

Remarques sur la marche des ulcères en Cochinchine.

Par M. Ch. CRAS, chirurgien de marine.

L'inflammation ulcérative suit-elle en Cochinchine une marche particulière telle qu'il nous soit impossible de la caractériser à l'aide des données ordinaires de la pathologie chirurgicale; et l'*ulcère de Saigon* a-t-il des titres suffisants pour prendre dès ce moment place à côté des ulcères exotiques de nature spéciale?

Telles sont les deux propositions que j'essayerai de discuter dans ce travail.

Je ne parle ici que de la basse Cochinchine, c'est-à-dire de Saigon; n'ayant jamais observé à Tourane, où je n'ai fait que passer (1).

Tout d'abord, il importe de ne pas confondre dans une même description Européens et Chinois. Chez ces derniers, en effet, nous nous trouvons en présence d'éléments divers qui viennent compliquer singulièrement le problème; et si nous voulons observer la marche de l'ulcération en Cochinchine, il faut commencer par l'étudier dans toute sa simplicité, sur un terrain vierge de syphilis héréditaire, de lèpre et autres affections cutanées. Ceci m'amène tout naturellement à diviser mon travail en deux parties : dans la première, celle qui nous intéresse surtout, j'exposerai la marche de l'ulcération chez les Européens, telle qu'elle m'a paru ressortir de mes observations personnelles; dans la seconde, je soumettrai les réflexions que m'a suggérées l'examen d'un grand nombre d'ulcères développés sur des Chinois et des Cochinchinois.

ULCÈRES DES EUROPÉENS. — Il ne faudrait pas s'imaginer que les ulcères sont actuellement très-communs chez les Européens. Si dans la salle des blessés à Saigon on en observe un certain nombre (30 à 35 au plus), c'est que les hommes qui en sont porteurs font généralement un très-long séjour à l'hôpital, qu'ils s'y accumulent pour ainsi dire, les sorties n'étant pas en rapport avec les entrées. Ce fait admis, nous devons néanmoins nous demander quelles sont les causes qui transforment les plaies les plus simples en apparence, les contusions les plus légères, en ulcères interminables et quelquefois mortels.

Ces causes sont de plusieurs ordres :

1° Le siége de la lésion initiale;
2° La chloro-anémie;
3° L'altération des os superficiels;
4° La pourriture d'hôpital;
5° La gangrène;
6° Comme éléments accessoires, nous devons signaler la scrofule et parfois la syphilis.

I. *Siége de la lésion initiale.* — Le plus souvent la plaie initiale siége à la partie inférieure de la jambe, dépassant rarement en haut le tiers moyen de celle-ci. Sur 12 cas (je parle d'ulcères étendus) j'en compte 5 à la région malléolaire interne; 3 à la région malléolaire externe; 2 à la face interne de la jambe (tiers inférieur); 1 au tiers moyen (face externe); 1 à la région postérieure, au-dessus des insertions du tendon d'Achille et sur ce tendon.

Ainsi, la plupart des plaies de début se trouvaient placées au niveau du portage de la guêtre ou du soulier. Les hommes ne se présentaient pas immédiatement à la visite, parce qu'ils considéraient leur blessure comme trop légère, ou bien parce qu'ils ne voulaient pas se faire exempter au moment d'une expédition projetée. Ils continuaient leur service, partaient en campagne, couraient les marais, laissant la plaie à l'air libre sans aucune espèce de pansement, ou bien exposée aux frottements de la chaussure. Ils ne se décidaient à réclamer l'exemption de service que lorsque l'affection avait déjà fait des progrès souvent considérables.

II. *Chloro-anémie.* — C'est un élément dont l'importance a été reconnue par tous. Soit qu'elle dépende du séjour prolongé au lit, soit qu'elle provienne d'accès de fièvre antérieurs ou de l'action débilitante du climat, elle exerce une influence fâcheuse sur la marche de l'ulcération. L'appauvrissement du sang, en effet, bien loin de restreindre l'inflammation, active au contraire le travail morbide, provoque les hémorrhagies, partant la gangrène, et, en retardant la guérison, ouvre la voie aux autres complications.

J'ai toujours vu, à la suite d'accès de fièvre répétés, la surface des ulcères anciens devenir saignante et fongueuse.

III. *Altération des os.* — Cette complication n'a peut-être pas toujours été appréciée à sa juste valeur. Vous la trouverez partout où un ulcère ancien repose sur des téguments en rapport avec des os superficiels (face interne du tibia, malléoles, etc.). L'existence de cet élément morbide, ainsi qu'on le verra plus tard, exige beaucoup d'attention de la part du chirurgien et devra souvent modifier sa manière d'agir. Ce n'est plus alors la

(1) Dans le Mémoire inséré par M. le docteur J. Rochard dans les *Archives de médecine* (juin 1862), l'éminent professeur de l'École de Brest a surtout en vue les ulcères de Tourane.

lésion tégumentaire qu'il importe de combattre, il faut s'adresser à la lésion profonde. J'ai remis entre les mains de M. Marcelin Duval, directeur du service de santé à Toulon, deux tibias provenant d'hommes décédés à la suite d'ulcères étendus; ces deux pièces pathologiques présentent les signes non équivoques d'altérations graves du tissu osseux (ostéite et carie).

Il faut rattacher cette complication :

1° A la nature de la lésion première (contusion plus ou moins violente, coup de pied de cheval, etc.);

2° A la persistance de l'inflammation sur des téguments en rapport immédiat avec les os;

3° Enfin à la pourriture d'hôpital.

IV. *Pourriture d'hôpital.* — Je ne crains pas d'avancer que c'est à la pourriture d'hôpital qu'il faut attribuer la plupart des accidents graves que l'on a eu à déplorer. Cette complication des plaies apparaît avec une facilité extraordinaire : tantôt superficielle, et cédant rapidement à l'application des caustiques les moins violents; tantôt, au contraire, se montrant avec des caractères de malignité qu'il importe d'enrayer au plus vite par des cautérisations énergiques. Disséquant les muscles en détruisant le tissu cellulaire, produisant la nécrose des os superficiels, s'attaquant aux gaînes artérielles et nerveuses, provoquant des hémorrhagies redoutables, c'est elle qui, après avoir désorganisé profondément les tissus qu'elle envahit, donne lieu à ces pertes de substance, à ces paralysies locales que l'on observe quelquefois après la guérison.

Elle se montre sous la forme ulcéreuse et pulpeuse; toutefois la première forme m'a paru plus commune. Son invasion est en général assez brusque; il m'est arrivé fréquemment de trouver, à la visite du matin, deux ou trois petites ulcérations grisâtres et caractéristiques sur une plaie que j'avais laissée la veille couverte de bourgeons charnus du plus bel aspect. Son apparition coïncide avec l'existence d'une vive douleur localisée aux points qu'elle envahit. Tantôt ces ulcérations à fond grisâtre, entourées d'un bourrelet pulpeux, s'élargissent par leurs bords et se réunissent pour n'en former qu'une seule plus ou moins étendue; tantôt toute la surface de l'ulcère est envahie du premier coup, et recouverte d'une toile blanchâtre et pulpeuse; sur les bords, on remarque parfois des phlyctènes, sans rougeur inflammatoire.

Dans le premier cas, la cicatrisation continue à s'opérer sur les points restés intacts; mais le terrain que vous gagnez là est amplement compensé par les effets de la dégénérescence putride qui a envahi d'autres points. Toutefois, si la nature des tissus vous permet d'user largement de la cautérisation, vous ne tardez pas à vous rendre maître de tous les accidents. Dans le deuxième cas, tandis que le centre de la plaie que vous avez heureusement modifié se déterge et se couvre de bourgeons charnus vermeils, vous voyez les bords s'affaisser, se flétrir et prendre une teinte violacée. Si vous glissez alors le stylet sous les téguments qui circonscrivent l'ulcère, vous les trouverez décollés dans l'étendue de 1, 2, 3 centimètres; la pourriture d'hôpital, chassée du centre de la plaie, poursuit sa marche excentriquement, ce qui vous donne l'occasion, à chaque pansement, d'emporter à coups de ciseaux quelques millimètres de peau mortifiée. C'est ainsi que j'ai vu les jumeaux mis à nu depuis le tiers inférieur de la jambe jusqu'au creux poplité. Les fonctions s'altèrent, la peau est chaude et sèche; si l'on ne parvient pas à enrayer la marche de ce travail désorganisateur, le malade meurt dans l'étisie.

D'autres fois, dans les gouttières rétro-malléolaires, par exemple, vous verrez la pourriture d'hôpital, respectant les bords, agir profondément, se glisser sous le tendon d'Achille, qu'elle dissèque et dont elle amène l'exfoliation partielle; mettre à nu une branche artérielle importante, amener la rupture de ses parois, et emporter par la dégénérescence putride quelque branche nerveuse destinée au pied. Bien heureux si vous n'avez rien à déplorer du côté des malléoles. J'ai soigné dernièrement, à bord de *la Garonne*, un chasseur à pied dont l'artère tibiale postérieure a été ainsi ouverte; après la cicatrisation complète, on observait une paralysie partielle du pied avec diminution notable de la sensibilité.

On a voulu, je crois, considérer comme un caractère propre à l'ulcère de Cochinchine la facilité avec laquelle il récidive dans certaines circonstances. Il faut s'en prendre à la pourriture d'hôpital; quelquefois pourtant c'est une poussée inflammatoire dont le point de départ est dans l'altération des os sous-jacents. Dans le premier cas, passez le fer rouge sur cette ulcération grisâtre qui menace de défaire rapidement ce que vous avez péniblement conquis; dans le second cas, employez les antiphlogistiques et les émollients pour calmer la tuméfaction des bords de la plaie.

Il ne serait pas difficile d'énumérer longuement les causes qui, à Saigon, peuvent provoquer la pourriture d'hôpital. Nous n'avons là en somme qu'un hôpital provisoire, fort bien installé, il est vrai, mais insuffisant pour les besoins du service. Blessés et fiévreux se sont trouvés souvent confondus dans une même salle. Quelles conditions plus favorables au développement de cette complication : température élevée favorisant les émanations putrides provenant d'un grand nombre de plaies ou de selles dyssentériques?

Je crois utile de signaler en quelques mots ce qui s'est passé à bord de la *Garonne* pendant ma traversée de retour. J'étais chargé du service des blessés et des vénériens. Les premiers provenaient de Saigon; presque tous étaient porteurs d'ulcères à la jambe : deux de ces ulcères présentaient à l'arrivée à bord des plaques de pourriture d'hôpital. Les vénériens provenaient d'une évacuation de l'hôpital militaire de Shang-haï; un grand nombre d'entre eux étaient porteurs de bubons en voie de cicatrisation.

Qu'est-il arrivé?

Malgré toutes les précautions, la pourriture d'hôpital s'est généralisée. Les bubons presque cicatrisés se sont ouverts *et ont présenté le même aspect que l'ulcère de la jambe.*

Chez l'un de ces malades, l'aponévrose du grand oblique et le pilier inférieur, au point où il se contourne pour former le ligament de Gimbernat (on observait très-bien cette réflexion du pilier), ont été mis à nu. Grâce à des cautérisations hardies et à des soins minutieux, tous les accidents ont cessé, et le soldat en question est rentré à Toulon presque guéri. L'excavation, qui au début aurait facilement logé le poing, était réduite à la largeur d'une pièce de 2 francs, par suite du bourgeonnement rapide du fond et des bords.

V. *De la gangrène.* — Il faut bien distinguer la mortification qui résulte de la pourriture d'hôpital de la gangrène proprement dite. Or, la gangrène ici se montre le plus souvent dans les circonstances suivantes :

1° Elle est la terminaison naturelle d'une inflammation violente, surtout lorsqu'elle se montre sur des sujets *profondément débilités.*

2° Lorsque de petites hémorrhagies se renouvellent fréquemment à la surface de ces vastes ulcères atoniques, le sang coagulé s'altère et devient, par son contact, le point de départ de plaques gangréneuses.

3° Il arrive quelquefois, lorsqu'une perte de substance considérable de la jambe interrompt la circulation du pied, de voir ce dernier s'œdématier et être envahi par la gangrène. Ce n'est là qu'un épiphénomène dont la cause est toute physiologique.

4° Enfin, ces ulcérations noirâtres, que l'on observe parfois à la surface de vieux ulcères reposant sur la malléole interne, ne sont pas toujours dues au sphacèle des tissus mous exclusivement; elles sont causées par une carie sous-jacente atteinte partiellement de nécrose, ainsi que je l'ai observé deux fois.

Marche de l'ulcération. — Nous sommes actuellement en mesure d'esquisser la marche suivie par l'ulcération en Cochinchine. Le point de départ est une contusion plus ou moins violente au niveau des os superficiels de la jambe; quelquefois une piqûre de moustique qui s'enflamme, une excoriation déterminée par le frottement de la chaussure, une plaie contuse, etc. La lésion primitive repose sur des téguments qui, par leur nature, *sont le plus aptes à servir de support à l'ulcération :* la moindre irritation provoque cette dernière. La période inflammatoire est plus ou moins violente. L'appauvrissement du sang que l'on observe chez les hommes depuis longtemps dans ces pays, donne du premier coup à ces ulcères, en dehors de toute autre complication, la forme atonique. Bientôt, sous l'influence des causes signalées plus haut, la pourriture d'hôpital vient dominer la scène et transformer ces ulcères bénins en lésions plus ou moins graves. Les os ne tardent pas à être envahis; et l'on constate, à une époque plus ou moins éloignée du début, l'ostéite de la diaphyse, la carie des épiphyses, et, comme conséquence, une nécrose imminente. Souvent la périostite existe dès le début. *C'est dans l'altération des os surtout qu'il faut souvent rechercher l'obstacle à la guérison.*

Ce que je viens de dire suffit, à mon avis, pour expliquer ce que l'ulcération peut présenter d'insolite au premier abord. Les mêmes faits se reproduiront et se reproduisent en effet, ailleurs qu'en Cochinchine, sous l'influence des mêmes causes. Je n'y vois rien d'étrange ou d'anormal; et je suis amené à conclure que, pour les ulcères des Européens, il n'existe pas sous le ciel de la basse Cochinchine, dans les *circumfusa* de Saigon, un agent spécial de désorganisation qu'on ne puisse trouver ailleurs.

Pourtant plusieurs observateurs distingués tendent à rattacher à une cause spécifique les désordres dont je viens d'exposer la marche. Les faits qu'il m'a été donné d'observer à Saigon et à bord de la *Garonne*, ne me permettent pas de penser ainsi. Cette idée de spécificité a de plus le grave inconvénient d'égarer le jeune chirurgien en présence de faits mal définis. Au lieu d'avoir une confiance pleine et entière dans les ressources qu'il peut trouver parmi les moyens connus, il tâtonne, il hésite, et ne sait pas appliquer d'une main ferme les moyens rationnels. Grâce à ces tâtonnements du début, j'ai vu mourir dans mon service un Chinois que je ne perdrais peut-être pas maintenant. Je me croyais aux prises avec une entité morbide déterminée par des causes hors de portée.

Traitement. — Au début, s'il y a inflammation violente autour de la plaie, la combattre par des cataplasmes émollients. Si l'ulcération est grisâtre et fongueuse, la teinture d'iode ou le nitrate d'argent ne tarderont pas à la modifier; on peut employer en même temps la poudre de quinquina et de camphre. Lorsque la plaie sera détergée, c'est encore à la teinture d'iode qu'il faut avoir recours. On emploiera successivement comme topiques le jus de citron, le vin aromatique et l'eau-de-vie camphrée. Lorsque le fond de la plaie est de niveau avec les bords, les bandelettes de diachylon amèneront rapidement la cicatrisation. S'il y a lieu, on administre à l'intérieur les toniques et les ferrugineux (surtout l'iodure de fer), et l'huile de foie de morue si le sujet est scrofuleux. Ceci est le cas le plus simple.

Lorsque l'ulcère repose sur des téguments en rapport immédiat avec des os, il faut redouter l'ostéite ou la carie. Dans le cas où cette complication existe, il faut le confesser, la guérison s'opère très-lentement; la chloro-anémie fait des progrès incessants par suite du séjour forcé au lit, et les ulcères deviennent interminables. Le meilleur moyen consiste à évacuer les malades sur la France le plus tôt possible. En les gardant à Saigon, on s'expose à ne pouvoir plus en tirer de bons services; la cicatrice, après guérison, se déchire avec la plus grande facilité, et les hommes ne tardent pas à rentrer à l'hôpital.

Quand on ne peut pas les évacuer, il faut soutenir les forces par un régime corroborant, surveiller la marche de la plaie avec le plus grand soin, favoriser l'élimination des séquestres, s'il y a lieu, et surtout éviter, sur la malléole par exemple, d'employer inconsidérément les acides énergiques sous prétexte de modifier la surface de l'ulcère. On s'expose ainsi à porter l'inflammation beaucoup plus profondément dans la substance osseuse. L'une des pièces pathologiques que j'ai remises à M. Marcelin Duval présente une carie profonde de l'extrémité inférieure du tibia, et surtout de la malléole interne, qui est transformée en une sorte d'éponge. Si l'on était tenté de cautériser avec l'acide chlorhydrique ou autre la surface d'un ulcère reposant sur une base pareille, on agirait imprudemment.

Lorsque dans les circonstances qui nous occupent (altérations osseuses concomitantes) toute trace d'inflammation a disparu, que le malade *n'éprouve plus de douleurs violentes sur le trajet du tibia et du péroné*, et que l'ulcération, de niveau avec les tissus environnants, manifeste des tendances à la cicatrisation, il faut se garder d'employer les bandelettes agglutinatives, qui n'amèneront le plus souvent qu'une amélioration momentanée; la compression qu'elles exercent sur les tissus environnants pourrait déterminer une nouvelle poussée inflammatoire dans l'os. « Bien que l'ostéite semble guérie depuis longtemps, elle n'est qu'assoupie, et elle n'attend qu'une occasion pour reparaître. » (Nélaton, t. I.)

La teinture d'iode, le vin aromatique, l'eau-de-vie camphrée, le jus de citron, de temps en temps quelques cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent, tels sont les moyens qui réussissent.

Lorsque la pourriture d'hôpital vient compliquer la marche de l'ulcération, on peut se servir, suivant les cas, du nitrate d'argent, des acides énergiques ou du fer rouge.

Je cautérisais avec le nitrate d'argent les plaques superficielles situées au voisinage de l'os : si ce moyen ne réussissait pas, j'avais recours au fer rouge.

Quand les productions pulpeuses et ulcéreuses se développent sur des masses charnues éloignées d'organes à ménager (au mollet, par exemple), l'acide azotique appliqué fortement réussit le plus souvent; mais je ne l'employais que parce qu'on l'a toujours sous la main et qu'il n'exige pas grand appareil. Je préfère incontestablement le fer rouge, et j'y avais toujours recours lorsque le cas était grave, ou bien lorsque je voyais la pourriture d'hôpital envahir un ulcère presque fermé dont je n'avais obtenu la cicatrisation qu'à grand'peine. Après toute cautérisation, pansement avec l'onguent styrax.

Il est une règle dont il importe de ne pas se départir; c'est de panser matin et soir les ulcères un peu étendus, de surveiller soi-même le pansement, de ne découvrir une plaie que lorsque toutes les autres sont couvertes ou pansées, etc., etc., enfin toutes les précautions iquées en pareil cas.

Opportunité de l'amputation. — Lorsque la maladie a fait des progrès tels que l'on ne saurait plus en bonne chirurgie compter sur la guérison, faut-il laisser le malade exposé au danger d'une hémorrhagie foudroyante et assister froidement à son agonie? Je me suis toujours élevé avec toute l'énergie de mes convictions contre cette opinion anti-chirurgicale, qui prenait sa source dans une vague idée *d'intoxication générale.*

Les ulcères que l'on observe ordinairement en Cochinchine n'ont rien de spécial; ils ne sont pas la manifestation d'un état général analogue au farcin, à la peste ou autre. Ils ont toujours pour point de départ une solution de continuité de cause externe, et constituent une altération purement locale, tout comme la tumeur blanche, pour laquelle on n'hésite jamais à prendre ce parti extrême.

Je confesse tout le premier que les insuccès ont été fort nombreux, mais on compte quelques succès, et cela suffit. Je demande aussi qu'on ne fasse pas entrer en ligne de compte les amputations pratiquées en dehors de nos hôpitaux sur les Annamites. Ceux d'entre nous qui ont opéré sur la population indigène de Saigon connaissent par expérience l'indocilité de ces malades, qui, ne pouvant pas se résigner à rester couchés, se lèvent et courent la campagne sans souci de l'appareil qu'on leur a appliqué.

Rien d'étonnant que la réunion ne s'opère pas, que la gangrène s'empare du moignon, qu'une hémorrhagie secondaire ait lieu et que le malade meure. Néanmoins, malgré toutes ces difficultés que je signale, je connais quelques guérisons à la suite d'amputations pratiquées par mes collègues; moi-même j'ai amputé de la jambe, en janvier 1860, pour un ulcère du pied, un Cochinchinois, qui promène encore sa jambe de bois sur les quais de Saigon.

Pour en revenir aux Européens, voici le résumé d'une observation qui m'a fourni plus d'un enseignement :

Le nommé V..., matelot de 1re classe, vingt-neuf ans, détaché aux compagnies de débarquement à terre, entrait à l'ambulance de Choquan dans les premiers jours de septembre. Il était atteint de fièvre intermittente, et de plus il était porteur d'une plaie contuse ulcérée au niveau de la malléole interne (côté gauche). Cette blessure avait été causée par un coup de pied de porc qu'on égorgeait.

Après quelques semaines de séjour à l'hôpital, la plaie fit des progrès notables, et passa par la série de phénomènes que j'ai signalés.

Voici dans quel état se trouvait cet homme lorsque je fus chargé du service à Choquan, février 1862 : une plaie très-étendue, ayant

18 centimètres en hauteur et 12 centimètres en largeur, siége sur la région malléolaire interne gauche, empiétant en haut et en bas sur la jambe et le pied. Cette plaie, d'un rouge pâle, saigne facilement et se couvre de temps en temps de plaques gangréneuses. Douleurs violentes au niveau de la malléole et sur le trajet du tibia. Altérations osseuses probables. Suppuration abondante. Anémie très-avancée. Il était temps d'amputer.

Un mois après, l'ulcération s'était étendue dans tous les sens; le tendon d'Achille s'exfoliait, la gouttière rétro-malléolaire offrait un détritus noirâtre. Le pied était œdématié; la gangrène envahissait sa face dorsale et se rapprochait des orteils. Le stylet faisait constater nettement une carie de l'extrémité inférieure du tibia.

Pour des circonstances qu'il est inutile de rappeler, je ne pus pratiquer l'amputation dont j'avais depuis longtemps signalé l'urgence, que dans les premiers jours de mars 1862. C'était alors une bien faible chance de salut.

L'amaigrissement avait fait des progrès considérables, et depuis quelques jours ce malade ne pouvait goûter un instant de repos. Cette plaie énorme s'était recouverte de productions gangréneuses et pulpeuses; la jambe était infiltrée jusqu'à l'articulation du genou. Une percussion légère, opérée sur divers points du tibia, causait des douleurs très-vives. L'altération des os dépassait les limites du mal (1). Je me décidai, après avoir pris avis d'un de mes collègues les plus distingués, M. Julien, à pratiquer l'amputation de la cuisse. Amputer la jambe dans de pareilles conditions, c'était me condamner à l'insuccès.

L'opération fut pratiquée d'après la méthode oblique-elliptique de M. M. Duval. Afin d'éviter toute perte de sang, je fis la ligature des vaisseaux avant de dénuder le fémur.

Pendant six jours, la plaie marcha à merveille; l'état général s'améliorait sensiblement; l'appétit était revenu; le malade pouvait goûter quelques heures de sommeil; une suppuration de bonne nature s'était franchement établie; il y avait réunion complète dans les quatre cinquièmes environ de la plaie.

Au septième jour, accès de fièvre qui ne se rattachait nullement à l'infection purulente, ainsi que je l'ai craint un moment.

Au neuvième jour, trismus, spasme pharyngien.

Il succombait le onzième jour dans un accès violent de tétanos.

Le malade avait été isolé dès le premier jour, afin d'éviter le développement de la pourriture d'hôpital.

L'amputation avait été pratiquée loin du mal, et la scie avait porté sur un os parfaitement sain.

La mort a été déterminée par un accident ordinaire à la suite des grandes opérations.

Ce que je tiens à établir, c'est que la plaie n'avait présenté rien d'anormal dans sa marche.

(1) J'ai pu m'en assurer en examinant la pièce pathologique. Le périoste se décollait facilement jusqu'au tiers moyen du tibia. Et l'on pouvait suivre de haut en bas tous les degrés de l'inflammation des os, depuis l'ostéite, simple à son début, jusqu'à la production d'ostéophytes.

SUR LA SENSIBILITÉ DES ARTÈRES VISCÉRALES,

Par M. G. Colin.

(Lu à l'Académie des sciences, séance du 1er septembre 1862.)

J'ai soumis à divers genres d'irritation, sur un grand nombre d'animaux, et dans les conditions les plus variées, les artères de la tête, du cou, de la poitrine, des parois abdominales et des membres, sans produire de douleur appréciable. Les mêmes excitations portées sur les artères viscérales, sur celles de l'estomac, de la rate, du foie, du pancréas, des reins, de l'intestin grêle, du gros intestin, ont, au contraire, toujours provoqué des douleurs plus ou moins vives. Il faut donc distinguer les artères des organes de la vie animale, qui sont à peu près insensibles, des artères viscérales, qui jouissent d'une sensibilité manifeste.

Divers moyens peuvent mettre en évidence cette sensibilité, mais ils ne donnent pas tous des indications également nettes. Les caustiques étendent, pour la plupart, trop facilement leur action aux parties voisines; les injections irritantes employées par Bichat ont le grand inconvénient d'agir autant sur les tissus dans lesquels l'artère se distribue que sur les parois artérielles elles-mêmes. C'est par la ligature qu'on réussit le mieux. A l'aide d'une aiguille fine, on passe un fil autour du vaisseau et on attend pour le serrer fortement que l'animal soit tout à fait tranquille.

La sensibilité des artères viscérales est très-prononcée. Non-seulement elle donne à l'animal conscience de l'impression produite par le pincement ou par la ligature, mais elle devient la cause d'une douleur assez vive pour provoquer des réactions brusques, des secousses de tout le corps, même des plaintes ou des cris. Elle ne semble pas également vive dans toutes. L'artère splénique la possède à un haut degré, puis les artères gastriques, hépatiques, mésentériques et épiploïques.

Elle est évidemment communiquée aux parois artérielles par les nerfs ganglionnaires, qui les enlacent en formant autour d'elles des plexus serrés et des réseaux anastomotiques. Les filets des nerfs vagues y concourent probablement aussi pour celles de l'estomac, du foie et de la rate.

Cette sensibilité paraît plutôt extrinsèque qu'inhérente aux artères, dont les divers éléments pris à part sont peu impressionnables. Elle appartient surtout à la tunique celluleuse; car c'est à sa surface que s'étalent les filets nerveux, et c'est dans son intérieur qu'ils pénètrent en proportion très-notable. Il n'est pas certain qu'elles s'etendent à la membrane élastique, au plan musculaire et à la membrane interne; du moins l'introduction d'un stylet dans les artères ne produit pas assez de douleur pour provoquer des réactions. Elle est en quelque sorte limitée à l'atmosphère nerveuse qui entoure ces vaisseaux d'une manière si remarquable dans les organes de la vie végétative.

Les causes qui sont susceptibles de mettre en jeu la sensibilité artérielle sont, sans aucun doute, celles qui modifient la violence des pulsations et la tension du sang. On conçoit que l'effort exercé sur les parois vasculaires par les ondées sanguines, à chaque systole, ou par un accroissement momentané dans la pression du sang, donne lieu à une impression plus ou moins forte, quoique non perçue. Il n'est guère probable que les changements apportés à l'état et à la composition du sang puissent exercer sur elle une action analogue.

Quant au rôle de cette propriété, tout porte à croire qu'il se lie à celui de la contractilité. Les artères ont des fibres musculaires lisses dans leur tunique moyenne, et un plan musculaire complet autour de leur membrane interne; elles jouissent, comme l'expérimentation le prouve, de la faculté de se resserrer, surtout dans leurs petites divisions. Or, la sensibilité que possèdent ces vaisseaux est vraisemblablement chargée de provoquer et de régler leur contraction d'après les lois ordinaires.

C'est plus particulièrement dans les organes de la vie végétative que la contractilité est souvent excitée. A certains moments, le sang doit y affluer en grande quantité, et à d'autres, n'y aborder qu'en faible proportion. Ainsi, il se porte en grande masse à la rate lors de la course et des efforts musculaires violents; à l'estomac, au pancréas, à l'intestin, pendant la digestion, puis son cours s'y ralentit dans les conditions opposées. La sensibilité dont jouissent les artères de ces organes devient le régulateur de toutes ces modifications.

EXSTROPHIE DE L'OMBILIC ET CONCRÉTIONS ANORMALES,

Par le docteur Labalbary.

Le 27 juin dernier, j'ai été appelé à donner des soins au sieur R..., de Bourg-la-Reine, âgé de quarante ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, pour une affection bizarre qui n'a pas encore été observé; je veux parler d'une exstrophie ombilicale, consécutive à l'issue par l'ombilic de concrétions sébacées.

Quelques jours avant la date ci-dessus, le sieur R... voulant corriger son enfant, leva le bras, fit un violent effort et sentit aussitôt un craquement dans la région ombilicale. Peu habitué à s'observer, il ne songea bientôt plus à cette douleur, ne procéda à aucun examen, et continua ses occupations.

A quelques pas de là il s'aperçut que la marche et même la station debout étaient pénibles. Il éprouvait des douleurs abdominales s'irradiant vers l'ombilic. Forcé de suspendre ses travaux, il em fit prier d'aller le voir. Voici ce que je constatai :

La cicatrice ombilicale était tuméfiée, rouge, et très-douloureuse; les vestiges fibreux du cordon ombilical, repliés sur eux-mêmes comme un doigt de gant retourné, faisaient à l'extérieur une saillie de 3 centimètres. Cette saillie était recouverte par le tégument abdominal. On eût dit du clitoris d'une femme hottentote, auquel un bourrelet œdémateux, formé par la peau, simulait une sorte de capuchon. Le pertuis formé au-dessous de ces divers éléments renversés avait 5 centimètres environ de profondeur, et laissait pénétrer une algalie fine, d'égale longueur. Où aboutissait-il? C'est ce que je ne saurais dire. Toujours est-il qu'il laissait suinter un liquide visqueux et nauséabond. J'avoue même que ce n'était qu'en tremblant que je sondais cette espèce d'*infundibulum*, qui semblait donner accès dans la cavité péritonéale. Au milieu de mes timides manœuvres, je sentis la sonde arrêtée par un corps dur, sur lequel je n'osai pas presser. Je crus qu'il était prudent d'attendre et de combattre l'inflammation vive qui régnait autour du nombril. J'appliquai des fomentations émollientes et prescrivis une pommade belladonée pour calmer une insupportable prurit de cette région.

Deux jours après, M. R... m'apprit qu'en se pansant il avait retiré de l'infundibulum une matière concrète, dure, contenant des poils qui en faisaient une sorte de tissu feutré. Cette concrétion, qui me fut montrée, avait le volume d'un gros haricot. Je reconnus que ce n'était autre chose qu'une sécrétion de produits sébacés qui s'étaient accumulés depuis longtemps dans la cicatrice ombilicale à la profondeur de 3 centimètres, et je m'expliquai l'exstrophie du cordon par la tendance qu'avait cette matière à se projeter en avant, entraînant après elle les éléments cutanés et fibreux qui l'environnaient. Huit jours se passèrent sans qu'il surgît rien de nouveau.

Vers le neuvième jour, une exsudation plus abondante précéda ou plutôt favorisa l'issue d'une nouvelle concrétion aussi volumineuse que la première et composée des mêmes produits de sécrétion folliculaire.

Mon traitement consista à faire des fomentations émollientes et des onctions narcotiques. A chaque pansement, je faisais rentrer les éléments du cordon dans l'abdomen au moyen d'une douce pression, et j'appliquais sur la cicatrice ombilicale une compresse graduée maintenue par un bandage de corps.

Grâce à ces moyens bien simples, M. R... put continuer les travaux de sa profession, qui exige la station verticale, sans en être nullement incommodé.

Explique qui pourra cet étrange phénomène. Quant à moi, j'y renonce. En tout état de cause, faire l'aveu de sa propre ignorance et mettre de côté la facile mais illusoire satisfaction des hypothèses, c'est avoir fait un grand pas dans la recherche de la vérité.

MONOMANIE RELIGIEUSE (THÉOMANIE).

Par M. le Dr Dardel, d'Aix (Savoie).

La malade dont je vais raconter l'histoire présente cette forme particulière du délire religieux, dans laquelle, au lieu de se croire tourmenté par le diable (*cacodémonomanie*), l'aliéné pense jouir de la société des esprits célestes. Les bons anges remplacent les mauvais; une exaltation mystique et orgueilleuse est l'état habituel du théomane, tandis que le démonomane, concentré, triste, offre toujours les caractères d'une sombre mélancolie. L'un se plonge dans l'extase des visions séraphiques, l'autre ne rêve que sabbats, damnés, obsessions, tourments; ils sont fous tous les deux, le dernier par d'absurdes terreurs, l'autre par des illusions vaines et de chimériques espérances. Selon les circonstances et les temps, celui-ci sera convulsionnaire, illuminé, voyant, etc.; celui-là, sorcier ou possédé du démon.

Marceline P..., de Thônes (Savoie), vient depuis plusieurs années à Aix, pendant la belle saison. Chlorotique, maigre, d'une santé délicate, d'un tempérament nerveux, vivant dans la gêne, cette fille était sujette à des syncopes qui n'avaient pas de suites, et jusqu'en 1859 on ne remarqua ni dérangement dans son intelligence, ni bizarrerie dans ses idées; elle s'adonnait seulement à une très-grande dévotion.

Assez insignifiants furent les premiers symptômes de la maladie mentale qui plus tard nécessita le rapport d'où je tire ces détails, lorsqu'il fut question de la détenir dans une maison de santé. Des voix se faisaient entendre quand elle était seule, voix des anges, du Saint-Esprit, des saints, de Jésus-Christ, la consolant dans ses ennuis, l'encourageant à persévérer dans la prière, et lui promettant de la faire jouir bientôt du bonheur du ciel.

Ces hallucinations se multiplient de plus en plus en 1860; le commerce avec les esprits célestes devient habituel; il lui fait négliger son travail pour se livrer à des méditations sans fin, à mille pratiques dévotes qui prennent tout son temps et absorbent toutes ses pensées. La mort dans un prochain avenir est sa plus vive espérance, car elle espère ainsi pouvoir contempler les bienheureux dont elle n'entend que la parole.

Sa physionomie reflète dès lors l'état de concentration contemplative dans lequel elle vit; on la voit, pensive, silencieuse, rechercher la solitude, passer des heures entières, seule, à l'église. Calme, indifférente pour tout, son regard s'allume et ses traits respirent un enthousiasme mystique, si la conversation tombe sur l'objet de ses rêveries et de ses visions; mais elle se refuse obstinément à parler devant des inconnus ou ceux qu'elle croit impies.

Durant l'année suivante (1861), le désordre grandit; aux conversations surnaturelles se joignent d'autres faveurs; Marceline se dit douée de la faculté de lire dans la pensée de chacun. Elle révèle à ses amis ce que fait, ce que désire, ce que pense tel individu qu'elle connaît à peine. Bien plus, les anges lui dévoilent l'avenir; elle pronostique la destinée future heureuse ou malheureuse, ajoute à des faits connus des détails complétement ignorés, accuse le médecin de sa mère de l'avoir empoisonnée, quoique celle-ci se porte très-bien; prophétise l'heure de la mort des passants, la sienne propre, etc.

Un jour, diverses missions lui sont confiées par les voix, pour des personnes pieuses; la Vierge la charge de dire à l'un que sa conduite lui est agréable; à l'autre, qu'il ait à se convertir; c'est ainsi qu'elle aborde brusquement plusieurs ecclésiastiques de la part du ciel; si grande est la ténacité de ces idées délirantes, que réflexions amicales, plaisanteries, remontrances du confesseur, tout échoue devant cette conviction morbide, que la lutte renforce au lieu de l'affaiblir. Jusque-là, le trouble de la raison ne constituait qu'une manie inoffensive; mais à partir de novembre, la scène se modifie; on doit s'alarmer de la liberté laissée à la pauvre fille.

Les hallucinations de l'ouïe se prolongent indéfiniment, et se compliquent de l'idée de persécution. Ses voisins, les amis qui la secourent, le médecin, le confesseur même, en qui sa confiance auparavant était absolue, se sont ligués contre elle, et, jaloux des visites célestes qu'elle reçoit, tous veulent la faire passer pour folle.

L'appréhension de n'être plus libre s'implante si fort dans ce cerveau malade, qu'elle ne tarde pas à dominer tout autre sentiment, et pousse le désordre à son comble en agissant sur les fonctions organiques elles-mêmes.

Outre l'insomnie et l'inquiétude ordinaires, tantôt l'infortunée mange avec voracité, tantôt, sans motif, elle se livre à des jeûnes si absolus qu'il faut lui faire violence et la contraindre à se nourrir. Tantôt elle veille et passe la nuit en oraisons, tantôt on ne peut lui faire quitter son lit pendant le jour. Toute société lui est importune; on la voit se promener longtemps, seule, dans les rues désertes, le regard égaré, affronter, quoique peu vêtue, un froid intense, avec l'insensibilité aux agents extérieurs, si fréquente chez les aliénés.

En janvier 1862 surviennent des phénomènes plus graves; aux inspirations divines, à la préoccupation fixe des pensers religieux, succèdent tout à coup la haine, l'aversion pour ceux qu'elle affectionnait davantage; ses discours sont incohérents, mêlés de prophéties absurdes, d'insinuations odieuses, malveillantes, parfois même de propos obscènes. Cette fille si chaste, si vertueuse, semble avoir perdu la notion de la pudeur et de la timidité.

Dans la nuit du 19 janvier, elle parle à haute voix, répondant à un interlocuteur imaginaire, puis elle brise ses meubles, sa glace, renverse son lit, croyant atteindre un de ceux qui la persécutent. La nuit suivante, dans la chambre où les voisins inquiets la font surveiller par une garde, elle entend jusqu'au matin des individus qu'elle nomme faire du bruit derrière la porte pour l'effrayer, et, serrant spasmodiquement ses draps, parle de les frapper de son couteau s'ils continuant.

De cette exaltation presque furieuse, elle tombe le lendemain dans un abattement profond accompagné de terreurs; les yeux pleins de larmes, on la voit frissonner sans fièvre; ses dents claquent, son silence est opiniâtre; mais bientôt elle recommence ses menaces et ses imprécations, pour retomber dans un état voisin de l'anéantissement, de l'hébétude. La réclusion de cette malheureuse était devenue nécessaire, et nous apprendrons prochainement, sans doute, qu'elle est tombée dans la démence, car ces manies à marche chronique et progressive ne guérissent guère.

Un tel pronostic me semble d'autant plus vraisemblable qu'aujourd'hui déjà les pupilles présentent une inégale dilatation, et qu'on observe de l'hésitation dans la parole, phénomènes que M. Baillarger place parmi les prodromes de la paralysie générale.

On voit par cette description combien la nature se joue de nos cadres nosologiques, surtout en pathologie mentale, et combien il est difficile de dénommer exactement une altération des facultés intellectuelles. Que d'états divers chez une même malade en moins de deux années? Quelle différence entre cette manie douce, calme, rêveuse du début, et ce délire furieux de

la fin qui deviendrait si facilement homicide ? Entre ces deux extrêmes, que de nuances, depuis les hallucinations mystiques et saintes jusqu'aux obscénités des derniers jours ? Ces désordres sensitifs, ceux des facultés affectives, cette logique apparente avec extinction de la liberté morale, ces craintes vaines, cette exaltation enthousiaste, ce silence et cette loquacité, ces terreurs et ces joies que rien ne motive, comment les appeler d'un même nom ? (*Journ. des Conn. méd.*)

NOUVEAU PROCÉDÉ DE BLÉPHAROPLASTIE

pour la cure de l'ectropion.

Frappé des dangers ou de l'insuffisance des opérations diverses qui ont été préconisées pour remédier au renversement de la paupière inférieure, M. Alph. Guérin, chirurgien à l'hôpital Cochin, a imaginé un procédé qui rentre dans la méthode d'autoplastie dite *méthode française* ou par *glissement*. L'auteur décrit ainsi le manuel opératoire qui lui a réussi dans quelques cas et qu'il propose d'adopter :

Je pratique d'abord deux incisions qui se réunissent en Λ renversé un peu au-dessous du milieu du bord libre de la paupière, et qui s'éloignent l'une de l'autre à mesure qu'elles s'approchent de la joue. Je fais ensuite une incision qui, partant de l'extrémité de la branche externe du Λ, se continue en dehors parallèlement au bord libre de la paupière, dans une étendue proportionnée au déplacement que l'on devra faire subir au lambeau qui résulte de ces incisions. Une autre incision semblable est faite en dedans, de telle sorte qu'après avoir disséqué deux lambeaux circonscrits en dedans et en dehors du Λ, on peut reporter la paupière aussi haut qu'on le désire.

Par ces incisions, on circonscrit deux lambeaux triangulaires qui, ayant été détachés des parties sous-jacentes, peuvent être relevés de manière que les deux bords du lambeau se confondent.

Pour maintenir les lambeaux dans la position qu'ils doivent garder, j'unis leurs bords correspondants, de manière que leur point le plus inférieur soit au-dessus du sommet du triangle ou V renversé qui reste à la place qu'il occupait avant l'opération.

L'adhérence des bords des lambeaux pourrait peut-être suffire à maintenir les parties au point où elles ont été reportées ; mais pour plus de certitude, j'ai cru devoir consolider le résultat de l'opération en unissant par la suture les bords avivés des deux paupières.

L'espace triangulaire circonscrit par les incisions qui se réunissent en V renversé correspond à peu près au point où le nerf sous-orbitaire émerge du conduit de même nom pour se répandre dans la peau de la joue et de la paupière. La partie la plus large de ce triangle recouvre le nerf et le met à l'abri du bistouri ; on ne coupe donc dans cette opération que des filets nerveux dont la section ne compromet pas d'une manière appréciable la sensibilité des téguments de la région.

Les plaies triangulaires qui résultent de l'élévation des deux lambeaux latéraux se comblent très-vite et sont remplacées par une cicatrice linéaire ; leurs bords correspondants se réunissent de manière que leur soudure soit à peine visible ; la nouvelle paupière est lisse et polie, et la peau qui la forme ne diffère en rien de celle d'une paupière naturelle.

J'ai ainsi obtenu pour mon malade un résultat que la Société de chirurgie a trouvé aussi satisfaisant que possible. Je laisserai les paupières unies pendant plusieurs mois, sachant qu'il faut toujours un temps très-long pour la consolidation de cette espèce de restauration. Le malade ne souffre d'ailleurs aucunement de la fermeture de l'œil.

Pour peu que l'on ait quelque expérience de la pratique de la blépharoplastie, on reconnaîtra que le procédé auquel j'ai eu recours ne peut être comparé à aucun autre pour la facilité de l'exécution ; l'avenir prouvera qu'il n'en est pas de plus sûr et qu'il expose moins à l'érysipèle et à l'infection purulente. Je ne parle pas de la gangrène du lambeau, qui n'est pas plus possible que celle des lèvres dans l'opération du bec-de-lièvre. Si je ne m'abuse sur les avantages de mon procédé, la blépharoplastie va devenir une des opérations les plus simples et les plus sûres de la chirurgie. (*Bulletin gén. de thérap.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 septembre 1862. — Présidence de M. DUHAMEL.

Influence des centres nerveux sur la température. — M. SCHIFF présente un nouveau mémoire intitulé : *De l'influence des centres nerveux sur la température, et des nerfs vasculaires des extrémités.*

Les expériences contenues dans ce mémoire ont conduit l'auteur à cette conclusion :

Que les nerfs vaso-moteurs des parois abdominales, de la région pelvienne, de la cuisse et de la partie supérieure de la jambe, sont sujets à une décussation presque immédiatement après leur entrée dans la moelle épinière, que les nerfs vasculaires des parties indiquées du côté droit remontent vers le bulbe en suivant la moitié gauche de la moelle, et *vice versa*.

Mais les nerfs vasculaires de la partie inférieure de la jambe et du pied remontent *sans entre-croisement* dans la moitié correspondante de la moelle.

Les expériences montrent une disposition analogue des nerfs vasomoteurs des extrémités antérieures.

En terminant son mémoire, l'auteur appelle l'attention des médecins sur le fait remarquable que dans la fièvre, abstraction faite de l'élévation générale de la température du sang, les altérations locales de la température se font surtout sentir dans les parties dont les nerfs vasculaires n'ont pas montré d'entre-croisement : dans la face, la main, le pied, une partie de l'avant-bras et de la jambe. Les nerfs vasculaires de ces parties semblent donc former un groupe distinct.

Un mémoire prochain traitera de l'action réflexe des centres sur les nerfs vasculaires des extrémités et de la tête. (Commission précédemment nommée.)

Goître des animaux domestiques. — M. RAYER présente, au nom de M. BAILLARGER, un mémoire intitulé : *Du goître chez les animaux domestiques.*

La question du goître chez les animaux, dit l'auteur, paraît n'avoir été jusqu'ici que très-peu étudiée, et je crois utile de faire connaître le résultat de quelques recherches entreprises récemment sur ce sujet dans les départements de la Savoie et de l'Isère. Ces recherches m'ont conduit à constater un fait nouveau et qui offre peut-être quelque intérêt pour la physiologie pathologique.

Dans plusieurs localités de la Maurienne, à Aiguebelle, à Saint-Jean, à Saint-Michel, à Modane, j'ai trouvé chez les mulets l'hypertrophie du corps thyroïde dans une proportion si considérable, qu'elle dépasse de beaucoup, dans ces localités, celle qu'on observe chez l'homme. Dans une écurie de Modane, par exemple, sur vingt mulets, il y en avait dix neuf atteints de goître. Si la proportion, pour l'ensemble des faits, n'est pas aussi grande, elle reste néanmoins très-forte et semble pouvoir être évaluée à plus des deux tiers.

Le fait observé d'abord dans la Maurienne a été confirmé d'une manière remarquable par les recherches dans le département de l'Isère. L'examen de trente mulets, à l'usine métallurgique d'Allevard, m'a permis de constater l'existence du goître chez vingt-trois de ces animaux.

Dans l'état normal, les glandes thyroïdes des mulets sont grosses comme des châtaignes, et je crois devoir faire remarquer que je n'ai considéré comme atteints de goître que les mulets chez lesquels ces glandes avaient acquis le volume d'un œuf de poule ou même celui d'un œuf de dinde. Le plus souvent rien ne décèle l'existence de cette tumeur au dehors ; cependant, il y a sous ce rapport d'assez grandes différences, selon la conformation du cou des animaux. Sur les trente mulets de l'usine d'Allevard, il y avait quatre ou cinq goîtres faisant saillie au dehors.

En général, ces goîtres sont très-mobiles et ne produisent aucune gêne. Dans trois cas seulement, la trachée était assez comprimée pendant les grands efforts musculaires pour faire corner les animaux. L'hypertrophie porte d'ailleurs sur les deux glandes ou sur une seule, et, dans ce dernier cas, c'est plus souvent sur celle du côté gauche.

A Allevard, j'ai prié M. le docteur Niepce, bien connu pour ses recherches sur le goître et sur le crétinisme, de vouloir bien examiner les trente mulets de l'usine, et il est arrivé, comme moi, à constater vingt-trois cas de goître.

L'existence chez les mulets d'une prédisposition spéciale à l'hypertrophie des glandes thyroïdes ne semble donc pas pouvoir être mise en doute. Cette prédisposition, en effet, n'existe plus au même degré chez les autres animaux domestiques. Les chevaux, par exemple, sont assez souvent atteints de goître ; mais la proportion est beaucoup moins forte que chez les mulets. Cependant, parmi les faits que j'ai recueillis, il en est un qui tend à prouver que, dans certaines conditions au moins, la fréquence peut encore être très-grande.

A Saint-Jean de Maurienne, sur les sept chevaux de la brigade de gendarmerie, quatre sont devenus goîtreux après un séjour de moins de deux années. Ce fait paraît d'autant plus remarquable que ces chevaux de la brigade de gendarmerie, bien nourris, bien soignés, sont logés dans une écurie spacieuse très-éclairée et très-aérée.

Après les chevaux, ce sont les chiens qui semblent le plus prédisposés à l'hypertrophie des glandes thyroïdes. Enfin on en trouve encore des cas isolés chez les vaches, les moutons, les chèvres et les porcs.

Il est impossible de ne pas rattacher les goîtres des animaux aux causes endémiques qui produisent la même affection chez l'homme. Cependant, en présence de cette proportion si forte de goîtres observée chez les mulets dans les départements de la Savoie et de l'Isère, j'ai cru devoir examiner un assez grand nombre de ces animaux dans les localités suisses. Comme on devait s'y attendre, à de rares exceptions près, les glandes thyroïdes ont été retrouvées avec leur volume normal.

Il y a quelques années, un savant professeur d'une de nos écoles vétérinaires signalait le goître comme excessivement rare chez les animaux domestiques. Il ressort, je crois, des faits rapportés dans cette note, que cette extrême rareté n'existe que dans les localités saines. Il en est tout autrement dans celles où le goître et le crétinisme sont endémiques. L'influence des causes productrices du goître s'étend alors aux animaux domestiques, et, comme on l'a vu, plus spécialement aux mulets.

Il ne semble d'ailleurs pas possible de donner aucune explication de cette singulière prédisposition au goître chez les mulets. Cependant il importe de faire remarquer qu'il est assez curieux de la rencontrer précisément chez un animal stérile, quand on se rappelle que la stérilité est l'un des caractères du crétinisme. Il y avait donc au moins, entre la dégénérescence crétineuse et les conditions spéciales dans lesquelles se trouvent les mulets, ce premier rapport. La fréquence du goître dans les deux cas en démontre un second. C'est à ce point de vue que la prédisposition spéciale et tout à fait exceptionnelle des mulets à contracter le goître, offre peut-être quelque intérêt pour la physiologie pathologique.

J'ajouterai, avant de terminer, que cette prédisposition pourrait peut-être être mise à profit pour l'étude générale du goître. Combien, en effet, ne serait-il pas facile d'instituer des expériences pour déterminer au moins l'action des eaux sur la production de cette affection ! M. Grange a cité le fait d'un ingénieur qui serait parvenu à se donner le goître en buvant pendant quelques mois de l'eau chargée de sels magnésiens. Il y a dans la Maurienne plusieurs sources dont les eaux, dit-on, produisent rapidement l'hypertrophie du corps thyroïde. On assure que de jeunes conscrits sont ainsi parvenus à se faire exempter du service militaire. Ces faits, que tout le monde répète, ne sont cependant pas directement prouvés. Ne pourrait-on, par exemple, essayer chez quelques mulets et dans des localités saines l'effet de l'eau chargée des mêmes sels et dans les mêmes proportions ? La prédisposition très-grande qu'ont ces animaux à contracter le goître, ne pourrait manquer de donner à des expériences de ce genre un certain intérêt.

En résumé, les animaux domestiques sont souvent atteints de goître dans les localités où cette affection est endémique. Elle s'observe surtout alors chez les chiens et chez les chevaux, mais elle sévit d'une manière spéciale et tout à fait exceptionnelle chez les mulets.

— M. DE LA PLAGNE adresse de Toulon une lettre ayant pour objet d'appeler l'attention sur une théorie qu'il s'est faite de la contagion syphilitique, théorie dans laquelle il fait intervenir les parasites, et qu'il recommande à l'attention des micrographes.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles avait mis au concours la question suivante (prix Seutin) : « Discuter la valeur des différents modes de réduction de l'étranglement herniaire, et indiquer celui auquel on doit donner la préférence, en apportant des faits à l'appui. Préciser les circonstances pathologiques et anatomiques qui rendent la kélotomie obligatoire, et indiquer le procédé opératoire auquel il convient de recourir pour éviter le plus sûrement les graves accidents qui résultent souvent de cette opération. »

M. le docteur Alfred Liégard (de Caen), notre savant et laborieux collaborateur, vient de recevoir, pour son beau travail sur cette question, une médaille d'or de 200 francs et le titre de membre correspondant de cette savante Société.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la pupille artificielle et de ses indications (clinique ophthalmologique du docteur Desmarres), par M. le docteur Xavier GALEZOWSKI, chef de la clinique ophthalmologique du docteur Desmarres. 1862. Brochure in-8° de 55 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 112. — JEUDI 25 SEPTEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 112. — JEUDI 25 SEPTEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DES ENFANTS (M. Giraldès). Abcès par congestion; luxation du radius en avant; abcès sous-périostiques. — Blessure de Garibaldi. — De l'emploi préventif et curatif du café, notamment dans les congestions cérébrales. — Double perforation du diaphragme. — Observations sur un cas de transmission de la syphilis par des accidents secondaires. — Des causes de la grande mortalité des enfants dans la première année de la vie. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 23 septembre. — Nouvelles.

PARIS, LE 24 SEPTEMBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu dans cette séance un long et consciencieux rapport de M. Bouvier, sur des canules trachéales, et deux intéressantes lectures de M. le docteur Gintrac fils, de Bordeaux, et de M. le docteur Aug. Voisin.

C'est pour les médecins qui sont à même de pratiquer souvent l'opération de la trachéotomie, un sujet de légitime préoccupation que d'avoir à leur disposition des canules qui soient à la fois d'une application sûre et facile et d'un usage inoffensif. On sait, en effet, que le séjour prolongé de ces canules dans la trachée a souvent amené des accidents graves, des inflammations, des érosions de la muqueuse et même des cartilages, qui ont plus d'une fois compromis le résultat de l'opération. Chirurgiens et fabricants d'instruments se sont évertués à modifier, à perfectionner ces petits appareils dans le but de prévenir le retour de pareils accidents. De là les nombreuses présentations d'instruments de ce genre qui ont été faites à l'Académie dans ces dernières années. Le rapport de M. Bouvier a pour objet l'appréciation de ces divers appareils.

Le mieux, sans doute, serait de pouvoir s'en passer, comme M. Gosselin serait disposé à le proposer, si entrant dans la voie qu'il a signalée aux chirurgiens, on parvenait un jour à perfectionner assez les moyens simples de dilatation qui ont déjà été tentés, pour en généraliser l'usage. Mais, comme M. Bouvier l'a très-justement fait remarquer, il ne suffit pas toujours de tenir béantes les lèvres de la plaie trachéale, c'est la trachée elle-même qu'il faut maintenir dilatée dans une plus ou moins grande étendue, et on ne voit guère pour ces cas-là qu'il soit possible de se passer de canules. Il y a donc lieu de se féliciter provisoirement avec M. le rapporteur des perfectionnements qui ont été introduits dans la fabrication de ces instruments.

Le Mémoire dont M. Henri Gintrac a donné lecture à l'Académie est relatif au rapport des dimensions de la poitrine avec la tuberculisation pulmonaire. Les recherches auxquelles le jeune et savant professeur de Bordeaux s'est livré sur ce sujet l'ont conduit à donner à ce rapport une valeur séméiotique dont les praticiens pourront dans quelques circonstances tirer un parti utile.

M. le docteur Auguste Voisin a lu une observation de lésion des lobules antérieurs du cerveau ayant entraîné l'abolition du langage articulé. Cette communication, qui soulève une question de physiologie pathologique très-controversée, ne peut manquer, si, comme il y a tout lieu de l'espérer, elle est prochainement l'objet d'un rapport, de donner naissance à une discussion d'un grand intérêt.

Nous signalerons enfin la présentation qui a été faite par M. Depaul, au nom de M. le docteur Rouch, d'un nouveau forceps modifié de manière à limiter la pression exercée sur la tête du fœtus, et à rendre cette pression indépendante de la puissance des tractions exercées sur les manches.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GIRALDÈS.

Abcès par congestion. — Luxation du radius en avant. — Abcès sous-périostiques.

(Leçon recueillie par M. BOURNEVILLE, élève externe du service.)

Au n° 7 de la salle Saint-Côme, je vous ai montré un enfant âgé de treize ans, atteint d'un abcès par congestion de la cuisse droite, qui à cet endroit a 40 centimètres de circonférence. Douleur à la pression, rougeur, amincissement de la peau, progrès de la tumeur, tels sont les symptômes locaux les plus saillants. L'état général est mauvais, l'appétit médiocre, les forces faiblissantes. La poche menace de se rompre, il y a indication de vider la tumeur.

Nous allons ouvrir l'abcès et faire des injections de teinture d'iode avec la seringue à double effet, imaginée et construite par M. Mathieu, qui a, dans ces derniers temps, perfectionné son appareil.

— Deux autres malades de la même salle nous paraissent intéressants à divers titres : l'un a un abcès sous-périostique, l'autre une luxation ancienne du radius en avant. Chez celui-ci, il n'y a pas de difformité aussi saillante que dans le cas de luxation du coude en arrière. Le déplacement a lieu en avant du condyle de l'humérus. Dans la luxation complète du radius en avant, la cupule radiale est tout à fait au-devant du condyle. Chez l'enfant du n° 25, la tête du radius est déplacée, comme le prouve :

1° L'impossibilité de porter la paume de la main sur le moignon de l'épaule, parce que la tête du radius butte contre l'humérus;

2° Les mouvements de supination et de pronation moins prononcés qu'à l'état normal ;

3° Une tumeur qui, au premier aspect, ressemble à celle produite par un cal, et serait insuffisante pour caractériser la luxation ;

4° Enfin, en dehors de l'épitrochlée, vers le condyle, on ne rencontre pas la tête du radius, mais la portion inférieure du condyle de l'humérus ; en résumé, absence du radius dans sa position ordinaire.

Si on exécute des mouvements de flexion et de rotation, on voit qu'ils sont transmis à la tumeur placée en avant du condyle, et cela par l'os lui-même. Le diagnostic est sûr.

Cette luxation date d'un mois et résulte d'un coup. Est-elle susceptible d'être réduite? En général, je crois qu'il est impossible de dire d'une manière absolue à quel moment cesse la possibilité de la réduction. Elle dépend des conditions dans lesquelles elle se trouve, des caractères qu'elle offre. Mais il y a toujours utilité à essayer la réduction toutes les fois qu'il est possible de le faire sans danger pour le malade. Si on n'obtenait aucun résultat, le patient, chloroformé, ne souffrirait pas des mouvements qu'on aurait effectués.

Dans quel sens se feront les efforts? On agira selon la flexion, et s'il est nécessaire, on opérera des tractions sur la main, une extension plus ou moins grande. Lorsqu'une force intense peut être appliquée sur l'extrémité osseuse déplacée, on réussit souvent et plus facilement.

— L... (Napoléon), couché au n° 16, présente un abcès sous-périostique de la cuisse droite. Entré dans un service de médecine, il est à Saint-Côme depuis quatre jours. Comment se fait-il qu'une lésion aussi grave se soit égarée en médecine? Cela tient à ce que cette maladie a une marche insidieuse, simulant parfois une affection interne, revêtant dans quelques cas le cachet d'une fièvre typhoïde.

Elle est désignée sous les noms d'*abcès sous-périostique* par M. Chassaignac, de *périostite aiguë*, de *périostite phlegmoneuse*, par M. Schutzenberger, professeur à la Faculté de Strasbourg, de *périostite suppurée*. Dans les *Traités de chirurgie*, même les plus complets, sa description laisse beaucoup à désirer, car elle est englobée dans l'exposition des phlegmons diffus, auxquels on la rattache.

Roux considérait le phlegmon diffus profond comme une périostite, distinguant alors une espèce née du périoste. Le point de départ est vrai, la dénomination fausse.

En 1818, sir Ph. Crampton (de Dublin), plus tard Wier, firent des travaux sur la périostite suppurée (1). Graves publia un mémoire sur les abcès qui ont une relation avec l'aponévrose épicrânienne. Gerdy s'est aussi occupé de la même question (2); mais c'est surtout à M. Chassaignac qu'on doit l'étude la plus complète (3). Depuis lors deux élèves de la Faculté de Strasbourg, MM. Kruy-Babt et Wormser (4), M. Backel, postérieurement, ont inséré des notes et des observations sur ce sujet dans la *Gazette médicale* de cette ville (5).

Les abcès sous-périostiques sont fréquents chez les enfants; ils affectent plus spécialement les os longs (fémur, tibia, etc.). Leur début est caché, trompeur. Des douleurs vagues qu'on attribue à des contusions, des chutes, des névralgies, des rhumatismes, etc., en annoncent l'invasion. Puis celles-ci s'aggravent ; une pyrexie intense se manifeste, et quelquefois avec un aspect typhoïdique : abattement, somnolence, état particulier de la bouche, gencives fuligineuses, coma, etc.

Outre ces signes généraux, il en existe de spéciaux au siége du mal. La région augmente de volume, s'œdématie, devient douloureuse à un haut degré ; l'articulation est tendue, la peau luisante, offrant des marbrures qui peuvent faire croire à une angioleucite, à un phlegmon diffus, à une phlébite.

Peu après, aux points correspondants à l'œdème, on reconnaît de la fluctuation qui, d'abord dissimulée, s'accroît progressivement, est sensible au toucher ; c'est alors que l'ouverture est nécessaire. Que la poche soit incisée dès les commencements ou quelques jours après, le pus qui en sort n'est pas accompagné du tissu cellulaire mortifié si commun dans le phlegmon diffus; on remarque, au contraire, au sein du liquide purulent des globules huileux. Enfin, l'os est dénudé dans une notable étendue.

Le premier effet de la maladie, paraît-il, est de déterminer une sécrétion de pus entre l'os et son enveloppe. Deux circonstances souvent alors se montrent : ou bien le pus, altérant le périoste, le perce, s'échappe, et la fluctuation est facile à percevoir ; ou bien il ne s'ouvre pas d'issue, remonte et descend le long de l'os qu'il découvre en entier.

Ainsi ces inflammations redoutables ont pour origine le périoste. Elles se compliquent parfois d'ostéomyélite, etc.

La nécrose n'est point toujours superficielle : limitée aux premières couches osseuses, elle atteint, dans beaucoup de cas, une grande épaisseur du tissu osseux, comme on le prouve en pratiquant une couronne de trépan. La suppuration est entretenue par l'os mortifié, on n'observe nulle trace de travail réparateur, travail si fréquent dans les périostites simples.

En dépit des plus grands soins la maladie se propage, l'articulation est menacée, et la plupart du temps le malade meurt ou l'amputation est indispensable. Souvent ce dernier moyen est le seul obstacle aux progrès du mal, car bientôt la suppuration entraîne un état de chloro-anémie qui entrave toute réparation, anémie toute particulière, à signes caractéristiques, accompagnée de perte de l'appétit, de troubles dans les fonctions digestives. L'assimilation est défectueuse, il y a pour ainsi dire une véritable cachexie; le rôle physiologique de la peau est perverti, la respiration anormale; enfin se montre quelquefois une diarrhée colliquative que rien n'arrête : la mort met un terme à ces détériorations successives.

Quelles sont les causes des abcès sous-périostiques? On a remarqué qu'ils faisaient irruption principalement après un refroidissement : l'enfant avait été exposé à un courant d'air, couché dans des endroits froids et humides, autant de circonstances qui portaient à présumer une attaque rhumatismale.

Cette affection, rare chez les adultes, se rencontre souvent dans l'enfance. Si on ne la trouve pas décrite d'une façon plus détaillée et plus claire dans les traités classiques, c'est que les auteurs n'ont pas vu un nombre suffisant des séries de ces malades.

L'enfant qui motive ces remarques est dans une situation grave. Malgré un traitement tonique, vin de quinquina, sous-carbonate de fer (70 centigr.), vin de Bordeaux (150 grammes), malgré des injections de coaltar saponiné répétées deux fois par jour, l'écoulement abondant du pus par les deux ouvertures pratiquées avant-hier, la condition de l'enfant ne s'amende pas; l'articulation est plus volumineuse et pourra être envahie. Si l'amélioration ne se manifeste pas, l'amputation sera nécessaire.

L'année dernière, j'ai eu quelques faits analogues, et j'ai été contraint d'opérer. Malheureusement alors on hésite, et on agit dans des circonstances fâcheuses. On espère toujours un changement favorable; les parents d'ailleurs temporisent, s'opposent à toute mutilation. Pendant cet intervalle, le malade s'affaiblit; l'autorisation d'amputer est donnée, l'opération est faite *in extremis* dans les plus mauvaises conditions.

(1) *Dublin hosp. reports; Glascow medical*, 1830.
(2) *Archives de médecine*, 1853, tome II, pages 129, 451.
(3) *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome IV.
(4) Thèses de Strasbourg, 1853, n° 292; — 1855, n° 344 : *De la périostite*.
(5) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1858.

BLESSURE DE GARIBALDI.

Plaie par arme à feu pénétrant dans l'articulation tibio-tarsienne droite. — Fracture de la malléole interne.

(Extrait du rapport du professeur PORTA, de l'université de Pavie.)

..... Introduit par Sainte-Rose, je trouvai réunis dans une pièce tous les médecins qui étaient arrivés avant moi, Riboli, De Négri, Prandina, Zanetti et Rizzoli; je fus surpris d'apprendre d'eux qu'ils n'avaient pas encore obtenu de voir le

malade, et que, sachant ma venue prochaine, télégraphiée la nuit par le ministère, ils m'attendaient. Des six médecins présents, trois étaient venus spontanément, deux avaient été envoyés par le gouvernement, et le professeur Zanetti avait été appelé par le général lui-même. Je fus conduit par Sainte-Rose dans l'appartement, où chaque médecin fut présenté individuellement au général, qui nous accueillit avec gaieté, souriant et serrant la main à chacun de nous. Il nous affirma que son état général était bon, mais que le pied et la blessure le faisaient beaucoup souffrir, parce que le mode de transport du vaisseau à Varignano lui avait été très-pénible; il nous déclara du reste être prêt à tout, même à l'amputation du pied, si nous la jugions nécessaire. Il y avait aussi deux médecins garibaldiens, Albanèse et Ripari; le premier, Sicilien, élève de l'école de Florence, avait les prérogatives de médecin traitant; il avait assisté le général depuis Aspromonte jusqu'à Varignano, et paraissait avoir sa confiance; c'est lui qui nous fit l'histoire de la blessure. Au moment de la consultation (le 4, à onze heures du matin) la blessure datait d'un peu moins de six jours, puisqu'elle avait été produite, comme chacun le sait, au commencement du combat d'Aspromonte par la balle d'un tirailleur (bersagliere); elle frappa le preux capitaine au-dessus de la malléole interne du pied droit, traversant de part en part le pantalon de drap, le cuir de la botte et la chaussette de laine. Le projectile serait venu de gauche et d'en bas. Garibaldi, qui se sentit aussitôt blessé, fit encore quelques pas sur le pied droit (*sic*), puis la douleur le contraignit de s'asseoir, et dès lors il ne fit plus aucune tentative pour marcher. Sur le champ de bataille même, une saillie que l'on crut reconnaître à la partie antérieure et externe de l'articulation, en avant de la malléole péronéale, et qui permettait de supposer que la balle s'y trouvait aplatie, détermina le docteur Albanèse à faire à la peau une incision longitudinale de deux centimètres; mais n'ayant rien trouvé, il réunit cette petite plaie, et pansa celle qui résultait du projectile avec de la charpie, par-dessus laquelle il fit faire des fomentations froides.

La partie ayant été découverte, nous trouvâmes une blessure unique faite par le projectile; elle correspondait juste à la base de la malléole tibiale droite, qu'elle intéressait directement, et elle offrait l'aspect d'une large fente oblique dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, longue d'un peu plus de 2 centimètres et large de moitié, à bords noirâtres et légèrement enfoncés; cette blessure s'étendait à peu près du bord antérieur au bord postérieur de la base de la malléole et rendait de la sérosité roussâtre. Au-dessous, on pouvait avec le doigt reconnaître la pointe de la malléole, qui cédait à la pression; au-dessus, la diaphyse ou la continuité du tibia, quoique sa surface ne présentât rien d'anormal, était sensiblement déjetée en dehors; la malléole externe et le péroné étaient intacts et dans leur situation naturelle; cependant, en comprimant la première, on réveillait de la douleur.

Le tendon d'Achille est sain; on ne perçoit, ni au-dessous ni autour de lui, de résistance ou de tuméfaction; le contour antérieur de l'articulation tibio-tarsienne, compris entre les deux malléoles, était médiocrement tuméfié, tendu, chaud et douloureux; le gonflement, qui se terminait vers la face dorsale de l'avant-pied, s'élevait à peine au-dessus de l'articulation. Le pied lui-même était dans une légère extension, et l'on ne pouvait lui faire exécuter les plus légers mouvements dans son articulation avec la jambe sans réveiller des douleurs. L'examen extérieur le plus attentif n'a pas fourni le moindre indice de la présence de la balle. La plaie résultant de l'incision est presque cicatrisée.

Maintenant il importait de savoir si la malléole tibiale était ou non fracturée et l'articulation ouverte.

On prit un stylet boutonné, et on l'introduisit délicatement dans la plaie; l'instrument vint tout d'abord heurter contre la face externe de la malléole tibiale, à une profondeur de quelques lignes sous la peau; mais en lui imprimant quelques mouvements, il pénétra sans difficulté dans une fissure de la malléole elle-même, qui le retint emprisonné. En le dirigeant alors un peu en bas, on le fit pénétrer à une profondeur de 12 ou 13 lignes, soit 3 centimètres; là il s'arrêta tout à coup contre un os, qui n'était évidemment autre que la poulie de l'astragale. Celle-ci, malgré tous les mouvements que l'on imprima dans divers sens à l'instrument, lui ferma la route, et ne lui permit de pénétrer dans aucune ouverture ou fissure de l'os lui-même, comme la malléole avait permis de le faire. Cette exploration ne causa pas sensiblement de douleur au blessé; elle ne laissa découvrir aucun trajet derrière ou autour de l'astragale, aucun déplacement d'esquilles, aucune saillie, aucun bruit de choc qui pût faire soupçonner la présence du projectile.

Le général avait reçu encore une contusion par une balle morte, au-dessus du genou gauche; on ne s'en occupa pas, parce qu'au dire du malade lui-même elle n'avait pas eu de suites. Il y avait un peu de fièvre, qui s'était réveillée après la sortie du vaisseau. Du reste, aucune autre complication à l'extérieur ou à l'intérieur; le moral du blessé paraît tranquille, ou, pour mieux dire, résigné.

A la suite de l'examen dont nous venons de parler, tous les médecins présents ont dû à l'unanimité, et sans qu'aucune objection ait été présentée, admettre comme un fait démontré que la blessure du général Garibaldi était une plaie d'arme à feu, pénétrant dans l'articulation tibio-tarsienne droite, avec fracture de la malléole interne, plaie qui avait été suivie de l'inflammation à un degré modéré de cette même articulation.

Relativement au projectile (grosse balle conique de carabine de bersagliere), bien que la plaie soit pénétrante, tous les médecins présents, d'accord avec le blessé, inclinent aujourd'hui à admettre qu'il n'a pas pénétré et qu'il ne se trouve pas au sein de la plaie, par cette triple considération :

1° Que la malléole tibiale n'est pas brisée, mais simplement détachée à sa base, laissant un interstice de la largeur de quelques lignes, qui permet à peine le passage du stylet;

2° Que la poulie astragalienne, retenue comme à l'état normal dans la mortaise formée par les deux malléoles, continue à en remplir la cavité sans présenter de signes de fracture ou de perforation;

3° Qu'entre cet os et la malléole fracturée, il n'existe pas d'espace notable ni de trajet, soit en avant, soit en arrière, soit au-dessus, soit au-dessous, qui permette à la sonde d'avancer et de découvrir en quelque point le projectile, qui, comme on l'a dit déjà, ne se retrouve pas davantage au dehors, en quelque point de la périphérie du membre.

La simple fracture d'une malléole avec déchirure des parties molles extérieures par un corps obtus quelconque, suffit pour rendre la plaie pénétrante dans l'articulation sous-jacente. Mais une balle d'un volume aussi considérable, entière, aplatie ou brisée, n'aurait pu pénétrer sans occasionner à la malléole des désordres plus sérieux, ni sans laisser au milieu des esquilles du tibia une ouverture plus large, qui eût permis l'introduction de l'extrémité du doigt. On a donc pu admettre, avec la plus grande vraisemblance, que la balle, après avoir traversé les quatre couches formées par le pantalon, la botte, la chaussette et les téguments communs, aura frappé la malléole tibiale, qu'elle l'aura séparée de sa base, et qu'ensuite elle a dû avoir été rejetée, sans pénétrer dans l'articulation ni la contourner.

Quant au traitement, tous les médecins furent d'avis que pour le moment aucune opération n'était à faire, soit dans le but de rechercher et d'extraire un projectile, des esquilles osseuses ou d'autres corps étrangers dont rien n'indiquait la présence, soit pour obvier aux accidents à venir, et que les seules indications à remplir étaient de combattre l'inflammation actuelle par des moyens antiphlogistiques appropriés, et de panser chaque jour la plaie avec de la charpie enduite ou non de cérat, en se réservant de se précautionner contre les accidents qui pourraient survenir.

Ainsi donc, la blessure du général Garibaldi n'est pas légère et insignifiante, comme nombre de journaux l'ont répété; car une plaie par arme à feu pénétrant dans l'articulation tibio-tarsienne, avec fracture d'une malléole, exposition des fragments au contact de l'air et nécrose inévitable de leurs bords dénudés, chez n'importe quel sujet, et spécialement chez notre blessé, qui a souvent eu les articulations malades, est une lésion grave, qui peut être suivie de tous les accidents locaux et généraux que les personnes de l'art connaissent, et qu'il serait hors de propos d'énumérer en présence de notre blessé.

Néanmoins, dans son espèce, c'est-à-dire en tant que plaie pénétrante de l'articulation par fracture de la malléole, la blessure de Garibaldi est des moins malheureuses; et si tout marche régulièrement, sans qu'il survienne d'autres complications que l'inflammation actuelle, elle pourrait offrir un nouvel exemple de ce que l'on a déjà observé plusieurs fois, à savoir que l'inflammation se dissipe, que les bords dénudés de la malléole fracturée s'exfolient, que la plaie se réduise à une fistule, et que cette fistule se cicatrise, en laissant une certaine rigidité articulaire et un peu d'inclinaison du pied en dedans.

La probabilité d'un tel résultat réside dans l'hypothèse heureuse que l'état moral du blessé reste bon, comme on ne peut en douter; que le traitement soit conduit convenablement, ce qui ne peut manquer, et que la blessure marche sans encombre, ce qui est l'objet de tous nos vœux.

Et encore, avec ces heureuses suppositions, la guérison de l'illustre général ne pourra-t-elle être obtenue que d'ici à quelques mois.

(Extrait et traduit de la *Gazetta med. ital.-lomb.*, par le Dr Antonin MARTIN, médecin aide-major de 1re classe au secrétariat du conseil de santé des armées.)

DE L'EMPLOI PRÉVENTIF ET CURATIF DU CAFÉ, notamment dans les congestions cérébrales;

Par M. le docteur H. PETIT (de Château-Thierry).

Le café, cette graine précieuse qui devait un jour acquérir une réputation universelle et créer parmi nous de nouvelles habitudes sociales, fut importé en France vers le milieu du dix-septième siècle. Comme toute chose nouvelle, avec de nombreux et chauds partisans, le café compta des ennemis redoutables. Il rencontra surtout de l'opposition chez les médecins, qui le dénoncèrent comme une boisson nuisible à la santé, dangereuse et quelquefois fatale. Mme de Sévigné, moins sévère dans son appréciation, disait que le café n'était qu'une affaire de mode, et que comme bien d'autres choses, il n'aurait qu'un temps. Mais le temps et l'expérience ont donné tort à Mme de Sévigné et aux médecins de cette époque.

Il est démontré aujourd'hui que, loin de nuire à la santé de l'homme (1), le café, dans des conditions normales, jouit de l'admirable propriété de prolonger son existence. Plus sûrement que le jin-seng, cette plante à laquelle les Chinois attribuent des propriétés si merveilleuses que leur empereur s'en réserve le monopole, le café peut éloigner pour un temps plus ou moins long ce qui fait le chagrin de tous, la vieillesse avec ses infirmités.

On a déjà beaucoup écrit sur le café, mais tout n'a pas été dit, et bien des médecins ignorent encore les plus précieuses ressources qu'il peut offrir à notre art.

Un des effets du café les plus étranges est celui que je vais rapporter.

Transportons-nous un instant dans nos départements du Nord et descendons près de ces hommes qui, pour gagner leur vie et celle de leur famille, vont chaque jour s'ensevelir pendant douze heures dans les entrailles de la terre, afin d'y arracher des matériaux que la nature semble vouloir dérober à nos regards, mais que le génie de l'homme a su y découvrir. Que voyons-nous? Des travailleurs énergiques, vigoureux, dont l'extérieur annonce la santé la plus belle, malgré les durs labeurs auxquels ils sont constamment soumis. Ils ont sans doute pour réparer leurs forces une alimentation substantielle, abondante, de bonne viande, du vin, de l'eau-de-vie, etc.? Nullement; de la soupe au café trois ou quatre fois par jour, voilà toute leur nourriture. Et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que ces hommes peuvent réduire de 25 à 30 pour 100 la quantité d'aliments nécessaire au maintien de leurs forces. Quand d'autres, par exemple, consommeront par jour 2 kilogrammes de substances alimentaires, 1,500 grammes leur suffiront largement pour être tout aussi forts.

Quelle est donc cette vertu mystérieuse et si puissante du café? Nous pensons que M. de Gasparin, qui est allé vérifier sur les lieux ces admirables résultats, en a donné l'explication la plus satisfaisante. Selon lui, le café rendrait plus stables les éléments qui composent notre organisme. Nous savons tous, en effet, que chez nous la vie s'opère au moyen d'un double mouvement de composition et de décomposition. Les molécules qui nous composent aujourd'hui ne seront plus les mêmes dans quelque temps; insensiblement, et de jour et jour, elles feront place à d'autres. Or, le café ralentirait ce double mouvement; il amoindrirait le mouvement de décomposition, et par suite celui de recomposition; ne nourrissant point par lui-même plus que d'autres aliments, il diminuerait les déperditions.

En effet, sous son influence les sécrétions contiennent une moins grande quantité de matériaux solides; elles sont plus aqueuses. Tout le monde peut le constater facilement dans l'urine, qui devient claire, limpide comme de l'eau et presque incolore. La respiration, l'oxygénation du sang, et par suite la combustion des matières carbonées et hydrogénées, sont moins actives. De là une diminution plus ou moins marquée de la chaleur animale, diminution que la pâleur de la face, la fraîcheur de la peau rendent facilement appréciable; et comme conséquence pratique, l'utilité extrême du café dans les pays chauds où la vie s'use si vite, et où l'élévation de la température est si pénible et si fatigante. Aussi ne saurait-on accorder trop d'éloges à l'administration de la guerre, qui a fait entrer le café dans la ration du soldat en campagne, surtout au milieu des sables brûlants de l'Afrique.

Nous avons vu que les hommes qui font du café leur nourriture exclusive, peuvent réduire d'un quart au moins la quantité de leurs aliments, parce que chez eux le mouvement de décomposition, ou pour me servir d'une expression plus vulgaire, mais qui fera mieux saisir ma pensée, l'usure de leur corps est diminuée dans cette proportion. Or, en faisant un raisonnement qui pourrait paraître spécieux s'il ne s'appuyait sur l'expérience, nous nous trouvons amenés à dire que la vie de ces hommes peut se prolonger au delà des limites ordinaires d'une quantité égale à la différence des déperditions, c'est-à-dire de 25 à 30 pour 100. Toutefois cette prérogative d'une longue et belle existence peut aussi appartenir à d'autres hommes, qui, sans faire du café leur nourriture exclusive, en prennent chaque jour une quantité notable (1).

Ainsi les infirmités de la vieillesse peuvent être combattues et les limites ordinaires de la vie humaine sensiblement reculées. Voyons en effet ce qui se passe chez le vieillard.

Le phénomène le plus remarquable est celui qui a lieu du côté des organes de la circulation. A mesure que l'homme avance en âge, il se forme des dépôts calcaires dans l'épaisseur des parois de ses vaisseaux. Le tissu osseux se raréfiant (2) par suite de la prédominance du mouvement de décomposition, ses molécules calcaires passent dans le sang. Celui-ci s'en trouvant surchargé et ne recevant plus l'impulsion nécessaire pour les emporter au loin, en laisse déposer dans les vaisseaux capillaires, qui finissent par s'oblitérer. De là un trouble plus ou moins grand dans le jeu des organes, de là des congestions, des ramollissements, des ruptures, des hémorrhagies, etc., surtout dans les organes mous et dont la structure ne comporte que de petits vaisseaux, le cerveau, par exemple.

Un des médecins les plus savants de notre époque, M. le docteur Robin, émettait cette opinion que les dépôts calcaires observés dans les vaisseaux devaient être une des causes principales de la vieillesse; et il avait pensé qu'en les dissolvant au moyen d'un composé chimique (l'acide lactique), on pourrait peut-être reculer les bornes de la vie humaine. Des expériences devaient

(1) Je ne prétends pas ici que le café doive être employé aveuglément et indistinctement dans toutes les conditions de vie et de santé. Comme bien d'autres choses utiles et précieuses, les aliments, le vin, l'opium, le quinine, etc., il a ses inconvénients et ses contre-indications. Chez une femme jeune, nerveuse, le café serait certainement nuisible, son action physiologique étant de développer un état nerveux spasmodique ayant de la ressemblance avec l'état nerveux et vaporeux des hystériques.

(1) Il n'est pas besoin d'ajouter que le café, dans ce cas, ne dispense pas des précautions hygiéniques ordinaires.

(2) Tous les médecins savent avec quelle facilité se produisent les fractures chez le vieillard.

même être faites par lui sur des animaux. Cette idée très-ingénieuse avait, selon nous, un côté faible; elle ne s'adressait qu'à l'effet sans remonter à la cause. De plus, elle pouvait dissoudre le dépôt calcaire emporté dans l'acte de la digestion et provenant des substances alimentaires, mais elle ne pouvait rien sur le dépôt résultant du mouvement de décomposition. Et encore, eût-elle pu le dissoudre, qu'elle ne pouvait l'empêcher de se former.

Or les faits et le raisonnement ensuite me confirment dans la pensée que le café peut combattre la cause de ce phénomène; et cette cause, c'est la prédominance chez ce vieillard du mouvement de décomposition sur celui de recomposition, conséquence de l'épuisement, de l'usure de la force vitale. Nous avons vu et prouvé plus haut par des faits l'action du café sur ce mouvement de décomposition (1). Nous n'y reviendrons pas.

Je connais dans ma clientèle plusieurs vieillards qui doivent certainement la conservation d'une santé florissante à l'usage du café; tout récemment encore M. D..., ancien préfet, âgé aujourd'hui de quatre-vingt-quatre ans, me remerciait bien vivement du conseil que je lui avais donné de prendre du café à l'eau deux fois par jour. Il se félicitait d'avoir suivi ce conseil, ajoutant qu'il se sentait revivre et que jamais il n'avait éprouvé un plus grand bien-être.

Tout le monde sait que Voltaire puisait dans le café une vigueur d'esprit et de corps toute juvénile; et, dit M. Flourens, si la folle vanité, qui, selon Buffon, ne vieillit jamais, ne lui eût pas fait faire à quatre-vingt-quatre ans le voyage peu raisonnable de Paris, il aurait sans aucun doute vécu encore bien des années.

Fontenelle dut au café, dont il faisait un grand usage, de vivre pendant tout un siècle en conservant une énergie morale peu commune.

De toutes les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, il résulte que le café doit être prescrit à tous les vieillards. On fera même bien de le recommander à tous ceux qui ont atteint l'âge de cinquante ans, époque à laquelle le corps a achevé de compléter sa vigueur et ses formes. Il y a bien quelques exceptions à cette règle, mais elles sont peu nombreuses. A part les cas de lésions organiques, celles du cœur en particulier, un état nerveux trop prononcé, trop grave, je n'hésite pas à le conseiller à tous les vieillards qui me consultent, en leur recommandant de l'associer à des aliments convenablement choisis tant pour la quantité que pour la qualité, suivant les circonstances et les conditions particulières de santé, de position et de fortune.

(1) On pourrait ajouter que le café soutient cette force vitale en stimulant le système nerveux ganglionnaire par lequel elle s'exerce et se manifeste.

DOUBLE PERFORATION DU DIAPHRAGME.

Hernie diaphragmatique et thoracique de l'épiploon, etc.

Par M. Berchon, chirurgien de 1re classe de la marine.

Le nommé P... (Jean-Jacques), âgé de quarante-six ans, né à Rochefort (Charente-Inférieure), maître armurier de la direction d'artillerie, est apporté à l'hôpital de la marine le 10 septembre 1860, à onze heures du matin, salle 20, n° 21 (service de M. Jossic, 2e médecin en chef).

Il s'est donné volontairement, il y a peu d'instants, un coup de pistolet dont la balle paraît avoir traversé la poitrine.

On constate à son arrivée une plaie située à trois travers de doigt au-dessous du mamelon gauche, à travers laquelle sort une masse fongueuse molle, non crépitante, qui appartient évidemment à une portion d'épiploon herniée.

Il ne peut exister de doute sur l'entrée de la balle en ce point, d'après l'aspect des téguments et les caractères de la plaie.

La peau est noircie et comme brûlée par la poudre dans une large étendue, sous forme d'auréole, autour de l'ouverture indiquée, qui est elle-même arrondie et à bords nettement taillés comme à l'emporte-pièce.

La hernie de l'épiploon et la hauteur de la plaie prouvent de plus la pénétration du projectile dans la poitrine et dans l'abdomen, en même temps qu'une solution de continuité des téguments en arrière du tronc rend infiniment probable la sortie de la balle.

Cette seconde ouverture est plus petite que l'antérieure; elle est étoilée, à bords frangés, et laisse écouler une assez grande quantité de sang noirâtre.

Le blessé n'a point perdu connaissance, et répond aux questions qu'on lui adresse.

La respiration est facile, et il n'y a pas de crachement de sang, ce qui exclut toute idée de lésion pulmonaire; l'auscultation ne fait, du reste, reconnaître aucun bruit pathologique du côté du cœur ou des poumons.

Le pouls radial n'est pas perceptible; le refroidissement de la périphérie du corps est très-sensible, ainsi que la pâleur de la peau et de la face. Il y a donc lieu de supposer une grave lésion des organes de la circulation contenus dans l'abdomen, surtout en tenant compte de l'écoulement continu du sang par l'ouverture de sortie du projectile.

Le décubitus a lieu de préférence sur le côté droit, et les mouvements imprimés au tronc augmentent l'hémorrhagie extérieure.

Peu de moyens rationnels pouvaient être employés pour combattre la lésion la plus grave; et, malgré l'usage de révulsifs cutanés ou intestinaux, de boissons chaudes et de topiques divers, l'hémorrhagie interne n'a pu être arrêtée, et le blessé est mort à cinq heures du soir.

Autopsie. — Embonpoint manifeste, coloration blanc mat des tissus; quelques taches ecchymotiques à la région scrotale et au coude gauche.

Ouverture d'entrée de la balle, elliptique, à grand diamètre transversal de 0m,125, à petit diamètre vertical de 0m,015, située à 0m,06 du teton gauche et directement au-dessous, à 0m,10 de la ligne médiane du sternum.

Cette ouverture, dont les bords sont taillés à pic, est entourée d'une sorte d'auréole, de couleur violet foncé, qui mesure dans tous les sens 0m,08 de diamètre; la peau est en cet endroit très-adhérente au tissu cellulaire sous-jacent et comme parcheminée, ce qui doit être attribué à la conflagration de la poudre à très-peu de distance du thorax.

L'ouverture de sortie du projectile est située, en arrière de la poitrine, à 0m,10 au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche à 0m,09 de la ligne médiane postérieure du corps; elle est déchiquetée, en forme d'étoile à rayons inégaux, dont trois plus étendus que les autres; elle mesure environ 0m,015 de diamètre, et donne issue à un écoulement sanguin noirâtre, dès qu'on remue le sujet.

L'abdomen, ouvert, permet de constater une abondante quantité de graisse accumulée dans le mésentère, les mésocôlons et l'épiploon.

Un litre de sang mêlé de grumeaux occupe les parties les plus déclives de la cavité.

Le grand épiploon, très-développé, est engagé dans une assez notable étendue à travers une solution de continuité de la partie du diaphragme correspondant aux côtes gauches; il est chargé de graisse comme tous les viscères du corps, et se trouve enroulé sur lui-même dans la direction de sa partie herniée.

L'estomac et les intestins ne sont point lésés.

La rate, peu volumineuse, présente au milieu de ses deux faces opposées une vaste ouverture étoilée, d'environ 0m,05, dont plusieurs rayons atteignent les bords de l'organe. La balle a complétement traversé son épaisseur.

Thorax. — Le thorax est ouvert avec précaution par l'ablation entière des côtes droites, ce qui permet de noter:

D'abord, une adhérence générale, mais peu résistante, de la face externe du poumon droit avec la plèvre costale; puis l'intégrité du péricarde et du cœur, dont le volume est peut-être un peu plus considérable que dans l'état normal.

Une section plus profonde, pratiquée de manière à conserver en place tous les organes thoraciques ou abdominaux gauches dans leurs rapports naturels, met en lumière les lésions du diaphragme, de la moitié gauche de la poitrine, ainsi que celles des viscères contenus, et fait reconnaître deux ouvertures au diaphragme: l'une dans sa partie convexe et antérieure au point correspondant à l'ouverture d'entrée de la balle, qui a fracturé et traversé la sixième côte gauche à son extrémité antérieure; l'autre dans la partie postérieure et inférieure du même muscle, au niveau de l'interstice des dixième et onzième côtes du même côté.

La première est elliptique, comme l'ouverture des téguments, et mesure environ 0m,04 dans son grand diamètre et 0m,015 dans son petit; la seconde est plus arrondie, et n'a que 0,03 dans tous les sens.

Une quantité considérable de sang et de caillots est épanchée dans la plèvre gauche.

Le poumon de ce côté est intact et crépitant dans toute son étendue; sa surface extérieure est noirâtre par imbibition dans l'épanchement, qu'on peut évaluer à 5 ou 600 grammes.

L'examen, la comparaison et le rapprochement de toutes ces lésions suffisent à prouver que la direction du projectile a été à peu près rectiligne et oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Le pistolet a dû être appliqué très-près du thorax, à l'endroit indiqué, et la balle a successivement traversé:

1° La sixième côte gauche, complétement brisée en éclats près de son articulation avec le cartilage correspondant, de telle sorte qu'un fragment osseux trouvé parmi les grumeaux de sang épanché dans la poitrine, présentait d'un côté la cassure nette du point de jonction de l'os et du cartilage;

2° La portion antérieure et supérieure de la voussure du diaphragme;

3° La rate dans son milieu et de part en part;

4° Le diaphragme, de nouveau, dans sa partie postérieure;

5° Et enfin le milieu de la dixième et de la onzième côtes gauches, la couche musculaire et la peau de la région correspondante.

OBSERVATIONS SUR UN CAS DE TRANSMISSION DE LA SYPHILIS

par des accidents secondaires.

Par M. J. Weill, aide-major au 10e de cuirassiers, à Nancy.

X..., sous-officier au 10e régiment de cuirassiers, âgé de vingt-cinq ans, avait eu, le 4 mai dernier, des rapports sexuels avec la femme M... Trois jours après, il vit sur la couronne du gland une petite ulcération qui disparut au bout de cinq jours par des soins de propreté. Malgré cela, il a de nouveaux rapports avec la même femme le 21 mai. Trois jours après encore, il remarque de nouvelles ulcérations sur la verge. Ce n'est que le 4 juin, un mois après le premier coït et quinze jours après le second, que ce militaire se présente à ma visite.

Il est d'une bonne constitution, et n'avait jusqu'ici eu aucun accident syphilitique.

Je constate deux chancres indurés, dont un sur le milieu de la couronne du gland et l'autre à côté du frein. Ces chancres ont tous les caractères des chancres infectants, et sont accompagnés d'un engorgement indolent des ganglions de l'aine.

J'eus l'occasion de visiter la femme M... qui avait infecté X..., six jours après, le 10 juin. Elle portait sur les grandes lèvres un grand nombre de plaques muqueuses ulcérées et un engorgement des ganglions de l'aine.

Ces plaques muqueuses, d'après le dire de cette femme, dataient de deux mois. Elle prétend n'avoir pas connu chez elle l'existence d'accidents primitifs. C'est du reste, comme on sait, chose commune: un chancre peut parfaitement passer inaperçu pour la femme qui en est atteinte. De même, il est très-souvent difficile de constater des cicatrices de chancres sur la muqueuse des parties génitales de la femme; c'est ce qui a eu lieu ici.

X... avait eu lors de son premier coït avec la femme M... une érosion du gland. Cette érosion, porte d'entrée du virus syphilitique, a eu le temps de se cicatriser avant que l'infection générale ait eu lieu. Cette dernière s'est manifestée sur deux nouvelles ulcérations produites lors du deuxième coït, qui a eu lieu seize jours après le premier; et, lorsque j'ai vu le malade un mois après le premier rapprochement suspect, elles étaient devenues deux chancres indurés accompagnés de la pléiade ganglionnaire caractéristique.

C'est donc là un nouvel exemple de transmission de la syphilis par les accidents secondaires, et une preuve que la vérole commence toujours par un chancre.

DES CAUSES DE LA GRANDE MORTALITÉ DES ENFANTS

dans la première année de la vie.

Par M. le Dr E. Walser.

La plupart des enfants meurent pendant les premières vingt-quatre heures après leur naissance.

La mortalité diminue à mesure que l'enfant s'éloigne de l'époque de sa naissance.

La première cause de la mortalité est déterminée par l'acte même de la parturition et par les suites que cet acte entraîne.

Après cette première cause, viennent les changements de nourriture et la dentition.

La première cause affecte plus particulièrement les garçons, tandis que les filles sont plus exposées à l'influence des deux dernières.

L'allaitement exerce une très-grande influence sur la mortalité pendant la première année de la vie.

Il existe un rapport étroit entre la mortalité de la population et la mortalité du premier âge; plus la première décroît, plus la seconde augmente.

On observe le même rapport à l'égard des naissances illégitimes, non par le fait de l'accouchement, mais à cause de la mauvaise alimentation. (*Arch. der Heilkunde.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 septembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'Etat transmet, avec une lettre de M. le docteur Barthélemy Ebenberger de Prévalie, une thèse contenant un remède contre la fièvre jaune découvert par ce médecin. (Commis., M. Mélier.)

— M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du t. VII, 3e série, du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Deux rapports d'épidémies, par M. le docteur Jacquez (de Lure) et par M. le docteur Aiguillon (de Riom).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département du Puy-de-Dôme. (Commission des épidémies).

3° Les états de vaccinations pratiquées au Blanc (Indre) par Mme Gillet et par Mlle Eglantine Faichaud. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Bernard Beck (de Fribourg), qui sollicite le titre de membre correspondant.

2° Une note *sur l'ovarite chronique*, par M. le docteur A. Legrand. L'auteur accompagne cet envoi de la lettre suivante, qui en indique le sujet:

« Monsieur le Président,

» J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie une observation d'ovarite chronique compliquée d'engorgement du corps et du col de l'utérus, qui a été guérie par une méthode qu'on peut encore considérer comme nouvelle, malgré les travaux antérieurs de Chrestien (de Montpellier), et qui consiste dans l'administration à l'intérieur, et sous forme pilulaire, des oxydes d'or combinés avec l'extrait de soucis des vignes (*Calendula arvensis*); médication que j'ai déjà employée non moins heureusement pour certains engorgements de la glande mammaire. Seulement, dans ce cas d'ovarite, la médication interne a été favorisée par des bains généraux et de petites saignées révulsives.

» Ce qui donne à cette observation un intérêt particulier, c'est que la maladie était arrivée à ce point qu'on pouvait croire à un commencement de désorganisation de l'ovaire, rendue probable par l'état cachectique dans lequel se trouvait la malade, aujourd'hui âgée de cinquante-cinq ans et qui n'en avait que vingt-sept quand je l'ai soignée.

» Permettez-moi de profiter de cette communication, Monsieur le Président, pour rappeler que la première opération d'ovariotomie, en France, paraît avoir été faite en 1844, et avec succès, dans un village du Doubs, pour un cas de squirrhe de l'ovaire. De sorte que dans celui que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, la médecine a rendu inutile cette grave opération, à laquelle on aurait sans doute voulu recourir alors si elle avait déjà été aussi usitée qu'aujourd'hui. »

3° Un mémoire intitulé: *Considérations sur la vaccine,* par M. le docteur Chonnaux-Dubuisson, de Villers-Bocage (Calvados).

M. Depaul présente, au nom de M. le docteur Rouch, un nouveau modèle de forceps modifié, auquel l'auteur donne le nom de forceps de précision et à pression limitée. Voici l'indication du but que s'est proposé M. Rouch et la description de cet instrument d'après la note déposée en même temps sur le bureau de l'Académie.

La compression que l'instrument exerce sur la tête du fœtus peut nuire à sa santé et même à sa vie. Nous devons principalement signaler les épanchements cérébraux, les fractures et les enfoncements des os du crâne, l'exophthalmie, la contusion, la déchirure et le décollement du cuir chevelu, la compression du cordon ombilical compris entre la tête et la branche du forceps, enfin la paralysie du nerf facial. (Cazeaux, *Traité d'accouchement*, p. 883).

Cette énumération nous dispense d'insister sur l'importance du problème que nous avons voulu résoudre: limiter la pression des

cuillers sur la tête du fœtus, et la rendre indépendante de la puissance des tractions exercées sur les manches.

Pour arriver à ce résultat, nous avons fait ménager sur le bord interne de chacun des manches d'un forceps, à 8 ou 9 centimètres en arrière de l'articulation, un relief cylindrique, creusé transversalement d'une douille taraudée. Dans cette espèce d'écrou allongé s'engage une vis à tête plate, discoïde et cannelée sur le champ, pour faciliter sa mise en œuvre.

Il est aisé de comprendre le jeu d'une semblable disposition : quand l'instrument est placé suivant la méthode ordinaire, et qu'on s'est assuré que la tête est bien saisie, on tourne les molettes qui terminent les vis, de manière à faire l'écart des branches, et immédiatement la pression exercée sur les manches, dans les tractions même les plus énergiques, cesse d'être transmise aux cuillers.

Nous nous proposons également de munir ce système d'une division métrique qui donne immédiatement les dimensions linéaires de la partie engagée, à la manière d'un compas de réduction. Cette disposition peut, dans quelques circonstances, éviter des tractions inutiles, en donnant l'éveil sur l'existence de quelque anomalie.

Nous avons également changé la direction du crochet qui termine la branche à mortaise ; au lieu de la laisser courbée sur le plat, nous l'avons courbée sur le champ ; cette modification permet à l'anse du crochet d'embrasser l'extrémité supérieure, externe et postérieure de la première phalange du doigt indicateur. Cette même branche est plus longue que celle à pivot et présente une forme droite ; d'après cette disposition, elle devient plus commode pour être embrassée d'une manière plus exacte par toute l'éminence thénar de l'opérateur. Cette modification apporte dans la manœuvre de l'instrument une amélioration que les accoucheurs apprécieront à première vue.

Ces deux modifications peuvent être apportées sans beaucoup de frais à tous les instruments déjà fabriqués et s'adapter sans difficulté à toutes les formes. Nous avons choisi de préférence le forceps anglais, qui est beaucoup plus portatif que tout autre, et qui, vu la facilité avec laquelle ses branches se brisent et s'articulent, peut être réduit à des dimensions qui ne s'éloignent pas beaucoup de celles d'une trousse ordinaire.

A cause de ces modifications, je propose de nommer cet instrument : *Forceps de précision et à pression limitée.*

LECTURE.

M. Henri GINTRAC, professeur adjoint de clinique interne à l'Ecole de médecine de Bordeaux, lit un mémoire intitulé *Recherches sur les dimensions de la poitrine dans leurs rapports avec la tuberculisation pulmonaire.*

L'auteur constate que malgré les travaux de MM. Hirtz et Woillez, la question de l'étroitesse de la poitrine chez les phthisiques n'est point encore résolue ; c'est cependant un sujet bien digne de l'attention des praticiens, surtout s'il est démontré que cette étroitesse accompagne la disposition à la phthisie pulmonaire.

Afin de donner à cette étude séméiotique une base solide, il a déterminé les dimensions de la poitrine chez 140 individus en bonne santé ; puis il a pratiqué la mensuration circulaire chez 80 phthisiques, il a classé les malades en trois catégories relatives à leur âge, et subdivisé chacune de ces catégories en deux groupes correspondant aux périodes de crudité et de ramollissement des tubercules ; il a, en outre, constaté que l'espace inter-mammaire donnait une juste idée de la circonférence moyenne de la poitrine.

M. H. Gintrac termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La poitrine, chez les phthisiques, offre une circonférence moindre que chez les individus dont les poumons sont exempts de tubercules ;

2° Cette diminution dans la largeur de la poitrine, appréciable dès le début de la tuberculisation, augmente avec les progrès de la maladie. Elle peut atteindre à la deuxième période 10 centimètres pour la circonférence supérieure, 8 pour la circonférence mammaire, et 6 pour l'inférieure ;

3° La circonférence supérieure du thorax présente, à très-peu d'exceptions près, à toutes les périodes de l'affection tuberculeuse, une étendue plus grande que les circonférences mammaire et inférieure ;

4° L'intervalle qui sépare les deux mamelons, chez l'homme, donne une idée exacte des dimensions du thorax ; il représente le quart de la circonférence mammaire ; chez l'adulte, il mesure 20 centimètres à l'état normal, 19 à la première période de la phthisie ; 17 à la deuxième période ;

5° La mensuration de l'espace inter-mammaire mérite l'attention du praticien, et doit entrer comme élément de diagnostic dans l'appréciation des dispositions à la phthisie pulmonaire.

Comme conséquence de ses observations, il croit nécessaire d'ajouter que l'hygiène et une gymnastique spéciale des organes respiratoires doivent constituer des éléments essentiels dans le traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire. Le thorax sera dilaté par des efforts gradués d'inspiration, par des exercices des membres supérieurs dans lesquels l'abduction dominerait. En un mot, il faut demander à l'acte même de la respiration le remède contre une insuffisance de développement dont les poumons subissent la funeste influence. (Commissaires : MM. Louis, de Kergaradec, Barth et Bouillaud.)

RAPPORTS.

M. BOUDET, au nom de la commission des remèdes secrets, lit plusieurs rapports sur des demandes d'application de décrets relatifs aux remèdes secrets et nouveaux. Les conclusions négatives de ces rapports sont adoptées sans discussion.

Canules et dilatateurs pour la trachéotomie. — M. BOUVIER lit en son nom et au nom de M. Trousseau un rapport sur des canules et des dilatateurs pour la trachéotomie, adressées à l'Académie par MM. Robert et Collin, Mathieu, Charrière, Lüer, fabricants d'instruments de chirurgie, et par M. Laborde, interne des hôpitaux.

(Les nombreux détails techniques que renferme ce rapport ne nous permettent pas de le reproduire).

Conclusions. — 1° Remercier de leurs diverses communications MM. Robert et Collin, Mathieu, Charrière et Lüer ;

2° Adresser aussi des remercîments à M. Laborde, interne des hôpitaux, et l'engager à poursuivre ses recherches sur les moyens de faciliter et de vulgariser de plus en plus l'opération de la trachéotomie dans le croup.

M. GOSSELIN. Le savant rapport que nous venons d'entendre a surtout le mérite de nous montrer les progrès qui ont été faits depuis quelques années pour l'amélioration des canules. Mais je demande à ajouter que le véritable perfectionnement dans l'opération de la trachéotomie serait la suppression de ces instruments. En effet, les canules n'ont pas seulement l'inconvénient de produire les ulcérations de la trachée, si bien décrites par M. H. Roger ; elles ont encore celui d'amener des nécroses interminables, des cerceaux cartilagineux, et peut-être cet autre, dont on ne se préoccupe pas assez, de provoquer, dans les cas de croup, une inflammation de la trachée qui peut prendre le caractère diphthéritique, et en se propageant vers les petites bronches, occasionner cette nouvelle cause d'asphyxie à laquelle succombent un si grand nombre d'enfants opérés de trachéotomie. Je sais bien que le croup bronchique consécutif peut être mis sur le compte de la cause interne qui a déjà produit le croup laryngé. Mais il est permis de croire que l'irritation nouvelle occasionnée par la canule peut l'amener aussi dans un certain nombre de cas.

Il y aurait donc utilité à se passer de la canule, et je regrette que M. Bouvier n'ait pas insisté davantage sur les tentatives qui ont été faites dans cette direction. En effet, il a passé rapidement sur la double érigne dilatatrice de M. Maslieurat-Lagémard. Il n'a pas signalé une première modification employée par ce chirurgien et plus récemment par M. Bauchet, laquelle a consisté à implanter dans chacun des bords de la trachée une épingle recourbée en crochet et assujettie par un fil qui venait se nouer derrière le cou avec le fil du côté opposé. M. le docteur Garin (de Lyon) a également publié dans la *Gazette médicale*, en 1844, la description d'un collier dilatateur, dont les crochets, saisissant les bords de l'ouverture trachéale, les maintenaient écartés sans qu'un corps étranger plongeât dans le conduit.

Ces essais ne sont pas, il est vrai, sanctionnés par l'expérience. Moi-même je n'y ai pas eu recours, par la même raison qui a sans doute empêché d'autres chirurgiens, c'est que l'opération de la trachéotomie ne se prépare pas d'avance. On est pris à l'improviste, et on suit les errements habituels, en remettant à une autre occasion l'étude des procédés nouveaux.

Je voudrais que les chirurgiens appelés souvent à faire cette opération, ceux des hôpitaux d'enfants surtout, fissent sortir de l'oubli les essais et l'idée que je viens de rappeler : quelques légers perfectionnements suffiraient peut-être pour rendre réalisable la dilatation de l'ouverture trachéale sans le séjour d'une canule, et si je ne me fais pas illusion, ce progrès une fois accompli, la trachéotomie, surtout dans les cas de croup, donnerait un plus grand nombre de succès.

M. H. BOULEY voudrait, puisque l'occasion s'en présente, apporter quelques faits qui lui semblent de nature à démontrer les effets des tubes à demeure sur la trachée. Si l'Académie veut bien le lui permettre, il apportera dans la séance prochaine les pièces pathologiques qu'il n'est pas en mesure aujourd'hui de mettre sous les yeux de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT demande à M. Bouley si les faits qu'il a à présenter à l'Académie devront avoir pour effet de faire modifier les conclusions du rapport, auquel cas le vote des conclusions devrait être ajourné.

Sur la réponse négative de M. Bouley, M. le président lui réserve la parole pour la prochaine séance, sans préjudice du vote des conclusions qui pourra avoir lieu immédiatement.

M. H. LARREY demande la permission d'ajouter quelques mots à ce que vient de dire M. Gosselin ; c'est pour rappeler à l'Académie qu'un chirurgien militaire, M. Moreau Boucard (si nous avons bien entendu le nom), avait imaginé une canule disposée de manière à prévenir tout contact immédiat avec la paroi postérieure de la trachée. Cette canule mériterait de figurer dans l'énumération des instruments de ce genre qui est faite dans le rapport.

M. BOUVIER ne demande pas mieux de voir les chirurgiens entrer dans la voie indiquée par M. Gosselin ; mais il ne faut pas oublier qu'il y a souvent une indication impérieuse à remplir en présence d'un danger imminent, il faut à tout prix prévenir l'asphyxie. Or, pour cela, il ne suffit pas de tenir béante la plaie faite à la trachée, mais bien la trachée elle-même. La rapidité de l'asphyxie est telle dans quelques cas, qu'il est arrivé à M. Trousseau d'avoir perdu ainsi un enfant qu'il venait de trachéotomiser, pour n'avoir pas introduit assez vite la canule.

A la suite de ces observations, les conclusions du rapport de M. Bouvier sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Siége de la faculté du langage. — M. le docteur Auguste VOISIN, chef de clinique de la Faculté de médecine, donne lecture d'une observation qu'il a recueillie dans le service de M. Bouillaud, et qui a pour objet d'établir, conformément à l'opinion de ce professeur, que la faculté du langage articulé réside dans la partie supérieure des lobes antérieurs du cerveau.

Voici en quels termes d'ailleurs M. Voisin résume cette observation :

1° La perte de la parole a été dans ce cas liée à la présence d'un kyste sanguin de l'arachnoïde pariétale ayant déterminé une empreinte sur les parties moyenne et antérieure des première et deuxième circonvolutions frontales ;

2° La compression de la substance corticale de ces deux circonvolutions me paraît avoir été la cause immédiate du trouble de la faculté du langage articulé ;

3° D'après ce fait et d'autres que j'ai rappelés, la faculté du langage articulé me semble siéger dans la substance corticale des circonvolutions frontales, ou de la partie supérieure des lobes antérieurs.

Le travail de M. Voisin est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bernard, Briquet et Ch. Robin.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour l'admission aux emplois de pharmacien stagiaire à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, s'ouvrira :

A Strasbourg, le 5 décembre 1862 ;

A Montpellier, le 14 du même mois ;

A Paris, le 19 du même mois ;

A moins que le petit nombre des candidats ne motive leur concentration à Paris.

On s'inscrit aux bureaux des intendances des 1re, 6e et 10e divisions militaires, où l'on trouvera tous les renseignements sur les conditions et les avantages de la position de pharmacien stagiaire.

— M. le docteur Triquet reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de l'oreille, à son dispensaire, impasse Larrey, n° 4, le vendredi 3 octobre, à onze heures du matin.

Ces conférences seront publiques et auront pour sujet un des cas intéressants soumis à l'examen des élèves.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Clinique obstétricale, ou Recueil d'observations et statistique, par le docteur MATTEI, professeur libre d'accouchements à Paris, etc. Tome Ier, complet en deux livraisons, et tome IIe, 1re livraison. Prix de chaque livraison : 4 fr. *franco.* Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Histoire critique de la folie instantanée, temporaire et instinctive, par M. le docteur A. MANDON, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de Paris. Ouvrage couronné (médaille d'or) par la Société impériale de médecine de Bordeaux. Un volume in-8° de 212 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Paris, 1862, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Cas rare d'anthracosis (dépôt de charbon dans les poumons), suivi de quelques considérations physiologiques et pathologiques, par le docteur VILLARET, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Grand in-8° de 64 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Goître exophthalmique. — Influence heureuse d'une grossesse survenue pendant le cours de la maladie.

Nous avons annoncé dans l'une des dernières *Revues* que nous exposerions les principaux détails d'une observation intéressante de goître exophthalmique récemment publiée par M. Charcot, et dans laquelle le développement d'une grossesse paraît avoir contribué puissamment à suspendre l'évolution d'une cachexie exophthalmique qui jusque-là s'était montrée des plus intenses et des plus rebelles.

La jeune dame qui est le sujet de cette observation a été adressée à M. Charcot par MM. les docteurs Durieu, de Riberac, et Dallidet, de Chalais (Charente). M. Charcot ne l'a vue qu'une seule fois en consultation avec M. Trousseau; mais, grâce à M. Durieu, médecin ordinaire de la malade, il lui a été possible de compléter les renseignements qu'il avait recueillis lui-même concernant les premiers développements de l'affection, et de connaître les circonstances qui ont par la suite marqué son cours.

Voici les principales circonstances de ce fait, que nous empruntons à la relation publiée dans la *Gazette hebdomadaire :*

Mme X..., petite et délicate dans son enfance, subit à l'âge de quinze ans, à la suite d'une coqueluche, une croissance rapide, qui détermina un ébranlement profond dans sa constitution. Il se produisit une légère déviation de la taille; en même temps se prononçaient tous les caractères d'un tempérament nerveux très-accusé; elle était pâle, anémique et d'une impressionnabilité excessive. C'est au milieu de ces circonstances défavorables que Mme X... se maria en septembre 1860, alors âgée de dix-huit ans. Les premiers symptômes de la cachexie exophthalmique se sont montrés quelques jours à peine après le mariage, c'est-à-dire vers le commencement d'octobre de la même année. Ce fut la tumeur thyroïdienne qui appela tout d'abord l'attention; elle était marquée surtout au côté droit du cou. Quelques semaines après se prononçait l'exophthalmie double. La santé subissait en même temps un dérangement très-notable. Les moindres mouvements provoquaient des essoufflements, des palpitations violentes; un peu plus tard, il survint une faiblesse et un amaigrissement extrêmes. Les règles apparaissent très-incomplétement à l'époque de leur retour habituel; elles ne reparaissent plus ensuite que deux mois après; enfin elles cessent complétement de se montrer, pour ne plus reparaître qu'à de longs intervalles, et tous les symptômes de la chlorose la plus profonde ne tardent pas à se manifester.

Au commencement de janvier 1861, époque où M. Durieu fut appelé pour la première fois, le goître et l'exophthalmie avaient fait des progrès énormes; le pouls, toujours au-dessus de 100, donnait parfois 130 ou même 140 pulsations à la minute; l'amaigrissement, la faiblesse étaient aussi prononcés que possible. Il y avait de l'inappétence, une soif ardente, de l'insomnie ; en un mot, la situation était des plus inquiétantes. Ce fut alors que, sur les instances de MM. Durieu et Dallidet, le voyage à Paris fut décidé. . . . . . .

Lors de l'examen que MM. Trousseau et Charcot firent de la malade, le 5 mars 1861, ils notèrent principalement ce qui suit :

Exophthalmie double extrêmement prononcée, sans troubles de la vision. La tumeur thyroïdienne, du volume d'une grosse orange, était formée en grande partie aux dépens du lobe droit de la glande thyroïde. Le pouls, examiné à plusieurs reprises, donnait de 130 à 140 pulsations à la minute; il était petit, facilement dépressible, régulier. La percussion de la région précordiale permettait de constater que le cœur avait son volume normal ; de plus, il n'existait aucun signe d'une affection des valvules mitrales ou sigmoïdes. Un souffle assez rude coïncidait avec le premier bruit du cœur, qui présentait en outre un timbre métallique très-accusé. Battements carotidiens très-énergiques, visibles à distance ; souffle continu à double courant, très-intense, et frémissement très-marqué sur les régions carotidiennes. Il existait une petite toux sèche fatigante, et un sentiment de dyspnée et d'anxiété marqués surtout la nuit, bien que le murmure respiratoire se montrât parfaitement normal dans toute l'étendue des deux poumons; inappétence, digestions laborieuses, amaigrissement extrême, anémie profonde.

Le traitement fut ainsi formulé :

1° Teinture éthérée de digitale à la dose de 20 à 30 gouttes tous les jours pendant dix jours chaque mois;

2° Les dix jours suivants, œthiops martial mêlé à l'extrait d'absinthe, à la dose de 0,60 à 90 centigr. chaque jour ;

3° Tous les jours, deux cuillerées à bouche de vin de quinquina;

4° Tous les jours, un bain à 15 degrés centigr., de trois minutes de durée ;

5° Une vessie pleine d'eau glacée appliquée pendant une heure, matin et soir, sur la région du cœur et sur le goître.

Se fondant en outre sur leurs observations personnelles, MM. Charcot et Trousseau laissèrent entrevoir que le développement d'une grossesse n'était pas à redouter dans les circonstances actuelles; qu'il était même désirable, et aurait vraisemblablement pour effet d'aider puissamment à l'action des remèdes.

Voici maintenant ce qui est advenu depuis chez cette malade, d'après les renseignements fournis par M. Durieu.

A la date du 23 avril 1861, il ne s'était produit encore jusque là aucun amendement. Loin de là, la malade paraissait encore s'affaiblir; le pouls ne descendait jamais au-dessous de 100; la malade était devenue très-irritable, et paraissait en proie à un profond découragement. Toutes les nuits se déclarait une toux convulsive, violente, très-pénible, et qui menaçait la malade de suffocation. Le goître et l'exophthalmie étaient aussi prononcés que lors du voyage à Paris.

M. Charcot conseilla de tenter l'administration simultanée de l'opium et de l'assa-fetida pendant quelques jours. Il fut convenu, en outre, qu'on persisterait dans la médication suivie jusque-là.

A la date du 10 novembre, M. Durieu informait qu'après quelques jours de l'administration de l'opium et de l'assa-fetida, la toux suffocante s'était modérée, puis avait disparu complétement.

Vers la fin du mois de mai, une légère amélioration avait commencé à se manifester dans tous les symptômes, mais principalement dans l'état du pouls, qui descendait quelquefois au-dessous de 100.

A la fin de juillet, une nouvelle amélioration beaucoup plus prononcée que la première se dessina et s'établit définitivement dans l'espace de quelques jours seulement. A partir de cette époque, le pouls ne s'éleva plus au-dessus de 75 à 80, l'appétit reparut, les digestions devinrent faciles, la soif vive cessa, l'embonpoint et les forces firent tous les jours des progrès. Le goître avait complétement disparu à gauche; à droite, la tuméfaction thyroïdienne persistait, mais elle était réduite au quart du développement qu'elle avait présenté. Seule, l'exophthalmie paraissait n'avoir subi aucune modification appréciable.

Dans le temps même où se produisait cette amélioration si remarquable et si décisive (fin juillet), se manifestaient les premiers signes d'une grossesse. Le traitement fut néanmoins continué dans toute sa rigueur, moins la digitale, qui ayant été mal supportée, avait été réduite à demi-dose dans le principe, puis supprimée tout à fait lors des premiers signes de la grossesse.

Enfin, dans une note en date du 16 août dernier, M. Durieu faisait savoir ce qui suit :

La grossesse était parvenue à son terme sans encombre, et pendant les cinq derniers mois de sa durée, l'amendement qui s'était prononcé à la fin du mois de juillet s'était maintenu. L'accouchement s'était fait le 21 avril. (L'enfant était peu volumineux, mais vivace.) Les suites de couches ont été heureuses; le rétablissement a été rapide. Depuis cette époque, la santé a continué à se raffermir. La menstruation a reparu et s'est régularisée. L'exophthalmie persiste, mais elle est moins prononcée qu'elle ne l'était avant la grossesse. Le goître, persistant encore à un certain degré, subit dans son volume des fluctuations remarquables. Il disparait par moments à peu près complétement, surtout à gauche; puis, sans cause connue, la tuméfaction se montre de nouveau pour s'effacer encore au bout de quelques jours.

— Ce fait, digne d'intérêt à plusieurs égards, est surtout remarquable par cette circonstance de l'amélioration si prompte et si marquée de tous les symptômes, qui s'est produite dans le temps même où se sont manifestés les premiers signes d'une grossesse.

La simultanéité du développement de la grossesse et de l'interruption du cours de la maladie a-t-elle été, dans ce cas, le fait d'une coïncidence fortuite? M. Charcot ne le pense pas; il croit, au contraire, qu'il existe entre ces deux faits un rapport de causalité, ou, en d'autres termes, que les modifications si profondes que la grossesse imprime à l'organisme ont eu pour effet d'enrayer la marche de l'affection. Voici d'ailleurs une considération qui plaide à ses yeux en faveur de cette opinion :

La médication était restée impuissante ou presque impuissante pendant près de quatre mois, malgré son application rigoureuse, lorsque, à un moment donné, les phénomènes morbides s'apaisent. Or, la seule circonstance étrangère à la maladie qu'on puisse signaler à cette époque, c'est le développement de la grossesse. Il n'en résulte pas sans doute pour lui que la médication n'ait été absolument pour rien dans le résultat, mais il ne lui accorde qu'une part seulement dans l'heureuse modification des symptômes.

Le cas de Mme X... n'est point isolé d'ailleurs. M. Charcot a rapporté dans son premier travail sur la cachexie exophthalmique un exemple dans lequel la maladie s'est terminée pendant le développement d'une grossesse. Un autre fait du même genre a été rapporté par M. Trousseau dans ses leçons sur ce même sujet. C'est en se fondant sur la connaissance de ces deux derniers faits que MM. Trousseau et Charcot laissèrent entrevoir, lors de la consultation, que si une grossesse venait à se produire chez Mme X..., elle aurait vraisemblablement pour effet de modifier d'une manière favorable les symptômes de la maladie et d'aider l'action des remèdes. On a vu jusqu'à quel point ces prévisions se sont réalisées.

Voilà donc trois cas, les seuls exemples connus jusqu'à présent dans lesquels une grossesse se soit développée pendant le cours de la maladie, où le résultat de cet événement a été identique, c'est-à-dire que chaque fois le développement de la grossesse a été signalé par un amendement très-notable, ou même par une suppression complète des phénomènes morbides. C'est là assurément un fait très-digne de remarque.

Il nous resterait maintenant, en rapprochant cette observation de celles que nous avons publiées dans une des précédentes *Revues* et du fait de M. Hiffelsheim, que nous avons résumé au début de la discussion académique dont il a été le sujet, à en déduire à notre tour quelques considérations sur ce qui a fait le fond même de cette discussion, sur la nature du goître exophthalmique; mais l'étendue de cet article nous oblige à renvoyer ces réflexions à la prochaine *Revue*.

Pellagre sporadique.

Depuis que M. Landouzy, dans les études cliniques que nous avons exposées, a appelé l'attention des médecins sur les caractères et la fréquence beaucoup plus grande qu'on ne le croyait jusqu'ici de la pellagre sporadique, on a vu les observations de ce genre se multiplier, et beaucoup de cas obscurs, qu'on n'avait pu jusque-là rattacher à aucune espèce morbide déterminée, ont paru pouvoir être rapprochés de la catégorie de faits que M. Landouzy a groupés sous cette dénomination.

Voici un fait de ce genre que M. le docteur Archambault vient de communiquer à la Société médicale des hôpitaux.

Un homme âgé de cinquante ans, journalier, né à Davenescourt (Somme), entre le 11 août dernier à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Lailler, suppléé par M. Archambault. Cet homme n'a eu dans son enfance qu'une maladie de peau de nature indéterminée, qui dura jusqu'à sa quinzième année. Depuis son enfance, sa peau est toujours restée rugueuse, écailleuse et d'un gris sale. A l'âge de dix-sept ans, il contracta une fièvre intermittente tierce, qui ne céda qu'après deux mois de traitement, mais pour ne plus reparaître.

En 1847 (il avait alors trente-cinq ans), il survint de la diarrhée et une fièvre très-intense, après un refroidissement.

Deux ans plus tard, il fut atteint assez gravement de la suette épidémique.

Pendant les dix années qui se sont écoulées entre cette dernière maladie et son départ pour Paris, sa santé fut très-bonne.

A son arrivée à Paris, en 1859, ne trouvant pas d'ouvrage, il fut contraint d'entrer à l'usine de Clichy. Six semaines après, il entrait à l'hôpital Beaujon pour des coliques de plomb. Il y séjourna douze jours.

En juillet 1861, sans cause appréciable, il fut pris de fièvre et de diarrhée, et alla passer de nouveau quinze jours dans le même hôpital. Il en sortit incomplétement guéri pour reprendre son travail.

Tout alla bien jusque vers le milieu du mois de mai dernier, bien qu'il fût alors depuis longtemps déjà privé d'ouvrage. A cette époque, à bout de ressources et réduit à se nourrir d'un peu de pain et de vin dus à la charité de ses camarades, il com-

mence à se débiliter profondément; ses digestions, jusque-là fort bonnes, se troublent, et, dans les premiers jours de juin, il lui survient de la diarrhée, accompagnée de fièvre intense et de coliques très-violentes pendant les huit premiers jours. Peu abondante d'abord (quatre ou cinq selles par jour), elle augmente rapidement, et avec elle la faiblesse et l'amaigrissement.

Trois semaines environ après le début de la diarrhée, c'est-à-dire vers la fin de juin, il s'aperçoit, ainsi que ses camarades, que la peau de la figure, du cou, du tronc, de l'abdomen et des jambes était brunâtre. En vain essaye-t-il de faire disparaître cette coloration par des ablutions fréquentes, chaque jour elle acquiert plus d'intensité. En même temps, la maigreur fait des progrès; la peau s'amincit, se ride et se couvre d'écailles furfuracées plus prononcées.

Enfin, l'un des premiers jours d'août, le malade s'étant couché en plein midi sur le sol, il ne se réveilla qu'après avoir eu pendant un certain temps les mains exposées à l'ardeur du soleil. Il éprouva immédiatement de la cuisson sur le dos des mains, et s'aperçut que la peau en était rouge et tuméfiée.

Trois jours après, tous ces symptômes avaient disparu, mais la peau de la face dorsale des mains resta d'un brun noirâtre et fendillée. La diarrhée a persisté avec plus d'intensité que jamais (quinze à vingt selles par jour); puis elle décrut peu à peu jusqu'au 11 août, jour de l'entrée du malade à l'hôpital.

Voici quel était l'état du malade à la visite du 12 août : son aspect est celui d'un vieillard profondément cachectique. Il est très-maigre et ne peut marcher sans être soutenu. La coloration brune de la face fait penser à ce que l'on a décrit sous le nom de maladie bronzée d'Addison. Sur tout le corps, la peau est rugueuse, d'un gris sale; de plus, la face, le cou, les reins, l'abdomen, présentent une coloration bronzée bien marquée, et disposée en larges bandes ou plaques qui tranchent sur le ton général.

Les mains offrent à leur face dorsale, jusqu'au niveau des poignets, tous les caractères de l'érythème pellagreux; à partir de la racine des doigts, la peau est brunâtre, fendillée; à côté de ces gerçures, on voit de larges plaques épidermiques plus ou moins détachées; et là où il y a déjà eu de la desquamation, la peau est fine, rosée, couleur de pelure d'oignon. Les muqueuses sont peu colorées. La langue est sèche et présente quelques sillons dus à des replis de muqueuse, sans altération aucune.

Quant au système nerveux, l'examen le plus attentif ne permet d'y constater aucun trouble. Toutes les facultés intellectuelles sont même remarquables et en opposition avec l'état cachectique du reste de l'économie. Rien du côté des organes des sens. La sensibilité générale est intacte, la motilité seulement affaiblie.

La percussion donne partout une sonorité anormale; les organes, en général, paraissent réduits de volume. L'auscultation ne fait constater aucun trouble. Pouls normal. Le malade accuse cinq ou six selles liquides par jour et une très-grande faiblesse. Il demande à boire et à manger. — Décoction blanche, diète lactée.

Du 13 au 27 août, dernière date de l'observation, le malade a continué à présenter à peu près les mêmes phénomènes.

M. Vidal a eu dans son service un fait semblable, et qu'il considère comme un cas incontestable de pellagre.

M. Bucquoy a rencontré, dit-il, depuis deux ans, dans les hôpitaux de Paris, plusieurs individus atteints de la même affection. Récemment encore, un cas s'est présenté à la Pitié, et dans son propre service, à l'hôpital Saint-Louis, il en a constaté deux, lesquels ont été reconnus aussi par M. Cazenave. M. Bucquoy pense qu'il serait possible de réunir à Paris même un nombre de faits presque aussi imposant que ceux qui ont fourni matière aux cliniques de M. Landouzy.

Nous aurons probablement l'occasion de revenir sur quelques-uns de ces derniers faits.

Affection cutanée innominée.

Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Hillairet a entretenu ses collègues d'une affection cutanée intéressante, qu'il a observée dans ces derniers temps à l'hôpital Saint-Louis. Un jeune garçon de dix-huit ans offrait sur le pied et la jambe des taches rouges superficielles, très-confluentes, sans élevure, de manière à donner à la partie un aspect vineux presque uniforme. Ces taches, au dire du jeune malade, datant de quatre ans, avaient débuté autour des malléoles et avaient ensuite gagné le pied et la jambe. Elles n'étaient d'ailleurs accompagnées d'aucune douleur, la sensibilité y était au contraire plutôt un peu émoussée; il n'y avait point d'œdème. Il est bon d'ajouter que le membre s'était un peu atrophié et rétracté dans l'enfance, à la suite de convulsions.

Divers traitements ont été employés sans résultat. M. Hillairet a eu l'idée de faire appliquer un vésicatoire. L'épiderme enlevé, la loupe a permis de voir sur la surface dénudée du derme de petites étoiles formées autour des poils par un réseau capillaire très-injecté. Il n'y avait pas de sang épanché. Entre les petites étoiles de ce réseau capillaire injecté, il y avait une coloration jaunâtre, qui pouvait tenir à du pigment décoloré.

Quelle est cette affection ? M. Hillairet, après avoir fait des recherches infructueuses sur ce sujet, en est arrivé à penser qu'il s'agit là d'une maladie qui n'a pas encore été bien décrite; il n'a trouvé que deux observations comparables, où il y avait en même temps anesthésie et amaigrissement. Il croit que la lésion élémentaire de cette affection consiste dans une dilatation des capillaires, la comparant à ces taches vineuses qu'on trouve chez quelques paralytiques et qui semblent venir d'angiostasie capillaire. On y trouve la matière colorante du sang extravasé et les cellules pigmentaires.

M. Chauffart a observé à peu près à la même époque, à la consultation du Bureau central, un cas analogue; c'est un fait de coloration vineuse étendue sur la jambe d'un homme de quarante ans, qui n'avait ni ulcère ni varices; le membre était amaigri, sans œdème, la peau luisante, le derme aminci; il lui a semblé que cette altération de couleur devait être liée à des varices capillaires.

CAS TRÈS-SINGULIER DE PHOTOPHOBIE

Observé par M. Tommasi, professeur de clinique médicale à Pavie.

Nous trouvons dans le journal *Morgagni*, publié à Naples, la note suivante, qui nous paraît assez intéressante pour la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Une demoiselle atteinte d'eczéma chronique, qui a été traitée par les moyens ordinaires (eaux sulfureuses et alcalines, huile de cade, etc.), se portait déjà sensiblement mieux, lorsqu'elle commença à éprouver des douleurs aux points d'émergence de la branche supérieure et inférieure orbitaire de la cinquième paire, et fut prise en même temps de photophobie.

Les douleurs augmentèrent en s'étendant aux divisions nerveuses sous-cutanées du nerf mentionné; la photophobie augmenta de telle sorte, qu'une lumière un peu vive causait une douleur extrêmement intense dans l'intérieur des yeux, et que la malade cherchait à s'y soustraire au plus vite.

Ce qui précède indiquait certainement que de même que les nerfs sensitifs extra-oculaires étaient douloureux, de même les nerfs ciliaires et iridiens l'étaient aussi, et que la lumière, en irritant ces derniers, occasionnait de la douleur.

Il est tout à fait inutile de se poser la question suivante : de quelle manière la lumière peut devenir un excitant de la sensibilité générale, tandis que dans l'état physiologique elle n'a aucune influence directe sur l'expansion rétinienne du nerf optique. Il est certain pourtant que les nerfs de la cinquième paire étant excités, peuvent devenir sensibles à la lumière; et cette vérité, nous la devons aux recherches de Budge et aux belles expériences faites par M. Castorani sur la photophobie.

Mais ce qui était plus singulier chez cette malade, ce n'était pas la photophobie, qui constitue à elle seule le fait que nous voulons mettre en évidence, mais bien la dilatation de la pupille, qui existait en même temps et se joignait à une hyperesthésie de tous les points d'émergence des nerfs spinaux, depuis la première paire cervicale jusqu'à la troisième ou quatrième dorsale. Or, en physiologie, il est établi que de cette partie de la moelle épinière (appelée région ciliaire) prennent naissance les fibres motrices qui vont à la partie cervicale du grand sympathique, et que le muscle radié de l'iris est animé par une partie de ces fibres.

Ici donc nous avions affaire à un processus irritatif faible, peut-être des méninges et peut-être en relation avec l'eczéma, qui siégeait dans la région mentionnée de la moelle épinière, et s'étendait jusque dans la moelle allongée, où se trouve le noyau qui donne origine à la grosse racine de la cinquième paire.

L'affection de la moelle épinière nous explique l'hyperesthésie et l'augmentation de l'action motrice des fibres radiées de l'iris, et l'affection de la moelle allongée rend compte de la douleur dans le trajet des nerfs trijumeaux super et infra-orbitaire; comme aussi elle nous donne la raison d'être de la photophobie.

On appliqua cinq ventouses scarifiées à la nuque et entre les scapulums, suivies d'un large épispastique sur le même endroit. En quatre jours la malade était guérie.

Ce cas, dit M. Tommasi, mérite d'autant plus d'être noté, qu'il n'existe pas, à sa connaissance, d'autre exemple dans la science qui puisse reproduire sur le malade, à propos des nerfs moteurs des fibres radiées, ce que la physiologie démontre facilement sur le vivant. Et il ajoute que M. Moleschott, de Turin, à qui il a communiqué ces idées, a été du même avis.

AFFECTION SYPHILITIQUE DE L'UTÉRUS,

Par M. le docteur H. Montanier.

Mme E..., cinquante ans, est d'une très-bonne santé habituelle; tempérament sanguin. Cette dame est mariée en secondes noces depuis une douzaine d'années; elle n'a pas eu d'enfants de son second mariage, bien que son second mari en ait eu de son côté d'un premier lit.

Avec son premier mari, Mme E... a eu trois enfants, qui tous les trois ont été élevés en nourrice; le premier a vécu trois ans, et est mort couvert de boutons, d'ulcérations, de maux de toute nature; ce sont là tous les renseignements que peut me fournir la mère, qui ajoute cependant que, au dire de bien des gens, cet enfant devait avoir *un mauvais mal*.

Le deuxième enfant a vécu dix-huit mois et est mort dans les convulsions, mais sans présenter les taches et les boutons qu'avait eus le premier. Le troisième n'a vécu que quinze jours. D'ailleurs les couches de Mme E... se faisaient bien, et elle se remettait assez facilement, sans que sa santé fût altérée. Son premier mari est mort jeune, et à la suite d'excès. Mme E... est sûre que, même pendant son mariage, il s'est soigné plusieurs fois plus ou moins secrètement. Elle lui a vu prendre diverses drogues, et en particulier des pilules. Quant à elle, elle assure n'avoir jamais eu d'accidents sérieux vers les organes génitaux, n'y avoir jamais eu d'ulcération qui ait duré longtemps; n'avoir jamais eu de bubons, ni de taches ou boutons à la peau, ni de maux de gorge de longue durée; et quant à ses cheveux, elle ne les a jamais perdus, et encore aujourd'hui elle a une très-abondante chevelure; ses cheveux ne sont même pas grisonnants.

Mme E... est très-laborieuse; son mari est à la tête d'un commerce important, et elle s'occupe très-activement de son intérieur et même d'affaires. Il a fallu une circonstance fortuite pour l'engager à se soigner, et cependant on va voir qu'elle était déjà dans un état déplorable.

Je donnais depuis quelques jours des soins à M. E... quand je fus frappé de l'altération des traits de sa femme et de la fatigue qu'elle semblait ressentir.

C'était le 8 mai 1862.

Interrogée, elle m'avoua qu'elle souffrait extrêmement et que ses souffrances, en y réfléchissant bien, remontaient au moins à six mois. Elle avait commencé par ressentir des maux de reins et de la fatigue dans les jambes; ces deux symptômes avaient été en augmentant jusqu'à ce moment, où enfin elle ne pouvait plus aller. Peu à peu, elle avait eu des douleurs de plus en plus vives dans les cuisses, et de temps en temps des douleurs dans le bas-ventre. Il était survenu de la constipation, et l'expulsion des matières fécales était difficile et douloureuse. N'ayant d'habitude que des flueurs blanches insignifiantes et seulement à l'époque des règles, elle avait noté depuis quelques mois un écoulement assez abondant d'une matière jaune-verdâtre tachant le linge. L'émission des urines n'est pas douloureuse, mais elle est de plus en plus fréquente. Le teint est d'un jaune profondément cachectique; la face amaigrie exprime la souffrance; les yeux sont caves, plombés. L'appétit est presque nul, l'amaigrissement prononcé. Les nuits sont mauvaises; le décubitus dorsal est fatigant; des rêves fréquents interrompent le sommeil; toutefois, la malade ne souffre pas plus la nuit que le jour, au contraire, elle désire le lit et y resterait volontiers si ses occupations ne la forçaient à se lever.

Tous ces symptômes, et la cachexie profonde de la malade me firent tout d'abord penser à une affection grave de la matrice et probablement à un cancer, bien qu'il n'y eût dans ses antécédents ni du côté du père et de la mère, ni du côté de ses frères et sœurs, rien qui m'autorisât à le supposer. Le toucher vint tout à la fois confirmer et infirmer cette première supposition.

Je trouvai au fond du vagin une masse de la grosseur environ d'une tête de fœtus de sept mois. Cette masse était plutôt dure que molle, un peu bosselée, mais sans qu'aucun point me parût mou ou fluctuant. Elle était libre dans le bassin, comprimant tout à la fois et le rectum et la vessie. Elle ne paraissait ulcérée en aucun point. On cherchait vainement le col; on ne trouvait qu'une masse sans forme déterminée et à peine au milieu un léger hiatus qui pouvait être le museau de tanche. La palpation par le ventre donnait la sensation d'un corps dur, arrondi, remontant à trois grands travers de doigt au-dessus du pubis. L'examen au spéculum ne m'apprit rien; je n'aperçus aucune ulcération.

C'est après cet examen que j'interrogeai attentivement la malade et que j'appris ce que j'ai raconté plus haut. Je ne trouvai d'ailleurs aucun signe de syphilis actuelle, ni taches, ni boutons, ni mal de gorge, ni douleurs ostéocopes, ni aucune altération appréciable le long des tibias.

A quoi avais-je affaire ? quelle était la nature réelle de cette tumeur? Bien que je me fisse une réponse qui n'était pas très-loin de la vérité, je voulus avoir un avis meilleur que le mien et je priai M. le professeur Velpeau de venir voir ma malade. L'illustre professeur constata d'abord l'état de l'utérus par le toucher, prit tous les renseignements utiles, et voici quelle fut son opinion :

Le cas est très-grave, et très-probablement au-dessus des ressources de l'art. Qu'est cette tumeur? Un cancer? Les cancers de l'utérus n'acquièrent pas ordinairement ce volume. La tumeur n'est pas assez dure pour être un squirrhe, et cependant il n'y a point d'ulcérations qui devraient exister au point où en est arrivée la malade. Assurément ce n'est point un corps fibreux, ni un polype. Il ne faut pas songer à une tumeur sanguine péri ou rétro-utérine; nous n'avons aucun des signes de cette maladie. — Serait-ce une affection syphilitique de l'utérus ?... Raccrochons-nous à cette branche de salut; elle est bien précaire, mais c'est la seule que nous ayons. Donc agissons en conséquence. — Et M. Velpeau prescrivit le traitement suivant :

1° Lavements émollients tous les jours.

2° Deux grands bains tièdes par semaine.

3° Frictions sur le bas-ventre avec la pommade suivante :

Pommade de iodure de plomb. . .	30 grammes.
Extrait de ciguë.	4 —

M.

4° Tous les jours une cuillerée à soupe de la potion ci-après dans un verre de tisane de salsepareille :

Iodure de potassium.	4 grammes.
Sirop de salsepareille.	30 —
Eau distillée.	100 —

M.

5° Tous les quatre jours, un verre d'eau de Pullna.

Vingt-cinq jours environ après cette consultation, la malade paraissait mieux; son teint était un peu plus frais, les douleurs de reins moins vives, l'écoulement beaucoup moins abondant, l'appétit un peu meilleur. J'avoue que j'attribuai bien plutôt cet heureux changement au repos au lit que gardait la malade qu'à toute autre chose. Trois ou quatre jours après, elle me dit qu'en montant dans son lit elle s'était cogné la jambe et avait éprouvé une vive douleur. J'examinai le point qu'elle me désigna, et quel ne fut pas mon étonnement de trouver au-devant du tibia gauche une tumeur allongée, molle, presque fluctuante, donnant au toucher la sensation d'un corps gras à demi fondu, sans changement de couleur à la peau, et que je fus forcé de reconnaître non pas pour une exostose, mais pour une sorte de tumeur gommeuse, et très-probablement une périostose gommeuse.

Je touchai la malade, et mon étonnement redoubla. La tumeur utérine avait diminué de plus de la moitié; on en pouvait aisément faire le tour avec le doigt; le col de l'utérus était très-sensiblement appréciable. Nulle part on ne sentait de fluctuation, et le doigt donnait la sensation d'un corps à peu près sain, sensation bien opposée à celle que j'avais ressentie la première fois.

Ayant par hasard rencontré M. Velpeau, je lui annonçai ; à son grand étonnement, que Mme E... était en voie de guérison, et je le priai de la revenir voir.

A ce second examen, le 14 juin, M. Velpeau fut tout aussi étonné que moi, et, après avoir constaté l'état de la tumeur de la jambe, il conclut sans hésiter que nous avions affaire à une affection syphilitique, et, modifiant son premier pronostic, il conclut que la maladie se terminerait assez promptement par la guérison. Nous arrêtâmes le traitement suivant :

1° Tisane de salsepareille pour boisson ;

2° Continuer les frictions iodurées ;

3° Continuer l'usage des lavements émollients ;

4° Prendre matin et soir une pilule avec 1 centigramme de sublimé, et augmenter graduellement les doses ;

5° Passer plus tard à l'usage de l'iodure de potassium ;

6° Frictionner la tumeur de la jambe avec l'onguent napolitain, et, au besoin, appliquer un vésicatoire volant (ce qui fut inutile).

J'avoue que je n'ai fait suivre ce traitement à Mme E... que par respect pour l'illustre maître qui l'avait dicté, et par déférence pour son expérience si vaste et si consciencieuse. J'aurais préféré continuer quelque temps encore l'iodure de potassium seul pour achever de dompter les accidents actuels ; puis pendant plusieurs mois j'aurais soumis Mme E... aux préparations hydrargyriques seules ; je serais enfin revenu, pour terminer, à l'iodure de potassium pendant quelques semaines.

Quoi qu'il en soit de mon opinion, Mme E... s'est complétement rangée du côté du maître, puisqu'elle a guéri et si bien guéri qu'aujourd'hui, 1er août, il n'y paraît plus. L'utérus présente au toucher son aspect normal, sa consistance ordinaire ; on ne trouve plus aucune bosselure ; il n'existe plus de douleurs ni aux reins, ni aux cuisses, ni au ventre ; la tumeur de la jambe s'est fondue aussi, laissant à sa place un petit noyau oblong, induré et complétement indolore, même à la pression. Mme E... a recouvré toutes ses forces ; son teint est rosé, son appétit très-grand, et son embonpoint est parfaitement revenu. Je ne la regarde point comme guérie, et je voudrais qu'elle continuât encore longtemps son traitement et qu'elle le complétât. Mais comme tous les malades, Mme E... ne considère que le moment présent ; elle se croit bien et complétement guérie, et me déclare avec beaucoup de franchise qu'elle est lasse du traitement que je lui ai fait suivre et qu'elle ne le continuera pas un jour de plus. — Que résultera-t-il de cela ? C'est ce que l'avenir seul peut nous apprendre.

Cette observation est intéressante sous bien des rapports. D'abord, je n'en connais pas dans la science qui puisse lui être comparée (ce qui ne veut pas dire qu'il n'en existe réellement pas). On en trouve un assez grand nombre sous ce titre : *Affections syphilitiques de l'utérus prises pour un cancer*, mais dans presque toutes il s'agit d'ulcères syphilitiques pris d'abord pour des carcinomes ulcérés. Dans notre cas, il n'y avait pas la moindre ulcération ; il n'existait même pas de ces bosselures molles, fluctuantes, qui sont sur le point de s'ulcérer, et qui forment si souvent le début de l'ulcération cancéreuse. Et cependant la première idée était qu'il s'agissait d'un cancer. Mais, en y réfléchissant bien, en songeant au développement considérable de la tumeur, à son homogénéité, à sa consistance un peu dure, mais non point squirrheuse, au manque d'ulcérations et d'écoulement sanieux ou sanguinolent, on ne pouvait, on ne devait admettre l'hypothèse d'une affection cancéreuse que jusqu'à preuve du contraire.

Pouvait-on raisonnablement songer à une tumeur péri ou rétro-utérine constituée soit par du pus, soit par du sang ? Il eût fallu, pour cela, un examen bien superficiel. La tumeur était bien évidemment formée par le corps et le col de l'utérus tout à la fois ; nous avons déjà dit qu'il n'existait pas trace de fluctuation, et quand on faisait autant que possible le tour de la tumeur, on sentait qu'elle ne se continuait en aucune façon avec les parties voisines, et que les tissus environnants, dans le petit bassin, étaient parfaitement sains.

On pouvait songer à une tumeur développée dans l'intérieur ou dans les parois de l'utérus, à un corps fibreux, par exemple. Eh bien, même dans ce cas, la consistance de la tumeur eût été toute différente, et le doigt eût perçu une tout autre sensation. De plus, et surtout, le col de l'utérus, dans un cas de tumeur fibreuse, n'eût pas été, comme dans notre observation, complétement englobé dans la tumeur, au point de disparaître absolument.

Le doute était cependant un peu permis, et l'esprit pouvait hésiter entre ces trois hypothèses : une tumeur fibreuse de l'utérus, très-peu probable ; un cancer avec des allures peu ordinaires ; ou bien enfin une tumeur de nature fort incertaine, mal déterminée, et peut-être, vu les antécédents de la malade, ou plutôt malgré ces antécédents, de nature syphilitique.

En présence de ces difficultés, devant de pareilles hypothèses, la conduite du médecin était toute tracée : traiter la maladie comme une affection syphilitique, surveiller et attendre. Ce fut l'avis de M. Velpeau, comme c'était le mien. L'avenir a rapidement prouvé que nous avions vu juste ; et cette modification rapide de la maladie sous l'influence d'un traitement assez léger cependant, n'est pas un des points les moins curieux de cette observation.

Si, sondant plus profondément cette maladie, on cherche à savoir par quoi était constituée la tumeur, l'autopsie faisant heureusement défaut, on est porté à penser que nous avons eu affaire à une exsudation plastique formée dans le tissu même de l'organe, et peut-être aussi, à la surface, dans les tissus environnants, à une sorte de *gomme de l'utérus*, si je puis me servir de cette expression.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 septembre 1862. — Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Modifications aux appareils de prothèse. — M. GIRALDÈS. Je viens, au nom de M. Stalh, mouleur au jardin des Plantes, vous montrer quelques modifications heureuses aux appareils prothétiques. Pour bien comprendre la valeur et l'utilité de ces modifications, il est bon de rappeler la disposition des appareils que nous avons actuellement. S'il s'agit d'un cuissart, on fait un cône en bois, en métal ou en cuir. On rembourre le bord supérieur de ce cône, on fait pénétrer le moignon dans cette cavité conique, de sorte que le moignon, enveloppé d'une flanelle, est soutenu par le rebord supérieur. Pour fabriquer ce cône creux, on prend quelquefois des mesures plus ou moins rigoureuses, mais toujours incertaines, d'où défaut de précision dans l'adaptation du moignon au cône de l'appareil, d'où des blessures, des douleurs qui rendent l'usage de ces appareils très-pénible.

Je reconnais que dans ces derniers temps on a fait quelques perfectionnements, mais ils sont encore insuffisants ; le cône creux ne s'applique jamais sur le moignon d'une manière rigoureuse et en quelque sorte mathématique. Pour qu'un appareil soit parfait, irréprochable, il faut qu'il exerce une pression égale sur toute la surface du moignon, tout en laissant le bout libre et sans frottement. Si toute la circonférence du moignon ne reçoit pas une égale pression, il y aura des douleurs.

Pour réaliser toutes ces conditions, M. Stalh a eu l'idée de mouler le moignon et de faire ensuite un moule en caoutchouc fondu qui s'adapte parfaitement à la surface périphérique du moignon. Cette sorte de manchon en caoutchouc fondu sert de modèle pour confectionner ensuite le manchon ou cône ordinaire qui sera porté par l'amputé. Il est inutile qu'à ce manchon ainsi construit on ajoute le mécanisme usité pour soutenir le corps, tel que le pilon ou la jambe artificielle. Avec un moule semblable, toute la pression exercée par le moignon sera évidemment distribuée à toute la surface du cône, la pression sera douce, il n'y aura plus de blessures. Voilà donc une première application du procédé de M. Stalh.

Je vais en exposer une deuxième. Quand, à la suite d'une ankylose angulaire du genou causée soit par une tumeur blanche, soit par une rétraction musculaire, le malade est obligé de garder son ankylose, il est nécessaire de faire usage d'un appareil prothétique. Or, dans ces conditions, il est très-difficile de bien adapter un appareil. Au moyen du procédé de M. Stalh, le problème se résout très-facilement. Enfin, j'ai déjà montré à la Société une application heureuse du moulage pour certaines difformités du pied, telles que pieds bots, rétractions cicatricielles inopérables.

Divers mécaniciens, tels que MM. Gray et Bigg, en Angleterre, ont inventé des appareils très-ingénieux et parfaits, sous le point de vue de l'équilibration et de la station, mais aucun d'eux n'a résolu le problème de la répartition égale de la pression à toute la surface du cône.

Il n'y a donc plus rien de surprenant de voir la plupart des chirurgiens se plaindre autant que les amputés de plusieurs inconvénients inhérents à l'usage de ces appareils. On se rappelle qu'ici même M. Michon nous a raconté qu'un amputé de la cuisse ayant une jambe artificielle et un pilon, ne portait sa jambe que le dimanche, quand il allait jouer de la flûte à la barrière, et reprenait le pilon les autres jours de la semaine quand il allait à son travail, parce que celui-ci le gênait beaucoup moins.

Je sais de bonne source que beaucoup d'amputés, à la suite des guerres de Crimée ou d'Italie, se plaignaient de leurs appareils, et, malgré tous les soins qu'on a mis à leur confection, on n'a pas pu obtenir des résultats complétement satisfaisants. Or, je pense qu'avec le procédé employé par M. Stalh, on pourra désormais faire mieux.

DISCUSSION.

M. LARREY. Si M. Giraldès avait assisté à la dernière séance, il aurait pu m'entendre professer ici les mêmes opinions qu'il vient d'émettre. En effet, les appareils fournis à nos amputés dans nos dernières guerres n'ont pas été suffisamment bien construits. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité de les perfectionner, et je reconnais volontiers que le procédé employé par M. Stalh pourra avoir quelques avantages. Quant au caoutchouc fondu, je ne pense pas qu'il doive rester en deux fragments.

M. GIRALDÈS. Le moule en caoutchouc fondu a été coupé en deux parties pour les besoins de la démonstration.

M. GUERSANT. M. Giraldès a-t-il vu des amputés faisant usage d'appareils construits d'après le procédé de moulage ?

M. GIRALDÈS. Non. Je suis venu seulement faire une proposition, et montrer comment M. Stalh avait répondu à toutes les conditions du problème. Tout ce que je puis dire actuellement, c'est que la théorie est très-bonne.

COMMUNICATION.

M. RICHET présente l'observation du malade qu'il a opéré le 7 août dernier d'une perforation de la voûte palatine par le procédé à double pont de M. Baizeau, mais avec la modification apportée à cette opération par le docteur Langenbeck, et qui consiste à prendre avec la muqueuse le périoste lui-même. C'est d'ailleurs le malade dont il a été parlé dans la séance dernière à propos de la communication de M. Legouest, et dont suit l'observation complète.

Henri L..., mécanicien, est âgé de vingt-quatre ans, et demeure rue Saint-Maur Saint-Antoine.

Cet homme, d'une bonne constitution, légèrement sanguine, n'a jamais été malade. Blennorrhagie en 1857. En 1859, adénopathie inguinale gauche, qui a laissé une cicatrice ; mais cette dernière est au niveau des ganglions sous-inguinaux et non pas au-dessus du ligament de Fallope, comme cela s'observe dans les adénopathies spécifiques. Jamais de symptômes syphilitiques depuis cette époque ni antérieurement.

Il y a neuf mois environ, pendant un repas de noces, le malade ressent de la chaleur accompagnée de gonflement sur la partie médiane de la voûte palatine. Ces symptômes s'accompagnent d'un peu de fièvre.

Le lendemain, le gonflement augmente, et soixante-douze heures après les premiers symptômes une ouverture se fait au milieu de la partie tuméfiée, et laisse écouler une petite quantité de pus. Immédiatement après, le malade dit avoir senti l'air passer par le palais. Il dit aussi que de suite sa voix devint nasonnée.

La cicatrisation des bords de l'ouverture se fit rapidement, et depuis ce temps il reste une perforation.

État actuel. — Voix fortement nasonnée. Lorsque le malade prononce les sons gutturaux, on entend une colonne d'air passer en sifflant par l'ouverture palatine ; celle-ci est située à la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la voûte palatine osseuse, un peu plus à gauche qu'à droite, et l'on distingue facilement le bord inférieur du vomer dans le fond de l'orifice.

L'ouverture permet l'introduction facile de l'extrémité du doigt auriculaire ; elle est ovalaire, son grand diamètre dirigé d'avant en arrière. Dans cette direction, elle mesure 15 millimètres et 1 centimètre seulement transversalement. Une autre ouverture, beaucoup plus petite, pouvant admettre la tête d'une grosse épingle, séparée de la première par un petit pont très-étroit, existe à la partie postérieure, près de la ligne médiane. Le bord postérieur de la grande ouverture correspond à peu près aux os palatins. Antérieurement elle s'avance jusqu'à 25 millimètres des incisives.

Le malade demande instamment à être opéré, par la raison que sa voix est changée au point que souvent il ne peut se faire comprendre, et parce que, quand il mange ou boit, une partie des aliments et des boissons passent par les narines.

Le malade s'est fabriqué lui-même un obturateur en papier mâché à l'aide duquel il peut parler distinctement, et cette dernière circonstance est d'un grand prix comme indication de l'opération, puisqu'elle montre d'une manière certaine le bénéfice que le malade en retirera si elle réussit.

L'opération est pratiquée le 7 août.

Après avivement préalable des bords de l'ouverture palatine, avivement dans lequel se trouve comprise la fistulette postérieure, ce qui agrandit d'autant la perforation, l'opérateur, avec un bistouri long et étroit, pratique sur le côté gauche de la perforation, à 5 millimètres environ en dehors d'elle, une incision légèrement curviligne, à concavité regardant en dedans. Cette incision, qui pénètre jusqu'au squelette, dépasse en avant et en arrière la perforation palatine de 4 ou 5 millimètres ; elle fournit du sang en abondance, ce qui oblige à suspendre l'opération.

Le malade s'étant gargarisé avec de l'eau glacée, une deuxième incision en tout semblable à la première est pratiquée sur le côté droit de l'ouverture, et les mêmes phénomènes d'écoulement sanguin se reproduisent.

Saisissant alors une spatule arrondie et coupante à son extrémité, on l'introduit dans l'incision de gauche ; puis, l'inclinant légèrement du côté de la perforation, et raclant le squelette de manière à en décoller le périoste, on mobilise le lambeau, qui bientôt ne reste plus attaché qu'en avant et en arrière. Pendant cette opération du décollement du périoste, qui se fait d'ailleurs assez facilement et promptement, M. Richet fait observer que l'instrument est assez fréquemment arrêté par les aspérités de la voûte palatine osseuse, aspérités dont on triomphe non en les éludant, mais en les rasant à leur base ; elles se trouvent donc ainsi faire partie du lambeau.

Le lambeau de droite est détaché par le même procédé ; alors leur rapprochement sur la ligne médiane devient tellement facile, que c'est à peine s'il serait besoin de suture. Néanmoins, après avoir laissé reposer le malade quelques minutes, et l'avoir fait se gargariser avec de l'eau très-froide, tout écoulement de sang étant arrêté, on pose trois points de suture, un au milieu et un à chaque extrémité. Ce temps de l'opération se fait assez facilement à l'aide de l'aiguille et du petit crochet de Langenbeck, et nous croyons inutile d'insister sur ces détails, qui se trouvent parfaitement décrits dans le mémoire du chirurgien allemand (*Archives de médecine*, juin 1862).

Voyant la facilité avec laquelle on rapproche les lambeaux, et jugeant que la réunion s'en opérerait très-promptement, M. Richet a donné la préférence aux fils de soie, qu'il arrête à l'aide des petits tubes de plomb de Galli. Une fois la suture pratiquée, la réunion est aussi parfaite, aussi exacte que possible, et on observe, non sans quelque surprise, qu'il existe à peine quelques millimètres d'écartement entre le bord externe des lambeaux et les parties non décollées.

Tout écoulement de sang ayant cessé, le malade est reconduit à son lit ; l'opération tout entière a duré trente-cinq minutes ; le malade la déclare peu douloureuse ; il n'a pas été chloroformé.

Le 8, hier, à quatre heures de l'après-midi, l'interne du service constate que la réunion de la plaie latérale gauche est complète.

Aujourd'hui, vingt-deux heures après l'opération, les deux plaies latérales et les bords avivés de la perforation sont parfaitement réunis. Les lambeaux n'ont pas changé de couleur. Ils présentent une teinte semblable à celle du reste de la muqueuse palatine. Il n'y a donc ni menace de gangrène ni inflammation. Point de gonflement. On retire les sutures. L'agglutination paraît solide.

Le 10, angine pultacée sur l'amygdale droite, avec rougeur intense de la luette, du voile du palais et du pharynx ; nausées suivies d'un vomissement. Le malade a eu cinq garde-robes avec deux verres d'eau de Sedlitz pris le matin à six heures. Craignant l'extension de l'inflammation de l'isthme du gosier à la voûte palatine, M. Richet ordonne l'application de douze sangsues à l'angle de la mâchoire.

Le 11, la douleur est beaucoup moins vive ; la rougeur a diminué ; l'amygdale est encore recouverte d'une couche pultacée. De crainte de provoquer des vomissements ou d'ébranler la cicatrice, on ne veut ni toucher ni donner de gargarisme, on prescrit deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 15, l'angine n'a pas gagné la voûte palatine, et le malade peut être considéré comme guéri.

Le 28, il sort parfaitement guéri.

Ainsi que les membres de la Société peuvent le constater, le malade parle aussi distinctement qu'il est possible de le faire, et mange parfaitement bien. La suture est à peine visible, un peu enfoncée à la partie postérieure ; on ne constate pas encore de reproduction osseuse.

M. Richet appelle surtout l'attention sur l'absence de perte de substance à la voûte palatine, là où il semblerait tout d'abord qu'il dût en exister par suite du décollement des lambeaux. On peut voir, en effet, que la cicatrice est là tout aussi linéaire que sur la ligne médiane.

Ce fait s'explique, dit M. Richet, par la turgescence qui dès le lendemain de l'opération s'est emparée des deux lambeaux, et qui leur a permis de combler tout l'intervalle existant entre la suture et la portion de la voûte palatine non décollée.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC. J'ai pratiqué hier une amputation du testicule, et j'ai apporté la pièce, parce qu'elle m'a paru curieuse. Cette tumeur s'était développée très-rapidement chez un homme de trente-huit ans. Il était dernièrement en voyage à Paris, lorsqu'au milieu de la rue, il sentit une douleur extrêmement vive dans les bourses; il tomba, et il fut conduit chez un chirurgien qui diagnostiqua une tumeur cancéreuse du testicule. La suite a vérifié ce diagnostic.

Pour enlever cette tumeur, j'ai employé mon procédé ordinaire, au moyen de l'écraseur : isolement du cordon, trocart au-dessous, passage de la chaîne, section transversale du pédicule, expulsion du testicule à la manière d'un noyau, destruction de quelques légères adhérences, tels furent les divers temps de l'opération. L'examen de la tumeur montre que l'épididyme n'est pour rien dans le volume de la tumeur; c'est dans le parenchyme testiculaire et dans la tunique albuginée que siége le produit morbide. La section du cordon s'est faite sans hémorrhagie. Le siége du mal explique bien les douleurs à forme d'étranglement, qui ont fait réclamer l'opération avec instance par le malade.

Voici le résultat de l'examen de la pièce fait par M. Ordoñez :

Cette tumeur est constituée par la multiplication exagérée de l'élément épithélial qui tapisse les canalicules spermatiques, avec déformation de ces cellules, de manière à offrir un type de l'entité appelée cellule cancéreuse avec ses noyaux et ses nucléoles correspondants. La paroi ou gaîne propre des canalicules spermatiques a disparu complétement, de manière que l'élément épithélial forme la masse de la tumeur et constitue ce suc crémeux si abondant dans la tumeur en question.

Le noyau, d'aspect différent, présente une altération tout à fait opposée à la précédente. Il est composé de canalicules spermatiques, dont la gaîne épithéliale est presque complétement atrophiée, et la paroi ou gaîne externe propre des canalicules est convertie en tissu fibreux, comme cela arrive dans quelques tumeurs dites syphilitiques du testicule.

Autour de la masse encéphaloïde, entre elle et la tunique albuginée, se trouve une couche de tissu testiculaire, c'est-à-dire de canalicules spermatiques peu altérés dans leur structure.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. RICHET. Je veux faire juger par la Société du résultat de la résection de la mâchoire inférieure dont j'ai déjà parlé il y a environ trois semaines. Voici ce jeune homme : il n'a pas de difformité bien apparente à l'extérieur; mais à l'intérieur de la bouche, il existe une difformité résultant de ce que le côté gauche de la mâchoire s'est rapproché de la ligne médiane, ce qui fait que les dents du maxillaire supérieur de ce côté ne correspondent plus à celles du maxillaire inférieur. Cependant ce malade mange bien. La plaie des téguments est aujourd'hui bien cicatrisée. Il reste un espace entre les deux fragments de la mâchoire inférieure; cet espace est d'environ deux ou trois centimètres.

Je demande à mes collègues s'il ne serait pas utile de faire usage d'un appareil pour faciliter la mastication.

DISCUSSION.

M. BAUCHET. J'ai vu plusieurs cas semblables à celui de M. Richet. Or, dans ces cas, M. Préterre ne s'est pas attaché à ramener le fragment de mâchoire dévié; il a utilement appliqué une arcade dentaire en dehors, de sorte que la première servait seulement de point d'appui à la seconde, qui correspondait exactement à l'arcade supérieure.

M. DOLBEAU. Dans la discussion qui a eu lieu sur la résection de la mâchoire, j'ai dit que j'étais partisan de la chirurgie économique, et que je regrettais que l'on réséquât trop fréquemment. Ce n'était pas tant en vue de la difformité qu'en vue de la déviation des dents. Le malade, dit-on, mange bien; mais je crois qu'il mangerait mieux si on ne l'avait pas réséqué. L'appareil de M. Préterre est bon; mais je voudrais que l'on s'opposât à la déviation des fragments au moyen d'un appareil mis après l'opération.

J'ai fait à la Clinique quelques tentatives chez un malade opéré par M. Nélaton, et j'ai eu un bon résultat.

M. GUERSANT. J'appuie la proposition de M. Richet, et je pense qu'un appareil serait très-utile.

M. RICHET. Je ne veux pas revenir à la question de la chirurgie économique, elle est jugée. Ici il n'y avait pas de choix, la résection était nettement indiquée; la pièce nous a montré une infiltration du produit morbide, et il n'y avait pas d'enkystement. Il aurait donc été impossible de faire une énucléation; le bord inférieur du maxillaire n'offrait plus qu'une extrême minceur.

Quant à l'appareil immédiat, je l'avais déjà essayé, et je dois déclarer que la douleur a été telle que j'ai dû le retirer. Du reste, le tissu inodulaire, en se rétractant, finit toujours par triompher de tous les appareils. Je ne crois pas à l'efficacité de cet appareil immédiatement appliqué après l'opération.

M. CHASSAIGNAC. Je voudrais demander un renseignement sur l'appareil Préterre. Il me semble que les arcades dentaires du côté opposé à l'opération ne doivent pas plus se correspondre que du côté opéré lorsqu'on a mis cet appareil.

M. BAUCHET. L'appareil de M. Préterre continue la rangée des dents normales, et prend son point d'appui sur l'arcade dentaire déviée.

M. TRÉLAT. Je pense comme M. Bauchet qu'il sera impossible d'appliquer ici autre chose que l'appareil déjà exécuté par M. Préterre, une arcade dentaire artificielle enveloppant l'arcade naturelle, qui désormais n'a plus ses rapports normaux avec les dents de la mâchoire supérieure. Mais comme la mastication est encore très-possible, quoique gênée; comme ces appareils prothétiques sont coûteux et sujets à d'assez fréquentes réparations, je suis convaincu que ce jeune garçon sortira tel qu'il est et renoncera à tout appareil. Je n'ose croire que le moyen employé par M. Dolbeau ait eu le résultat désiré; la rétraction du tissu cicatriciel est si grande et si continue qu'on en triomphe bien rarement. C'est pour ce double motif: difficulté d'application des appareils prothétiques, presque impossibilité de s'opposer efficacement à la rétraction de la mâchoire, que je répéterai cette opinion que j'ai déjà formulée : quelque petite que soit la hauteur ou l'épaisseur d'une bande d'os conservée dans une résection, ce sera une sorte d'attelle qui, mieux que toute autre chose, conservera au maxillaire sa longueur primitive, condition indispensable d'une mastication régulière.

M. DOLBEAU. Je veux ajouter un mot. Pour empêcher la rétraction, j'ai agi à une grande distance de la plaie; je n'ai rien interposé entre les fragments réséqués.

M. LARREY. J'ai eu fréquemment l'occasion de voir des mutilations de la mâchoire. A côté de l'appareil de M. Préterre, qui est très-bon, il est juste de placer celui de M. Stowens, qui a servi à beaucoup de blessés de l'armée d'Italie. Quant au principe essentiel, à savoir : conserver le plus possible du maxillaire, il me paraît très-important. Au Val-de-Grâce il n'est pas rare de voir des séries de suicidés qui ont des délabrements considérables de la mâchoire inférieure; j'ai toujours tenté de conserver des fragments, des esquilles, qui sont de véritables attelles, comme le dit très-ingénieusement M. Trélat.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. RICHET. Je désire demander l'avis de la Société sur la nature bénigne ou maligne d'une tumeur que j'ai enlevée samedi dernier. Une dame de soixante-six ans, étant dans la rue, reçut sur l'épaule une tuile qui tombait d'un toit. Cet accident, qui avait lieu il y a cinq ou six mois, fut suivi d'une douleur extrêmement vive, et le médecin qui fut appelé immédiatement après constata une ecchymose, et à 3 centimètres de ce point il vit en outre une petite tumeur du volume d'un pois. L'ecchymose finit par disparaître assez promptement; mais la tumeur qui siégeait à la partie postérieure et externe de l'épaule, prit un développement de plus en plus considérable. On n'avait pas constaté la présence de cette tumeur avant l'accident. Plusieurs médecins étaient d'avis qu'elle consistait dans un kyste. Je fus consulté, et au premier abord je fus de cet avis, de sorte que je me proposais de faire une ponction suivie d'une injection iodée. Mais, par un examen plus attentif, je reconnus bientôt que cette tumeur renfermait des parties solides, ce qui me fit penser qu'elle pourrait bien être un lipome mou avec de petits lobules. Cependant je dus rejeter cette hypothèse, parce qu'il existait autour de la tumeur des veinules rougeâtres qu'on ne trouve point dans les lipomes. Je dus croire alors qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, et je proposai l'opération. Elle fut faite; la tumeur, qui était enkystée et au milieu des fibres du deltoïde, étant ouverte, nous offrit une substance comme de la gelée ou comme une solution de gomme très-concentrée. M. Barth, qui l'a examinée, a pensé à une tumeur colloïde. La substance, qui ressemblait aussi à de la synovie épaisse, ne s'écoulait pas à la coupe; la tumeur se divisait en lobules plus ou moins foncés et contenant tous la même matière parcourue par des vaisseaux très-nombreux.

DISCUSSION.

M. BAUCHET. Cette pièce me rappelle une tumeur en tout semblable que j'ai vue dans le service de M. Velpeau en 1851. La tumeur siégeait à la cuisse, et l'on pensait à une amputation. M. Velpeau fit, au contraire, une incision sur la tumeur, la fendit et l'enleva. M. Lebert l'ayant examinée, me dit qu'elle était de nature bénigne.

Je revis le malade en 1855; la guérison ne s'était pas démentie et le malade était très-heureux d'avoir conservé son membre inférieur. M. Denucé a présenté en 1853, à la Société anatomique, une tumeur à peu près semblable développée dans les muscles du jarret. L'examen montra que c'était une tumeur bénigne.

M. TRÉLAT. On a souvent discuté sur les tumeurs bénignes et sur les tumeurs malignes, je n'y reviendrai pas. Eu égard aux tumeurs hématiques, il est certain qu'elles sont bénignes; mais il est des cas où elles se comportent comme les tumeurs malignes. J'ai fait à ce sujet des recherches dans les journaux et dans les recueils, et j'ai signalé des faits qui le démontrent, un entre autres, publié par M. Larrey. Quant au cas de M. Richet, il s'agit de savoir s'il y aura récidive. C'est difficile à dire; mais je pense que la tumeur est constituée par du sang; c'est donc une tumeur hématique. J'ai cité des faits semblables, et rien qu'à l'aspect extérieur, on voit qu'il n'y a pas de cancer.

M. HOUEL. Ces tumeurs sont parfaitement décrites dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier. Roux en a publié un autre cas. Ce sont des tumeurs colloïdes pures. Or ces tumeurs ne sont pas rares, et leur caractère, c'est d'être enkystées. Quant à l'examen microscopique, il ne donne aucun résultat positif. MM. Lebert, Robin et moi, nous en avons souvent examiné, et nous n'avons rien pu voir, parce que la matière colloïde cache les éléments du cancer. Nous avons cherché à détruire cette matière, et nous n'avons pas réussi. M. Cruveilhier a remarqué que ces tumeurs ne récidivent point; c'est donc une tumeur bénigne que nous présente M. Richet. Tout en reconnaissant que les tumeurs bénignes peuvent récidiver, nous avons ici de grandes chances pour être à l'abri de ce danger.

M. TRÉLAT. Entre M. Houël et moi, il n'y a qu'un mot. Moi je dis, c'est une tumeur hématique; M. Houël, une tumeur colloïde. Tout le reste se ressemble : même forme, même aspect, même marche, même bénignité; nous sommes donc d'accord sur le fond.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Carre, né à Avignon (Vaucluse); *De l'ataxie locomotrice progressive. Atrophie des faisceaux postérieurs et des racines postérieures de la moelle épinière.*

Priou, né à Blaison (Maine-et-Loire); *De la dyssenterie et de la présence de l'albumine dans les garde-robes de cette affection.*

La Flize, né à Nancy (Meurthe); *Quelques considérations sur la tuberculisation aiguë.*

Morel, né à Besançon (Doubs); *Diagnostic de la cataracte.*

Dagrève, né à Tournon (Ardèche); *Quelques mots sur l'hydrographie des fleuves dans ses rapports avec l'hygiène.*

Gratiot, né à la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne); *Des affections cutanées produites par le* microsporon furfur.

Baudoin, né à la Guadeloupe; *Des aura. Etudes sur les préludes des attaques dans les grandes névroses.*

Cazin, né à Samer (Pas-de-Calais); *Etude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin.*

M. Fort, interne de la Charité, commencera un cours de névrologie le lundi 6 octobre prochain à deux heures, et le continuera tous les jours, de deux à quatre heures, pendant un mois. Rue de l'Ecole-de-Médecine, 62.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires, professées par M. le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc.; rédigées et publiées par M. Alfred POUQUET, interne des hôpitaux; revues et approuvées par le professeur; ouvrage orné de 5 planches gravées sur acier. Deuxième édition, revue et augmentée. Un vol. in-8°. Prix : 5 fr. — Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

De l'adénite syphilitique, du diagnostic et du traitement, par le docteur JOLICLÈRE. In-18 de 31 pages, avec une planche coloriée. Prix : 1 fr. 50 c. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Traité pratique des maladies mentales, par le docteur L. V. MARCÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Un volume in-8° de 650 pages. Prix : 8 fr. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 114. — MARDI 30 SEPTEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 114. — MARDI 30 SEPTEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 SEPTEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

MM. Joly et Musset, en adressant au concours pour le prix Alhumbert (question des générations spontanées) la série de leurs études expérimentales sur l'hétérogénie, ont communiqué à l'Académie deux nouvelles notes destinées à faire connaître les résultats auxquels ils sont arrivés en continuant leurs recherches sur ce sujet.

MM. Jolly et Musset ont répété l'expérience de M. Pasteur, ils en ont obtenu le même résultat, c'est-à-dire qu'en ensemençant des poussières dans une décoction de viande bouillie deux fois et en contact avec de l'air calciné, ils ont obtenu, comme M. Pasteur, des *bactéries* et un *mycélium* rameux. Mais là où la différence des résultats se manifeste, c'est dans la contre-épreuve. En se servant de coton-poudre aussi vierge que possible de corpuscules atmosphériques, ils ont vu également apparaître dans le ballon des bactéries et un mycélium. Enfin le ballon, qui n'avait reçu que de l'air calciné, mis en contact avec la décoction, ne leur a pas moins fourni une nombreuse population de bactéries. On comprend assez que la conclusion ne pouvait plus être la même.

Mais MM. Joly et Musset ne s'en sont pas encore tenus là. Transportant la question de l'hétérogénie du domaine de la chimie sur celui de la physiologie, ils ont institué une série d'expériences à l'air libre. Voici le résumé des faits qu'ils ont observés et les conséquences qu'ils en ont déduites :

De même, disent-ils, que l'eau provenant de la neige recueillie au moment de la chute des premiers flocons, et pour des raisons identiques (l'absence de germes atmosphériques et le peu de substance organique qu'elle contient), l'eau distillée peut rester longtemps exposée à l'air sans qu'il s'y manifeste trace d'organisation.

L'expérience leur a appris que des infusoires *ciliés* ou *nus* peuvent vivre pendant plusieurs jours dans de l'eau distillée. Leurs germes pourraient donc et devraient également s'y développer s'ils y étaient apportés par l'air atmosphérique.

L'eau distillée renfermant du pyroxyle ou de l'amiante chargés des poussières flottant dans l'air, reste toujours très-peu féconde, quelquefois même entièrement stérile.

Au contraire, l'eau distillée où l'on verse une quantité de poussière considérable relativement au volume du liquide employé, devient promptement féconde. Mais, en raison de la petite quantité de substance organique qu'elle renferme, elle ne produit que des *bactéries* et des *monades*, c'est-à-dire les plus simples des organismes.

Cette même eau distillée dans laquelle on fait macérer quelques feuilles d'*aster* préalablement lavées avec le plus grand soin, et dans de l'eau très-pure, se peuple au bout de quelques jours non-seulement de bactéries et de monades, mais encore d'infusoires ciliés.

L'eau distillée qui avait servi au lavage du mercure extrait d'une cuve pneumatique très-poudreuse est restée inféconde.

Enfin, en mettant, à l'exemple de M. Pouchet, une même macération de foin haché (filtrée) en grande quantité dans un grand vase et en très-faible quantité dans un très-petit vase flottant dans le premier, on obtient dans le grand vase des infusoires ciliés, tandis que le petit vase, qui flotte à la surface du liquide où ces derniers ont pris naissance, ne renferme que des bactéries ou des monades.

Tels sont les faits nouveaux qui sont exposés dans le nouveau travail de MM. Joly et Musset, et sur lesquels ces deux habiles expérimentateurs se fondent pour conclure que c'est la substance organique employée, et non des germes atmosphériques illusoires, qui donne naissance aux êtres organisés des infusions.

Des résultats pareils, paraît-il, ont été constatés récemment par M. le professeur Jeffries Wyman, qui affirme aussi avoir vu des infusoires se développer dans des solutions de matières organiques bouillies, mises en contact uniquement avec de l'air calciné, ou renfermées avec de l'air ordinaire dans des vases hermétiquement clos et plongés dans l'eau bouillante.

— On sait que les veines jouissent d'une contractilité lente et faible due à la présence de fibres musculaires mêlées au tissu conjonctif et au tissu élastique de leur tunique moyenne. On sait aussi que cette contractilité est beaucoup plus marquée dans les points où les grosses veines ont leur tunique externe renforcée par un plan charnu, épais, comme à la veine-cave dans la grande scissure du foie et à la veine-porte dans l'anneau du pancréas. Mais indépendamment de cette contractilité lente et faible qui appartient à l'ensemble du système veineux, les veines-caves, vers leur abouchement dans le cœur, en possèdent une autre qui leur donne des mouvements pulsatiles et rhythmiques semblables à ceux que M. Flourens a reconnus aux principales veines des batraciens.

C'est l'étude de ces mouvements pulsatiles et rhythmiques du sinus de la veine-cave supérieure chez les mammifères, qui fait le sujet d'une note communiquée à l'Académie par M. Colin, et dont on trouvera le résumé dans le compte rendu de la séance. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Des épanchements gélatiniformes dans la pleurésie aiguë et de l'obstacle qu'ils apportent à la thoracentèse.

Leçon recueillie par M. DUBUC, interne du service.

Je ne répondrais pas convenablement à l'honneur que vous me faites en venant à ces leçons, si je ne vous donnais pas de suffisantes explications sur une opération de thoracentèse que vous m'avez vu pratiquer sans succès, il y a huit jours, sur la jeune fille couchée au n° 18 de la salle Sainte-Marguerite.

En présence du mécompte que j'ai subi par cette double thoracentèse faite sans résultat sur notre malade, sous le coup de l'émotion que j'en ai ressentie dans la crainte d'avoir fait une faute dont les conséquences pour la malade pouvaient être sérieuses, je ne vous ai dit que peu de mots sur le moment, désirant attendre l'issue de cette infructueuse opération. Mais huit jours sont écoulés, la malade n'a rien éprouvé de fâcheux; elle va bien; je suis rassuré sur les effets de l'opération, et j'ai toute ma liberté d'esprit pour vous en parler sans préoccupation.

Vous vous en souvenez, nous avions au n° 18 une jeune fille de onze ans et demi, qui était entrée dans le service pour une pleurésie aiguë datant de quatorze jours. L'épanchement pleurétique, situé à gauche, déjà très-considérable le 14 juin au moment de l'entrée, avait encore augmenté sous nos yeux, et le 1er juillet, malgré une double application de sangsues, il occupait toute la cavité pleurale.

On constatait ce jour-là une matité complète et absolue dans tout le côté gauche de la poitrine, depuis la clavicule jusqu'au diaphragme. Le côté gauche était dilaté et les espaces intercostaux tendus; les vibrations thoraciques de la voix n'étaient plus transmises à la main, et il y avait absence du murmure vésiculaire en avant et en arrière, du sommet à la base du poumon. On entendait du souffle doux éloigné en arrière, au niveau de la racine des bronches et au-dessous jusqu'à la pointe de l'omoplate; une égophonie très-caractérisée existait dans les mêmes points.

Le cœur était fortement refoulé à droite; on sentait battre la pointe sur la partie latérale droite du sternum, à 3 centimètres de la ligne médiane.

La malade était très-gênée pour respirer, presque toujours assise dans son lit ou bien couchée du côté de l'épanchement. Je fis appliquer un large vésicatoire en avant de la poitrine.

Le 2 juillet, il n'y avait pas d'amélioration sensible ; on appliqua un second vésicatoire sur le côté gauche en arrière.

Le 5, l'épanchement semblait avoir un peu diminué ; on entendait un son tympanique au-dessous de la clavicule gauche (bruit de Skoda) ; partout ailleurs la matité était complète ; le cœur battait toujours à droite du sternum ; l'enfant se disait un peu soulagée.

Le 6, on appliqua un troisième vésicatoire sur le côté gauche; mais la matité ne diminua pas sensiblement : l'enfant se disait pourtant moins gênée pour respirer ; il existait toujours du bruit tympanique sous la clavicule, et on entendait un peu de murmure vésiculaire dans la fosse sus-épineuse; le cœur était toujours déplacé à droite.

Le 9, il survint une recrudescence; la matité fut complète partout, même sous la clavicule. Comme le 1er juillet, la gêne pour respirer devint très-prononcée.

Le 10, après avoir constaté, en présence de tous les élèves qui assistaient à la clinique, qu'il y avait matité absolue à gauche, absence des vibrations thoraciques, du murmure vésiculaire, souffle en arrière, retentissement égophonique très-caractérisé de la voix, que la pointe du cœur battait à droite du sternum, que la dyspnée était très-grande, je me décidai à pratiquer la thoracentèse.

Je me servis d'un trocart ordinaire, dont la canule était munie d'une baudruche destinée à servir de soupape ; j'enfonçai dans le sixième espace intercostal, sur le trajet d'une ligne verticale descendant du milieu de l'aisselle, après avoir préalablement ponctionné la peau avec une lancette ; je retirai le dard, et, contre mon attente, il ne sortit que quelques gouttes de liquide citrin.

Croyant à l'existence d'une fausse membrane qui bouchait la canule, je fis pénétrer dans la poitrine un stylet de trousse, puis une aiguille à tricoter. Ces instruments enfoncés à 8 ou 10 centimètres de profondeur, se mouvaient assez librement ; j'étais donc bien dans la cavité pleurale, et pourtant il ne s'écoulait que quelques gouttes de liquide citrin.

Péniblement surpris, je fis *une seconde ponction* dans l'espace intercostal, situé au-dessus; le résultat fut absolument le même, et malgré l'introduction par la canule d'une aiguille à tricoter, je pus à peine obtenir une cuillerée à bouche de liquide citrin. Je n'étais pas sans appréhension au sujet des accidents qui pourraient résulter de cette double opération : aujourd'hui que huit jours se sont écoulés, j'ai la satisfaction de vous annoncer que l'enfant est dans un excellent état ; elle n'a pas ressenti la moindre aggravation dans les symptômes ; bien plus, la résorption a marché vite. Le cœur a repris sa place. On entend de nouveau du son sous la clavicule (bruit tympanique de Skoda) et dans les fosses sus et sous-épineuses; la dypsnée a presque entièrement disparu, et je commence à alimenter la petite malade.

Je n'ai pas cru devoir passer sous silence un fait de cette nature qui porte avec lui son enseignement. En ville, on serait condamné comme ayant commis une erreur de diagnostic, et pourtant, s'il y a erreur, il faut s'en prendre aux résultats fournis par nos moyens physiques d'exploration, bien plutôt qu'à l'opérateur lui-même.

C'est la seconde fois qu'il m'arrive de faire *une thoracentèse à blanc*, passez-moi l'expression. La première fois, c'était à l'hôpital Saint-Antoine, il y a quinze ans, chez un adulte, qui offrait comme cette jeune fille tous les signes d'un épanchement considérable, et qui a très-rapidement guéri après une thoracentèse faite sans aucun écoulement de liquide. Plusieurs de mes collègues dans les hôpitaux ont à ma connaissance éprouvé le même mécompte. M. Beau a pratiqué la thoracentèse sur un malade qu'il savait être atteint d'un épanchement pleurétique abondant, sans obtenir plus de quelques grammes de liquide. Je cite le nom de ce savant médecin, parce qu'il raconte le fait aux élèves qui suivent sa visite chaque fois que l'occasion s'en présente, et qu'il en profite pour les prémunir contre le découragement si facile en pareille circonstance.

L'absence d'écoulement du liquide, quand on a l'assurance que le trocart a pénétré dans la plèvre et qu'aucune fausse membrane ne bouche la canule, quand d'ailleurs le diagnostic *pleurésie* est incontestable, doit être considérée comme un signe pronostic favorable; elle indique qu'il n'y a pas d'épanchement liquide ou que le liquide s'est résorbé, et qu'on n'a plus affaire qu'à une épaisse couche de produits gélatiniformes ou colloïdes remplissant la plèvre et refoulant le poumon, ou bien qu'il s'agit d'une pleurésie avec exsudation membraneuse aréolaire, dont la terminaison sera heureuse et rapide.

Dans le cas actuel, j'étais certain d'avoir pénétré dans la cavité pleurale; le siége de la ponction, l'écoulement d'une petite quantité de liquide citrin, la possibilité d'enfoncer un stylet à huit ou dix centimètres dans un espace libre, étaient autant de circonstances qui, réunies, ne pouvaient pas laisser subsister de doute à cet égard. L'enfant n'a d'ailleurs éprouvé aucun des accidents qui se seraient montrés si j'avais blessé un organe important comme le cœur, le péritoine, l'estomac ou la rate.

Aujourd'hui elle est en pleine convalescence, et dans quelques jours la guérison sera complète. (Cette espérance s'est réalisée, et, sans aucun autre accident, l'enfant a repris ses forces et a guéri, avec un rétrécissement considérable de ce côté de la poitrine.)

En résumé, sans être absolument nouveau ni complétement ignoré, le fait que vous venez de voir est un des plus rares que vous puissiez rencontrer dans l'histoire de la pleurésie aiguë. Puisse-t-il, lorsqu'il sera publié, appeler l'attention des cliniciens et provoquer la publication de faits semblables !

Il semble prouver que dans la pleurésie aiguë, l'épanchement, même lorsqu'il est très-considérable, peut n'être pas liquide, et qu'à une certaine période de son existence il peut être aréolaire ou gélatiniforme, transparent, entouré par les fausses membranes de la plèvre costale et pulmonaire.

Ceux qui, le lendemain d'une thoracenthèse, ont vu comme moi le liquide transparent, retiré de la poitrine, pris en gelée, facile à couper avec une cuiller, comprendront très-bien ce que je veux dire, et ce qui sera quelque jour démontré par l'autopsie.

CLINIQUE NAVALE.

De l'angine de poitrine épidémique.

Par M. le docteur E. Gélineau, de Ruelle-Stonne (Charente).

L'angine de poitrine peut-elle se présenter sous forme épidémique? Cette question est restée indécise jusqu'à ce jour, et cependant le docteur Kleefeld avait, en 1824, observé à Dantzig une épidémie qu'il crut devoir rapporter à cette affection; mais ses opinions, admises par quelques praticiens, ont été combattues par d'autres. Peut-être celle que j'ai observée à bord de l'*Embuscade*, dont j'étais, en 1858, le chirurgien-major, trouvera-t-elle moins de contradicteurs. Mais avant d'en citer les exemples les plus remarquables, jetons un coup d'œil rapide sur les conditions dans lesquelles nous nous trouvions quand l'épidémie nous surprit.

L'*Embuscade*, corvette de trente canons, montée par deux cent-cinquante marins, revenait en France après une pénible campagne de près de quatre ans dans les mers du Sud. Pendant ce long espace de temps, la corvette avait constamment navigué, passant brusquement des latitudes froides du Chili ou de la Californie, au climat brûlant du Mexique et du centre de de l'Amérique.

Cette transition subite de zones d'une température si opposée, devait, chez des gens oublieux des règles les plus simples de l'hygiène, et dormant souvent des nuits entières sur le pont, faire naître un grand nombre de névralgies. Elles étaient en outre favorisées par la nature des aliments qu'on donne à bord pendant les croisières. Riches en matières azotées, ils ne contiennent que peu ou point de principes non azotés, dits aliments respiratoires, c'est-à-dire réductibles en acide carbonique et en eau par l'intermédiaire de l'oxygène inspiré. De là, production moindre de chaleur animale, atteintes à l'intégrité de l'hématose, et par suite revivification incomplète du sang.

Toutes ces causes, réunies à d'autres non moins puissantes, telles que vents violents et humides, brouillards épais, lavages trop fréquents du navire et des vêtements, déterminèrent l'apparition, pendant toute notre croisière, de névralgies sus-orbitaires, intercostales et sciatiques, et même un premier cas isolé d'angine de poitrine, que j'ai publié dans la *Revue médico-chirurgicale*.

Un peu plus tard, le scorbut élut domicile à notre bord, disparaissant aussitôt notre arrivée en rade, et se montrant de nouveau dès que nous reprenions la mer.

Au trente-quatrième mois de notre voyage, survint une épidémie de coliques sèches qui coucha sur leurs cadres jusqu'à vingt-deux de nos hommes à la fois, et atteignit le sixième de notre équipage. Un plus long séjour en rade, du repos, des aliments plus frais, firent disparaître cette épidémie. Mais il fallait, pour revenir en France, passer le cap Horn, fatiguer de nouveau, traverser des latitudes glacées, se soumettre au régime débilitant du bord; aussi notre équipage devint-il de jour en jour plus affaibli, plus pâle, plus anémique. Il est impossible de se figurer, à moins d'en avoir été témoin, l'état misérable, l'air de souffrance de nos hommes. Quelques jours de grandes brises et de gros temps au voisinage de Sainte-Hélène, déterminèrent enfin l'apparition de l'angine de poitrine.

C'est un vieux matelot qui est atteint le premier en montant aux mâts, le 13 mars. Or cet homme offre les caractères les plus évidents d'une cachexie scorbutique et anémique. Cinq jours après, trois autres présentant cette même exsanguinéité des tissus, sont frappés de la même manière. Deux autres sont atteints à leur tour, l'un le 18 et l'autre le 23 mars.

Une relâche de dix jours que nous fîmes à Sainte-Hélène, où nous ne manquâmes ni de vivres frais ni de légumes, répara un peu l'affaiblissement de notre équipage; mais après un mois de séjour à la mer et une nouvelle épidémie de coliques, le retour des grandes brises au voisinage des Açores et un temps très-humide avant d'entrer dans la Manche, firent reparaître six nouveaux cas et récidiver quelques anciens. Sur les six hommes nouvellement frappés, cinq présentent au plus haut point la décoloration des gencives, des lèvres et de la conjonctive; leurs chairs sont flasques et molles. Tous, excepté un, ont souffert du scorbut et de la colique sèche. Cette anémie est même très-facile à reconnaître chez un homme de couleur, le nommé G... Cet Indien, d'origine américaine, et rougeâtre par conséquent, en bonne santé, offre une peau d'un jaune sale et terreux; ses yeux sont cernés, bistrés; la sclérotique, au lieu d'avoir une teinte d'un blanc bleuâtre, est terne, jaune et plissée. Un ptérygion dont G... est atteint, comme beaucoup de gens de couleur, participe à cette décoloration générale. Enfin, ses lèvres et ses ongles, au lieu d'être franchement d'un rouge violet en dehors, offrent une couleur qui se rapproche de la terre de Sienne.

Pour confirmer mes remarques sur l'état de profonde anémie où se trouve G..., j'ajouterai que ses pieds sont légèrement enflés, et qu'il s'est plaint depuis un mois de palpitations nerveuses.

Faisons connaître maintenant quelques-unes de nos observations.

Obs. I. — L..., âgé de trente-quatre ans, chef de pièce, tempérament lymphatico-nerveux, est à bord de la corvette depuis vingt et un mois; mais il a déjà fait deux ans et demi de campagne sur la frégate amirale la *Forte*. Ce navire avait constamment navigué dans l'océan Pacifique pendant la guerre avec la Russie, et L... était déjà débilité quand il vint sur l'*Embuscade*. Une crise de colique végétale et deux mois de scorbut au premier degré, lui avaient enlevé le reste de ses forces. Depuis cette époque, son teint est resté pâle et terreux, ses lèvres décolorées et ses gencives saignantes; palpitations légères, essoufflement facile à la moindre fatigue.

Le 6 mai 1858, nous étions en travers des Açores, et les hommes prenaient leur repas, quand L... est atteint brusquement d'une douleur violente entre le mamelon gauche et le sternum. Ses camarades le voient pâlir, appuyer ses mains sur la table et se plaindre, sans pouvoir cependant articuler un mot. J'accours et veux le diriger sur l'hôpital, mais il n'ose faire un pas, et ses voisins sont forcés de l'y porter. Malgré toutes leurs précautions, le tangage du navire arrache à L... des plaintes plus fortes. Il est assis sur un lit où je puis l'examiner.

Respiration modérément accélérée, mais incomplète et peu profonde. L... fait de temps en temps une large inspiration, mais ce n'est que lorsqu'il y est forcé; il craint, en développant largement sa poitrine, d'être accablé par un mal encore plus douloureux. Le même motif l'empêche de faire le moindre mouvement. La plus vive souffrance est peinte sur ses traits. Sueurs froides; angoisse très-grande. Tout entier à sa douleur, le malade ne s'inquiète de personne autour de lui, et ne répond que par des signes de tête à mes questions pressantes.

D'après l'expression de terreur qui se reflète avec plus ou moins de vivacité sur ses traits, on s'aperçoit quand la douleur a des redoublements d'intensité. Alors ses plaintes ne discontinuent pas; sa main droite s'appuie sur le cœur comme pour en étouffer les battements. Je lui demande s'il ne ressent rien à l'épaule et au bras gauche; il me fait comprendre qu'il éprouve des élancements à l'épaule, et seulement de l'engourdissement aux doigts et à l'avant-bras. Il ne souffre point au cou ni à la colonne vertébrale. Le pouls est à 80. Les battements du cœur sont assez énergiques; l'auscultation ne révèle aucun désordre.

Après quelques instants, l'accès semblant à son déclin, je le prie de se lever et de marcher; mais en faisant le premier pas, quoique avec précaution, L... sent revenir la douleur au sternum. Il s'assoit de nouveau sur son lit, les mains appuyées, et attend immobile la fin de la crise qui s'annonce par des éructations inodores, et qui a duré environ dix minutes.

Pour obtenir un peu de sédation, j'ai employé, pendant l'attaque, du chloroforme versé toutes les cinq minutes sur un linge plié en quatre et appliqué sur la poitrine; j'y ai joint pour la nuit des pilules d'extrait gommeux d'opium et de belladone. L... ne ressentait plus, le soir, que de la meurtrissure à la poitrine et de l'engourdissement dans le bras; il dormit assez bien, mais en restant presque assis dans son lit. Je ne lui prescrivis que des aliments liquides pendant quelques jours; je combattis l'anémie par le fer et le quinquina. Il fut exempté du service fatigant de chef de pièce, et ne présenta pas de récidive jusqu'à notre arrivée à Cherbourg.

Obs. II. — G..., Indien, né à Cayenne, âgé de vingt-cinq à trente ans, est atteint subitement, le 7 mai 1858, en montant au mât de de misaine, d'une douleur déchirante à la poitrine qui le force à descendre au plus vite. Il se tient debout, élevant et renversant la tête. Un sentiment de souffrance et d'épouvante est peint sur ses traits; ses yeux sont pleins de larmes; une de ses mains est appliquée sur la poitrine, l'autre aide le malade à se soutenir. Ne pouvant marcher, on le porte à l'hôpital.

Respiration accélérée, courte, incomplète, semblable par sa fréquence à celle d'un homme qui viendrait de faire en courant une longue course et tomberait hors d'haleine; chaque expiration est accompagnée d'un cri plaintif et précipité; soupirs profonds de temps en temps; le malade ne peut pas parler et ne répond que par signes.

Le pouls est élevé et fréquent. Le cœur bat violemment, avec une telle force que la poitrine en est ébranlée, comme si un battant de cloche la frappait à l'intérieur; cet ébranlement se fait sentir dans tout le tronc, et le bruit en est perceptible à une certaine distance. Pulsations cœliaques d'une grande énergie; ces mouvements tumultueux donnent à la main qu'on y applique une ondulation continuelle très-visible. La douleur n'a pas de siége fixe; elle est mobile, monte depuis l'extrémité inférieure du sternum et des fausses côtes (côté gauche) jusqu'au larynx et au cou. Elle est interne et très-vive au cœur, mais ne parcourt point l'épaule ni le bras gauche. Le malade la compare à une main de fer dont la pression est de plus en plus pénible et forte, à mesure qu'elle atteint le cœur et le larynx. Cette douleur a des instants d'exacerbation, et alors l'angoisse est extrême, et G... se plaint encore plus vivement; les élancements s'étendent du reste jusqu'à l'hypochondre, et des douleurs se font sentir jusqu'au cordon testiculaire. Le décubitus est impossible; les pieds et les mains sont froids.

Prescription. — Deux ventouses scarifiées sur le côté gauche du sternum, une troisième au creux de l'estomac; potion éthérée laudanisée. Cette révulsion énergique produit un peu de calme. Immédiatement les battements du cœur sont moins tumultueux, les inspirations un peu plus faciles, plus complètes. Le malade peut répondre par monosyllabes à mes questions. Je m'éloigne pendant quelques minutes, mais à mon retour je le trouve de nouveau en proie à des symptômes effrayants. Il n'avait pas encore pris la potion qu'on préparait; je lui en fais avaler lentement une grande partie et remets les ventouses, auxquelles succède un cataplasme sinapisé. Le mieux revient, les crises diminuent de violence, les intervalles qui les séparent sont de plus en plus grands. A huit heures du soir G..., forcé de se tenir assis, respirait avec moins de crainte; le pouls conservait encore de la fréquence. — Potion à renouveler, cataplasmes et onctions belladonées.

Le 4, l'état du malade s'est bien amendé: deux heures de sommeil dans la nuit. Respiration aisée; plus de douleur au cœur ni au sternum, mais brisement et lassitude dans cette région; pouls calme, mais très-petit. G... a des crampes dans les bras quand il veut les agiter: pas d'éructations. — Mêmes prescriptions; seulement, à trois heures du soir G... étant très-affaibli, je prescris un bouillon et un lavement de quinquina.

Le 5, le mieux continue; pouls normal, respiration facile, encore de l'endolorissement dans les membres. Le malade reste encore assis sur son lit. — Bouillon, confitures, pruneaux; on continue l'usage de l'éther et des onctions belladonées. J'y joins une tisane de quinquina et de la digitale en raison des palpitations dont se plaint G...

Le 6, même état; G... se lève le 7, mais il se plaint de vertiges, d'éblouissements, dus sans doute au sang qu'il a perdu. Il est dans un grand état de faiblesse; la marche le fatigue; il est du reste d'une grande sensibilité au froid, aussi est-il exempt de service jusqu'à notre arrivée à Cherbourg.

Obs. III. — I... (Dominique), vingt-quatre ans, des Basses-Pyrénées, tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution remarquablement forte, mais affaiblie par une attaque de coliques sèches, est sobre et ne boit point d'eau-de-vie. Très-bien portant la veille, il venait de prendre à huit heures et demie du matin son quart de vin, quand il se sentit au sternum une douleur subite; mais cela se dissipa bientôt, et il serrait les voiles quand la douleur revint subitement, s'étendant de l'épigastre au cœur, au côté et à l'épaule avec une extrême rapidité, comme si une épée était enfoncée du creux de l'estomac (comparaison du malade) jusqu'à la gorge, en passant derrière le sternum. Arrivée au larynx, elle suffoque et étrangle le malade. La douleur est principalement vive au cœur et au côté gauche de la gorge. Les muscles de ce côté, et surtout le sterno-mastoïdien, sont visiblement roidis et contractés.

Le malade ne peut se tenir debout; on l'assoit sur un lit; il courbe fortement le tronc en arrière, renversant également la tête et le cou, et s'appuyant sur ses bras fixés au lit. Anxiété très-grande; impossibilité de parler; physionomie indiquant une vive souffrance; respiration gênée, courte, non accompagnée de cris. De temps en temps une inspiration plus profonde; mais on voit que le malade, craignant la douleur, ne développe sa poitrine que lorsqu'il en ressent le besoin impérieux. On lit sur ses traits quand les douleurs spasmodiques redoublent de violence; alors l'angoisse est extrême, il y a crainte de la mort, contorsion du visage et de la bouche. La poitrine reste presque immobile, ses parois ne se développent qu'à la dernière extrémité, surtout du côté gauche, remarque que j'ai déjà faite chez plusieurs de mes malades. La douleur entoure pour ainsi dire le sternum et comprend un rayon de 6 centimètres autour de cet os; elle y est continuelle, tandis que parfois elle parcourt la base du thorax.

Le pouls est régulier, plutôt ralenti qu'accéléré; rien de particulier au cœur. Quand la douleur s'irradie en bas, le malade croit avoir un poids énorme comprimant sa poitrine. Les mains et les pieds sont froids; il me semble même y trouver une teinte cyanosée.

Prescription. — Diète; potion éthérée; laudanum; deux ventouses scarifiées de chaque côté du sternum. Sous leur influence, le mal s'apaise rapidement et se borne au creux épigastrique. On y applique une autre ventouse; onctions belladonées, et cataplasme après leur chute; lavement antispasmodique.

Une heure après, mieux sensible; respiration facile. Le malade peut parler, mais une douleur assez vive se fait encore sentir au voisinage du sternum. Les crises s'éloignent de plus en plus, en diminuant de durée et surtout de violence.

A huit heures, le malade peut se coucher, ne se plaignant plus que d'une légère céphalalgie. Le pouls est plus développé et plus accéléré que le matin; la peau est couverte de sueur; quelques éructations à la fin de la crise.

I... a quelques heures de sommeil dans la nuit; il éprouve un grand bien-être; léger sentiment de fatigue à la région sternale. Il sort de l'hôpital complétement bien le quatrième jour.

Obs. IV. — M... est âgé de vingt ans; il est à bord de la corvette depuis huit ou dix mois; il voyageait précédemment sur un navire de commerce, et n'a quitté la France que depuis un an; il n'a donc point été éprouvé comme nos autres matelots par des fatigues continuelles et un changement fréquent de climats opposés; aussi a-t-il conservé toutes les apparences d'une belle santé. En l'étudiant bien, on ne voit aucun tempérament prédominer chez lui.

Il n'est jamais entré à l'hôpital du bord, lorsque le 27 avril, à deux heures de l'après-midi, après son dîner, il éprouve en montant dans la hune une douleur très-vive au sternum; il s'arrête en sentant la douleur augmenter, appelle ses camarades, qui le descendent par l'échelle de l'avant à l'hôpital disposé dans la batterie.

J'arrive. M... est debout, appuyé contre un lit et soutenu par les infirmiers. Il ne peut parler que par monosyllabes, mais ses gestes indiquent le siége de la souffrance, qui occupe le côté gauche du sternum. Il se plaint aussi vivement du bas de la poitrine; il lui semble qu'on la lui enfonce. Engourdissement et fourmillement dans les doigts, élancements dans le bras gauche. La tête est relevée et renversée en arrière; respiration ordinaire, mais suspendue dans les moments où augmente la douleur. De temps en temps, soupirs profonds. M..., dominé par la crainte de mourir, fixe ses yeux sur moi, m'appelle à son aide quand la violence des douleurs redouble; il m'indique par ses gestes qu'elles descendent jusqu'au testicule gauche. Le pouls est resserré et légèrement accéléré. Au bout de dix minutes, l'attaque se calmait, et l'expulsion de beaucoup de vents accompagnait cette terminaison. Cependant je fus obligé deux heures après de pratiquer le cathétérisme sur M..., tourmenté par un besoin d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire.

Le lendemain, malgré le repos le plus absolu, M... s'étant hasardé à manger quelques pruneaux, fut atteint d'une seconde attaque, qui nécessita cette même opération, quoiqu'elle eût été moins douloureuse que la première.

J'employai le même traitement que pour I....

Voilà quatre observations-types de l'affection qui a régné à bord de l'*Embuscade* à son retour en France. Les autres ont présenté des symptômes analogues; aussi nous contenterons-nous, pour éviter des redites, de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les causes qui ont pu influer sur l'apparition de cette épidémie. Ce sera le sujet d'un deuxième article.

PLAIES CONSIDÉRABLES DE LA TÊTE ET DE LA FACE avec ablation du périoste crânien. — Coma prolongé. Guérison.

Par M. le docteur BOUCHARD, de Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire).

Je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* une observation d'une plaie considérable de la tête, publiée dans le numéro du 22 juillet dernier par M. le docteur Joliclerc (de Passy).

Ce fait m'a rappelé un accident qui a de l'analogie avec cette observation, mais présentant des circonstances d'une nature plus grave, dont nonobstant mes soins assidus ont pu triompher. Voici ce fait :

Le 4 mai 1861, la jeune Marie M..., âgée de dix ans, de la commune de Douces, près de Doué, s'amusait dans une vaste cour avec plusieurs autres petites filles de son âge, lorsque son père, arrivant avec une charrette chargée de cotrets, ouvrit, pour entrer dans cette cour, une grande porte à double battant dont les gonds étaient scellés dans des piliers de pierres ébranlées par la vétusté, criant à ces jeunes filles de se retirer au loin afin qu'il pût engager librement ses chevaux dans la cour. Elles obéirent toutes à sa voix, à l'exception de la jeune Marie, sa fille, qui, au lieu de s'éloigner comme ses compagnes, se déroba, sans être remarquée de personne, derrière un battant de cette pesante porte; puis le père, croyant toutes ces petites filles en lieu de sûreté, lança ses chevaux dans l'espace libre de cette porte ouverte. Celle-ci, heurtée par les cotrets, fut entraînée par ce choc avec le pan de la muraille, tomba sur la malheureuse petite Marie, l'ensevelissant sous ses décombres. Les cris étouffés de l'enfant appelèrent néanmoins l'attention des voisins, qui se hâtèrent de délivrer cette petite imprudente. Après un travail rapide de plusieurs instants, on parvint heureusement à débarrasser la jeune enfant, inondée d'un sang abondant qui l'aveuglait. A peine fut-elle transportée sur un lit, qu'elle tomba dans un sommeil profond dans lequel je la trouvai plongée à mon arrivée, une heure après l'accident, les cheveux épars sur les épaules, imbibés d'un sang abondant ruisselant encore et masquant le visage, sans qu'il me fût possible de distinguer la nature et le genre de la plaie. Tout d'abord je voulus interroger la petite malade, mais ce fut en vain, car elle était plongée dans le coma le plus profond.

C'est pourquoi je me contentai de laver avec soin la tête pour découvrir les plaies saignant incessamment.

Après avoir coupé les longs cheveux de l'enfant avec le plus de précaution possible, je découvris, partant du sommet de la tête, une horrible plaie dont un vaste lambeau déchiqueté tombait renversé sur la région temporale gauche, laissant à découvert le pariétal et le coronal dans presque toute leur étendue, car cette plaie venait se terminer, d'une part, au-dessus de l'arcade sourcilière, et présentait, comme dans l'observation de M. Joliclerc, un décollement de la peau et du périoste, qui dans presque toute l'étendue laissait à nu le crâne, sur lequel je donnai avec mes ciseaux plusieurs petits coups pour faire remarquer aux assistants la nudité de l'os privé de son périoste.

Je lavai avec soin ce lambeau pendant, car il était couvert extérieurement et intérieurement de sable et de poussière; puis je pratiquai un point de suture pour le maintenir en place, afin de mettre à l'abri de l'air toute cette partie du crâne dénudé.

Poursuivant mes investigations sur la face, qui elle aussi avait son lambeau de chair pendant sur la région de la mâchoire inférieure, je découvris par le lavage une autre plaie non moins vaste, non moins horrible que la première, qui, partant de l'angle externe de l'œil gauche dont la paupière inférieure était fendue, laissait aussi à découvert l'os de la pommette pour se terminer à la lèvre supérieure, près de la commissure de la bouche. Ce lambeau, déchiqueté comme celui de la tête, tombait, ainsi que je l'ai dit, sur la mâchoire inférieure. Même lavage fut pratiqué *intus et extus* pour déterger cette horrible plaie du sable et de la poussière qui, mêlés avec les caillots de sang, formaient une sorte de mastic. Les téguments de cette région étaient profondément fendus jusqu'aux os de la pommette et du maxillaire supérieur, qui laissaient apercevoir leur nudité sans déchirure du périoste comme au crâne, toutefois à l'exception d'une largeur d'un centimètre sur l'os de la pommette.

Comptant sur une suppuration excessivement abondante dans les pansements ultérieurs de ces deux vastes plaies, et désespérant pour ainsi dire de voir se produire le recollement de la peau sur ces parties privées de périoste dans une aussi grande largeur, je réunis, en désespoir de cause, les bords de ces plaies par quelques points de suture entortillée, afin de laisser champ libre au pus, à l'aide d'épingles ordinaires et d'aiguilles d'ouvrières, n'ayant pas actuellement d'autres moyens à ma disposition; puis je soutins ces points de suture à l'aide de bandelettes de diachylon gommé, ne pouvant employer d'autres moyens sur ces parties déchiquetées, que je recouvris ensuite de charpie sèche et que je maintins par des bandes circulaires appliquées sur la tête et la face en forme de bonnet, ne laissant libre que la joue droite.

Pendant tout ce pansement, qui dura bien une demi-heure, la petite malade ne se réveilla pas; elle exprima toutefois ses souffrances par un petit grognement d'impatience. Je couvris la tête de compresses d'eau froide renouvelées de cinq en cinq minutes, et j'appliquai sur les extrémités inférieures des sinapismes plusieurs fois répétés jusqu'à ma visite du lendemain, comptant sur une réaction violente et une fièvre inflammatoire, malgré la perte abondante de sang qui ne permît pas à la malade de sortir de son état comateux, et je prescrivis en outre de l'eau fraîche pour toute boisson, si la malade venait à sortir de son assoupissement.

Le lendemain 5 mai, cet assoupissement ne discontinua pas, et une fièvre assez intense se déclara; aussi, tout en continuant les sinapismes, je prescrivis une application de quatre sangsues à chaque malléole interne, comme lieu plus facile et plus propre à laisser la malade dans le repos le plus complet dont avait besoin sa tête si horriblement mutilée. Dans la soirée, un lavement purgatif fut administré avec précaution en continuant les réfrigérants sur la tête. Jusque-là Marie n'avait rien pu prendre, ayant une sorte de trismus qui ne permit d'ingérer aucun liquide; aussi mon pronostic, en envisageant la commotion qui avait déterminé le coma persistant, fut-il peu favorable.

Le 6, je revins voir la malade, qui avait moins de fièvre, et qui, malgré le coma, entr'ouvrit la bouche à une cuillerée d'eau froide qui lui fut présentée. La déglutition se fit, quoique avec peine. Alors j'eus une lueur d'espérance, et fis comprendre à la famille que le mieux persistant, notre petite malade pouvait guérir.

Voyant cette tendance à un état meilleur, selon mon habitude en pareille occurrence, et suivant en cela la pratique des médecins allemands, qui préconisent dans les coups et les chutes sur la tête les préparations d'arnica montana, je prescrivis une potion de 120 grammes d'eau distillée avec 4 gramme de teinture d'arnica, que prit volontiers la petite malade. Je continuai les sinapismes et les lavements purgatifs.

Le 7, je levai l'appareil et renouvelai quelques bandelettes de diachylum maculées de pus. La petite malade commença à se plaindre en entr'ouvrant les yeux pour la première fois, puis elle retomba dans son état comateux. Cette journée, relativement, fut bonne. Je remplaçai les compresses d'eau froide de la tête par d'autres imbibées de teinture d'arnica, en continuant la même potion. La nuit fut bonne encore, sans trop d'agitation.

Le 8, la suppuration s'établissant, le coma disparaissant par intervalles, la fièvre diminuant aussi d'intensité, je fis prendre à la malade quelques cuillerées d'un léger bouillon; puis un mieux marqué se déclara successivement chaque jour, au point qu'au bout de la huitaine, sous l'influence du même traitement, Marie ne dormit plus que la nuit, et commença à proférer quelques paroles en souriant.

Mes pansements furent continués chaque jour jusqu'au 24 mai, époque à laquelle la cicatrisation étant en bonne voie, j'en abandonnai le soin à la famille, toutefois en surveillant de loin en loin la petite Marie, qui aujourd'hui porte une longue balafre traversant verticalement le front et la joue gauche, la paupière inférieure étant légèrement déformée.

ÉTRANGLEMENT DE LA VERGE DANS UN GROS ÉCROU EN FER, datant de plus de deux ans, sur un enfant. — Opération. Guérison.

Par M. le docteur Jules NAUDIN, secrétaire général de la Société médicale de Toulouse.

Les annales de la science renferment des exemples assez nombreux d'étranglement de la verge par des corps étrangers de diverse nature. Cet accident grave, qui peut occasionner souvent les plus funestes conséquences, présente quelquefois de grandes difficultés au chirurgien qui doit intervenir. Tantôt, et suivant la promptitude des secours, on a le bonheur de pratiquer l'extraction simple du corps étranger, par glissement, en opérant à peu près comme dans le taxis forcé du paraphimosis; tantôt, au contraire, le gonflement énorme et rapide du pénis nécessite la section de l'anneau constricteur, opération dont les difficultés augmentent en proportion de la profondeur du sillon dans lequel l'anneau est caché, du volume et surtout de la ténacité du corps étranger, assez souvent métallique.

En général, les secours de l'art sont apportés peu d'heures ou peu de jours après le malencontreux accident. A ce point de vue surtout, tout comme peut-être aussi relativement au volume et à la nature de l'anneau, le fait que nous allons rapporter est entièrement exceptionnel et unique même.

Nous avons cru bien faire de mentionner d'abord ici très-laconiquement les principaux faits analogues cités dans divers ouvrages. Ce court préambule pourra fournir quelques éléments d'utile comparaison.

Suit la mention sommaire de onze exemples marquants :

1° Anneau de clef; excision de la partie proéminente du pénis.

2° Anneau de cuivre, coupé avec de forts ciseaux.

3° Epaisse virole de fer, coupée avec la lime; durée de l'opération, trois heures.

4° Une bague, coupée avec la lime.

5° Verge et testicules étranglés dans un briquet de fer, qui a été cassé par torsion à l'aide de deux étaux. (Ces cinq cas sont pris dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.*)

6° Bague coupée avec des tenailles incisives (Lorrey).

7° Douille d'une vieille pelle de fer, coupée avec la lime (*Idem*).

8° Douille de baïonnette; extraction simple par des applications de glace (*Idem*).

9° Bobèche en cuivre; incisée et cassée (Dupuytren).

10° Goulot de flacon en verre; extraction simple par la réfrigération (Legros).

11° *Anneau de priape*, ou chaîne articulée en fil de fer; gangrène complète et chute de la verge (M. Auguste Larrey, 1835).

Arrivons maintenant à notre observation.

Vers la fin de l'hiver de 1860, M. Friot, officier de santé à Bruguières, allait visiter un enfant âgé de dix ans, dans le village de Saint-Sauveur. Le petit malade était alité depuis deux jours, se plaignant d'une affection intestinale. Le médecin glisse sa main sous les couvertures pour palper le ventre, et se trouve fort surpris en sentant sa main heurter vers la région pubienne un corps anguleux et dur. Il découvre la partie, et son étonnement est plus grand encore en voyant un gros écrou en fer fixé à la racine de la verge. La déconvenue et l'embarras de l'enfant produisirent, on le comprend sans peine, d'abondantes larmes; mais si les regrets et les souffrances muettes avaient duré longtemps, le moment des aveux était enfin arrivé.

Quant à la surprise des parents, elle serait aussi difficile sans doute à expliquer et à excuser même qu'à dépeindre, lorsque l'enfant avoua tout d'abord qu'il portait cet écrou depuis plus de deux ans. — Un jour, dit-il, me rendant à l'école, je trouvai au milieu du chemin cet anneau de fer. J'étais seul; je le ramassai, et, craignant peut-être de le perdre, faute de mieux, je l'engagai sur ma verge.

Les suites de l'accident sont faciles à comprendre. Depuis ce jour, l'enfant essaya mille fois de sortir l'écrou; toutes ses tentatives échouèrent; la constriction avait bien vite produit une tuméfaction, qui était un obstacle infranchissable. Il se résigna donc, et craignant trop la réprimande, qu'un aveu ne manquerait pas d'amener, avec un grand courage et une force de volonté rare à cet âge, il supporta sans se plaindre ses longues souffrances, qui cependant durent être d'autant plus violentes que pas le moindre palliatif ne fut employé. L'inspection des parties suffit pour faire renoncer M. Friot à toute tentative d'extraction. Il se procura donc un écrou assez exactement semblable, et vint nous raconter le cas, nous demandant aide et conseil. Après divers avis, nous décidâmes que le mieux serait de transporter l'enfant à Toulouse, aussitôt que sa légère maladie intestinale le permettrait. Nous prévoyions trop bien, en effet, que pour extraire l'écrou, le seul moyen était de le scier, et cette opération difficile nécessitait un outillage nombreux et compliqué, des besoins imprévus peut-être, pour lesquels une distance de vingt kilomètres créait un embarras sérieux.

L'enfant fut donc apporté le dimanche suivant. M. Badin, mécanicien bandagiste, avait eu la complaisance de nous prêter son cabinet et tout le riche matériel de ses ateliers. M. Friot, M. Badin, M. le docteur Dassier et moi, primes part à l'opération que nous allons raconter. Avant d'y procéder, nous examinâmes attentivement l'état des parties, dont j'esquissai le croquis de grandeur naturelle et sur des mesures prises avec soin.

L'écrou en fer pèse cinquante grammes; son carré a trois centimètres de côté, huit millimètres d'épaisseur; son trou, qui a douze millimètres, porte trois filets de pas de vis assez fortement saillants.

L'écrou est engagé sur la verge très-près du pubis; la partie antérieure de la verge, qui le dépasse, a la forme d'un ovoïde, sur une longueur de trente-six millimètres; le diamètre de sa plus grande circonférence est de vingt-six millimètres, plus que le double du trou de l'écrou. Toute la verge présente un aspect de tuméfaction indurée, ancienne, dont la teinte rouge livide annonce l'imminence du sphacèle. Le gland est découvert. La peau est entièrement détruite dans la partie comprimée par l'anneau; les corps caverneux et le canal de l'urèthre sont dénudés; nous soupçonnons même que le canal est percé par érosion. On ne peut nous renseigner sur l'écoulement de l'urine par ce point. Cette plaie circulaire est irritée, très-douloureuse, de mauvais aspect, saigne au moindre mouvement; les bords des téguments, en avant et en arrière, sont épais, tuméfiés, découpés en dentelures. L'enfant affirme d'une manière très-précise qu'il porte l'écrou depuis plus de deux ans.

Cette description prouve assez qu'il était impossible de songer à faire sortir l'écrou par glissement, en comprimant la partie antérieure du pénis. La corrosion était si profonde que les tractions pouvaient faire craindre sérieusement l'arrachement total de l'organe.

La difficulté qui nous préoccupait le plus était de donner à l'écrou une fixité suffisante, pour éviter l'ébranlement et la secousse des coups de scie. M. Badin avait choisi et préparé, après plusieurs essais comparatifs, une lame de scie, dont la denture ébranlait le moins possible, par son va et vient, et cependant il fallait encore une assez forte résistance fixe pour empêcher les secousses.

L'enfant fut placé à demi couché sur un de ces fauteuils capitonnés et très-bas, appelés pouffs; les jambes pendaient en avant, les pieds reposaient solidement sur le parquet. Il se prêta d'ailleurs avec beaucoup de docilité à toutes les manœuvres, qu'il suivait et surveillait sans trop d'émotion, faisant à chaque instant des recommandations très-opportunes.

L'écrou fut solidement pris, à ses deux angles supérieurs opposés, entre les mâchoires de deux petits étaux à main, lesquels étaient chacun tenu fortement à deux mains par l'un de nous, qui, assis par côté, prenait point d'appui, par les poignets sur les cuisses de l'enfant, par les avant-bras sur ses propres genoux. — Un troisième aide, dans une attitude semblable, tenant le tranchant d'une gouge appuyé contre la face antérieure de l'écrou, fournissait ainsi un point de fixité, contre lequel les deux étaux tendaient à pousser; de plus, la concavité du ciseau recouvrant la verge l'abaissait un peu et la garantissait de la scie. Enfin, dans ce même but, une petite lame de zinc très-mince fut engagée entre le trou de l'écrou et les corps caverneux.

Les choses étant ainsi disposées, M. Badin, placé aux pieds de l'enfant et un genou à terre, commence à scier le fer. Malgré une légère torsion du plan de l'écrou vers la gauche, la longueur nécessaire au va-et-vient de l'instrument étant gênée sur le milieu par le bas-ventre, il fallut établir le trait de scie dans une direction oblique, à quarante-cinq degrés sur le plat de l'écrou; condition fâcheuse mais forcée, qui augmentait notablement la surface de la section.

Cependant tout marcha pour le mieux, et en trente-cinq minutes, y compris deux petits repos, un premier trait de scie, pénétrant jusqu'au pas de vis, était fait. Une seconde section, diamétralement opposée, était nécessaire pour séparer les deux moitiés du carré. Pour la pratiquer, les étaux enlevés, nous essayâmes de donner un demi-tour à l'écrou; mais la constriction était si forte, les filets du pas de vis tellement incrustés dans les chairs, que ce mouvement de rotation était sinon impossible, du moins très-difficile et très-douloureux.

Nous eûmes alors l'idée d'essayer de diminuer un peu la constriction, en faisant bâiller le trou de l'écrou par un léger écartement des deux faces du trait de scie. Pour cela, un tas ayant été placé convenablement sous l'écrou, de manière à fournir un point d'appui très-solide, on engagea dans le trait de scie un ciseau à froid, qui reçut quelques premiers coups de marteau. Nous avions obtenu un peu d'écartement, sans rendre néanmoins la rotation plus facile. Cette circonstance nous décida à augmenter encore l'écartement, et à tenter même de faire éclater l'écrou, ou du moins de l'ouvrir assez pour le dégager, ce à quoi nous réussîmes au delà de nos espérances. Une série de coins en fer, à biseau très-court et très-évasé, furent successivement engagés dans la section. On frappait sur le coin à violents coups d'un très-fort marteau.

Ce temps de l'opération avait quelque chose d'émouvant; car on comprend combien il importait d'éviter un faux coup et une cassure trop brusque de la partie inférieure de l'anneau métallique. En quelques minutes, et sans accident, l'écartement fut ainsi porté à 13 millimètres, et l'écrou fut enlevé vers le bas. Deux ou trois gouttes de sang avaient à peine été répandues.

Nous constatâmes alors la corrosion profonde de la verge et une perforation du canal de l'urèthre. On fit un pansement à l'eau froide, et le petit malade, enchanté de la réussite, repartit le soir même pour Saint-Sauveur.

M. Friot fut chargé des soins consécutifs, et nous a transmis les détails de la guérison. Une sonde, placée à demeure pendant quelques semaines, réussit bien à empêcher la sortie de l'urine par la

trou fistuleux. Les suites furent heureuses, malgré quelques plaques de téguments qui tombèrent en gangrène. Des pansements appropriés amenèrent une cicatrisation assez prompte, la fistule uréthrale se ferma également très-bien, et au bout d'un mois environ la cure était définitive et complète.

Une planche représentant l'écrou placé sur la verge, mais scié, a été publiée à la suite de cette observation par la Société impériale de médecine de Toulouse (1861).

DE L'EMPLOI PRÉVENTIF ET CURATIF DU CAFÉ,

notamment dans les congestions cérébrales (1).

Par M. le docteur PETIT (de Château-Thierry).

Je passe maintenant à un autre emploi du café, emploi qui sera aussi bien justifié et peut-être plus facilement accepté. Il est en effet un genre d'affections bien communes chez le vieillard et surtout chez l'homme, affections toujours graves et souvent mortelles, ce sont les congestions et les hémorrhagies cérébrales, contre lesquelles le médecin ne possède guère qu'un remède, la saignée. C'est le seul remède qui soit vraiment efficace immédiatement avant et immédiatement après. Mais ce moyen seul ne suffit pas, il ne suffit plus surtout quand on s'éloigne de l'attaque. Aussi a-t-on proposé une foule d'autres moyens qui ont certainement leur utilité, mais qui me paraissent d'une efficacité bien moins grande que le café administré avec méthode et intelligence.

Nous savons tous, en effet, que le café agit contrairement à l'opium et à l'alcool. Ceux-ci portent au sommeil, appesantissent les sens, obscurcissent, éteignent presque l'intelligence, et congestionnent enfin le cerveau. Le café, au contraire, empêche cette congestion, réveille, stimule le système cérébral, active et augmente l'intelligence. La face des individus soumis à l'action de l'opium ou de l'alcool est d'un rouge plus ou moins violacé; elle est pâle, décolorée chez l'homme qui a pris une certaine dose de café, surtout s'il est à jeun. Comme nous l'avons vu plus haut, la chaleur animale est moindre chez celui-ci, et quoique le pouls soit plus fréquent, il est moins plein, et cette accélération de la circulation est le résultat non d'une excitation sanguine, mais d'une excitation nerveuse. *Sanguis moderator nervorum*, a dit Hippocrate; nous pourrions renverser la proposition, et dire : *Nervi moderatores sanguinis*, selon la prédominance du premier sur le second système, car si le sang peut faire disparaître les phénomènes nerveux, il est certain que les nerfs, ayant par une cause quelconque, le café, par exemple, une action prédominante, peuvent empêcher les effets plus ou moins fâcheux qui peuvent résulter d'un état pléthorique, et principalement la congestion cérébrale.

Je pourrais citer plusieurs cas d'apoplexie cérébrale avec congestion dans lesquels le café a été d'une utilité incontestable. Je me contenterai du fait suivant, les autres lui étant semblables, à part quelques circonstances de détail tout à fait insignifiantes.

M. D..., ancien inspecteur des prisons, âgé de soixante ans, a été atteint, il y a cinq ans environ, d'une première attaque d'apoplexie cérébrale. Je le vis un an après dans notre pays, où il était venu se retirer. La paralysie qui avait suivi l'attaque avait disparu presque entièrement; il n'y avait plus que de la faiblesse dans le membre inférieur droit. L'intelligence ou plutôt l'énergie morale était peut-être un peu moindre qu'autrefois. Enfin, l'état général était assez satisfaisant, quand tout d'un coup, après un dîner de famille où il avait mangé et surtout bu plus que de coutume, il se trouve frappé de nouveau et paralysé de tout le côté droit. Le malade ne peut plus parler ni se mouvoir, et à peine a-t-il conscience de ce qui se passe autour de lui. Appelé immédiatement, je m'empresse de recourir aux émissions sanguines, aux révulsifs, et une amélioration se manifeste, mais la face reste rouge et la tête congestionnée. Il y avait encore de la torpeur et de la somnolence; le malade me paraissait menacé d'une nouvelle attaque. Alors j'eus recours au café; j'en fis donner deux et trois fois par jour. Les symptômes s'amendèrent rapidement, l'intelligence redevint ce qu'elle était auparavant, et la paralysie disparut peu à peu, en laissant cependant les membres du côté malade plus faibles qu'auparavant.

L'action du café fut ici tellement évidente, que si M. D..., pendant les premiers jours qui suivirent l'attaque, passait vingt-quatre heures sans prendre sa dose ordinaire, immédiatement, me disait sa femme, et j'eus occasion de le vérifier, les accidents menaçaient de reparaître. La face redevenait rouge, les idées du malade s'embarrassaient, et les membres paralysés redevenaient plus insensibles et plus lourds.

De tous les moyens que j'employai dans cette circonstance et dans deux autres cas semblables, aucun certainement ne me donna des résultats aussi heureux et aussi marqués que le café.

Les auteurs qui ont écrit sur le café disent bien peu de chose de son application dans cette circonstance. Je n'ai trouvé qu'une observation bien authentique de guérison par son emploi. Elle est rapportée par Malebranche. Un homme tombé en apoplexie, dit ce savant père, aurait été guéri par plusieurs lavements de café.

La propriété que possède le café de rendre les produits de sécrétion plus aqueux, nous conduit par le raisonnement à le conseiller aussi dans la goutte, la gravelle et toutes les affections calculeuses. M. Trousseau le recommande dans cette circonstance en rappelant à l'appui ce fait que la gravelle et la goutte sont presque inconnues en Orient et aux Antilles, où l'on fait une si énorme consommation de café.

Urinam movendo, sabulum et calculos minores pellit, a dit Murray il y a un siècle en parlant du café.

Je suis maintenant tellement convaincu de l'utilité et de la puissance du café dans les circonstances qui viennent d'être indiquées, que je n'hésite pas à le permettre et même à le conseiller aux malades goutteux, rhumatisants et pléthoriques qui viennent faire de l'hydrothérapie dans mon établissement.

Je me rappelle un brave colonel polonais réfugié, M. le comte Z..., atteint d'une paraplégie incomplète et pensionnaire dans mon établissement, qui se récria très-fort quand il m'entendit lui conseiller le café noir. On le lui avait toujours défendu jusqu'alors aussi expressément que les boissons alcooliques. Aussi résista-t-il quelque temps à mes conseils. Enfin, sur mon insistance, il se hasarda à en prendre quelques gouttes, augmenta peu à peu, et voyant que les résultats n'étaient pas mauvais, il finit par en prendre comme tout le monde, et, je dois le dire, il n'eut qu'à s'en féliciter.

Si on me demande maintenant à quelle dose on doit administrer le café dans les circonstances que je viens d'indiquer, je répondrai que chaque médecin doit être juge de cette question dans les différents cas ou circonstances qui pourront se présenter.

En général, je le prescris comme moyen hygiénique pour les vieillards, à la dose chaque jour de deux ou trois tasses ordinaires et moyennement concentré. Comme remède, j'en prescris de deux à quatre ou cinq tasses suivant les circonstances (1).

Dans tout ce que je viens d'écrire sur le café, il y a sans doute des considérations qui ne sont pas entièrement neuves; mais ce qu'en ont dit les auteurs m'a paru tellement incomplet, que j'ai jugé convenable d'appeler spécialement l'attention des médecins sur cette question importante, m'appuyant et sur les propriétés physiologiques du café et sur les bons résultats obtenus par son emploi méthodique (2).

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 septembre.

(1) Je ne juge pas à propos de dépasser cette dose (même chez ceux qui y sont habitués), le café pouvant soutenir son action sur l'économie pendant plusieurs heures. Comme toute bonne chose, à doses exagérées et en solution trop concentrée, il pourrait offrir des inconvénients.

(2) Je me propose d'employer le café chez un certain nombre d'animaux, afin de vérifier expérimentalement jusqu'à quel point il peut arrêter le mouvement de décomposition et diminuer les déperditions.

ENROUEMENT. — SIROP.

L'enrouement est un symptôme qui persiste quelquefois un si long temps, qu'il préoccupe beaucoup les malades. M. Mialhe conseille de le combattre, dès son début, par l'emploi du sirop suivant :

Sirop de gomme	150	grammes.
Sirop de Tolu	50	—
Sirop de capillaire	50	—
Nitrate de potasse	10	—
Eau de laurier-cerise	10	—

A prendre par cuillerée à bouche dans une tasse d'infusion chaude de feuilles de mélisse, que l'on boira par gorgées fréquentes, de façon à prolonger le contact du médicament.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 septembre. — Présidence de M. VELPEAU, vice-président.

MM. JOLY et MUSSET adressent au concours pour le prix Alhumbert (question des générations dites spontanées) un Mémoire ayant pour titre : *Nouvelles études sur l'hétérogénie.* (Renvoi à la commission du prix Alhumbert pour 1862.)

Postérieurement à l'envoi de cette pièce, les auteurs ont adressé successivement deux notes destinées à faire connaître les résultats auxquels ils sont arrivés en continuant leurs recherches sur la même question, résultats d'où ils concluent que c'est la substance organique employée, et non des germes atmosphériques illusoires, qui donnent naissance aux êtres organisés des infusions. (Voir le *Premier-Paris*).

Mouvements pulsatiles et rhythmiques du sinus de la veine-cave supérieure chez les mammifères. — M. G. COLIN communique sous ce titre une note qu'il résume dans les propositions suivantes :

Chez les mammifères, les deux veines-caves, vers leur abouchement dans les oreillettes, jouissent d'une contractilité très-évidente, qui leur imprime des mouvements rhythmiques indépendants de ceux du cœur. A la veine-cave supérieure ils sont très-étendus et très-énergiques, mais à l'inférieure ils sont faibles et très-limités.

Le sinus de la veine-cave antérieure, pourvu d'une épaisse couche musculaire à fibres striées, est le siége de mouvements pulsatiles dont le rhythme n'est point modifié sur les animaux ouverts vivants ou abattus par la section de la moelle épinière en arrière de l'occipital. Ces mouvements sont en nombre égal à ceux du cœur : la systole du sinus coïncide avec celle de l'oreillette et la diastole du premier coïncide avec celle de la seconde. C'est par exception et dans les cas où les battements du cœur deviennent irréguliers, que l'isochronisme entre les pulsations du sinus et celui des oreillettes disparaît momentanément.

Les pulsations du sinus ne dépendent ni des secousses du cœur, ni des contractions de l'oreillette, ni du reflux du sang. En appliquant soit une ligature, soit une pince à pression continue à l'insertion du vaisseau, on les voit persister avec leur intensité et leurs caractères ordinaires. Néanmoins elles s'affaiblissent et s'arrêtent une fois que la veine-cave est arrivée à son degré extrême de distension.

La systole du sinus, si énergique qu'elle soit, ne donne lieu qu'à une légère réduction du diamètre de la veine, elle n'en efface jamais la lumière; aussi le courant sanguin qu'elle pousse vers le cœur y coule tout d'un trait et sans intermittence. Au moment de cette systole, le sang éprouve dans toute la longueur de la veine-cave un mouvement ondulatoire accompagné d'un reflux dirigé du cœur vers l'entrée du thorax, mais le reflux est faible et étranger à ce qu'on appelle le pouls veineux.

Les contractions rhythmiques de la veine-cave supérieure paraissent avoir pour usage de faciliter et de régulariser l'abord du sang dans le cœur; elles semblent surtout utiles chez les animaux quadrupèdes, dans les moments où ils tiennent la tête inclinée vers le sol pour y prendre leur nourriture.

Quant à la veine-cave postérieure dépourvue de sinus ou de dilatation terminale, elle n'est contractile que sur une étendue à peine égale au dixième de sa longueur entre le cœur et le diaphragme; ses mouvements pulsatiles ne sont plus en grande partie que le résultat du reflux du sang lors de la systole des oreillettes.

M. JACQUART soumet au jugement de l'Académie un nouveau procédé pour la mesure de la capacité du crâne. (Commiss., MM. Pouillet, Milne Edwards.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La lèpre kabyle (dermatologie africaine); par M. le docteur Jules ARNOULD, professeur agrégé à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires; grand in-8° de 75 pages. Prix, 2 fr. Chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

Appréciation des appareils modelés et documents relatifs à la revendication en faveur de M. Laforgue, médecin-major, de la priorité de l'invention de ces appareils réclamée par M. Merchie, médecin en chef de l'armée belge; par M. GOFFRES, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes; grand in-8° de 33 pages. Prix, 1 fr. Chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

Études sur la pellagre; par M. HURST, médecin aux dragons de l'impératrice; in-8° de 26 pages. Prix, 75 c. Chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

De la surdité et de quelques nouveaux moyens propres à guérir cette affection; par M. le docteur LERICHE. Paris, 1862; in-8° de 60 pages, *franco* par la poste. Prix, 1 fr. 25. Chez F. Savy, rue Hautefeuille, 24.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er OCTOBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. H. Bouley s'était engagé, dans la dernière séance, à présenter à l'Académie des pièces pathologiques destinées à venir à l'appui des faits exposés dans le rapport de M. Bouvier, relativement aux effets du séjour prolongé d'une canule dans la trachée-artère. M. Bouley n'a pas seulement tenu parole en mettant en effet sous les yeux de ses collègues des pièces qui montrent avec un grossissement considérable et d'autant plus probant les lésions qui résultent, chez les chevaux trachéotomisés, du séjour prolongé d'une canule; mais il a encore accru l'intérêt de cette communication par l'exposition de faits nouveaux inconnus, ou à peu près, chez l'homme, et par des considérations de physiologie comparée sur le rôle de la glotte dans l'effort musculaire. L'assistance les a écoutées avec un vif plaisir.

Le reste de la séance a été occupé par la fin de la lecture d'un long rapport sur l'angine de poitrine, dont il ne nous a pas été possible de prendre connaissance. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU.

Des épanchements purulents sous-arachnoïdiens.

Par M. le docteur JUDÉE.

L'arachnoïde peut s'enflammer. Ce genre d'inflammation se rencontre même assez fréquemment, mais elle se termine rarement par suppuration, contrairement à ce qui arrive pour les autres séreuses; le plus ordinairement, sa terminaison se fait par épanchement de sérosité, comme cela s'observe principalement chez les enfants (hydrocéphale aigu, hydrocephale chronique des auteurs), ou bien par adhérence entre les deux feuillets de cette membrane. Ce dernier mode de terminaison s'observe souvent; je pourrais en citer plusieurs exemples. Je me contenterai d'en resumer un, celui d'une femme morte à la Salpêtrière le 17 juillet 1854, à l'âge de soixante-quatre ans.

A l'autopsie de cette femme, on trouva le cerveau adhérent à la dure-mère, de façon que lorsque l'on voulut enlever cette membrane, on attira en même temps à soi cet organe, bien qu'il n'existât aucune adhérence entre la substance cérébrale et la pie-mère. Cette femme avait présenté autrefois des troubles du côté du cerveau; mais pendant le courant de la maladie qui l'enleva, il n'avait présenté aucun trouble du côté de l'encéphale, et l'on fut fort étonné des altérations trouvées à l'autopsie.

Si l'arachnoïde suppure difficilement, il n'en est pas de même de la pie-mère et du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; la suppuration se produit là même très-promptement. C'est à ce genre d'affection que les auteurs ont donné le nom de méningite simple.

Dans ce cas, après l'incision de la dure-mère, si l'épanchement est considérable, le feuillet viscéral de l'arachnoïde, celui qui revêt la surface du cerveau, se présente avec une belle coloration jaune que nous avons constatée. Cette coloration occupe quelquefois la convexité du cerveau, d'autres fois sa base. Ordinairement elle est très-prononcée au niveau des sillons qui séparent chaque circonvolution cérébrale et chaque scissure; l'arachnoïde cérébellense y participe aussi le plus souvent.

Lorsque l'affection est simple, l'arachnoïde et la pie-mère, unies entre elles par le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, se détachent de la surface du cerveau avec la plus grande facilité, sans entraîner avec elles la plus légère parcelle de substance cérébrale.

Si l'on cherche à se rendre compte de l'origine de cette coloration, on reconnaît qu'elle est due à la présence du pus dans les mailles du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; le pus est de bonne nature. Dans certains endroits, on le trouve à l'état concret; dans d'autres, au contraire, à l'état liquide. Lorsque, après avoir détaché ces mem ranes, on vient à les étendre sur une table par leur face extérieure par rapport au cerveau, les espaces arachnoïdiens, gorgés de pus, les font ressembler à ces cartes de géographie en relief dont on se sert actuellement dans les colleges.

Quant à la substance cérébrale, elle ne présente ordinairement aucune altération. Dans la première des observations que je vais rapporter, immédiatement après avoir déposé le cerveau sur la table d'amphithéâtre, il s'est affaissé, il est vrai, sur lui-même, mais on ne doit pas y attacher une grande importance. La température, le temps plus ou moins considérable qui s'est écoulé depuis l'époque de la mort jusqu'au moment de l'autopsie, ont la plus grande influence sur cette consistance; d'une manière générale, je puis dire ici qu'il est presque impossible d'apprécier un ramollissement de la totalité de la substance cérébrale, mais qu'il n'en est nullement ainsi pour le ramollissement partiel, parce que là il y a un terme de comparaison.

Voici à l'appui des considérations qui précèdent deux observations que j'ai recueillies, il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu :

OBS. I. — *Épanchement purulent sous-arachnoïdien (méningite des auteurs).*

La femme V..., âgée de vingt-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guérard, n'éprouvant à ce moment qu'un peu de céphalalgie, qu'elle ressentait du reste depuis assez longtemps, un peu de diarrhée et un léger mouvement fébrile.

Le deuxième jour, la fièvre prit de l'intensité, la céphalalgie devint par moments tellement forte qu'elle lui faisait pousser des cris; nausées, fréquentes envies de vomir et même vomissements; ces derniers symptômes persistèrent pendant un jour ou deux, puis ne reparurent plus.

Les jours suivants, la douleur de tête augmenta considérablement, les cris devinrent très-fréquents et pour ainsi dire continuels, ce qui n'empêchait pas la malade de rester tranquille dans son lit, et pendant tout le cours de son affection il ne fut pas nécessaire d'avoir recours à la camisole de force. De plus elle conserva toujours sa raison. Elle causait avec ses voisines, demandait tout ce dont elle avait besoin. La peau était moite, chaude; le pouls très-accéléré; il était impossible de rassasier sa soif. Sa sensibilité était très-exaltée; il suffisait de la toucher pour lui faire pousser des cris; cette exaltation de sensibilité était surtout très-prononcée à la tête.

Le septième jour, la malade conservait encore parfaitement son intelligence; elle reconnaissait tout le monde, et répondait à toutes les questions qui lui étaient adressées. Cependant la fièvre restait la même. Les cris se rapprochaient de plus en plus, la physionomie s'altérait, ses yeux étaient humides; elle ne toussait pas, mais par instants elle rejetait de gros crachats épais, jaunâtres, comme purulents.

Le huitième jour, les cris cessèrent, l'abattement devint très-prononcé, la fièvre diminua; il survint de la *carphologie.* La malade se mit à remuer continuellement les mains. Elle semblait vouloir saisir les objets qui l'environnaient, quelquefois s'y cramponner comme une personne qui a peur d'être arrachée de son lit. Malgré cette aggravation, conservation de toute sa connaissance; elle montrait la langue, à la demande qui lui en était faite, mais il lui était impossible de parler.

Vers le milieu de la journée, elle sembla perdre complétement la connaissance. A neuf heures du soir, elle se mit à se plaindre, puis mourut bientôt au milieu d'un gémissement; les mouvements carphologiques avaient continué jusqu'à la mort.

Autopsie le 7 février. — La dure-mère, tendue, présentait de nombreuses arborisations veineuses et artérielles; sa coloration était légèrement bleuâtre, son épaisseur normale. Après l'incision, il ne s'écoula pas de sérosité.

La convexité du cerveau, recouverte de ses enveloppes, présentait un singulier aspect; elle était d'un beau jaune clair. Cette coloration était surtout prononcée sur les sillons qui séparent les circonvolutions. A la base du cerveau, on la retrouvait encore, mais seulement au pourtour des nerfs olfactifs et de l'espace perforé antérieur.

Le cervelet, recouvert de ses membranes, offrait la même coloration, mais moins prononcée. Cependant, au niveau des lobules du pneumo-gastrique, on trouvait encore une large plaque de pus.

L'examen des membranes (arachnoïde et pie-mère), qui se laissèrent enlever sans la moindre difficulté et sans entraîner avec elles la moindre trace de substance cérébrale, donna les résultats suivants : La coloration jaunâtre mentionnée plus haut était due à la présence d'une quantité assez considérable de pus située entre l'arachnoïde et la pie-mère; ce pus, concret en grande partie, avait principalement pour siége les espaces triangulaires formés par l'arachnoïde passant d'une circonvolution à l'autre, et par la pie-mère pénétrant au contraire jusqu'au fond de la circonvolution. Il résultait de cette disposition qu'en étendant ces membranes sur une table par leur surface extérieure, la surface intérieure ressemblait un peu alors à ces cartes géographiques dont on se sert actuellement dans les écoles.

J'examinai avec le plus grand soin la plupart de ces foyers purulents, pour voir si je n'y trouverais pas de tubercules; mais il me fut impossible d'en rencontrer la moindre trace.

Le cerveau était mou et s'affaissa sur lui-même lorsqu'on le déposa sur une table. Sa coloration et la consistance de sa substance grise étaient cependant normales. La substance blanche ne présentait non plus aucune altération. L'examen des ventricules latéraux ne conduisit à aucun résultat; dans le ventricule moyen on

---

UN MOT AU SUJET DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE
POUR LE PROGRÈS DES SCIENCES SOCIALES.

C'était vraiment beau et grandiose, c'était même un spectacle émouvant, de voir réunis à Bruxelles tant d'hommes d'élite : écrivains, artistes, savants, qui y étaient accourus de tous les coins du globe pour jeter les bases d'une Association internationale qui a pour but le progrès des sciences sociales, et pour moyen la liberté!

La libre Belgique est fière et heureuse à juste titre de servir de berceau à une Association aussi noble, aussi vaste et aussi vigoureuse.

Je ne décrirai pas ces solennelles assises, où les amis du beau, du bon, du vrai, sont venus modestement communier dans une large et riche pensée d'avenir. Une pareille description serait déplacée dans la *Gazette des Hôpitaux.* Je me permettrai seulement d'attirer un instant l'attention sur les questions d'hygiène qui ont été débattues au sein du congrès. Voici ces questions :

1° Les liquides fermentés sont-ils utiles ou nécessaires à l'homme?

2° La société a-t-elle le droit de réprimer le vice de l'ivrognerie? Dans l'affirmative, déterminer dans quelle mesure l'intervention de l'autorité peut être admise?

3° Le régime alimentaire des ouvriers de fabrique et son insuffisance pour la plupart d'entre eux, ne contribuent-ils pas puissamment aux progrès de la tuberculose pulmonaire? Quels sont les moyens de remédier à ce mal?

4° Du drainage considéré au point de vue de l'hygiène publique; son application à l'assainissement des habitations, des villes et des localités destinées à renfermer une grande population. Est-on fondé à admettre que des travaux de drainage peuvent faire disparaître des maladies endémiques?

5° Les enfants dits des hospices sont souvent atteints de scrofule. N'est-il pas désirable de les réunir à la campagne ou sur les bords de la mer, où la scrofulose est rare? N'y a-t-il pas lieu d'y fonder des orphelinats généraux, à l'instar des écoles de réforme de Beernem et de Ruysseleede?

6° Des dangers des mariages consanguins. Faut-il solliciter des gouvernements de nouvelles dispositions législatives pour les entraver?

On trouvera probablement que le choix de ces questions n'a pas été des plus heureux; que quelques-unes d'entre elles, vieilles comme l'ivrognerie, ont fatigué depuis longtemps les hommes les plus aptes à les résoudre, que d'autres ne sont pas encore assez mûres pour affronter une discussion sérieuse et susceptible de porter des fruits.

Quoi qu'il en soit, les membres qui ont pris part aux débats, et ces membres ont été nombreux, ont dit d'excellentes choses. J'ajouterai qu'on a fait aussi au congrès d'intéressantes communications sur d'autres points d'hygiène publique : sur le rouissage du lin, sur le blanchiment des dentelles, sur certains aliments de la classe ouvrière.

M. Fleury, de Paris, a exprimé le désir qu'on mît à l'ordre du jour des prochaines assises de l'Association la question suivante : « Des dangers des mariages entre proches parents. » Cette question remplacera celle moins générale « des dangers des mariages consanguins », que l'Association avait ajournée.

Je terminerai en disant que l'administration communale de Bruxelles avait réservé d'agréables surprises aux membres de l'Association. Il y a eu un *raout* charmant au Cercle artistique et littéraire, une fête splendide à l'Hôtel de Ville, un bal magnifique à la Société d'harmonie et une soirée ravissante à la Société de zoologie.

M. Fontainas, premier magistrat de la ville de Bruxelles, homme de cœur et d'intelligence, a bien mérité de l'Association; aussi celle-ci, pour lui donner un témoignage de sa haute estime et de sa profonde reconnaissance, l'a-t-elle nommé président du comité administratif.

Les membres étrangers ont quitté Bruxelles avec regret, en promettant d'y revenir l'année prochaine et en s'engageant de faire connaître l'Association dans leurs pays. Puissent-ils réussir dans la belle mission qu'ils vont entreprendre, et doubler sous peu, si c'est possible, le nombre déjà fort considérable des membres de l'Association!

J'estime, et je crois avoir l'assentiment de tous ceux qui ont assisté aux débuts de l'Association, que, si elle est bien comprise et bien dirigée, elle aura une vie longue et féconde en résultats utiles pour la société.

Dr Henry VAN HOLSBEEK.

trouva seulement une plaque de pus entre les deux feuillets de la toile choroïdienne. Le cervelet était également normal.

La moelle et les enveloppes de la moelle ne furent pas examinées ; cependant, grâce à la portion qui fut enlevée avec le cerveau, on était en droit de penser qu'elle ne devait être le siége d'aucune altération.

Les poumons offraient les signes d'une pneumonie hypostatique ; à leur surface, on trouva deux ou trois noyaux tuberculeux. Les intestins étaient affectés d'une entérite chronique simple ; arborisation artérielle très-marquée, en même temps que ramollissement de la membrane muqueuse et augmentation du volume des follicules. L'examen des autres viscères n'a rien offert de particulier.

Obs. II. — *Hémorrhagie intra-arachnoïdienne; épanchement purulent sous-arachnoïdien; méningite de la base.*

G... (Emmanuel), cocher, âgé de vingt-huit ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Rostan, le 8 février.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme avait eu de la fièvre et quelques mouvements convulsifs, mais seulement dans les membres supérieurs. Le jour même de son entrée, il était tombé de son siége ; ramené d'abord chez lui, il fut conduit ensuite à l'hôpital vers les dix heures du soir.

État du malade à son entrée. — La face est congestionnée, les paupières sont abaissées ; malgré cela, lorsque l'on vient à approcher une lumière de ses yeux, le malade semble en éprouver la sensation. Immobile dans son lit, il ne fait seulement que remuer continuellement les mains.

Pendant la première nuit de son séjour à l'hôpital, il ne cessa de parler, disant à chaque instant : Hue ! hue ! et faisant le mouvement de fouetter ses chevaux ; le jour suivant, il continua à parler, mais un peu moins. Le plus souvent il était assoupi. La face est rouge, le front chaud, la langue sèche, le pouls très-fréquent, à 110. Lorsqu'il parle, il prononce presque toujours des phrases inintelligibles, mais qui semblent avoir rapport à ses chevaux. Quand on l'interroge, il répond le plus souvent juste. Il se plaint fréquemment de la tête ; si l'on vient à le toucher, il se met à pousser des cris. Depuis son entrée, il continue à être constipé. — Saignée de cinq palettes.

Le 10, le malade mourut sans avoir présenté aucun autre phénomène que ceux précédemment indiqués.

Autopsie. Encéphale. — Un peu de sang était épanché entre le cuir chevelu et la voûte du crâne. Ce sang provenait sans aucun doute de la chute que fit le malade le jour de son entrée à l'hôpital.

Convexité du cerveau. — Après l'incision de la dure-mère, on trouva une grande quantité de sang épanché par larges plaques dans l'intérieur de la cavité arachnoïde. Ce sang était d'un rouge foncé, ressemblant à de la gelée de groseille. L'arachnoïde et la pie-mère, qui se trouvaient au-dessous de ces collections sanguines, ne présentaient rien de bien remarquable, peut-être une injection un peu plus forte qu'à l'état ordinaire.

L'arachnoïde, au contraire, examinée à la *base du cerveau*, offrait une coloration jaune de Naples très-prononcée, principalement au niveau de la scissure de Sylvius. La même remarque s'appliquait à la face inférieure du cervelet. Au niveau du vermis inférieur, on remarquait aussi une plaque jaune très-épaisse et d'une longueur considérable.

Les enveloppes du cerveau furent enlevées avec la plus grande facilité, sans présenter nulle part d'adhérence à la substance corticale, qui avait sa coloration normale. En examinant ces membranes ainsi séparées du cerveau, on trouva les espaces triangulaires formés à leurs dépens, remplis pour la plupart d'un pus plus ou moins concret. Au niveau du lobe moyen, dans sa partie postérieure et inférieure, l'arachnoïde présentait une solution de continuité. Malgré cette altération, le pus ne s'était pas répandu dans la cavité arachnoïdienne.

La substance cérébrale avait sa coloration et sa consistance normales. Dans l'intérieur des ventricules on rencontra seulement quelques traces de pus sur les plexus choroïdes. La substance cérébelleuse se trouvait dans les mêmes conditions que la substance cérébrale.

L'examen des autres viscères n'a rien offert qui puisse mériter d'attirer un instant l'attention.

Dans ces deux observations le siége de l'épanchement n'est pas le même. Dans le premier cas, il s'est produit principalement sur la convexité du cerveau ; dans le deuxième, à la base. Dans le deuxième fait, il a dû y avoir de la commotion. Dans le premier, cet accident n'a pas pu se produire. Ceci vient encore à l'appui de ce que j'ai déjà dit autre part, qu'il est rare qu'une affection cérébrale ne soit pas compliquée d'une seconde. Aussi ne doit-on pas s'étonner si, dans les deux cas, les symptômes ne sont pas les mêmes ; ils offrent cependant une certaine analogie entre eux ; nous trouvons, en effet, dans les deux cas :

1° De la fièvre ; 2° une céphalalgie très-prononcée ; 3° une sensibilité excessivement exagérée ; 4° de la carphologie.

Si la douleur de tête n'avait pas été très-forte, si la sensibilité n'avait pas été si vive, les cris, selon moi, auraient bien pu ne pas exister, de sorte qu'il me semble qu'on ne doit pas trop les regarder comme un symptôme propre à cette maladie, quoiqu'on le rencontre presque toujours, mais comme une conséquence de plusieurs d'entre eux.

Quant au *délire,* il n'a existé que chez le malade dont l'affection occupait la base du cerveau. Chez le premier, on n'en a pas constaté la moindre trace ; ce délire ne pourrait-il pas dépendre du siége de la maladie ? C'est une demande que l'on peut s'adresser, mais sur laquelle il est impossible de répondre d'une manière positive et avec d'autant plus de raison que cette méningite n'était pas simple, mais compliquée de commotion cérébrale et d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne.

Des contractures ont été observées chez le même malade ; à quoi faut-il les attribuer ? A la commotion peut-être ; car, dans la première observation, là où l'affection est simple, elles n'ont pas été observées ; mais vouloir encore l'affirmer d'une manière positive me paraît difficile. D'après cela, on doit voir combien ces complications, qui s'observent si souvent dans les affections cérébrales, jettent de doute sur la nature des symptômes propres à chaque affection cérébrale en particulier.

Dans un des deux cas des vomissements ont été aussi observés, mais ils ne se sont montrés qu'au début de l'affection, et, pour cette raison, on ne doit pas y attacher beaucoup d'importance au point de vue du diagnostic. Les signes qui, dans ce genre de maladie, doivent être regardés comme les plus importants, sont donc : la céphalalgie, l'exaltation de la sensibilité, la carphologie et la fièvre. Ces symptômes sont aussi ceux donnés par les auteurs comme appartenant plus spécialement à l'affection dont je m'occupe.

Cette maladie est la seule à laquelle on devrait laisser le nom générique de méningite, parce que le pus que l'on trouve dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ne peut être que le résultat de l'inflammation de ce tissu ou bien de la pie-mère, dont la vascularité est très-grande, comme on le sait. Le nom d'arachnitis, qui lui a été donné par certains auteurs, serait mieux appliqué à l'inflammation de la cavité séreuse, à ce genre d'inflammation dont j'ai dit quelques mots en commençant. Dans le cas cependant où l'on voudrait conserver ce nom à cette méningite, je crois qu'il serait convenable de le faire précéder de la particule *sous*, afin d'éviter toute espèce d'erreur.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ D'ANGERS. — M. GUIGNARD.

Éclampsie puerpérale guérie par l'accouchement.

(Observation recueillie par M. L. de Lucé.)

Amélie M..., domestique, âgée de trente-quatre ans, brune, bien conformée, d'une bonne constitution, entrée depuis quelques jours à la Maternité d'Angers pour y accoucher de son premier enfant, n'avait encore rien présenté, soit dans ses antécédents, soit dans son état actuel, qui pût faire présager un accouchement pathologique, lorsqu'après une nuit entière de douleurs expulsives, elle fut trouvée, le 19 août à midi, dans la cour de l'hospice, étendue sans connaissance, la face contre terre.

La sage-femme attachée à la Maternité fit transporter cette femme dans la salle, la fit sortir de l'état léthargique où elle était, et l'interrogea sur l'accident qui lui était arrivé. La malade répondit qu'elle avait entendu des bourdonnements, vu comme un brouillard, éprouvé une constriction très-forte au creux épigastrique, et que presque aussitôt elle avait complétement perdu connaissance. La sage-femme, ne soupçonnant pas encore la gravité prochaine de cet accident, se borna à constater l'état du col : elle le trouva totalement dilaté ; la tête fœtale était engagée.

A une heure, la malade est prise de convulsions épileptiformes ; l'interne de garde est appelé ; nous l'accompagnons. A notre arrivée, nous trouvâmes une femme étendue à terre sur le ventre ; la langue, sortie de la cavité buccale, était serrée par les arcades dentaires ; une écume sanguinolente s'écoulait des commissures ; la respiration était stertoreuse, la sensibilité nulle. La malade fut replacée sur son lit ; on rentra la langue, malgré un peu de contracture des muscles masticateurs. Le toucher ne nous fit reconnaître aucun changement ; le travail s'était arrêté. Nous pûmes toutefois, malgré une poche épaisse et assez résistante, constater la présence de la fontanelle antérieure derrière la symphyse pubienne, légèrement tournée à gauche ; les bruits fœtaux s'entendaient assez nettement au-dessous de l'ombilic ; la position occipito-iliaque droite postérieure, avec défaut de rotation, fut diagnostiquée. Le coma dura dix minutes, un quart d'heure.

Au coma succéda une grande prostration des forces, une hébétude profonde ; les douleurs étaient insignifiantes, les contractions à peu près nulles, sans effet. La malade n'ayant pas uriné depuis le matin, le cathétérisme fut pratiqué. Il ne donna que quelques gouttes d'urine foncée, dans laquelle l'acide azotique produisit un précipité floconneux d'albumine très-abondant. La poche des eaux est ponctionnée sans profit pour le travail ; la tête empêche les eaux de s'érouler.

Forcés de nous absenter, nous apprîmes à notre retour qu'il y avait eu deux nouvelles attaques suivies de coma ; nous assistons à la cinquième, et voici ce que nous observons :

1° Extension de la tête et des membres sur le tronc ; agrandissement des ouvertures palpébrales ; fixité du regard ; dilatation énorme des pupilles ; contracture des muscles inspirateurs et expirateurs ; suspension de la respiration ; écartement des arcades dentaires ; pouls fréquent. Cet état dure 4 à 6 secondes ; les phénomènes suivants lui succèdent :

2° Rotation du globe oculaire en haut et en arrière ; clignotement très-rapide des paupières supérieures ; convulsions brusques et rapides de tous les muscles expressifs de la face ; propulsion de la langue, qui est saisie et déchirée par la contracture des muscles élévateurs du maxillaire inférieur ; écoulement d'écume striée de sang par les commissures labiales ; convulsions brusques et rapides des membres supérieurs, avec prédominance des mouvements de flexion ; contracture des fléchisseurs des doigts ; extension et roideur des membres inférieurs ; cyanose progressive du cou, de la langue et de toute la face, imminence de l'asphyxie. L'utérus et le constricteur du vagin restent complétement étrangers à cet état convulsif ; la tête fœtale n'a pas bougé.

3° Après une minute et demie de durée, les convulsions cessent et sont remplacées par l'apparition des mouvements respiratoires et une résolution complète des membres supérieurs et inférieurs ; le trismus seul persiste quelque temps. La cyanose a disparu avec le retour de la respiration qui, d'abord pénible, puis normale, devient stertoreuse. La malade est plongée dans un coma profond dont il est impossible de la faire sortir. Son pouls est bon, mais fréquent.

A quatre heures et demie M. le professeur Guignard, qu'on est allé chercher, juge indispensable l'application du forceps ; l'expectation est devenue dangereuse, et l'inertie utérine compliquée du défaut de rotation de la tête, ôtent tout espoir d'accouchement naturel.

Pendant l'opération survient une sixième attaque semblable à la dernière. On suspend l'opération pour la reprendre à la cessation de l'accès ; elle se termine sans trop de difficulté. M. Guignard, par quelques mouvements de va-et-vient, amène d'abord le menton derrière la symphyse ; puis, par une traction modérée mais soutenue, il extrait un enfant mâle, volumineux, dont les diamètres crâniens ont : l'occipito-mentonnier 13 1/2, l'occipito-frontal 12, le bipariétal 9 1/2. Cet enfant paraît avoir peu souffert ; quelques flagellations lui font faire des mouvements respiratoires et pousser des cris. La bosse sanguine est peu marquée et située sur le pariétal gauche.

Aussitôt après l'expulsion de l'enfant, la mère est prise d'une perte sanguine abondante ; cette perte est arrêtée par la compression du globe utérin, chez lequel cette excitation produit un certain durcissement suivi de retrait. Au bout de vingt minutes le placenta, descendu sur le col, est extrait. Cette extraction est bientôt suivie d'un flot de sang balayant de nombreux caillots, et une hémorrhagie grave se déclare. La malade, sans connaissance depuis la cinquième attaque, devient pâle ; son pouls est fréquent, petit. On réussit à maîtriser l'hémorrhagie par l'aplatissement de l'utérus d'abord avec les mains, puis plus tard au moyen de compresses et d'un bandage de corps ; pas de syncope. — Ergot de seigle, 2 gr. en trois prises ; potion calmante.

A six heures et demie, septième attaque de peu de durée.

Nuit calme, grande prostration ; pas d'attaque.

Le 20, moins de stupeur, visage animé, peau brûlante, céphalalgie, pouls à 120, petit ; point utérin douloureux. — 20 sangsues à l'hypogastre ; cataplasmes, injections émollientes, potion calmante, boissons douces, diète.

Le 21, soulagement. — Même traitement, moins les sangsues.

Les jours suivants le mieux continue ; on n'observe pas de nouvelle attaque ; la dilatation des pupilles, qui avait persisté, a disparu ; la congestion des mamelles est presque nulle.

Enfin, le 28, l'acide azotique ne détermine plus aucun précipité dans les urines.

Le 30, la malade demande à manger et veut se lever. La convalescence n'est troublée par aucun accident.

Plusieurs faits, dans l'observation que nous venons de rapporter, nous ont surtout frappé. Quelques-uns ont été notés par les auteurs ; d'autres, observés moins souvent, sont interprétés d'une façon plus ou moins hasardeuse.

1° Attaque d'éclampsie non précédée de prodromes, survenant tout à coup chez une primipare, il est vrai, mais primipare fortement constituée, sans antécédents nerveux, après une nuit de douleurs expulsives, en même temps qu'un arrêt de travail.

Nous n'avons pas songé à analyser les urines dès l'arrivée de la malade. Sa bonne santé habituelle, son apparence extérieure étaient loin de pouvoir nous faire supposer une altération ancienne du sang. Il serait donc surprenant que cette altération latente du sang, si elle existait, fût venue causer des accidents juste au moment de l'enfantement. Bien plus, l'albuminurie a cessé presque aussitôt après la délivrance. Il est donc probable qu'une cause mécanique la produisait ; car autrement elle n'eût disparu qu'après l'altération organique dont elle eût été le produit, ce qui ne s'opère pas en quelques jours.

2° Inertie utérine, défaut de rotation de la tête fœtale ; lequel des deux a produit l'autre ? Faut-il en accuser l'attaque éclamptique ? Et pourquoi alors, dans d'autres faits, n'observe-t-on pas l'inertie utérine, et voit-on, bien au contraire, l'accouchement spontané arriver dès les premières attaques ? Ne seraient-ce pas le volume du fœtus, sa résistance et la rupture tardive de la poche des eaux, l'inertie utérine, le défaut de rotation, l'arrêt du travail, qui auraient causé l'éclampsie ? Mais tous ces faits ont été observés, et presque toujours sans attaque d'éclampsie.

3° Coloration foncée et excessive diminution des urines ; état albumineux momentané de celles-ci. Il ne serait peut-être pas inutile de rechercher la relation qui existe entre l'albuminurie des femmes enceintes et les positions postérieures.

A la fin de la grossesse, alors que l'utérus remonte jusqu'à l'épigastre et chez des femmes à parois abdominales résistantes, ne pourrait-il pas arriver que la circulation veineuse des reins fût gênée, du gauche surtout, dont le système veineux passe à cheval sur l'aorte pour aller se jeter dans la veine-cave inférieure ? Et alors la tension du sang dans le rein étant beaucoup augmentée, il se pourrait que l'albumine traversât les parois veineuses pour tomber dans les tubes urinifères, par le même mécanisme qui permet à l'émulsion des matières grasses de passer de l'intestin grêle dans les chylifères. En même temps, le sang qui passe dans le réseau vasculaire des granulations de Malpighi étant renouvelé beaucoup moins rapidement qu'à l'état physiologique, il se pourrait que la sécrétion urinaire fût par cela même troublée et dans sa quantité et dans sa proportion d'urée ; de là à la théorie de l'urémie il n'y a qu'un pas ; mais il n'est nullement prouvé que l'accumulation de l'urée dans le sang produise les accidents nerveux qu'on lui a attribués. L'expérimentation faite sur ce sujet est encore insuffisante ; et quant aux vues que nous venons d'émettre, ce sont de notre part de simples suppositions.

4° Absence complète d'infiltration. Ce fait vient confirmer l'opinion que nous avons, que l'albuminurie chez notre malade était de date récente. Chez une autre femme que nous avons eu occasion d'observer bien plus longtemps, l'albuminurie, de date plus ancienne, avait produit une anasarque énorme (1).

5° Enfant vivant ; guérison complète sans autre traitement que l'accouchement par le forceps.

Comme conclusion, nous ajouterons que beaucoup de choses sur l'éclampsie nous sont et nous resteront probablement encore longtemps inconnues. Du reste, l'éclampsie a cela de commun

---

(1) Vers la même époque, nous avons vu chez la nommée Jeanne B..., âgée de vingt-trois ans, primipare, morte d'un érysipèle gangréneux des parties génitales externes, après un accouchement prompt accompagné d'une légère déchirure, la substance corticale du rein gauche hypertrophiée, injectée, friable ; le droit paraissait sain. Cette femme portait un fœtus en position occipito-iliaque droite postérieure ; les parois abdominales étaient épaisses, résistantes ; elle était atteinte d'une énorme infiltration et d'albuminurie depuis un mois.

L'autopsie n'a fait découvrir aucune lésion autre que la maladie du rein comme cause d'infiltration, et cependant M. le professeur Bouillaud veut que dans la maladie de Bright l'infiltration dépende d'une autre cause.

avec bon nombre d'autres maladies. Les observateurs ne doivent pas se rebuter pour cela, et une difficulté à vaincre devrait toujours vivement piquer leur amour-propre ; la science y gagnerait, et eux aussi.

EFFICACITÉ DU VALÉRIANATE DE QUININE

contre les névralgies intermittentes.

Par M. le docteur Emile WATON, de Sorgues (Vaucluse).

Le valérianate de quinine a été préconisé par le prince L. L. Bonaparte, et employé en France par mon honorable maître M. Devay, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon.

Mon père, membre de la Société impériale de médecine de Lyon, fait un fréquent usage de ce médicament, et en obtient beaucoup de succès.

Moi-même, dans une courte pratique d'un an, j'ai pu recueillir trois observations qui prouvent d'une manière évidente l'efficacité réelle du valérianate de quinine contre les névralgies intermittentes.

OBS. I. — Marie G..., ouvrière en soie, âgé de dix-huit ans, régulièrement réglée, est prise subitement, le 2 juillet au soir, d'une violente douleur qui occupe la joue droite et la moitié droite du front, douleur qui lui arrache des cris ; la malade veut se jeter par la fenêtre ; pouls normal, pas de chaleur à la peau. — Potion calmante, pilules de Méglin.

Deux heures après ma visite, le calme revint.

Le lendemain, je trouve la malade dans un état très-satisfaisant ; elle ne souffre presque plus.

Le 4 juillet, à cinq heures du soir, elle éprouve les mêmes douleurs ; elles sont aussi aiguës que la première fois, et ont le même siége. — 50 centigrammes de valérianate de quinine en 2 paquets.

Les accès n'ont plus reparu ; la malade fut de suite rétablie.

OBS. II. — Marguerite M..., âgée de vingt-huit ans, ménagère, mère de quatre enfants, nouvellement accouchée, éprouve subitement, le 27 juillet dernier, à minuit, une violente douleur qui occupe la région frontale gauche, et qui se propage jusqu'à la région occipitale du même côté ; cette douleur ne cesse que le lendemain à la même heure.

Le 29, à minuit encore, réapparition de cette même douleur.

Le 31, jour de l'accès, je suis appelé, et au récit de la malade, je constate une névralgie intermittente. — 50 centigrammes de valérianate de quinine. L'affection a été radicalement guérie.

OBS. III. — Mme Louise R..., quarante-six ans, non réglée, depuis deux ans se plaint d'une vive douleur à la région frontale et pariétale gauches ; cette douleur n'a jamais été continue, elle revenait tous les deux mois, puis tous les mois et tous les quinze jours ; actuellement elle revient régulièrement tous les huit jours ; son médecin a vainement épuisé toute la série des antiphlogistiques et des antispasmodiques : rien n'a pu soulager la malade.

Le 27 février dernier je suis appelé auprès d'elle ; je la trouve en proie à une vive douleur qui occupe le côté gauche de la tête ; elle a des vomissements bilieux ; pas de fièvre, température normale de la peau. — 50 centigrammes de valérianate de quinine.

Huit jours après la douleur se fait de nouveau sentir, mais avec moins d'intensité ; il n'y a plus de vomissements. J'administre de nouveau 50 centigrammes de valérianate de quinine, et Mme R... est complétement débarrassée de sa douloureuse affection.

D'après M. Grisolle, le sulfate de quinine est un remède moins souverain contre les névralgies intermittentes que contre la fièvre intermittente légitime. Si j'osais en hasarder l'explication, je dirais que dans toute affection nerveuse qui revêt la forme intermittente, l'on a à lutter contre deux éléments : un élément nerveux et un élément périodique, et le valérianate, à l'exclusion de tout autre sel de quinine, semble posséder la propriété d'attaquer ces deux éléments et de s'en rendre maître. Si réellement il en était ainsi, ne devrait-on pas proclamer la spécificité de ce médicament dans les névralgies intermittentes, sans toutefois porter atteinte à celle du sulfate dans les fièvres intermittentes légitimes ?

Dans tous les cas, les trois observations que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de mes confrères, sont une preuve de l'utilité réelle du valérianate de quinine. Aurais-je obtenu le même succès si j'avais employé le sulfate ? Je l'ignore et serais peu disposé à en faire l'expérience ; car il faut guérir le plus promptement possible ; du reste, je crois jusqu'à un certain point avoir le droit de donner la préférence au valérianate.

L'opinion de l'éminent professeur de thérapeutique pour qui le sulfate n'est pas un remède souverain contre les névralgies intermittentes, les succès de quelques praticiens et les miens propres, m'autorisent à employer exclusivement le valérianate.

LETTRE A M. LE DOCTEUR LANDOUZY

à propos de sa troisième leçon sur la pellagre sporadique.

Mon cher et savant confrère,

Ce n'est pas sans un profond étonnement qu'à une époque où les cas de pellagre consécutive à l'aliénation mentale forment un contingent de plus en plus nombreux, dans votre lettre du 28 juin déjà, je vous ai vu revenir et manifester quelques doutes sur un point que vous aviez été des premiers à admettre, je veux parler de l'influence de l'aliénation mentale sur le développement de la pellagre.

J'aurais répondu beaucoup plus tôt à cette lettre, et j'aurais, je n'en doute pas, réussi à vaincre ce qui, Dieu merci, n'est encore et ne peut être qu'un doute, si je n'avais cru devoir attendre, pour rendre ma réponse plus complète, la publication intégrale de votre leçon, qui devait me faire connaître les arguments sur lesquels vous appuyez votre nouvelle manière de voir.

Tous les éléments de la question m'étant désormais connus, je puis en aborder l'examen, et comme vous exprimez, en terminant votre lettre, l'espoir que mes études me feront trouver des explications qui nous mettront d'accord en tous points, j'ai lieu d'espérer que tel sera le résultat de celles que je vais avoir l'honneur de vous présenter.

Et d'abord, je me demande s'il y a vraiment litige entre nous. Si je m'en rapporte, en effet, à ce passage de votre lettre où vous me dites : Je ne crois plus que l'aliénation mentale soit une cause *fréquente* de pellagre ; et à cette partie de votre leçon où vous déclarez qu'il faut renverser l'aphorisme formulé par moi, et dire : *La pellagre est rare comme complication de l'aliénation mentale* ; si je m'en rapporte, dis-je, à cette double déclaration, vous croiriez encore que l'aliénation mentale est une cause de pellagre, mais non une cause *fréquente*, et la divergence ne porterait entre nous que sur ce point.

Or, tels étant les termes de la question, il me sera facile de démontrer, en m'appuyant sur vos allégations même, que *relativement* l'aliénation mentale est une cause fréquente de pellagre, ou plutôt que la condition d'aliéné semble disposer plus qu'aucune autre condition au développement de la pellagre.

Je ne veux pas rechercher, en premier lieu, pourquoi ce qui était fréquent pour vous en 1860 a cessé de l'être en 1862, bien qu'en 1860 comme en 1862 vous vous appuyiez sur des faits constatés par vous et acquis à la science. La question n'est pas là, elle est toute sur la statistique des cas de pellagre observés dans les asiles d'aliénés, et que vous évaluez à 19 sur 9,000 aliénés visités en 1861 et en 1862 dans vingt établissements, abstraction faite de l'asile de Sainte-Gemmes, que vous considérez à part.

Or, bien que ce chiffre ait déjà son importance et suffise à démontrer le fait que j'ai voulu établir, il m'est impossible de ne pas vous faire observer qu'il ne représente pas exactement le nombre des cas que vous auriez pu faire intervenir. Je n'y vois pas figurer ceux qui ont été observés par M. Marcé dans les mêmes années à la ferme Sainte-Anne et que j'ai constatés moi-même cette année, et cependant vous citez au commencement de votre leçon M. Marcé au nombre des observateurs de la pellagre dans cet établissement. Vous ne faites ensuite intervenir dans votre statistique que les cas observés par vous à Maréville et à Fains, par exemple en 1861, et vous faites abstraction de ceux qui ont pu être constatés cette année, de même que dans ceux que vous avez visités cette année vous faites abstraction des faits qui ont pu se produire l'année précédente, car je ne pense pas que vous ayez visité les mêmes établissements deux années de suite.

Je pourrais enfin grossir votre liste de cas observés en 1861 à la Salpêtrière et à l'asile de Chambéry par moi, ainsi que dans plusieurs autres établissements par de compétents confrères ; mais il me semble préférable de substituer à votre relevé un relevé général de tous les cas constatés dans les établissements de la France et, selon toute probabilité, consécutifs à l'aliénation mentale, et de l'opposer au relevé de tous les cas de pellagre sporadique observés dans d'autres conditions, en France également, jusqu'à ce jour, sous la réserve, bien entendu, des faits qui dans l'un et l'autre cas ont pu passer inaperçus.

Voici ce double relevé :

1° Erythèmes pellagreux ou pellagroïdes constatés dans vingt et un asiles d'aliénés de France, abstraction faite de l'asile de Sainte-Gemmes et de quelques établissements sur lesquels les renseignements font défaut :

Asile de Rennes : cas constatés par moi dans les années 1853 et 1854, et consignés dans ma note présentée à l'Académie des sciences en 1855.	24
Asile de Maréville : cas constatés par MM. les docteurs Auzouy et Renault-du-Mottey pendant trois années seulement.	32
Asile de Fains : cas constatés par M. Auzouy pendant une seule année.	3
sans compter les cas observés par M. Mérier et par vous-même depuis.	
Salpêtrière : suivant les observations de MM. Baillarger et Falret.	4
Ferme Sainte-Anne : cas observés par M. Marcé, par vous et par moi dans les deux années 1861 et 1862. Ce nombre n'est qu'approximatif, car je n'ai de renseignements précis que sur les malades que j'ai visités cette année, mais j'ai lieu de croire qu'il est plutôt au-dessous qu'au-dessus du chiffre réel.	8
Asile de Chambéry : cas constatés par moi sous les auspices de M. le docteur Fusier.	6
Asile de Dijon : observation de M. Bès-de-Berg.	1
— de Saint-Yon : observations de M. Morel.	2
— du Mans : cas constaté par M. Etoc de Mazie.	1
— de Napoléon-Vendée : cas constatés par M. Dagron.	3
— de Quimper : cas constaté par M. Baume.	1
— de Pau : cas constatés par MM. Chambert et Auzouy.	20
— de Bordeaux : observation de M. Dubiau.	1
— de Rodez : id. de M. Combes.	2
— de Nantes : id. de M. Petit.	2
— de Lyon : id. de M. Bouchard.	1
— de Blois : id. de M. Mérier.	1
— de Bourg : approximatif, mais probablement inférieur au nombre réel, observations de M. Berthier.	4
Asile de Saint-Dizier : cas constatés par M. Guérin du Grand-Launay.	2
Asile Stéphansfeld : observation de M. Dagonet.	1
— de Limoges : cas constatés par M. Fougères.	4
au moins.	
Etablissement privé de Paris : observation de M. Brierre de Boismont.	1
Total.	124

Je vous prie de remarquer que je néglige dans ce relevé les cas observés par vous dans les asiles de Châlons, d'Aurillac, sur lesquels je manque de renseignements directs, les sept pellagreux que vous avez vus avec M. Artaud sur 800 aliénés à l'Antiquaille de Lyon, et les sept érythèmes que vous avez observés à Quatre-Mares de concert avec notre honoré confrère M. Dumesnil, chez lesquels l'antériorité de l'aliénation mentale, bien que probable, ne vous paraît pas démontrée. Je n'ai pas mentionné non plus les cas observés à Turin, parce que je ne veux avoir égard qu'à la France.

Je réserve également mon jugement pour ce qui concerne la ville d'Auxerre, parce que les communications antérieures de M. Girard de Cailleux ont relaté des faits sur la nature desquels je ne suis pas encore fixé.

Je m'abstiens encore d'y faire entrer des cas de dermatose que M. le docteur Labitte me dit avoir occasion d'observer quelquefois dans son bel établissement de Clermont (Oise), non plus que ceux que M. Brunet semble observer à Niort, et que ce confrère regarde comme un effet de l'insolation.

Je n'y fais pas entrer non plus les érythèmes que M. Binet (de Pontorson) me dit avoir fréquemment occasion d'observer chez ses aliénés à la suite de l'insolation.

Mais j'élimine surtout les 114 cas que j'ai relevés depuis 1854 jusqu'à ce jour à l'asile de Sainte-Gemmes.

Or, les asiles que je viens d'énumérer représentent, d'après un tableau que je trouve à la carte des établissements d'aliénés qui accompagne le Traité de M. Dagonet *sur les maladies mentales*, une population de 11,000 aliénés. Si nous y ajoutons, pour les admissions qui ont dû avoir lieu dans la période de deux ans, sur laquelle portent en moyenne les observations que j'ai pu recueillir dans cet établissement, 2,000, nous obtenons un chiffre de 13,000 aliénés. Comparant à ce chiffre le nombre d'érythèmes constatés, nous arrivons à une moyenne de 9,50 environ sur 1,000 aliénés, tandis que la vôtre n'est que de 2. Mais, telle qu'elle est encore, elle est évidemment, je le reconnais, inférieure à celle que vous présentez comme propre à l'asile de Sainte-Gemmes, où vous trouvez 50 érythèmes sur 1,000 aliénés et qui est parfaitement exacte ; car, en relevant tous les érythèmes qui se sont produits depuis l'année 1854 jusqu'à ce jour, je trouve le nombre de 114 pour 1,979 aliénés, soit 50 sur 1,000 aliénés. Cette moyenne est évidemment supérieure à celle des autres asiles, et j'espère m'expliquer à cet égard tout à l'heure.

Maintenant, si, après avoir fait le relevé des érythèmes observés dans les asiles et établi une moyenne sur 1,000 aliénés, je fais le relevé des cas de pellagre sporadique connus, observés hors des asiles, et dans les conditions ordinaires, je n'en trouve que 60 observations en tout, éparses dans la science, en y comprenant les vôtres et en les portant à 80, je crois faire largement la part des cas qui pourraient avoir été portés à votre connaissance par suite de l'appel que vous avez fait à tous les médecins de la France.

Or, si vous comparez ce nombre de cas connus, je ne dirai pas au chiffre de la population générale de la France, déduction faite des départements landais, où la pellagre est endémique, mais à cette partie misérable de la population, qui, par les conditions de son hygiène, devrait être prédisposée à la pellagre, et que je crois évaluer bien au-dessous de son chiffre réel en le portant à 2 millions, vous obtiendrez une moyenne infime de 1 cas de pellagre pour 25,000 individus prédisposés.

Ici, je fais une réserve et j'admets que tous les cas de pellagre sporadique sont loin d'être connus ; mais, outre que cette réserve doit être faite aussi pour tous les cas de pellagre qui peuvent se produire dans les asiles, je ne crains pas d'affirmer que jamais la proportion n'approchera de celle qu'on observe dans ces établissements, et de là à conclure à *l'influence de l'aliénation mentale sur le développement de la pellagre*, il n'y a évidemment qu'un pas.

Telle est l'importance des chiffres que je viens de poser, que je crois devoir les résumer avant de passer outre.

Nombre d'érythèmes observés :

Dans 21 asiles, non compris Sainte-Gemmes, sur 13,000 aliénés.	124
A l'asile de Sainte-Gemmes, sur 1,979 aliénés	114
Total général pour 15,000 aliénés.	238
Nombre de cas de pellagre sporadique observés en dehors des asiles dans toute la France, hormis les départements landais, maximum jusqu'à ce jour, 80, bien qu'il n'y en ait que 60 de connus.	80

Moyennes :

Dans 21 asiles, non compris Sainte-Gemmes.	9,50 sur 1,000 aliénés.
A l'asile de Sainte-Gemmes.	50 sur 1,000 —
Moyenne de ces asiles réunis.	59,50 sur 2,000 aliénés.

Soit :

Pour 21 asiles, non compris Ste-Gemmes.	1 pellagreux sur 105 aliénés.
Pour ces asiles réunis.	1 — sur 63 —
Moyenne des cas de pellagre sporadique connus au maximum de 80 par rapport à un nombre présumé de 2 millions d'individus dans des conditions hygiéniques propres à favoriser le développement de la pellagre.	1 sur 25,000 individus.

Je voudrais pouvoir compléter ce résumé par la moyenne des cas de pellagre dans les départements où cette affection est endémique ; mais je ne crois pas trop m'avancer en affirmant qu'elle n'est pas supérieure à celle des asiles d'aliénés où elle constitue une véritable endémie spéciale.

Ces chiffres dispensent de tous commentaires, et je serais bien étonné s'ils ne vous raffermissaient dans votre opinion première.

J'ai besoin toutefois de les faire suivre de quelques explications. Il existe évidemment entre les divers asiles et l'asile de Sainte-Gemmes une différence que je n'ai jamais dissimulée, et pour l'explication de laquelle je ne puis que rappeler que je ne considère l'aliénation mentale que comme constituant une prédisposition à la pellagre, et que j'admets parfaitement pour le développement de cette dernière affection l'action de causes déterminantes dont l'absence ou le degré de fréquence dans les divers asiles explique les différences que l'on y observe sous le rapport de la pellagre. Je n'ai jamais nié, en effet, que plusieurs asiles jouissent, par rapport à la pellagre, d'une immunité complète, et que, par contre, d'autres en présentent une véritable endémie. Cela s'explique parce que toutes choses étant égales d'ailleurs quant à l'influence prédisposante de l'aliénation mentale, une cause de plus existe ici et manque là.

Ai-je besoin de faire remarquer qu'il en est sous ce rapport de la pellagre comme de la paralysie générale des aliénés, qui est très-fréquente dans certains asiles, très-rare dans d'autres, et qui n'en est pas moins admise comme une complication spéciale (1).

(1) A propos de la paralysie générale des aliénés, je pourrais composer une liste d'asiles dans lesquels la moyenne des malades qui en sont atteints serait inférieure à celle des aliénés pellagreux.

Vous me semblez vous-même, mon cher confrère, admettre implicitement l'influence prédisposante de l'aliénation mentale sur le développement de la pellagre, lorsque vous dites : « *J'admets très-bien qu'il n'y a aucune raison pour que les fous ne deviennent pas pellagreux. Je trouve même qu'il y aurait* a priori *des raisons pour qu'ils le deviennent plus souvent.* » Si je ne me trompe, en effet, ces raisons ne sont autres que la prédisposition résultant de leur état de folie.

Vous l'admettez encore un peu plus loin en rangeant les violentes émotions parmi les causes de la pellagre ; car il ne se peut que vous ne compreniez parmi ces émotions celles qui résultent de l'état d'aliénation mentale, ce *nec plus ultra* des causes morales.

Ai-je besoin d'ajouter, pour vous convaincre de l'influence exercée par l'aliénation mentale sur la santé physique et par suite sur le développement de la pellagre, que la plupart des aliénés et principalement les mélancoliques sont dyspeptiques, que la diarrhée est un accident fréquent chez les aliénés, etc. ?

A propos de la différence qui existe entre l'asile de Sainte-Gemmes et la plupart des autres asiles, je ne puis que répéter ce que j'ai dit il y a longtemps, à savoir :

Que cet asile est dans les mêmes conditions hygiéniques que le pays environnant, où la pellagre, je l'affirme, est inconnue ; que le régime de mes aliénés est de beaucoup supérieur à celui de tous les paysans de l'Anjou ; qu'ils ont du vin, de la viande cinq fois par semaine et du pain blanc à discrétion ; que dans tous les cas, je l'affirme encore, la pellagre y a été *antérieure à l'aliénation mentale*, et qu'enfin, à la maison centrale de Fontevrault, dont les conditions hygiéniques sont à peu près les mêmes qu'à Sainte-Gemmes, avec cette différence que la population y est plus nombreuse, on n'a pas constaté la moindre trace d'érythème chez les détenus, bien que l'attention des médecins ait été appelée depuis longtemps sur ce point par M. le docteur Antelme, inspecteur général du service des aliénés.

Seulement, s'il m'était permis de risquer une explication, je dirais que les paysans de l'Anjou se nourrissent mal, en ce sens qu'ils font prédominer le régime végétal sur le régime animal ; que, quand ils deviennent aliénés, ils sont déjà débilités par l'effet de cette diète, et que l'influence de l'aliénation mentale venant ajouter à cette débilitation, les place dans les conditions les plus propres au développement de la pellagre. Nos aliénés deviendraient donc pellagreux par l'effet de deux causes successives de débilitation : l'une antérieure à l'aliénation mentale, et l'autre résultant de cette aliénation mentale elle-même.

Du reste, je persiste plus que jamais dans mon opinion sur l'existence d'une cachexie spéciale et propre aux aliénés correspondant à ce que l'on appelle le marasme nerveux, dont la pellagre ne serait qu'une des formes, et je ne vous donnerai pas, avec l'excellent esprit que je vous connais, six mois d'observations suivies dans un grand asile comme celui de Sainte-Gemmes ou de Maréville, pour partager complétement mes vues sur ce point.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression nouvelle de mes sentiments les plus distingués et dévoués. BILLOD.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 septembre 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La relation d'une épidémie de scarlatine qui a régné à Nérac, par M. le docteur Pons.

2° La relation des épidémies du canton d'Ambert (Puy-de-Dôme), pendant l'année 1861, par M. le docteur Mavel. (Commission des épidémies).

3° Un deuxième mémoire sur le phosphate de fer, par M. le docteur L. Sandras. (Commissaires, MM. Trousseau et Devergie).

4° M. Mathieu adresse deux instruments et une note ainsi conçue :

Pour répondre aux désirs exprimés dans la dernière séance par M. le docteur Gosselin, j'ai l'honneur de présenter à l'Académie deux instruments destinés à maintenir ouverte l'incision pratiquée dans l'opération de la trachéotomie sans pénétrer dans le tube aérien.

Le premier de ces instruments, que j'ai construit d'après les indications du docteur Aran, quelque temps avant sa mort, est composé d'une espèce de dilatateur en forme triangulaire arrondie, et dont la dilatation est graduée par un petit écrou.

Le deuxième est de mon invention ; le principe est basé sur le mécanisme du spéculum à oreille de M. Bonnafont ; ces deux instruments sont maintenus comme les canules ordinaires, c'est-à-dire avec un ruban qui entoure le cou. (Comm., M. Bouvier.)

COMMUNICATION.

M. H. BOULEY met sous les yeux de l'Académie une série de pièces pathologiques destinées à montrer les effets du séjour prolongé de canules métalliques dans la trachée des grands animaux. Ce sont des trachées de chevaux qui avaient subi la trachéotomie pour cornage, et qui avaient porté pendant un temps plus ou moins long des canules trachéales. De ces trachées, les unes présentent des traces d'ulcérations et d'érosions de la muqueuse et des cartilages, d'autres présentent des ossifications consécutives plus ou moins étendues, dans quelques cas très-considérables, qui ont complétement oblitéré la perte de substance que la trachée avait subie. C'est sur cette dernière circonstance que M. Bouley appelle plus particulièrement l'attention de ses collègues.

Le séjour des tubes dans la trachée, dit-il, par suite de leur volume et de la perte considérable de substance que nécessite leur introduction, entraîne chez les chevaux des transformations considérables. Les cartilages trachéaux s'ossifient, et cette ossification, se propageant de proche en proche, rétrécit graduellement l'orifice béant de la trachée, au point de l'oblitérer complétement au bout d'un temps plus ou moins long. Cette tendance à l'ossification est telle que, lorsqu'on a été dans la nécessité de placer un tube dans la trachée d'un cheval à la suite de la trachéotomie, il faut apporter une très-grande surveillance si l'on ne veut pas s'exposer à voir combler l'ouverture que l'on a intérêt à laisser béante. Cette ouverture s'obture, en effet, avec une grande rapidité, et bientôt, si l'on n'y prend garde, il devient impossible d'y adapter un nouveau tube. C'est là un fait très-commun, et qui constitue une des plus grandes difficultés dans la pratique vétérinaire.

M. Bouley émet ensuite, à cette occasion, quelques considérations sur un point de physiologie comparée qui se rattache à l'opération de la trachéotomie chez les chevaux, la théorie de l'effort. On sait que chez l'homme la glotte joue un rôle considérable dans la production de l'effort, tout effort violent nécessitant la fixation de la cage thoracique et la fermeture de la glotte après une grande inspiration. Chez le cheval, il n'en est pas de même, l'oblitération de la glotte n'est pas nécessaire pour la production de l'effort. Aussi l'ouverture de la trachée n'a-t-elle pas chez lui les mêmes conséquences sur l'emploi des forces musculaires que chez l'homme, et l'on ne distinguerait pas sous ce rapport un cheval qui a été trachéotomisé d'avec un autre. Voici l'expérience comparative qui a été faite à cet égard. Il y a quelques années, dit M. Bouley, un médecin de mes amis, M. le Dr Maquet, ayant pratiqué la trachéotomie chez un homme qui exerçait la profession de frotteur, ne tarda pas à remarquer que cet homme avait perdu toute puissance d'effort musculaire et qu'il ne pouvait plus exercer son état; il fit pratiquer pour son usage un tube à soupape, permettant d'oblitérer par instants et d'une manière intermittente l'orifice trachéal ; et dès ce moment cet homme put continuer l'exercice de sa profession, il avait récupéré toute sa puissance musculaire.

Nous fîmes alors en commun l'expérience suivante sur un cheval morveux destiné à l'abattage. Nous mesurâmes d'abord l'état de ses forces, puis nous lui pratiquâmes la trachéotomie ; or, avant comme après cette opération, l'ouverture trachéale étant maintenue ouverte ou fermée, nous ne constatâmes point de différence dans la somme des efforts produits, ou s'il y en avait, elle était si minime qu'il n'était pas possible de l'apprécier.

Je citerai, enfin, pour terminer, l'exemple d'un cheval qui a pu porter un tube trachéal pendant dix-huit années, sans avoir cessé un seul instant d'être utilisable.

En résumé, de ce que je viens d'exposer devant l'Académie, il résulte que le séjour de la canule dans la trachée des chevaux peut produire des accidents semblables à ceux que M. Bouvier a exposés mardi dernier dans son rapport. C'est là ce que je voulais faire connaître.

RAPPORT.

M. DESPORTES termine la lecture d'un rapport sur un travail relatif à l'angine de poitrine, qu'il a commencée dans l'une des séances du mois dernier. Ce rapport très-étendu n'ayant pas été déposé au secrétariat, il ne nous est pas possible d'en présenter ici le résumé.

Les conclusions, consistant à proposer le dépôt du mémoire aux archives et l'envoi d'une lettre de remercîments à l'auteur, sont mises aux voix et adoptées.

— Plusieurs membres ou savants étrangers appelés pour des lectures ne répondant point à l'appel de leur nom, la séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 août, les élèves des Facultés de médecine et des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, nommés internes des asiles publics d'aliénés, jouiront, à ce titre, des avantages réservés par l'article 5 du décret du 18 juin 1862 à ceux qui ont obtenu au concours le titre d'interne dans un hôpital.

— Le programme du concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, qui doit s'ouvrir à Strasbourg le 5 décembre 1862 ; à Montpellier, le 14 du même mois, et à Paris, le 19 du même mois, est délivré au ministère de la guerre aux jeunes gens qui en font la demande.

— M. le docteur Bruno vient d'être nommé à la chaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire, laissée vacante à la Faculté de Turin par la mort de l'illustre professeur Riberi.

— La Société médico chirurgicale d'Amsterdam a décerné, dans sa séance annuelle du 10 septembre dernier, la médaille d'argent à M. Pravaz, directeur de l'Institut orthopédique de Lyon, et à M. Schildbach, de Leipzig, auteurs de mémoires sur la scoliose présentés à cette Société.

— M. Emile Goubert ouvrira, le samedi 4 octobre, une nouvelle série de cours préparatoires à l'externat. Ce cours, qui réunit quinze élèves seulement, se compose chaque jour de deux heures d'anatomie et de deux heures de petite chirurgie et pathologie. Il sera continué jusqu'en décembre prochain. La leçon du dimanche est réservée à des examens oraux et à la lecture de devoirs écrits donnés sur les sujets qui ont été proposés aux concours des cinq dernières années.

On s'inscrit tous les soirs chez M. E. Goubert, rue du Cherche-Midi, 23.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Bonnet, né à Poitiers (Vienne) ; *De la confusion des membres de l'enfant avec issue de l'un des bras, de l'inversion de la muqueuse vaginale, comme cause de dystocie.*

Mallevialle, né à Coupiac (Aveyron) ; *Quelques mots sur l'iridectomie.*

Pujos, né à Auch (Gers) ; *Examen critique des appareils herniaires.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur la pénétration des liquides dans les voies respiratoires, et de leur application au traitement des maladies des yeux, du pharynx et du larynx, par le docteur DEMARQUAY, chirurgien de la Maison municipale de santé. Grand in-8°. Prix : 1 fr. 50 c. Chez P. Asselin, place de l'École de Médecine.

Du traitement de l'entorse par le massage, par le docteur F. RIZET, médecin du 2e régiment du génie. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. Paris, 1862, chez Louis Leclerc, libraire, 14, rue de l'École de Médecine.

Programme de morphologie, contenant une classification nouvelle des mammifères, par le docteur L. A. SEGOND. Grand in-8° de 100 pages. Prix : 3 fr. Paris, chez Victor Masson et fils.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux cas d'aphémie (perte de la parole) produite par une lésion de la moitié postérieure des deuxième et troisième circonvolutions frontales.

L'observation intéressante que M. le docteur Auguste Voisin a communiquée dans l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, nous a remis en mémoire deux faits analogues que M. Broca a présentés l'année dernière à la Société anatomique, et qui avaient à cette époque vivement attiré notre attention. Diverses circonstances nous avaient fait négliger jusqu'ici d'en présenter le résumé, mais l'intérêt que ne peut manquer d'exciter la question soumise par M. Voisin au jugement de l'Académie, nous engage à réparer dès à présent cette omission, en mettant sous les yeux de nos lecteurs les principales particularités de ces deux faits, qui, de même que celui de M. Voisin, donnent un puissant appui à l'opinion professée par M. Bouillaud sur le siége de la parole articulée.

Le premier sujet est un homme de cinquante et un ans, transporté à l'infirmerie de Bicêtre, service de M. Broca, pour un phlegmon diffus gangréneux de tout le membre inférieur droit. Les renseignements recueillis sur les antécédents de cet homme apprirent qu'il était sujet depuis sa jeunesse à des attaques d'épilepsie. A l'âge de trente ans, il avait perdu l'usage de la parole; c'est pour ce motif qu'il avait été admis à Bicêtre. Il était alors parfaitement valide et intelligent d'ailleurs, et ne différait d'un homme sain que par la perte de la faculté du langage articulé.

Il comprenait tout ce qu'on lui disait, mais quelle que fût la question qu'on lui adressât, il répondait toujours par le mot *tan* (ce qui l'avait fait désigner sous ce sobriquet), en y joignant une mimique très-variée, au moyen de laquelle il réussissait à exprimer la plupart de ses idées.

Il y avait dix ans qu'il avait perdu la parole, lorsqu'un nouveau symptôme se manifesta : les muscles du bras droit s'affaiblirent graduellement, et finirent par être entièrement paralysés. La paralysie gagna peu à peu le membre inférieur droit. Enfin, sa vue, à son tour, s'était notablement affaiblie. M. Broca constata que la sensibilité générale était partout conservée, mais à un inégal degré. La moitié droite du corps était moins sensible que l'autre. L'émission des urines et des matières fécales était naturelle, mais il y avait une légère difficulté de déglutition due à la paralysie commençante du pharynx. La langue était parfaitement libre, nullement déviée; ses deux moitiés étaient d'une égale épaisseur. Les muscles du larynx ne paraissaient nullement altérés, le timbre de la voix était naturel.

Il résultait clairement des renseignements et de l'état présent du malade qu'il existait une lésion cérébrale progressive, qui, dans l'origine et pendant les dix premières années de la maladie, était restée limitée à une région assez circonscrite, et qui, dans cette première période, n'avait atteint ni les organes de motilité ni les organes de sensibilité; qu'au bout de dix ans, la lésion s'était propagée à plusieurs organes de motilité; que plus récemment, enfin, la sensibilité générale s'était émoussée en même temps que la vision.

La paralysie complète du mouvement occupant les deux membres du côté droit, la lésion cérébrale principale devait occuper l'hémisphère gauche.

Le diagnostic probable, en se plaçant au point de vue de la doctrine de M. Bouillaud, qu'il s'agissait de vérifier précisément par l'issue inévitable de ce fait, était : Lésion primitive du lobe antérieur gauche, propagée au corps strié du même côté. Quant à la nature de cette lésion, tout indiquait qu'il s'agissait d'un ramollissement chronique à marche progressive.

Le malade mourut au bout de quelques jours. Voici ce que montra l'autopsie. Nous passons un grand nombre de détails pour n'indiquer que les lésions principales.

On constate tout d'abord une destruction d'une portion notable de l'hémisphère gauche. Les organes détruits sont les suivants : La petite circonvolution marginale inférieure (lobe temporo-sphénoïdal) ; les petites circonvolutions du lobe de l'insula et la partie subjacente du corps strié; enfin, sur le lobe frontal, la partie inférieure de la circonvolution transversale, et la moitié postérieure des deux grandes circonvolutions désignées sous les noms de seconde et troisième circonvolution frontale. Des quatre circonvolutions qui forment l'étage supérieur du lobe frontal, une seule, la première et la plus interne, a conservé non son intégrité, car elle est ramollie et atrophiée, mais sa continuité; et, si l'on rétablit par la pensée toutes les parties qui ont disparu, on trouve que les trois quarts au moins de la cavité ont été creusés aux dépens du lobe frontal. L'examen de la cavité laissée par la perte de substance montre tout d'abord que le centre du foyer correspond au lobe frontal. Les parties voisines de ce foyer sont ramollies inégalement et dans une étendue très-variable.

L'inspection anatomique montrait, enfin, que la lésion était encore en voie de propagation lorsquele malade a succombé. Cette lésion avait donc été progressive, mais elle avait marché avec beaucoup de lenteur. Il était permis de croire, par conséquent, qu'il y avait eu au commencement une longue période pendant laquelle elle ne dépassait pas les limites de l'organe où elle avait débuté, c'est-à-dire le lobe frontal et très-probablement la troisième circonvolution frontale de ce lobe.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il y avait donc eu deux périodes : l'une dans laquelle une seule circonvolution frontale était altérée ; l'autre dans laquelle le mal s'est propagé de proche en proche à d'autres circonvolutions. Or, en examinant la succession des symptômes, on trouve également deux périodes : une première qui a duré dix ans, pendant laquelle la faculté du langage parlé était seule abolie, toutes les autres fonctions de l'encéphale étant intactes; une deuxième de onze ans, pendant laquelle une paralysie du mouvement d'abord partielle, puis absolument complète, a envahi successivement le membre supérieur et le membre inférieur du côté droit. Il y avait donc une correspondance manifeste entre les deux périodes anatomiques et symptomatologiques.

En résumé, les principales conséquences que M. Broca a fait ressortir de cette observation sont les suivantes :

1° La perte de la parole (aphémie), avant tout autre trouble intellectuel et avant toute paralysie, a été la conséquence d'une lésion de l'un des lobes antérieurs du cerveau.

2° Chez ce malade, le siége primitif de la lésion était dans la seconde ou dans la troisième circonvolution frontale, plus probablement dans cette dernière. Il est donc possible que la faculté du langage articulé siége dans l'une ou l'autre de ces deux circonvolutions, ce qui reste à déterminer par d'autres observations.

— La deuxième observation, qui présente avec la précédente de remarquables analogies, a permis à M. Broca d'être beaucoup plus affirmatif dans ses conclusions, la lésion ayant été dans ce cas parfaitement circonscrite. En voici la relation abrégée :

Un homme âgé de quarante-quatre ans, admis à Bicêtre huit ans auparavant pour cause de débilité sénile, fut apporté à l'infirmerie, service de chirurgie, pour y être traité d'une fracture du col du fémur gauche. Cet homme n'avait, lors de son entrée à l'hospice, aucune paralysie; il avait conservé tous ses sens et toute son intelligence. Au mois d'avril 1860, en descendant un escalier, il s'affaissa tout à coup sur lui-même. Il fut sur pied en peu de jours; mais à dater de ce moment il avait perdu subitement et définitivement la faculté de parler; il ne prononçait plus que certains mots, articulés avec difficulté. Son intelligence n'avait subi d'ailleurs aucune atteinte appréciable; il comprenait tout ce qu'on lui disait, et son court vocabulaire, accompagné d'une mimique expressive, lui permettait à son tour de se faire comprendre.

Voici dans quel état il était lors de son entrée dans le service de M. Broca, pour la fracture dont nous n'avons pas à nous occuper ici :

La langue était mobile, nullement déviée, d'une épaisseur égale des deux côtés. La déglutition se faisait bien ; la vue et l'ouïe étaient conservées ; les membres obéissaient à la volonté ; l'émission des urines et des matières fécales était régulière ; enfin la sensibilité générale persistait sans altération.

Aux questions qu'on lui adressait, cet homme ne répondait que par des signes, accompagnés d'une ou deux syllabes articulées brusquement avec un certain effort : *oui, non, tois* (pour trois), *toujours*, *Lelo* (pour *Lelong*, son nom).

Le malade s'affaiblissant rapidement, mourut le 8 novembre, douze jours après sa chute. Voici les résultats de l'autopsie :

L'hémisphère droit est parfaitement sain dans toutes ses parties, ainsi que le cervelet, le bulbe et la protubérance. Il n'y a de lésions appréciables que sur l'hémisphère gauche.

Une lésion superficielle occupe le lobe frontal gauche, immédiatement au-dessous de l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius. A ce niveau, la surface de l'hémisphère est sensiblement affaissée, et la pie-mère, déprimée, laisse apercevoir par transparence une collection de sérosité qui occupe en surface une étendue à peu près égale à celle d'une pièce de 1 franc. Une collection de sérosité, située sous la pie-mère dans le point indiqué, occupait une cavité creusée dans la substance des circonvolutions. A ce niveau, la troisième circonvolution frontale qui longe le bord supérieur de la scissure de Sylvius est complétement coupée en travers, et a subi dans toute son épaisseur une perte de substance dont l'étendue paraît être d'environ 15 millimètres. Cette cavité était donc continue en dehors avec la scissure de Sylvius, au niveau du lobe de l'insula. En dedans, elle empiétait sur la seconde circonvolution frontale, qui était très-profondément échancrée, mais dont la couche la plus interne était respectée dans une épaisseur de 2 millimètres. C'est cette mince languette qui maintenait seule la continuité de la seconde circonvolution frontale. La première était parfaitement saine; la circonvolution frontale transversale ou postérieure, qui limite en avant le sillon de Rolando, était saine également; enfin les deux circonvolutions malades, dans leurs deux tiers antérieurs, présentaient une intégrité complète.

D'où l'on pouvait conclure, ainsi que l'a fait M. Broca, que chez ce malade l'aphémie a été le résultat d'une lésion profonde, mais très-nettement circonscrite, de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale dans une partie de leur tiers postérieur.

Cette lésion était incomparablement plus circonscrite que celle qui existait sur le cerveau du premier sujet; mais en comparant les deux pièces, on constatait que le centre de la lésion était identiquement le même dans les deux cas.

La conclusion générale que M. Broca s'est cru fondé à tirer de ces deux faits, c'est qu'ils confirment l'un et l'autre la doctrine de M. Bouillaud sur le siége de la parole articulée.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici la savante argumentation et les considérations physiologiques pleines d'intérêt par lesquelles M. Broca a cherché à appuyer cette conclusion ; nous y reviendrons si, comme il y a lieu de l'espérer, une discussion s'engage à ce sujet à l'Académie.

De l'emploi de quelques désinfectants comme moyens palliatifs dans le traitement des affections cancéreuses.

Dans une visite que nous avons faite il y a quelques jours dans le service de M. Demarquay à la Maison municipale de santé, nous avons remarqué plusieurs faits intéressants que nous aurons à exposer successivement dans cette *Revue*. Nous ne voulons, pour aujourd'hui, que signaler à l'attention de nos lecteurs les bons effets que M. Demarquay obtient dans son service de l'emploi de deux ordres de moyens désinfectants, l'un nouveau en France, le deuxième déjà connu, mais trop peu, à notre avis, pour qu'il n'y ait pas utilité à en parler de nouveau. Ces deux désinfectants sont le permanganate de potasse, que M. Demarquay a importé d'Angleterre, et le sulfate double d'alumine et de zinc de M. le docteur Homolle. C'est dans le pansement des plaies cancéreuses, et en particulier dans les cancers utérins, que ces deux agents sont surtout appliqués avec avantage. Nous rapporterons plus tard l'histoire de quelques-unes des malades chez qui nous avons vu faire ces applications. Nous nous bornerons, quant à présent, à faire connaître la composition et le mode d'emploi de ces agents.

Nous empruntons les détails qui suivent à une bonne thèse sur le cancer de l'utérus soutenue tout récemment par M. Armand Le Dreux, ancien élève des hôpitaux de Paris.

Voici, d'après M. Leconte, quelle est la préparation du permanganate de potasse :

Bioxyde de manganèse.	20	grammes.
Chlorate de potasse.	20	—
Potasse caustique solide. . . .	25	—

On fait dissoudre la potasse caustique et le chlorate de potasse dans aussi peu d'eau que possible. On ajoute le bioxyde de manganèse, et l'on évapore à siccité, en ayant soin d'agiter constamment. On calcine ensuite au rouge sombre pendant une heure dans une petite capsule de fer non émaillée, et après avoir laissé refroidir, on ajoute environ un litre d'eau distillée. On fait bouillir le mélange dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce que le liquide présente une teinte rouge légèrement violacée bien franche; on enlève, après repos convenable, le liquide par décantation, et on lave peu à peu le résidu avec une quantité d'eau suffisante pour que, réunies à la première

liqueur, les eaux de lavage forment deux litres. C'est ce liquide qui, mêlé à la dose de 10 grammes pour 100 grammes d'eau, sert pour le pansement des plaies.

Nous avons vu depuis un mois, dit M. Le Dreux, expérimenter ce topique, et nous avons été à même de constater les excellents résultats que l'on obtient par son emploi.

Chez plusieurs malades affectées de cancer ulcéré du col avec écoulement infect, on a administré le permanganate de potasse en injections vaginales trois ou quatre fois par jour, et à la troisième ou quatrième injection l'odeur ne se faisait plus sentir.

On l'a aussi employé chez une malade qui avait une vaste plaie de la jambe, accompagnée de décollements étendus, suite d'un phlegmon gangréneux, et présentant une suppuration abondante et infecte. La plaie était lavée avec une solution de 10 grammes de permanganate de potasse pour 100 grammes d'eau, et pansée avec la glycérine (deux pansements par jour). Au bout du deuxième jour, la mauvaise odeur avait presque disparu; la plaie était rosée et prenait un meilleur aspect.

— Le deuxième agent en expérimentation dans le service est le sulfate simple d'alumine et le sulfate double d'alumine et de zinc de M. le docteur Homolle.

La solution saturée de sulfate d'alumine se compose de trois parties de sel pour deux parties d'eau. On met quelques gouttes de cette solution dans la quantité d'eau nécessaire pour une injection, ou bien on en fait une pommade que l'on applique au moyen de tampons sur le col utérin. Voici la formule que conseille M. Homolle :

Solution saturée de sulfate d'alumine et de zinc.	5 grammes.
Huile d'amandes douces.	10 —
Cérat blanc.	90 —

Mêlez dans un mortier de porcelaine.

« Ce qui caractérise ces agents comme modificateurs spéciaux, dit M. Homolle, c'est leur action en quelque sorte élective sur le tissu cancéreux ulcéré, et leur innocuité pour les tissus normaux, qui ne sont ni désorganisés ni altérés par eux. »

Voici d'après cet observateur leurs effets sur le cancer ulcéré, considéré d'une manière générale :

« Ils déterminent l'exfoliation du tissu morbide par couches successives, qui peuvent dans quelques cas acquérir une épaisseur considérable, et les eschares ainsi produites conservent, sauf la coloration, l'aspect et la texture des tissus qui les ont formées; ou, en d'autres termes, ceux-ci ne sont pas désorganisés, mais seulement momifiés. Ils diminuent l'exhalaison ichoreuse de l'ulcère, en font disparaître l'odeur, et modifient les caractères physiques de cette sécrétion, qui se rapproche sous leur influence du pus louable. Ils s'opposent à la production des hémorrhagies, en oblitérant les vaisseaux qui se développent dans le voisinage des cancers, et agissent également comme puissant hémostatique direct. Enfin, ils diminuent et même font quelquefois cesser complétement les douleurs lancinantes.... Consécutivement à cette action topique, on voit le teint cachectique disparaître, les forces revenir avec l'appétit et le sommeil, la gastralgie et la dyspepsie cesser, et la santé générale s'améliorer. »

M. Demarquay emploie de préférence ce dernier agent à l'état de glycérolé. Nous avons pu constater, chez une femme atteinte d'un vaste cancer ulcéré du sein, l'utilité de ce mode de pansement, qui rend la plaie complétement inodore en même temps qu'il en modifie avantageusement l'aspect.

— Nous aurions à dire un mot aussi de l'usage que fait ce chirurgien des caustiques en flèches, qui, avec les désinfectants dont il vient d'être question, constituent le traitement palliatif le plus généralement usité dans son service pour les cancers utérins. Nous y reviendrons dans une autre *Revue*.

Insertion vicieuse du placenta sur le col de l'utérus.

Quelle doit-être la conduite du praticien en présence d'une hémorrhagie dépendant de l'insertion vicieuse du placenta?

Ce n'est pas la première fois que cette question est posée et discutée dans ce journal; mais en présence d'une éventualité aussi grave et qui engage d'une manière aussi immédiate la responsabilité du praticien, il n'est pas inutile d'y revenir de temps en temps. L'occasion nous en est fournie d'ailleurs tout naturellement par le fait suivant, que M. le docteur Alph. Mazel (d'Anduze) nous prie de porter à la connaissance de nos lecteurs.

Appelé en toute hâte auprès de la femme X..., assistée depuis la veille par une sage-femme, notre confrère recueille auprès de celle-ci les renseignements qui suivent :

Sa cliente, âgée de vingt-cinq ans, est au terme de sa seconde grossesse. La première a été bonne et suivie d'un accouchement naturel.

Au commencement du huitième mois, elle eut une hémorrhagie légère que le repos horizontal et quelques soins appropriés suspendirent. La veille, à huit heures du soir, elle a été prise, d'une manière inattendue et sans cause appréciable, sans prodromes, d'une perte fort abondante. La sage-femme la fait coucher immédiatement et prescrit des astringents; l'hémorrhagie persiste; elle a recours au tamponnement du vagin, qui réussit pendant quelques heures. Réapparition du sang : nouveau tampon qu'on essaye de porter dans le col.

A cinq heures du matin, quelques légères douleurs se manifestent, mais à de longs intervalles; à huit heures, elles se rapprochent; à dix heures, la poche des eaux se rompt, l'hémorrhagie se suspend un peu et les douleurs deviennent plus vives et plus fréquentes.

Quelle quantité de sang avait perdue la patiente? C'est ce qu'il n'a pas été possible d'apprécier avec quelque précision, tous les linges ayant été déjà enlevés. L'événement permettait toutefois de supposer qu'elle avait dû être considérable.

A son arrivée, M. Mazel constate ce qui suit : la face est un peu animée, mais le pouls est petit et filiforme, quoique régulier. Le ventre est développé, comme dans une grossesse à terme. Les mouvements du fœtus ont cessé depuis la veille. Le col n'est point effacé; sa partie gauche est beaucoup plus ramollie que la droite. Le segment inférieur de l'utérus de ce même côté paraît beaucoup plus épais que celui du côté opposé. En portant le doigt dans le col, on arrive sur un corps mou, spongieux, mais ayant une certaine densité. La dilatation est grande comme une pièce de cinq francs. Tout cet espace est occupé par le corps en question. En essayant de porter le doigt un peu plus haut, on a toujours la même sensation; il n'est pas possible de le dépasser et d'arriver sur les membranes. On ne sent aucune partie fœtale; mais cet examen, pratiqué avec ménagement et mesure afin de ne pas augmenter la perte, démontre la dilatabilité du col.

Ayant affaire, à n'en pas douter, à une insertion vicieuse du placenta, M. Mazel se décide à intervenir sans délai.

Pendant les préparatifs nécessaires, une alèze est glissée sous le siége de la patiente, afin de surveiller exactement l'hémorrhagie ralentie depuis l'écoulement des eaux. La marche des contractions utérines est observée attentivement : elles reviennent toutes les deux minutes, mais elles sont faibles et courtes. Deux minutes après, M. Mazel procédait à la version. L'alèze n'était souillée que par quelques gouttes de sang.

La main droite introduite dans le vagin parvint sans peine à franchir le col; il lui fit suivre la paroi latérale gauche de l'utérus, dans l'espoir d'avoir une portion moindre de placenta à décoller dans cette direction. Après avoir rompu quelques adhérences, il arriva en effet sur les membranes, qui étaient appliquées si exactement sur le corps du fœtus, qu'il se vit obligé de manœuvrer un instant pour pénétrer dans l'œuf. C'était la tête qui se présentait; l'occiput répondait à la symphyse sacro-iliaque droite; le plan antérieur du fœtus regardait à gauche et en avant. L'opérateur ne put saisir qu'un pied, qu'il amena à la vulve : c'était le pied gauche. Après avoir mis un lacs sur ce membre, il alla à la recherche de l'autre pied, qu'il amena promptement.

L'extraction ne présenta rien de particulier. Les tractions avaient été faites avec douceur et lenteur et uniquement pendant les contractions. Le fœtus était mort et le cordon livide. Le placenta fut extrait aussitôt. L'utérus revint promptement sur lui-même. Pendant le temps nécessaire pour transporter l'accouchée sur son lit, elle ne perdit pas beaucoup de sang.

Tout marcha bien pendant l'heure qui suivit la délivrance. L'utérus étant parfaitement rétracté et quelques contractions utérines s'étant manifestées, M. Mazel crut pouvoir passer dans la pièce voisine; mais il en fut rappelé au bout d'un instant. L'hémorrhagie venait de reparaître, et l'accouchée avait une syncope. Ayant porté immédiatement la main sur l'hypogastre, notre confrère trouva, à sa grande surprise, le globe utérin dur, revenu sur lui-même, et n'ayant que le volume du poing. Il pratiqua le toucher pour s'assurer si quelques débris du placenta ou des membranes, en empêchant le col de revenir sur lui-même, n'étaient pas cause de cet accident. Le col était incomplétement fermé, et le doigt avait la sensation d'une surface inégale, tomenteuse, molle, qu'on aurait pu prendre pour un débris du placenta, mais qu'il reconnut être sa surface d'implantation. Elle occupait tout le pourtour de l'orifice interne, et était évidemment le siége de l'hémorrhagie. C'est là ce qui expliquait à ses yeux la possibilité d'une perte assez abondante avec une rétraction parfaite du corps de l'organe.

Il chercha à irriter le col avec le doigt, en même temps que de la main gauche il frictionnait le globe utérin. Bientôt il constata que la paroi latérale gauche de la tumeur hypogastrique n'était plus aussi ferme ni aussi dure. Au même instant, l'accouchée se plaignit de douleurs vives dans les membres inférieurs, et insensiblement elle tomba en défaillance. Après l'avoir ranimée par des frictions sur la région précordiale, on lui fit prendre quelques cuillerées de vin sucré avec 1 gramme de seigle ergoté en une seule dose. Mais au bout de cinq minutes, l'utérus tout entier était frappé d'inertie; le globe utérin avait disparu. On eut beau frictionner l'hypogastre sans relâche, introduire la main trempée dans le vinaigre dans la cavité de l'utérus, faire pratiquer des frictions énergiques sur la région du cœur, rien ne put rappeler la contractilité utérine, et la malade succomba.

Une demi-heure s'était à peine écoulée depuis la sortie des premières gouttes de sang, et notre confrère estime que l'hémorrhagie qui suivit la délivrance et qui entraîna la mort de cette pauvre femme, n'excéda pas 250 grammes.

En présence de cette terminaison si prompte et si funeste, M. Mazel examine les deux questions suivantes :

Cette femme aurait-elle pu être sauvée par une intervention plus prompte?

Aurait-on dû faire autre chose que ce qui a été fait et éviter la solution malheureuse?

A la première question, notre confrère répond sans hésitation par l'affirmative. « On aurait dû intervenir plus tôt, dit-il, et je ne doute pas que les chances de mort n'eussent été diminuées. La version pratiquée quatre ou cinq heures avant eût épargné à la malade un sang précieux. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'en pareil cas il est utile d'intervenir le plus tôt possible, dès que la dilatation ou la dilatabilité du col le permettent. Je ne veux point examiner s'il n'eût pas été opportun, avant la dilatation du col, de recourir aux propriétés hémostatiques du seigle; je veux encore moins rechercher si les deux tamponnements ont été faits d'une manière méthodique, mais je ne puis laisser ignorer que l'insertion vicieuse avait été méconnue et le placenta pris pour le cuir chevelu du fœtus. »

Sur la seconde question, M. Mazel se demande si le tamponnement du vagin, la compression de l'aorte abdominale et de la matrice elle-même n'auraient pas dû être pratiqués.

« Le tamponnement après la délivrance, dit-il, a des dangers bien connus, et je ne crains pas de déclarer que je n'en suis nullement partisan.

» Je pourrais me justifier de n'avoir point essayé la compression de l'aorte abdominale en m'abritant derrière l'autorité de M. Jacquemier : « Je suis tellement convaincu, dit cet auteur, » que la compression de l'aorte seule est un moyen illusoire de » suspendre l'hémorrhagie utéro-placentaire, dangereux en lui-» même et en ce qu'il peut faire perdre un temps précieux, que » j'assume avec confiance la responsabilité de faire naître des » doutes en attendant que la vérité soit acceptée. » Mais je préfère me renseigner à cet égard, au risque d'être blâmé, que de m'endormir dans une sécurité peut-être trompeuse. Ce point de pratique est-il fixé? Je désire le savoir pour en faire mes profits, et s'il ne l'est point, faire appel aux hommes compétents pour qu'ils s'efforcent de combler cette lacune. Je n'ignore point que M. Cazeaux recommande la compression aortique comme un excellent moyen, mais cette divergence entre deux auteurs également estimés n'est pas de nature à lever mon incertitude. Quand Hippocrate dit oui et Galien non, c'est à l'expérience de prononcer. »

Quant à la compression de la matrice à l'aide de bandages, que quelques accoucheurs ont conseillée, M. Mazel déclare qu'il y ajoute peu de confiance; il lui semble qu'on peut faire mieux et agir plus sûrement avec la main.

Nous essayerons à notre tour de répondre aux questions que s'est posées notre confrère. C'est ce que nous ferons dans la prochaine *Revue*.

ÉPANCHEMENT SANGUIN EXTRA-MÉNINGIEN

correspondant à une petite plaie contuse du cuir chevelu, sans fracture ni décollement du périoste.

Par M. le docteur Pugliese, d'Annonay (Ardèche).

M. B..., contre-maître d'une fabrique de mégisserie, s'étant livré à des libations abondantes dans la nuit du 6 au 7 juillet, rentra chez lui à trois heures du matin, prononça à peine quelques paroles en réponse à sa femme, et se mit au lit, où il ne tarda pas à s'assoupir.

Appelé à onze heures du matin, je le trouvai dans l'état suivant :

Perte absolue de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement, respiration stertoreuse, pupille dilatée, non contractile, pouls dur et fréquent. Ayant remarqué quelques excoriations sur le visage et les mains, je pensai à une querelle ou à une chute, et fixai mon attention sur le cuir chevelu; j'y découvris en effet une petite plaie contuse de deux centimètres de long sur un de large, au niveau du pariétal gauche, en un point correspondant environ à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la suture fronto-pariétale, un peu en arrière de cette suture; cependant la plaie me paraissant très-superficielle, sans fracture ni décollement du périoste, je ne songeai pas à un épanchement traumatique; je supposai donc que j'avais affaire à une hémorrhagie cérébrale considérable et centrale; je pratiquai (pour me conformer à l'usage) une saignée de 500 grammes, et prescrivis 4 sangsues à chaque apophyse mastoïde et des sinapismes aux extrémités.

Le traitement n'amena aucune amélioration, et M. B... succomba à midi environ.

Cependant les lésions extérieures attirèrent l'attention de la justice, et sur la réquisition de M. le procureur impérial, je procédai à l'autopsie dès le lendemain 8 juillet.

La boîte crânienne ayant été ouverte à l'aide d'un trait de scie, je constatai un épanchement sanguin parfaitement circonscrit, de forme ovalaire, occupant toute la moitié antérieure du pariétal gauche, et s'étendant en bas jusqu'au milieu de la fosse latérale moyenne de la base du crâne; la dure-mère était décollée dans tout l'espace correspondant et l'épanchement situé entre elle et la paroi osseuse.

Le poids du sang extravasé a été évalué à 80 grammes.

La plaie du cuir chevelu correspondait donc au bord antérieur de l'épanchement. Il n'y avait pas de décollement du périoste au niveau de la plaie, et les parois osseuses, examinées avec soin, ne permirent de constater aucune fêlure.

Cette intégrité des os et du périoste me paraît digne de remarque dans le cas dont il s'agit, car je crois avoir eu affaire à une rupture veineuse de la dure-mère, survenue probablement sous l'influence de la même cause qui a produit la plaie du cuir chevelu; l'épanchement s'est fait peu à peu, on le conçoit aisément en observant qu'il a eu à se créer une loge en décollant la dure-mère, et c'est à la faveur du peu de compression qu'il déterminait dans les premiers moments qui ont suivi la rupture, que M. B... a pu encore se rendre chez lui et répondre quelques mots à sa femme. La situation même de la collection sanguine, un peu en arrière de la plaie, permet de supposer que le sang a continué à s'extravaser alors que le malade était dans le décubitus dorsal.

En résumé, voilà une rupture veineuse de la dure-mère produite par un simple choc, je dirai presque par contre-coup. Ce fait n'est-il pas digne de remarque? et, indépendamment de l'in-

térêt scientifique, est-il sans importance au point de vue médico-légal ?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 septembre 1862. — Présidence de M. Depaul.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Anus imperforé. — Incision périnéale, puis méthode de Littre. — Utilité des autopsies dans ces cas. — Disposition rare de l'intestin. — M. Marjolin fait sur ce sujet une communication à la suite de laquelle il a remis l'observation suivante :

L'intérêt qui se rattache à tout ce qui a trait à la question si difficile dans la pratique, de l'établissement d'un anus artificiel, dans les cas d'imperforation du rectum, et le peu d'occasions que l'on a d'observer après la mort à quel genre de vice de conformation on a affaire, m'ont engagé à mettre sous les yeux de la Société une pièce qui m'a semblé assez curieuse.

Le lundi 15 septembre dernier, on amena dans la soirée, à Sainte-Eugénie, une petite fille très-chétive, née de la veille. Etait-elle venue à terme ? c'est ce que nous n'avons pu savoir. Examinée le mardi à la visite, bien qu'elle n'eût rien rendu depuis sa naissance, elle ne semblait pas trop souffrante; la coloration de la peau était normale, le ventre peu distendu, si ce n'est au-dessus du pubis, la vessie étant très-remplie. Aussitôt que j'eus vidé la vessie, la petite tumeur disparut, et en explorant avec la sonde, je crus sentir comme un corps mou interposé entre le sacrum et la vessie. La percussion, faite avec grand soin, donnait partout le même son, une matité peu prononcée, soit dans les fosses iliaques, soit au niveau de la région ombilicale. Cette uniformité de sons qui persista à toutes les époques de la vie, s'expliqua très-bien plus tard, comme vous pourrez le voir, par la disposition du gros intestin.

Aucune tentative d'opération n'ayant été faite, je constatai que l'anus, qui semblait à l'extérieur parfaitement conformé, était cependant imperforé ; à un centimètre environ de profondeur, on rencontrait une sorte de cul-de-sac tapissé par une membrane rosée. L'introduction de l'index semblait donner la sensation d'un refoulement de haut en bas, chaque fois que l'enfant faisait des efforts : cette sensation avait été déjà perçue la veille par M. Sottas, interne du service. Mais entre une sensation douteuse et une certitude absolue, il était d'autant plus difficile de se prononcer que l'inspection du cul-de-sac anal, faite à l'aide d'un dilatateur à trachéotomie, ne nous fit pas reconnaître soit l'existence d'une ampoule distendue au moment des cris, soit cette teinte brunâtre des tissus, qui semble indiquer que le seul obstacle au libre cours des matières ne consiste qu'en un diaphragme très-mince. Ne voulant pas dans ce cas faire une ponction, je suivis le conseil rappelé récemment par notre collègue M. Verneuil, et je disséquai avec soin et lentement d'avant en arrière le fond de cet infundibulum, en attirant en bas avec des pinces les bords de la plaie.

De temps à autre j'introduisais mon doigt dans la petite plaie, pour voir si les sensations de refoulement que j'avais éprouvées devenaient moins obscures; un instant je crus que j'arrivais sur l'intestin, ma pince ayant saisi quelque chose qui ressemblait à une ampoule : je fis une ponction d'avant en arrière, et je fus très-désappointé en voyant une goutte de sang s'échapper par le vagin.

Voyant ma tentative sans résultat et l'enfant très-fatiguée, je ne voulus pas recourir pour le moment à une seconde opération. On fit baigner l'enfant, et on lui donna un peu d'eau sucrée et de lait.

Le lendemain mercredi 17, je trouvai la petite malade encore plus faible, un peu jaune; le ventre commençait à se distendre, et il y avait déjà quelques vomissements, mais les extrémités étaient froides. En voyant l'état de prostration extrême de l'enfant, je ne songeai nullement à l'opérer.

Mais le lendemain jeudi, lorsque je vis que malgré cette faiblesse apparente il y avait une si grande résistance, bien que les vomissements fussent plus fréquents et de mauvaise nature, je pratiquai vers la fin du jour l'opération suivant la méthode de Littre.

Aidé par MM. Sottas et Fritz, internes de l'hôpital, je n'hésitai pas à choisir ce procédé, parce que, à ce moment, les anses intestinales étant distendues et même assez bien dessinées, je pus cette fois sentir un cordon assez volumineux occupant la fosse iliaque gauche.

L'opération se fit facilement, et je tombai de suite sur l'anse intestinale que j'avais sentie; elle était brunâtre, bien résistante, remplie de méconium. Après l'avoir saisie avec des pinces, je la traversai à ses deux extrémités avec une aiguille courbe garnie d'un fil double, puis, traversant ensuite les téguments, je fis tendre à droite et à gauche par les aides les extrémités des fils, de manière à faire saillir l'intestin. Lorsqu'il fut ainsi bien fixé, je fis une ponction avec une lancette et j'agrandis l'ouverture avec des ciseaux boutonnés. L'anse intestinale fut maintenue en place à l'aide d'une suture enchevillée. A l'instant même des gaz et une quantité considérable de méconium s'échappèrent par la plaie, et la tuméfaction et la douleur du ventre diminuèrent; les cris de l'enfant, qui étaient très-faibles avant l'opération, reprirent de la force.

A dater de ce moment, il y eut un mieux réel; l'enfant, qui ne voulait plus rien prendre, prit un peu de lait coupé. Le ventre ne parut plus douloureux à la pression ; il diminua de volume, et les matières s'écoulèrent librement.

J'ajouterai que pour faciliter leur sortie, immédiatement après l'opération, j'introduisis une sonde de femme dans le bout supérieur, et je fis deux ou trois petites injections d'eau tiède. Je voulus à ce moment chercher la direction du bout inférieur, mais je ne pus parvenir à donner à la sonde d'autre direction qu'une direction franchement transversale; ce qui s'expliqua facilement lors de l'autopsie, dont je donnerai plus tard les détails. Malheureusement ce mieux qui avait été bien prononcé ne fut pas de longue durée; l'enfant, qui était nourrie artificiellement, ce qui dans tous les cas d'opérations faites de très-bonne heure est toujours une circonstance des plus défavorables, s'affaiblit de plus en plus, et elle succomba au bout de quarante-huit heures.

DISCUSSION.

M. Giraldès. Je prends la parole pour rapporter un fait semblable à celui de M. Marjolin, en ce qui concerne les divers incidents de l'opération.

Il y a deux mois, on m'amena une jeune fille ayant une imperforation de l'anus. A l'examen, entre les deux ischions, je constatai un bombement, au niveau duquel, pendant la toux, on sentait l'impulsion d'un corps arrondi; je crus donc à l'existence d'une ampoule, et je la cherchai au moyen d'une incision.

Après l'incision, j'introduisis mon doigt pour m'assurer du point précis où siégeait cette dilatation ampullaire. Cela fait, au moyen d'une pince à griffes, je cherchai à attirer en bas cette partie terminale de l'intestin; mais je ne ramenai que la paroi postérieure du vagin, que je reconnus bientôt à son épaisseur et au passage du sang par la vulve. Comme il y avait urgence, vu le météorisme du ventre, je dus abandonner cette voie, et j'eus recours immédiatement à la méthode de Littre à gauche. Je réussis ainsi à trouver l'intestin, et à établir un anus artificiel. J'ai, du reste, employé plusieurs fois cette méthode avec un égal succès, tombant toujours sur l'intestin. Cette enfant a pu vivre encore trois jours.

A l'autopsie, qui malheureusement a été forcément pratiquée à la hâte, je n'ai pu m'assurer que du fait suivant : c'est que l'ampoule intestinale, qui terminait le bout supérieur, était très-développée et siégeait au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche.

M. Trélat. Je voudrais adresser une question à M. Giraldès. Est-ce que l'enfant avait des traces d'anus?

M. Giraldès. Oui, il existait un cul-de-sac à travers lequel le doigt sentait l'ampoule.

M. Trélat. Le fait de M. Marjolin est très-intéressant, parce que lorsque l'intestin se termine dans les voies génitales chez la fille, il n'y a pas de traces d'anus au périnée. Ici, il y a donc une différence avec les cas que j'ai observés. Ce sont des faits semblables qui sont de beaucoup les plus difficiles à diagnostiquer.

En effet, dans ces circonstances, l'oblitération peut être valvulaire ou très-étendue, siéger tout à fait en bas ou plus haut, et même jusque vers la valvule iléo-cœcale, ainsi que l'a vu M. Depaul. Le cas de M. Marjolin ressemble beaucoup à celui que M. Rochard est venu nous communiquer il n'y a pas longtemps.

Il est évident qu'ici, ce qu'il y avait de mieux à faire, c'était l'établissement d'un anus par la méthode de Littre. M. Marjolin a opéré à gauche avec succès, mais je ne suis pas convaincu que cette opération n'eût pas réussi tout aussi bien à droite.

M. Guersant. Dans le manuel opératoire, il vient d'arriver à M. Marjolin ce qui m'est arrivé à moi-même, c'est de blesser le vagin. C'est pour éviter cet accident que, lorsqu'il s'agit d'une petite fille, je conseille de mettre une sonde dans le vagin, d'opérer un mouvement de bascule, en vertu duquel on refoule le vagin sous la symphyse pubienne. On l'éloigne ainsi du sacrum, et l'on évite plus facilement sa blessure. Je reconnais des avantages à ce précepte.

Chez le petit garçon, on obtient le même résultat en mettant la sonde dans l'urèthre et la vessie.

M. Marjolin J'ai fait la dissection sur le cadavre, et l'examen des viscères semble me démontrer qu'il était impossible de réussir en opérant dans la fosse iliaque droite. Toute cette fosse était, en effet, remplie par le paquet de l'intestin grêle.

M. Trélat. Je défends le choix à droite dans les cas seulement où l'obstacle existe vers la valvule iléo-cœcale. Mon choix se base donc sur des raisons toutes différentes de celles qui guident MM. Giraldès et Huguier.

M. Depaul. Je trouve un grand intérêt dans l'observation de M. Marjolin, et c'est pour cela que je voudrais qu'il nous donnât quelques détails de plus. Ainsi, comment a été faite la première incision au périnée? Quelle étendue a-t-on donnée à cette incision ? M. Verneuil a recommandé une incision de 3 centimètres; mais il est impossible de se conformer à ce précepte : il n'y a pas cette distance entre le vagin et le coccyx.

M. Marjolin a décrit une incurvation du gros intestin vers la symphyse sacro-iliaque droite, mais il ne nous a pas dit à quelle distance il a trouvé l'ampoule terminale de l'infundibulum anal. Comme la question est encore pendante entre la préférence à donner à l'incision périnéale et la méthode de Littre, il me semble qu'à ce point de vue ces détails auraient pu fournir quelques utiles éclaircissements.

M. Marjolin. L'enfant fut placé comme pour la taille; l'incision fut faite au périnée sur la ligne médiane en partant du vagin et se dirigeant en arrière vers le sacrum. Il n'y a pas eu incision des téguments, puisqu'il y avait un anus; après mon incision faite dans le fond du cul-de-sac anal, j'ai disséqué d'avant en arrière, ou des parties superficielles vers les parties profondes, en suivant la ligne médiane. Quant à la hauteur de l'incision, elle a été de 1 centimètre. Quant à la distance entre l'ampoule terminale et le fond du cul-de-sac, je l'ignore, puisque je n'ai pas encore fait la dissection.

AUTRE COMMUNICATION.

M. Dolbeau lit l'observation suivante :

Fistule vésico-utéro vaginale profonde guérie par la cautérisation avec le nitrate d'argent, le tamponnement du vagin avec l'amadou et la charpie, le tout aidé par le séjour d'une sonde de Syms maintenue en permanence dans la vessie.

L..., femme R.., âgée de trente-deux ans, est entrée le 16 août 1862, salle Sainte-Marthe, n° 33.

Cette malade est accouchée à la Ferté-Macé (Orne) le 20 juillet 1862, à l'aide du forceps. C'était une première grossesse ; l'enfant, du sexe féminin, fort et bien constitué, fut amené vivant.

Le travail dura dix-neuf heures. Les eaux s'étaient rompues le 18 vers six heures du soir.

Le 20, vers deux heures du matin, les douleurs commencèrent, et l'accouchement ne fut terminé que le même jour vers sept heures du soir.

Six heures après l'accouchement, la malade urina seule et facilement.

Les suites de couches n'offrirent rien de particulier.

Le 9 août, c'est-à-dire vingt jours après l'accouchement, la femme R... revenait à Paris très-bien portante.

Le 12, elle s'aperçut d'un léger écoulement d'urine par le vagin. Ce symptôme était surtout évident pendant la station verticale.

Du 12 au 16, la malade, sans s'en préoccuper davantage, se livra à ses occupations. Cependant l'écoulement d'urine allait en augmentant; aussi la femme R... se présenta-t-elle à l'hôpital, où elle fut admise le même jour.

Le 18, le toucher vaginal fut pratiqué : il démontra que le vagin était normal, mais que la lèvre du col utérin était détruite, et que là devait être la fistule. Une sonde introduite dans la vessie donna issue à quelques gouttes d'urine; il était évident que toute l'urine ne sortait par le vagin. Du reste, pas de douleurs, mais absence du besoin de rendre les urines.

Le 20, la malade fut placée sur les genoux, la tête très fléchie, de façon que le front s'appuyât sur lit; le spéculum de Syms fut introduit, et on constata directement l'état suivant :

Le vagin est rouge, baigné par de l'urine et du muco-pus. Vers le col, on remarque d'autres altérations; la lèvre postérieure est intacte, mais un peu gonflée; l'antérieure a été détruite, en sorte que la cavité du col se trouve à découvert dans l'étendue de 1 centimètre et demi. A la place de la lèvre antérieure, on trouve des sillons et des anfractuosités séparés par des mamelons irréguliers et d'un rouge vif. On y distingue spécialement une fente transversale curviligne, à concavité antérieure, composée de deux parties qui se réunissent vers le milieu de la surface malade. C'est de là que sort l'urine, c'est-à-dire dans la cavité même du col utérin. C'est là où l'on voit sourdre une injection laiteuse poussée dans la vessie sur le canal de l'urèthre.

L'exploration de la fistule est très-difficile à cause de la profondeur et de l'irrégularité du trajet. On hésite à augmenter par les recherches l'étendue d'une perforation de la vessie. Le diagnostic est d'ailleurs suffisant : il s'agit d'une fistule faisant communiquer le bas-fond de la vessie avec le vagin par l'intermédiaire du col de l'utérus.

L'utérus est revenu à ses dimensions normales. Les règles n'ont pas reparu depuis la couche.

Santé générale excellente.

Le peu de temps depuis lequel existe la fistule, la difficulté de remédier par une opération à une infirmité aussi grave, firent songer à tenter la cure par les moyens simples.

On soumit donc la malade au traitement suivant :

Demeurer couchée dans le décubitus dorsal, les jambes légèrement fléchies.

Garder à demeure la sonde de Syms.

Le 21 août, la sonde a causé de vives douleurs; on a été dans l'obligation de l'enlever après neuf heures de séjour dans la vessie.

Le 23, on essaye de replacer l'instrument, qui est bien supporté jusqu'au 27. Ce même jour, la fistule et les parties environnantes sont cautérisées avec le nitrate d'argent; on place un tampon dans le vagin; la sonde est mise en place après avoir été nettoyée.

Le 27 et le 28 se passent très-bien; l'urine sort continuellement par la sonde.

Le 29, la malade se plaint de constipation, et prend 20 grammes d'huile de ricin.

Le 30, nouvel examen; la vaginite a cessé; les bourgeons qui occupaient la place de la lèvre antérieure sont affaissés, leur coloration rouge est actuellement rosée; l'urine ne semble plus couler dans le vagin. On place de nouveau un tampon et la sonde à demeure.

Le 4 septembre, la sonde, qui avait été bien supportée, tombe, le tampon sort du vagin. La malade se lève, éprouve le besoin d'uriner et accomplit la miction. Il ne semble pas que l'urine sorte par le vagin. La sonde est mise en place.

Le 11, la malade retire sa sonde qui est engorgée et qui occasionne de vives douleurs. Elle urine plusieurs fois sans sonde et sans perdre d'urine. On laisse la malade au repos; on lui fait prendre un bain, et on l'engage à se sonder lorsque le besoin d'uriner se fera sentir.

Le 12, on constate que l'injection laiteuse poussée dans la vessie ne passe plus dans le vagin.

Le 18, la malade demande à sortir; elle est, dit-elle, guérie depuis longtemps. On procède à un quatrième examen avec le spéculum de Syms.

Le vagin n'est plus enflammé; la lèvre antérieure du col est remplacée par une cicatrice irrégulière, mais qui paraît solide. L'injection laiteuse poussée avec force ne pénètre plus dans le vagin, ce qui démontre l'occlusion de la fistule.

Le besoin d'uriner se présente toutes les trois ou quatre heures; la malade y satisfait facilement et sans douleurs. La santé générale est restée bonne. On laisse sortir la malade, en lui recommandant les soins de propreté et l'abstention des rapports sexuels.

DISCUSSION.

M. Danyau. Il existe déjà dans la science des cas semblables. Pour ma part, j'en ai vu deux. Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt-cinq ans qui, ayant une présentation de la face, fut soumise par mon père à une application de forceps. Quand l'eschare tomba, il y eut une fistule vésico-vaginale. Je l'examinai alors, et la fistule était assez grande pour recevoir l'extrémité du doigt indicateur. Mon père m'engagea à mettre une sonde à demeure, et je tamponnai en même temps le vagin. Je me souviens même que l'urine laissait déposer sur les pièces du tamponnement une grande quantité de concrétions calculeuses. Je dus renoncer à ce tamponnement, et par la sonde seule je parvins à obtenir la guérison de la fistule.

Il y a une dizaine d'années, une femme du faubourg Montmartre fut soumise à l'application du forceps pour un cas semblable à celui dont je viens de parler. Une première application ayant été infructueuse, on en employa une seconde avec un insuccès égal, et l'on fut obligé, en définitive, de faire la céphalotripsie. Quoi qu'il en soit, il se déclara une fistule vésico-vaginale exactement semblable à la première. J'engageai le médecin ordinaire à mettre une sonde à demeure, et quelque temps après la fistule était guérie.

Enfin, il y a un an, un nouveau cas de guérison a été observé à la Maternité; M. Béraud pourra vous fournir des détails sur ce fait.

M. Béraud. Pour répondre à l'appel qui m'est fait par M. Danyau, je vais ajouter quelques renseignements relatifs à ce dernier cas. Il s'agissait d'une femme primipare, très-petite, ayant le bassin rétréci et étant entrée à la Maternité vers le sixième mois de la grossesse. Il fut convenu que l'on chercherait à provoquer l'accouchement avant terme. Des douches utérines furent administrées sans succès, et la grossesse arriva à terme. On fut obligé de faire la version, d'appliquer le forceps sur la tête défléchie, le corps étant dehors. Cette application fut infructueuse, et c'est alors qu'on eut recours à la céphalotripsie.

Dix jours après l'accouchement je m'aperçus de l'existence d'une fistule vésico-vaginale située à la paroi antérieure du vagin, à un centimètre en avant du col utérin et sur la ligne médiane. Sa longueur était de 2 centimètres environ, et sa largeur d'un peu plus d'un centimètre. Sur l'avis de M. Danyau je plaçai une sonde à demeure. Chaque jour je visitais cette fistule et je pratiquais de temps en temps des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent; je prescrivais en même temps des soins de propreté. Je vis la fistule se fermer de plus en plus d'une manière rapide, et elle était fermée complétement dix-huit jours après l'accouchement. J'ai pu m'assurer plus tard que la cicatrice était solide et que la malade conservait bien son urine. Du reste, si la Société le désire, je pourrai lui communiquer l'observation.

Ce fait démontre donc qu'il ne faut pas trop tôt désespérer de la guérison, et qu'il ne convient d'intervenir par une opération que lorsque les moyens simples sont impuissants, et cette intervention ne doit être faite qu'au bout d'un certain temps après l'accouchement.

M. BLOT. Je crois ce précepte bon; il faut, en effet, tenter des moyens simples avant de recourir à une opération grave.

M. Nélaton a déjà insisté sur ce précepte. Je lui ai vu guérir une femme dont la fistule datait déjà de deux mois. Il fit même sur ce sujet une leçon tout entière pour développer ce précepte.

M. VERNEUIL. Je suis de l'avis de mes collègues sur l'opportunité de différer les opérations après l'accouchement. Il s'opère, en effet, après l'accouchement un travail de réparation des plus remarquables. Pénétré de la vérité de ce principe, j'ai même donné le nom d'*opérations prématurées* à ces opérations faites trop tôt après l'accouchement, ou après un insuccès.

Mais si j'accepte ce précepte, je ne puis m'empêcher de demander quel est le rôle de la sonde à demeure dans la cure des fistules vésico-vaginales. Je crois qu'elle ne sert pas à grand'chose, puisqu'elle ne peut empêcher que l'urine ne sorte par la fistule. J'ai vu en province, il y a quelques jours, une malade atteinte de perforation de la cloison vésico-vaginale, qui avait été constatée par deux médecins distingués et par M. Barrier (de Lyon). En sondant cette femme, la sonde passait de la vessie dans le vagin, où elle pouvait se sentir avec le bout du doigt. Elle était accouchée depuis six semaines. Lorsqu'on me la présenta, on m'assura que la fistule était facile à constater; mais quand je voulus l'examiner, je ne pus reconnaître cette ouverture que par la présence de quelques bourgeons charnus rougeâtres. L'introduction d'une bougie ou d'une sonde dans l'intérieur de la vessie ne faisait pas arriver dans le vagin. Cela s'expliquait par le travail de cicatrisation spontanée qui s'était opéré. En effet, depuis trois ou quatre jours cette malade ne mouillait plus son lit, et la guérison s'était faite ainsi d'une manière spontanée, sans aucun traitement et surtout sans l'usage de la sonde.

Eu égard au fait de M. Dolbeau, je ferai une remarque; c'est que la fistule siégeait près du col, et la lèvre antérieure de cet organe était même détruite. Or les cas que j'ai vus étaient semblables sous ce rapport. Ne serait-ce point là une condition favorable pour la cure spontanée? On sait qu'alors il y a un long trajet, et par conséquent une agglutination plus facile. Lorsqu'au contraire les deux muqueuses sont séparées par peu de tissus, elles se soudent plus facilement, et le trajet est dès lors organisé, c'est-à-dire la fistule établie; d'où une cure spontanée plus difficile.

M. MARJOLIN. Le fait de M. Nélaton rappelé par M. Blot est peut-être le même que celui que j'ai observé moi-même en 1845 à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale tellement grande que mon père avait peine à y croire, et ne se rendit à l'évidence qu'après que je lui eus dit que M. Nélaton l'avait vue comme moi. Mon père me conseilla d'employer la sonde à demeure, et la fistule se guérit ainsi très-promptement. Deux ans après, j'ai revu cette femme dans mon service; elle a été aussi vue par M. Maisonneuve dans le sien. Elle avait une vaginite, mais la cicatrice restait solide; seulement le tissu inodulaire avait attiré le col de l'utérus très-fortement en avant vers la symphyse pubienne.

M. BLOT. C'était une autre malade, qui fut traitée par M. Nélaton à l'hôpital des Cliniques.

M. DOLBEAU. C'est parce que j'avais entendu les leçons de M. Nélaton que je me suis empressé d'en faire l'application. Je n'avais pas trouvé d'observation dans la science, et il faut joindre la mienne à celle de M. le secrétaire.

Je ne crois pas, comme M. Verneuil, à l'inutilité de la sonde à demeure. Je sais qu'il professe cette opinion, en se basant sur son mémoire dans lequel il a voulu établir que les liquides excrétés n'empêchaient pas la cicatrisation des trajets qu'ils parcourent; mais je ne partage pas son opinion à cet égard. Je maintiens que la sonde doit être employée. A ce sujet, je ferai remarquer que la sonde dite de Syms avec pertuis très-petits, me paraît avoir l'inconvénient de favoriser les incrustations sur ses orifices; d'où une oblitération très-prompte qui ne permet plus le passage de l'urine.

M. DEPAUL. J'ai vu quelques cas de guérison spontanée des fistules vésico-vaginales; je les rapporterai tout à l'heure. Quant à l'observation de M. Dolbeau, elle est intéressante; mais il est regrettable qu'elle ne renferme pas de détails d'une grande importance. Ainsi, on ignore ce qui s'est passé pendant l'accouchement. Le travail n'a duré que dix-neuf heures; pour une primipare, ce n'est pas trop long, c'est vrai, mais tout dépend de ce qui s'est passé. Un travail de trente-six heures peut n'être pas trop long, si la tête n'a pas été continuellement en contact avec la cloison vésico-vaginale. M. Dolbeau nous dit que les membranes se sont rompues deux jours avant; mais où était la tête? exerçait-elle une compression continue ou intermittente? Nous ne savons rien de tout cela. Je sais très-bien que dix-neuf heures sont plus que suffisantes pour amener le résultat. Je ne veux pas insister plus longtemps sur ces lacunes. Je crois, comme M. Verneuil, qu'il y a un grand nombre de guérisons spontanées de ces fistules. J'en ai déjà observé quatre exemples, dont un à la Clinique et trois en ville.

Dans une circonstance analogue, un semblable accident était survenu; c'était en ville. Je n'en parlai pas à la famille, pensant bien qu'il serait toujours temps de faire cet aveu. Je voulus essayer la sonde à demeure, mais elle ne fut pas supportée. Je l'enlevai, et cependant la guérison survint spontanément sans aucune cautérisation. Toutes ces fistules étaient variables quant à leur étendue; dans toutes, l'on pénétrait facilement dans la vessie au moyen du doigt introduit dans le vagin; dans toutes, j'ai observé le même siége, et sur ce dernier point le fait de M. Dolbeau laisse à désirer. Nous ne savons pas si la fistule était dans le cul-de-sac vaginal ou bien plus profondément. Y avait-il destruction de la lèvre antérieure? Cela n'est pas démontré.

M. DOLBEAU. La fistule était vésico-utéro-vaginale.

M. VERNEUIL. Dans les cas de guérison après l'accouchement, il y en a autant qui ont été obtenus avec la sonde que sans elle. Je reproche à la sonde de provoquer des douleurs. Quant à mon opinion, que les liquides excrétés n'empêchent pas la cicatrisation ou la réunion secondaire, je suis prêt à la soutenir. Si l'on peut se passer de la sonde, rejetons-la, puisque son usage a quelques inconvénients.

AUTRE COMMUNICATION.

M. CHASSAIGNAC. Le malade qui fait le sujet de cette communication est encore dans mon service, et je me hâte de faire part à la Société du résultat d'une opération qu'il vient de subir, pour qu'on puisse le visiter si on le désire.

Il s'agit, en effet, de la cure d'un anévrysme de la crurale dans l'espace de sept heures. Cet anévrysme siégeait un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. La guérison a été constatée par plusieurs honorables collègues, parmi lesquels je citerai MM. Curling, Syms, Taylor, Hogdin. La compression a été faite à partir de midi, et à sept heures du soir la tumeur était condensée, sans battements; les collatérales s'étaient développées en douze heures. La compression portait sur deux points; elle était faite avec les doigts, mais secondée par un petit sac de plomb qui rendait la manœuvre plus facile. Elle était faite alternativement sur la branche ilio-pubienne et sur les masses musculaires un peu au-dessous.

Comme dans le premier point la douleur était très-grande, on pouvait ainsi, par l'alternative, faire supporter une compression continue. Aujourd'hui on voit les collatérales battre, et l'on sent le pouls dans toutes les artères de la jambe et du pied. Dans le but de prévenir le retour des battements, et pour assurer la guérison, j'ai fait continuer la compression pendant encore vingt-quatre heures.

DISCUSSION.

M. MARJOLIN. Je suis très-heureux de constater cette guérison; car à une autre époque M. Chassaignac n'avait pas eu autant de confiance dans ce moyen lorsque je présentai un cas semblable. Je fis alors constater la guérison de mon malade par M. Vanzetti, qui était à Paris et avait vu le malade avant le traitement. M. Chassaignac a eu le même bonheur que moi, je l'en félicite; seulement, j'aurais voulu qu'il nous dît quelque chose sur l'étiologie.

M. CHASSAIGNAC. J'ai voulu seulement faire une indication. Je remettrai plus tard l'observation. Mais puisqu'on me le demande, je dirai la cause. Le malade s'était donné un coup de couteau en voulant couper une bruyère. Il s'ensuivit une hémorrhagie considérable à travers une petite plaie. On parvint à arrêter le sang, mais il resta une vaste ecchymose sans battements. Quand je vis le malade à l'hôpital, je présumai qu'il avait une plaie de l'artère crurale, et je lui prescrivis le repos complet au lit. Le septième jour de son séjour à l'hôpital, et le quinzième de la lésion, on constata tout d'un coup les caractères de l'anévrysme faux primitif circonscrit.

M. MARJOLIN. Pendant la compression, y a-t-il eu des vertiges, une céphalalgie intense? C'est là un fait capital; car tous les malades de M. Vanzetti qui ont éprouvé ces accidents ont guéri.

M. CHASSAIGNAC. Le malade a accusé des douleurs très-vives à deux reprises différentes, mais il n'a pas eu de céphalalgie; il a même fini par s'endormir pendant la compression.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour la place d'externe dans les hôpitaux de Paris s'ouvrira le 4 novembre prochain. Le registre d'inscription sera clos le 20 octobre à trois heures.

— Le but le plus immédiat et le plus palpable des associations de toute sorte étant le banquet, nous nous empressons d'annoncer que l'assemblée générale de l'Association des médecins de France se tiendra le 26 et le 27 de ce mois, et que le banquet annuel offert à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales aura lieu le 26 octobre.

Le lieu et l'heure en seront ultérieurement indiqués.

— La commission du monument élevé à Lyon à la mémoire de Bonnet, voulant, autant qu'il est en elle, exciter l'émulation de la jeunesse qui se destine au service des hôpitaux, a adopté, dans sa dernière séance, les propositions suivantes :

1° Une somme de 2,000 fr., prise sur le produit de la souscription, sera consacrée à la fondation d'un prix décerné chaque année à l'élève en médecine qui sera reçu le premier au concours de l'internat des hôpitaux de Lyon.

2° Ce prix, appelé *prix Bonnet*, consistera en une trousse d'honneur munie de ses instruments et portant cette inscription : *Prix Bonnet*, décerné à l'élève ***.

3° Pour assurer à perpétuité les effets de cette fondation, la somme disponible de 2,000 fr. sera offerte au Conseil des hôpitaux de Lyon, avec demande d'en vouloir bien employer le revenu comme il vient d'être dit.

Le Conseil d'administration des hôpitaux ayant pris en considération les motifs de la proposition qui lui était faite, a agréé la fondation du prix Bonnet, et s'est chargé d'en assurer les effets à l'avenir. Dès cette année donc, une trousse d'honneur sera remise par le président de l'administration au premier élu du concours qui va s'ouvrir le 28 octobre prochain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'efficacité des applications de glace sur le ventre, avant et après le débridement des hernies étranglées, pour combattre la péritonite consécutive, par le docteur Adolphe DUMAS, médecin adjoint de l'hôpital de Cette. In-8°. Prix : 50 cent. Chez P. Asselin, place de l'École de Médecine.

Étude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin, par le docteur Henry CAZIN, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, etc. Grand in-8°, avec figures. Prix : 2 fr. 50 cent. Chez P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 117. — MARDI 7 OCTOBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 117. — MARDI 7 OCTOBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 6 OCTOBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Schiff a continué la série de ses communications physiologiques. Le sujet du mémoire qu'il a lu dans la dernière séance est l'étude de l'influence de l'action réflexe sur les nerfs vaso-moteurs.

M. le professeur Rouget (de Montpellier) a présenté dans la même séance une note sur la terminaison des nerfs moteurs dans les muscles chez les reptiles, les oiseaux et les mammifères.

On trouvera une exposition résumée de ces deux communications dans le compte rendu de la séance.

— La question de la consanguinité soulevée devant l'Académie des sciences continue à s'instruire, soit par les communications faites aux sociétés savantes, soit par les observations adressées directement aux journaux de médecine. Voici une observation nouvelle que M. le Dr Destival (de Miradoux) nous a adressée à l'occasion de la note de M. le docteur de Ranse, insérée dans le numéro du 9 septembre dernier.

« Il y a environ quinze ans, nous écrit M. Destival, deux cousins germains, M. D... et Mlle B..., se mariaient ensemble. Ils étaient l'un et l'autre d'une constitution irréprochable et appartenaient à des parents qui jouissaient aussi d'une très-bonne santé. Je me suis informé avec soin des antécédents de la famille, et il est parfaitement clair pour moi qu'il n'y a jamais eu de surdi mutité ni maladie héréditaire d'aucune espèce. De ce mariage sont nées deux filles, l'une âgée de treize ans et l'autre de dix. Toutes deux sont muettes.

» J'habite un pays, ajoute notre correspondant, où les mariages consanguins sont fort en usage, et les fâcheuses conséquences, tant physiques que morales, qu'ils entraînent après eux, y sont si apparentes pour qui veut observer un peu, que les adversaires de ces sortes d'unions pourraient y puiser de nombreux exemples pour soutenir leur manière de voir. » — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GIRALDÈS.

Calculs de la vessie chez les enfants.

(Leçon recueillie par M. BOURNEVILLE, élève externe du service.)

Tout d'abord ce qui attire l'attention des parents des enfants calculeux, ce sont les douleurs que ces petits malades éprouvent pour uriner, l'écoulement fréquent de l'urine, etc. Le malade que nous allons opérer, M..., âgé de onze ans, couché au n° 8 de la salle Saint-Côme, est entré à l'hôpital le 1er mai. Cet enfant présente tous les symptômes rationnels de la pierre: souffrances, ténesme vésical, miction souvent répétée à de courts intervalles, presque incontinence d'urine. L'exploration à l'aide du cathéter est venue confirmer le diagnostic. Je l'ai examiné avec soin, dans le but de savoir s'il devait être soumis à la taille ou à la lithotritie. Or, chez lui, la vessie est irritable, le col douloureux; les urines contiennent des matières muqueuses et purulentes: autant de motifs qui m'ont dissuadé même d'essayer à mesurer la grosseur de la pierre.

Les calculs urinaires sont très-communs chez les enfants. M. Guersant, mon prédécesseur, en a vu un grand nombre dans cet hôpital. Tous les pathologistes sont d'accord pour admettre que l'affection calculeuse prédomine dans l'enfance. Le docteur Prout rapporte que sur un total de 1,256 calculeux opérés dans les hôpitaux de Bristol, Leed et Norwich, 300 avaient moins de dix ans.

Sur 478 individus traités à l'hôpital de Norfolk et Norwich pendant une période de quarante-quatre années, il y en avait 227 jusqu'à l'âge de quatorze ans.

Cette maladie semble prédominer dans certains pays; elle est très-commune en Perse, ainsi que le démontrent un travail de M. le docteur Tholozan adressé à la Société de chirurgie, et un autre du docteur Pollak. Ce chirurgien, qui a résidé longtemps en Perse, a publié un résumé de 156 opérations pratiquées pendant huit années, de 1852 à 1860, et dont 118 sur des sujets au-dessous de quinze ans. L'assertion précédente, à savoir, la prédominance de l'affection calculeuse dans quelques contrées, est surtout vraie pour ce qui concerne les enfants. Elle est commune dans le Nord, en Angleterre, et principalement dans le comté de Norfolk, en Hollande. En Amérique, elle est rare dans divers Etats, le New-Jersey, la Nouvelle-Angleterre; rare aussi chez les hommes appartenant à la race nègre. L'alimentation, la misère, les habitudes, paraissent jouer un certain rôle dans leur production.

Les calculs sont fréquents dans le premier âge de la vie. On les rencontre même à la naissance. A cette époque, comme je l'ai constaté, on trouve les bassinets quelquefois remplis de petits calculs composés d'acide urique. On observe souvent, ainsi que cela a été signalé par le professeur Schlossberger et confirmé par le professeur Martin (d'Iéna), les tubes urinifères gorgés de matière saline, ayant l'aspect de hachures, d'un jaune de chrôme, occupant la place des tubes des pyramides. Je le répète, j'ai maintes fois constaté cela chez des enfants au moment de la naissance.

La présence d'une pierre dans la vessie s'accompagne exceptionnellement, dans cette catégorie de patients, de suppuration des reins. Néanmoins, au commencement de cette année, j'ai eu dans la salle Saint-Côme un enfant calculeux chez lequel il y avait une cystite chronique étendue, accompagnée de suppuration des deux reins.

Nous n'insisterons pas sur la composition chimique des calculs; nous dirons seulement que dans les cas qui nous occupent, l'urate de soude en est souvent le principe dominant.

Malgré la fréquence de cette maladie chez les enfants, on ne voit que très-rarement, comme chez l'adulte et les vieillards, un nombre considérable de pierres dans la même vessie. J'ai pratiqué la taille chez un homme de soixante-dix ans, et j'ai extrait cinq calculs dont la masse s'élevait à 300 grammes: la vessie de ce malheureux était une véritable carrière. Des faits analogues n'existent pas dans l'enfance.

La présence du calcul étant bien évidente, à quelle opération doit-on recourir? Il y en a deux: la taille, la lithotritie. L'une, non sanglante, donnant la plupart du temps d'excellents résultats; l'autre, également avantageuse, amène fréquemment de graves complications. Mais pour ce qui concerne les enfants, en particulier les plus jeunes, les choses ne s'offrent pas ainsi; et on peut dire, en thèse générale, que la lithotomie est préférable à la lithotritie.

Examinons quels sont les bénéfices donnés par chacune de ces deux méthodes.

De cinq à dix ou douze ans, la taille est plus favorable; elle l'est encore d'un an à cinq, puisque la mortalité n'est que de 1 sur 15. Cependant ce procédé céderait le pas à la lithotritie, si de celle-ci on retirait le même profit. Or, la lithotritie n'a pas été aussi heureuse, sauf quand il s'agissait de calculs peu volumineux chez des sujets de douze ans.

Sur 21 pierreux lithotritiés par M. Guersant, 6 succombèrent: 2 des accidents de l'opération et 4 de maladies intercurrentes. A cette époque de la vie, la vessie est presque toujours très-sensible, contractile. Néanmoins, il est des circonstances où la lithotritie est applicable.

Ce qui fait qu'elle est suivie d'accidents du côté de la vessie, c'est que chez l'enfant cet organe est pour ainsi dire péritonéal; de plus, à l'irritabilité naturelle s'ajoute l'irritabilité morbide. La péritonite est la cause la plus générale de l'insuccès de la lithotritie chez les enfants. Ces indications posées, passons au patient de la salle Saint-Côme.

La vessie, chez lui, est très-irritable; l'urine, fortement alcaline, renferme du pus, contre-indications de la lithotritie. C'est donc à la taille qu'il faut nous adresser. Quel procédé emploierons-nous? Les tailles se divisent en deux classes: sus-pubiennes et périnéales. Celles-ci sont multiples: bilatérale, latérale, médiane, médio-latérale; celle de M. Civiale, les tailles recto-vésicale, prérectale. C'est la taille latérale que nous adopterons. Elle est préférée, chez les enfants, par la majorité des chirurgiens.

La taille latéralisée se compose de trois incisions dont la longueur va en diminuant de l'extérieur à l'intérieur. La première s'étend jusqu'aux muscles bulbo-caverneux et transverse; la seconde, moins étendue, n'intéresse que la portion musculeuse de l'urèthre; la dernière incision porte sur la vessie et la prostate.

Quels sont les instruments dont on fait usage? Ils varient; ce sont des instruments conducteurs et des instruments tranchants: des bistouris, des bistouris cachés connus sous le nom de lithotomes, des gorgerets tranchants, etc. Nous nous servirons du lithotome caché.

Les chirurgiens anglais employaient autrefois le gorgeret tranchant. Cet instrument rend l'opération brillante; mais il a

---

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons d'orthopédie professées à la Faculté de médecine de Paris par M. J. F Malgaigne, recueillies et publiées par MM. Felix GUYON et F. PANAS (1).

Il est des esprits que tentent les voies nouvelles, et qui s'attachent de préférence dans leur enseignement aux considérations qui semblent pour ainsi dire sortir du cadre classique, tant les sujets auxquels elles se rapportent sont inexplorés. M. Malgaigne est du nombre de ces esprits, et il n'y a qu'à citer le beau monument qu'il a élevé au père de la chirurgie française dans son édition d'Amb. Paré, son ouvrage remarquable sur les fractures et les luxations, et bien d'autres productions de sa plume facile, pour rappeler les principaux titres du professeur à la faveur qui ne lui a jamais fait défaut parmi les élèves qui de tous les points du monde se pressent à ses cours.

Les leçons que MM. Guyon et Panas ont récemment recueillies et publiées, avec l'autorisation et sous la surveillance du savant chirurgien de la Charité, rentrent encore dans le genre de travaux qu'il semble affectionner, et qui ont pour moindre mérite un cachet d'utilité pratique.

L'orthopédie, aussi vieille qu'Hippocrate, mais baptisée seulement en 1741 par Andry, manquait en effet jusqu'à présent de livre classique en France, bien que l'art lui-même eût parmi les chirurgiens de notre époque un bon nombre de praticiens distingués. Les publications de ces derniers, éparses le plus souvent dans les journaux, n'avaient pas encore été réunies en corps de doctrine. C'est ce que M. Malgaigne a voulu faire en empruntant aux travaux de ses devanciers et à une large expérience personnelle les bases d'une analyse appréciative qui, nous devons bien l'avouer, aurait besoin de s'exercer plus souvent de nos jours pour les publications médicales.

Il serait certainement difficile de donner ici le résumé précis de leçons auxquelles l'auteur aurait voulu consacrer plus de temps que ne le permettait le cadre officiel de son cours, et cependant nous voulons, tout en recommandant l'ouvrage entier, insister davantage sur les parties qui nous paraissent avoir été le plus magistralement traitées.

M. Malgaigne a passé en revue dans autant de chapitres ou d'articles, et suivant l'ordre anatomique de région, les déviations des membres, du cou et du tronc. Son exposition débute par celles des doigts, soit qu'elles reconnaissent pour cause la paralysie ou la section des muscles, la rétraction musculaire ou la brûlure, et nous croyons pouvoir louer entièrement ce qui a trait aux règles qui doivent dans ces diverses circonstances présider au traitement. Ici, comme en bien d'autres endroits du livre, l'auteur a su faire justice de méthodes dont le moindre inconvénient est de faire perdre un temps souvent irréparable pour la guérison, et d'inspirer des espérances irréalisables. Il s'est efforcé surtout, à plusieurs reprises, de montrer que le traitement de ces déviations ne pouvait être purement empirique. Le chirurgien orthopédiste doit avoir en effet constamment en vue non-seulement l'anatomie, mais aussi la physiologie des mouvements telle que les travaux les plus modernes l'ont fait connaître, et l'étude pathologique des conditions nouvelles, souvent opposées à l'état normal, qui naissent elles-mêmes de l'ancienneté de telle déviation donnée.

M. Malgaigne s'est enfin élevé contre l'abus des sections tendineuses, en les combattant par le meilleur argument qu'on pût leur opposer, la démonstration de l'inutilité de leur emploi, alors que de nouvelles infirmités n'en sont pas l'inévitable conséquence.

Les déviations du poignet, les roideurs articulaires du coude et celles de l'épaule sont également passées en revue, avec d'autant plus de soin que l'auteur a proposé pour les deux dernières lésions deux machines ingénieusement imaginées.

Après quelques détails sur les déviations des orteils, moins étudiées que celles des doigts parce que sans doute on peut plus facilement les masquer, et aussi parce que l'homme civilisé a su réduire ces parties à un rôle très-différent de celui que leur font jouer toutes les races sauvages, M. Malgaigne a été conduit à exposer l'orthopédie du pied, le pied cambré, le pied plat (qu'il relève de l'incapacité pour la marche qui lui est officiellement attribuée), et surtout le pied bot. Nous ne saurions donner trop d'éloges à cette dernière partie de son livre.

(1) Un vol. in-8° avec planches. Prix, 6 fr. 50. Paris, chez Adrien Delahaye, 1862.

un inconvénient : il peut s'échapper du cathéter et aller couper les parties voisines, le rectum par exemple.

Reste à indiquer la position du malade, celle des aides. Naguère on attachait le malade avec des lacs ; avec le chloroforme, ces mesures quasi barbares sont inutiles. Un aide maintient le genou, écarte les jambes du patient. L'aide qui tient le cathéter a le rôle le plus important.

L'opération se fait en deux temps : incision des parties molles et de l'urèthre ; incision de la vessie. Ce dernier temps terminé, le chirurgien introduit le doigt dans la vessie et s'en sert comme d'un conducteur pour l'introduction des tenettes, et saisit le calcul qu'il ramène doucement au dehors. Avec le doigt il explore ensuite la vessie, afin de s'assurer que tous les calculs ont été extraits.

Si par hasard une hémorrhagie succédait à l'opération, on l'arrêterait facilement en touchant légèrement la plaie avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer, ou même en introduisant une canule appropriée, à la faveur de laquelle on exercerait sur les parties saignantes une légère compression.

CLINIQUE NAVALE.

De l'angine de poitrine épidémique (1).

Par M. le docteur E. GÉLINEAU, de Ruelle-Stonne (Charente).

Étiologie. — Causes prédisposantes. — A. *Age.* — Sur les 14 cas d'angine de poitrine que j'ai recueillis à bord de *l'Embuscade*, je trouve 2 hommes âgés de quarante ans, 1 de trente-cinq, 1 de trente-quatre, 1 de trente, 6 âgés de vingt-quatre ou vingt-cinq ans, 1 de vingt-trois et 1 de vingt. Le nommé D..., qui deux ans auparavant avait été isolément atteint, n'avait que vingt-deux ans ; ce qui semble en contradiction avec la doctrine généralement admise aujourd'hui que l'angine de poitrine est rare avant vingt-cinq ans. Cependant cette apparition de la maladie chez des jeunes sujets n'infirme point la vérité de ce fait, car elle tient, comme je le prouverai plus tard, à l'action de causes générales ayant pesé pendant longtemps et d'une manière uniforme sur un équipage de 250 hommes ; et d'autre part, les 8 mousses ou novices et les 5 aspirants que nous avions à bord ont joui d'une immunité complète. D'ailleurs cette influence de l'âge est loin d'être aussi absolue qu'on l'a prétendu, puisque jadis Hamilton, et récemment MM. Homolle et Bourdin, ont été témoins de deux cas d'angine de poitrine sur des enfants.

B. *Hérédité.* — J'ai interrogé mes malades sur les affections auxquelles étaient sujets leurs parents, et je leur ai demandé s'ils ne les avaient pas vus en proie à des souffrances semblables à celles qui les affligeaient eux-mêmes. Tous m'ont répondu négativement. C'était tout au plus si quelques-uns avaient eu des douleurs rhumatismales, si fréquentes dans la basse classe.

C. *Tempérament et embonpoint.* — Je ne crois point que le tempérament ait exercé une grande influence sur la production de l'épidémie. Je trouve sur mes 14 malades 6 tempéraments lymphatiques, 5 tempéraments lymphatico-nerveux, et 3 sanguins, mais très-débilités. Un seul de mes hommes avait la peau blanche et rosée et les cheveux blonds ; les autres étaient bruns. Un d'eux avait de l'embonpoint ; 3 autres un embonpoint ordinaire ; les autres étaient maigres et délicats.

D. *Profession.* — Parmi les quatorze matelots de l'*Embuscade*, je trouve un timonier, c'est-à-dire un homme montant et descendant cent fois par jour peut-être les escaliers qui conduisent de la dunette chez le commandant de la chambre, du commandant au carré des officiers, de chez ces derniers au faux-pont ou à la cale. Je compte encore huit gabiers, c'est-à-dire les plus agiles de nos marins, ceux qui, séjournant souvent dans les hunes, ressentent plus que les autres habitants du bord les oscillations du navire, et éprouvent le plus de fatigue à serrer et déployer les voiles ; d'autres étaient chefs de pièces, emploi qui exige de l'agilité et des mouvements assez violents ; tous d'ailleurs étaient assujettis à cette vie d'ascensions et de descentes perpétuelles qu'entraînent les exercices journaliers du bord, aux inspections, aux quarts successifs, au service de vigies, c'est-à-dire de guetteurs placés nuit et jour à l'extrémité du grand mât.

E. *Climat, saisons, régime.* — Les auteurs anglais ont publié un si grand nombre d'observations de cette maladie qu'on est naturellement conduit à présumer qu'elle est beaucoup plus fréquente dans leur pays que dans le nôtre, ce qui s'expliquerait par sa position géographique au milieu de l'Océan et par l'existence presque constante de brouillards épais ou de vents humides. Comme cette opinion est généralement adoptée par tous les praticiens, il me reste à faire comprendre qu'à bord de l'*Embuscade* nous vivions dans une atmosphère non moins saturée d'humidité, et que l'angine de poitrine a dû y trouver un foyer de prédilection.

D'après ce que j'ai observé pendant huit années de navigation, un navire est un des séjours les plus humides du monde. Cette humidité reconnait deux ordres de causes : les unes, auxquelles on ne peut remédier, viennent de l'air marin d'autant plus chargé de particules salines qu'on navigue dans les latitudes élevées ; elles viennent encore de la chaleur diurne, qui est extrême et suivie d'un refroidissement nocturne très-humide, et enfin des exhalaisons qui de la cale où séjourne toujours une certaine quantité d'eau, se répandent dans le reste du navire. Les autres causes auxquelles jusqu'à présent tous les chirurgiens de la marine ont vainement opposé leurs doléances, sont ces lavages (je devrais dire ces inondations d'eau de mer) faits chaque matin dans la plus grande partie du navire. Quand on songe avec quelle lenteur s'évapore l'eau de mer, surtout à bord d'un vieux navire usé, on comprend dans quelle atmosphère habituelle d'humidité nous vivions !

Celle-ci était encore augmentée par les latitudes que nous traversions quand a éclaté l'épidémie ; nous venions de passer le cap Horn, et c'est au voisinage des îles Malouines, dont le climat sans cesse brumeux rappelle celui de l'Angleterre, que parut le premier cas. Jusqu'à notre arrivée à Sainte-Hélène, nous fûmes constamment poussés par un vent de sud-ouest qui nous arrivait chargé d'épais brouillards. Plus tard, auprès des Açores, des brises humides firent reparaître la maladie, et enfin à Cherbourg, dans cette ville française de cœur et de coutumes, mais anglaise sous le rapport d'une température froide et inclémente, dans cette rade exposée à de grands vents où nous venions de jeter l'ancre pour la dernière fois, j'ai observé une récidive.

Quant au régime, j'ai expliqué comment, malgré toute la sollicitude de l'autorité, il est fort débilitant et finit par rendre l'hématose languissante et prédisposer par conséquent aux maladies du cœur.

F. *Usage du tabac.* — Dans ces derniers temps, M. Beau a présenté à l'Académie des sciences, comme une des causes multiples de l'angine de poitrine, l'usage ou plutôt l'abus du tabac à fumer, et énuméré des faits concluants à l'appui de sa théorie. Cette considération, je dois le dire, n'avait point attiré mon attention, et j'ignore si elle doit entrer en ligne de compte pour la production de la maladie ; mais connaissant parfaitement mes hommes, je puis faire appel à mes souvenirs sans crainte de me tromper.

Tous fumaient avec cette sorte d'acharnement, de rage, qui pousse le matelot à accélérer par de larges bouffées la fin de sa pipe pour en allumer une autre. Le tabac fait tellement partie du matelot, que sans lui ce n'est plus qu'un être incomplet ; mais parmi tous ces fumeurs, je me souviens d'un ayant sans cesse la cigarette à la bouche, et c'est le plus jeune de tous ceux qui ont été frappés, le nommé M... A l'usage de la pipe, huit ou neuf de ces hommes, marins de profession, joignaient celui de la chique, et on sait qu'involontairement les chiqueurs, soit dans un exercice, soit en voulant parler ou répondre à un de leurs supérieurs, avalent le jus du tabac et quelquefois la chique elle-même. Je ne serais donc pas étonné si ces détestables habitudes avaient jusqu'à un certain point concouru à grossir le nombre de mes malades.

G. *Influence d'autres maladies.* — L'angine de poitrine se relie si souvent à d'autres affections, que j'ai dû m'attacher à savoir si aucun de mes hommes n'avait eu précédemment de rhumatisme, de goutte, d'hypertrophie du cœur, d'anévrysme, etc., etc. Cela m'était d'autant plus facile que vivant avec eux depuis près de quatre ans, j'étais dans les meilleures conditions pour les bien observer ; mais chez aucun d'eux je n'avais eu à traiter de lésions de ce genre ; seul le nommé G... s'était plaint de quelques palpitations. Cependant l'un d'eux, le nommé D..., avait été traité quelques jours auparavant pour une bronchite aiguë.

On sait que Juvine a soutenu avec chaleur que les affections du poumon pouvaient favoriser et même faire naître l'angine de poitrine. Wichmann, ainsi que lui, avait noté l'existence des râles pendant l'accès, et après la crise une toux qui déterminait l'expulsion de beaucoup de matières glaireuses. Or cette accumulation de mucosités ne forme-t-elle pas un obstacle en quelque sorte mécanique au libre exercice des poumons, et ne peut-elle pas à la longue, en devenant plus abondante et plus épaisse, occasionner de la gêne, de l'anhélation, nuire à l'intégrité des fonctions respiratoires, et enfin devenir cause prédisposante de l'angine de poitrine ?

Nous devons dire aussi quelques mots sur un état maladif de nos hommes, qui a pu exercer une grande influence sur le développement de cette affection ; je veux parler de l'état d'anémie profonde où ils étaient plongés. On sait que toutes les fois qu'il n'y a pas une juste pondération entre le système nerveux et le système sanguin, et que le sang n'arrive pas aux centres nerveux avec ses qualites naturelles, soit par une richesse trop grande de ses éléments, soit par une diminution de sa quantité ou de ses principes vivifiants, il stimule trop ou ne stimule pas assez le système nerveux, et qu'il en résulte une foule de désordres et de névralgies douloureuses, au nombre desquelles je ne vois pas pourquoi l'angine de poitrine ne prendrait pas une place. Mais de ces deux excès, l'anémie, par la déglobulisation et le défaut d'excitabilité du sang qu'elle entraîne, me semble devoir produire les effets les plus graves. Or, notre équipage était, je dois le dire, anémié au plus haut point.

Considéré dans son ensemble, sa force physique était très-peu développée, car à l'époque où nous quittions la France on renvoyait sur les vaisseaux dans la mer Noire les hommes les plus robustes, et on nous avait donné les moins vigoureux. Puis, grâce à la vieillesse du navire, à sa facilité à faire de l'eau et aux lavages trop souvent répétés, le scorbut s'était fait, malgré les précautions hygiéniques possibles, notre compagnon fidèle, et n'avait jamais complétement disparu du bord. Enfin les fièvres intermittentes au *Centre-Amérique*, un assez grand nombre de dyssenteries, et pour surcroît de causes débilitantes une épidémie de colique sèche qui frappa le sixième de l'équipage (sans compter les récidives) et me donna à soigner jusqu'à vingt-deux hommes à la fois, les avaient affaiblis considérablement ; sous ces influences diverses, presque tout l'équipage se plaignait de dyspepsie, de langueur, et présentait une pâleur cireuse, une flaccidité notable des chairs, qu'une nourriture fortifiante, les ferrugineux et le lactate de fer étaient impuissants à faire disparaître, tant était grande l'altération survenue dans tout l'organisme.

On le voit d'après ce rapide aperçu, si jamais des névralgies ont trouvé un champ favorable à leur développement, c'est à bord de l'*Embuscade*, où défaut de forces physiques, abattement moral, épuisement par des maladies antérieures ou concomitantes, se réunissaient pour leur donner naissance. Eh bien, quand à ces hommes anémiés, exposés déjà à de grands vents, on commandait un travail fatigant, comme de monter aux mâts, l'exercice des voiles ou celui du canon, qui demandent autant de déploiement de forces que d'activité, ne devait-il pas survenir aussitôt chez eux de l'essoufflement, de la dyspnée, une respiration précipitée, incomplète, des mouvements de cœur accélérés, en un mot tout ce qui pouvait favoriser le développement d'une angine de poitrine ?

En considérant, d'autre part, la liste de mes malades, je trouve que onze sur quatorze ont eu à souffrir de la colique vé-

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 septembre.

La fréquence et les variétés de ces difformités, qui font de l'extrémité des membres inférieurs le terrain classique de l'orthopédie, a fourni à l'auteur l'occasion d'exposer l'ensemble de la science sur ce point. Il n'est pas, à notre avis, de chapitre plus soigné que celui que nous signalons à l'attention du lecteur.

Étude des causes, importante à tous les points de vue ; indications générales et spéciales ; critique des méthodes de réduction et de contention, qui constituent le traitement mécanique pur ; exposé de ses résultats définitifs, si souvent contraires aux espérances, disons-le même, aux illusions des auteurs qui ont vanté ces moyens, pourtant généralement impuissants lorsqu'ils sont seuls employés ; tous ces détails de la question sont élucidés avec critique et clarté. Il en est ainsi de la méthode par section ou ténotomie, dont toutes les conditions, les règles et les conséquences sont nettement présentées.

Les roideurs articulaires du pied, les déviations des genoux et l'ankylose complète de ces dernières articulations ont également occupé le professeur, qui a montré par l'étude des faits les dangers et l'insuffisance des moyens puissants de réduction, qui avaient tout d'abord séduit quelques chirurgiens, et même l'Académie de médecine, jusqu'au moment où la recherche des effets derniers de l'emploi de ces machines est venue prouver le peu de secours qu'elles avaient apporté à la chirurgie réelle.

Cette considération des résultats fixes de l'orthopédie tient sans aucun doute le premier rang dans les leçons de M. Malgaigne, et nous ne croyons pas que ses conclusions soient exagérées. Si elles sont loin de reproduire les expressions de confiance ou d'enthousiasme de quelques observateurs, il nous semble qu'elles ont des conséquences pratiques d'une haute utilité, et spécialement celle de ramener sans cesse l'esprit des médecins vers les seules règles qui doivent présider à leur intervention, à savoir, l'appréciation raisonnée du but qu'on veut atteindre par l'art, et le choix des meilleurs moyens pour y parvenir. En dehors de là, il ne peut y avoir qu'illusions, erreurs et déceptions.

Les déviations de la hanche, suite de coxalgie, les luxations pathologiques et les pseudo-luxations, forment un chapitre intéressant. Ceux qui ont vu, comme nous, opérer à Paris le regrettable Bonnet (de Lyon), aimeront à le parcourir, parce que tout en rendant justice aux méthodes hardies que ce maître exposait avec tant de talent, il met en lumière les difficultés qu'elles rencontrent dans leur stricte application, et le peu de solidité de certaines guérisons regardées d'abord comme incontestablement obtenues.

Les luxations par paralysie, par relâchement des ligaments, par hydarthrose aiguë ou chronique, quoique rares, sont aussi traitées avec soin, ainsi que les conditions dans lesquelles se produisent les luxations dites congénitales de la même articulation. On ne saurait trop engager les chirurgiens à relire ce qui a trait aux difficultés de l'extension continue, ordinairement employée dans ces cas, et aux impossibilités presque générales de la réduction et du maintien.

L'art est plus puissant contre les déviations du cou ou de la tête, soit qu'elles aient pour cause des affections des articulations des deux premières vertèbres entre elles et avec l'occipital, ou des lésions particulières des muscles, du sterno-cléido mastoïdien en particulier. C'est encore en partant des données cliniques pures, que M. Malgaigne a pu résumer ce qui a trait à l'utilité des machines seules ou associées à la section des muscles.

Mais la partie principale du livre est certainement la série de leçons consacrées aux déviations de la taille. Examen critique des causes communément admises, quelquefois à tort ; importance des conditions différentes d'habitudes et d'éducation chez les enfants des deux sexes ; influence du poids de la tête et du tronc dans la production des courbures antéro-postérieures normales du rachis ; rôle des disques intervertébraux, du corps des vertèbres, des ligaments qui les unissent, des apophyses articulaires et épineuses, ainsi que des ligaments jaunes ; toutes ces questions étiologiques ont été discutées avec détail, de manière à mettre le chirurgien en mesure de savoir ce qui produit, augmente ou exagère les inflexions soit primitives, soit consécutives, de l'épine, et détermine, comme conséquence définitive et malheureusement incurable, la torsion de la colonne vertébrale.

Des observations particulières d'anatomie pathologique et des planches rendent la démonstration de M. Malgaigne plus complète. Si l'on n'adopte pas toutes les conclusions de son étude, au moins ne peut-on s'empêcher de reconnaître que les difficultés du problème sont exposées avec une entente spéciale du sujet, et à l'aide de considérations précises, nombreuses, qui permettent d'arriver sans peine au diagnostic de lésions qui ont quelquefois échappé aux yeux de spécialistes exercés et impartiaux.

La vingtième leçon est tout entière employée au traitement des déviations de la taille ; l'historique des divers moyens successivement

gétale, et je me demande s'il ne serait pas possible que l'angine de poitrine eût succédé à cette dernière, de même que l'on voit dans la science de nombreux exemples de névralgies erratiques se remplacer tour à tour, occuper un siége nouveau sans laisser de traces de leur passage précédent. M. Grisolle ne dit-il pas avoir vu chez un de ses amis une gastralgie intense, et chez un de ses parents une névralgie intercostale, remplacer une névralgie faciale? Tissot, Chaussier, ne donnent-ils pas dans leurs œuvres des exemples de faits analogues? Si nous consultons les observations d'angine de poitrine relatées par les auteurs, ne rencontrons-nous pas souvent dans l'examen du malade ces mots : « Sujet aux névralgies ou né de parents atteints d'affections nerveuses? » Dans ses leçons cliniques, M. Trousseau ne dit-il pas que des personnes atteintes d'angine de poitrine présentaient à la fin de leurs accès tous les symptômes caractéristiques du mal caduc?

D'autres fois, ajoute l'illustre professeur, celui-ci entrait le premier en scène, et, après une agitation désordonnée, le malade revenait à lui et éprouvait toutes les souffrances de l'angine. M. Trousseau nous montre encore un cas de sternalgie succédant chez une dame âgée de quarante-sept ans et éminemment chlorotique, à des névralgies cruelles et à des désordres nerveux. Je conserve par devers moi un exemple incontestable pris dans ma pratique civile d'une angine de poitrine remplaçant une sciatique et disparaissant quand celle-ci se montrait. Cette corrélation existe pour nous; elle s'appuie sur des faits. De plus, le raisonnement et l'exemple de ce qui arrive pour des souffrances de même nature, nous autorisent à l'admettre et à croire que sur l'*Embuscade* les deux plus cruelles névralgies qui existent, l'angine de poitrine et la colique végétale, se succédaient et se remplaçaient tour à tour, la dernière s'effaçant quand apparaissait la première.

Causes occasionnelles. — Le plus souvent j'ai trouvé, en interrogeant mes malades, une cause occasionnelle précédant l'accès et semblant en déterminer l'apparition, et cette cause avait agi en augmentant l'activité de la circulation. Ainsi, un timonier ressentit la première atteinte en gravissant rapidement l'escalier qui de la batterie conduit au pont; quatre autres furent pris en montant aux mâts; un autre, après un exercice de voiles, eut une crise dans la hune, et on fut obligé de le descendre, non sans beaucoup de souffrances. Ceux-ci se sentirent frappés pendant l'exercice du canon, ceux-là en mangeant précipitamment. On comprend du reste que toutes les causes occasionnelles signalées par les auteurs comme enrayant l'action du cœur et déterminant ce que M. Beau appelle l'asystolie (marche contre le vent, marche sur un plan incliné), se trouvent réunies au plus haut degré sur un navire à la voile oscillant sans cesse sous l'action combinée de la brise et des flots.

Les observations que j'ai rapportées retracent à grands traits les souffrances propres à cette maladie; cherchons à caractériser encore mieux ce qu'elle m'a présenté de particulier dans ses principaux symptômes à bord de l'*Embuscade*.

Ce sera le sujet d'un troisième et dernier article.

DURÉE D'INCUBATION DE LA VACCINE,

Par M. le Dr J. HÉBERLÉ (de Hochfelden).

La discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur la durée d'incubation de la vaccine, m'a suggéré l'idée de communiquer l'observation suivante :

En 1845, au moment des vaccinations générales dans le canton, j'ai vacciné une de mes nièces, âgée de cinq mois (enfant sain et bien portant). A la vérification de la vaccination, j'ai trouvé de beaux boutons à tous les enfants vaccinés, à l'exception de ma petite nièce, qui fut la seule qui m'ait donné un résultat négatif. Quinze jours plus tard, on m'amena de nouveau la petite fille pour réitérer l'opération. A mon grand étonnement, je remarquai sur chaque bras quatre superbes boutons qui commençaient à se former, et qui se sont parfaitement développés.

Quelques années plus tard, j'ai revacciné le même enfant, mais sans succès, ce qui m'a fait supposer que le premier vaccin avait porté ses fruits.

Depuis plus de vingt-cinq ans, je m'occupe beaucoup, en ma qualité de médecin cantonal, de vaccinations, sans avoir constaté aucun autre cas d'une incubation dépassant le terme ordinaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 septembre. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Nerfs vaso-moteurs. — M. SCHIFF lit un nouveau Mémoire intitulé : *De l'influence de l'action réflexe sur les nerfs vaso-moteurs.*

Quelques auteurs, dit M. Schiff, ont nié l'existence d'une dilatation active, dans laquelle ils ont cru reconnaître ou une paralysie des muscles constricteurs des vaisseaux, ou un épuisement de ces muscles, produit par une constriction qui précéderait toujours la dilatation.

Chez un lapin dont l'artère centrale de l'oreille externe est bien visible et médiocrement dilatée, on chatouille légèrement, dans une étendue de deux ou trois lignes, la peau qui couvre cette artère. Presque immédiatement l'artère se dilate dans une étendue correspondante au point chatouillé. On ne voit point de contraction qui précède la dilatation; mais au-dessous et au-dessus du point chatouillé, l'artère reste dans le resserrement primitif. L'effet de cette expérience reste le même lorsque l'on a préalablement coupé le sympathique au cou du côté correspondant, ou extirpé le ganglion cervical supérieur.

Cette expérience prouve quatre choses :

1° Que la dilatation vasculaire qui se montre comme effet d'une irritation ne doit pas être toujours précédée d'une constriction du vaisseau; qu'il y a donc des dilatations vasculaires qui ne sont pas l'effet de l'épuisement des fibres circulaires;

2° Que cette dilatation n'est pas l'effet mécanique d'un afflux augmenté du sang, afflux qui, selon une ancienne hypothèse, serait primitivement produit par l'irritation;

3° Que la dilatation n'est pas l'effet mécanique d'une contraction réflexe située ou plus loin vers la périphérie ou dans le système veineux;

4° Nous concluons encore de cette expérience que le sympathique ne contient pas de nerfs vasculaires qui président à cette espèce de dilatation que nous venons de décrire.

La dilatation produite par le chatouillement n'est pas indépendante des nerfs; car si, après l'expérience que nous venons de décrire, nous coupons tous les nerfs sensitifs de l'oreille, le même chatouillement ne produit plus l'effet indiqué.

Mais après la section de *tous* les troncs nerveux on peut encore produire une pareille dilatation localisée, lorsque, au lieu de chatouiller légèrement, on frotte le vaisseau avec un peu plus d'énergie. On agit dans ce cas directement sur la fibre contractile ou sur les terminaisons périphériques des nerfs qui produisent la dilatation.

Mais si l'on frotte avec trop de force, si l'on racle au lieu de frotter doucement, le vaisseau ne se dilate plus, il se contracte vivement. On a une constriction localisée au lieu de la dilatation.

D'après cette expérience, on ne pourrait plus admettre l'hypothèse qui suppose que la dilatation vasculaire produite par le frottement du vaisseau consiste essentiellement dans une paralysie des muscles circulaires; car dans ce cas l'augmentation de ce même agent devrait augmenter la paralysie, mais ne pourrait pas produire l'effet opposé, c'est-à-dire une contraction tétanique.

La dilatation vasculaire que nous venons de considérer n'est donc ni l'effet de l'épuisement ni de la paralysie des fibres circulaires des vaisseaux, elle n'est pas l'effet d'un afflux augmenté du sang, ni d'un arrêt de la circulation par une constriction périphérique : c'est un effet local d'une irritation locale, sans qu'il dépende d'une perturbation générale de la circulation. Cette dilatation n'est donc pas passive, elle ne peut être qu'un phénomène actif. Elle est de plus sous l'influence du système nerveux, sans qu'elle reconnaisse dans la présence des troncs nerveux une condition indispensable de sa production. Elle est sous ce rapport analogue à la contraction musculaire. Comme dans la contraction musculaire, l'irritant qui produit l'effet signalé doit changer de nature, doit devenir plus énergique, lorsqu'on a retranché les troncs nerveux.

La connaissance de la dilatation active est riche en conséquences importantes pour la pathologie. Elle est indispensable pour la connaissance des effets réfléchis dans le système vasculaire.

M. POUCHET envoie plusieurs travaux, les uns manuscrits et les autres imprimés, qu'il présente comme pièces de concours pour le prix Alhumbert (question des générations spontanées). Un appareil dont il a fait usage dans ce travail et un matras qui contient les produits obtenus dans une de ses expériences, font partie de cet envoi, qu'accompagne une lettre contenant en sept propositions les résultats qu'il pense avoir établis par l'ensemble de ses recherches. (Réservé pour la future commission.)

Terminaison des nerfs moteurs dans les muscles. — M. ROUGET communique une note sur la terminaison des nerfs moteurs dans les muscles chez les reptiles, les oiseaux et les mammifères.

C'est chez un reptile écailleux, le lézard gris, que l'auteur a observé d'abord la disposition spéciale des nerfs des muscles, telle qu'on la retrouve presque sans aucune autre modification chez tous les vertébrés supérieurs.

Les troncs nerveux et les branches de distribution croisent en général la direction des fibres musculaires; quant aux ramifications terminales, tantôt elles rencontrent les fibres musculaires sous un angle presque droit, tantôt elles se placent presque parallèlement à l'axe des faisceaux primitifs. Des branches de distribution se détachent tantôt des ramuscules de deux à trois tubes nerveux, tantôt des tubes isolés. Après un très-court trajet, ces tubes se divisent et peuvent présenter jusqu'à sept ou huit divisions successives. Le plus communément, ou bien la terminaison a lieu par des divisions de deuxième ou de troisième ordre, ou bien un même tube nerveux émet successivement des divisions qui se jettent sur les faisceaux primitifs voisins, et s'y terminent sans nouvelles divisions et après un très-court trajet. Les divisions ont un diamètre moins considérable que celui des tubes nerveux primitifs, mais elles conservent jusqu'à l'extrémité terminale leur double contour, et on peut y démontrer facilement une gaîne munie de noyaux, une couche médullaire et le *cylinder axis*. Dans le point où le tube se termine, on observe constamment une disposition spéciale qui n'a aucune analogie avec celle qui a été décrite chez les batraciens par les deux précédents observateurs, et que Kühne a cru pouvoir étendre aux vertébrés supérieurs, aux mammifères et à l'homme. Le tube nerveux à double contour qui conserve encore un diamètre de 0mm,008 à 0mm,010 dans le point où il atteint le faisceau primitif pour s'arrêter à sa surface, se termine par un épanouissement de la substance nerveuse centrale, du cylindre-axe, qui se met en contact immédiat avec les fibres contractiles (*fibrilles*) du faisceau primitif. La couche de substance médullaire cesse brusquement en ce point, la gaîne du tube s'étale et se confond avec le sarcolemme, mais en continuité immédiate avec le cylindre-axe, une couche, une plaque de substance granuleuse de 0mm,004 à 0mm,006 d'épaisseur, s'étale sous le sarcolemme, à la surface des fibrilles, dans un espace généralement ovalaire.

Ce qui caractérise essentiellement ces plaques terminales des nerfs moteurs, c'est une agglomération de noyaux que l'on observe à leur niveau. On distingue déjà à un faible grossissement le point où le tube nerveux atteint le faisceau primitif auquel il est destiné, et se termine brusquement à sa surface par une agglomération de six à douze ou même seize noyaux qui occupent le champ de la plaque terminale.

J'ai étudié la terminaison des nerfs moteurs dans les muscles chez le lapin et la musaraigne, parmi les mammifères. Ici encore j'ai constaté le même mode de terminaison, les mêmes plaques granuleuses, la même agglomération de noyaux que dans les classes précédentes. Seulement on est frappé dès le premier abord du nombre beaucoup plus considérable des tubes nerveux moteurs et des plaques terminales dans les muscles des mammifères, comparés surtout aux muscles des reptiles.

C'est un fait qui doit être aujourd'hui hors de toute contestation que les muscles n'entrent en rapport intime avec leurs nerfs moteurs que dans des régions très-limitées. De plus, un faisceau primitif n'est jamais pourvu que d'une seule plaque nerveuse terminale. Il en est de même pour les muscles à fibres courtes comme les muscles intercostaux. Dans les muscles dont les fibres ont une longueur plus considérable, comme les sterno-hyoïdiens, on rencontre des nerfs et des plaques terminales dans deux régions du muscle; on en trouve en plus grand nombre encore dans les muscles abdominaux; mais il est fort difficile de décider si les faisceaux primitifs auxquels se rendent les tubes terminaux sont déjà ailleurs munis de plaques nerveuses, ou bien n'en ont pas encore reçu dans les autres portions de leur trajet.

Un autre point sur lequel je crois pouvoir me prononcer d'une manière positive, c'est que si chez les mammifères tous ou presque tous les faisceaux primitifs semblent pourvus de plaques nerveuses terminales, tandis que chez les reptiles il n'y a qu'un certain nombre de faisceaux qui en soient munis; les autres faisceaux, en assez grand nombre, paraissent n'avoir aucun rapport immédiat avec les nerfs moteurs.

Mes observations me conduisent à admettre en très-grande partie la description que Kolliker en a donnée récemment. Comme lui, je crois les fibres pâles extérieures au sarcolemme munies d'un prolongement de la gaîne des tubes à double contour; comme lui, j'ai reconnu d'une manière incontestable les noyaux de la gaîne dans les prétendus organes analogues aux corpuscules de Pacini; la description que Kühne en a donnée n'a, je crois, d'autre fondement que les illusions optiques qui accompagnent constamment l'emploi de grossissements de 1,000 à 1,500 diamètres obtenus seulement à l'aide d'oculaires très-puissants. » (Commissaires : MM. Andral, Bernard, Longet.)

— M. SANDRAS soumet au jugement de l'Académie un deuxième mémoire sur le *phosphate de fer*.

L'auteur, en terminant ce mémoire, résume dans les termes suivants les résultats de l'ensemble de ses recherches :

« La préparation ferrugineuse dont j'ai étudié les propriétés l'emporte sur toutes les autres dans la très grande majorité des cas; elle leur est préférable par la nature de sa composition, par sa fixité, par la facilité avec laquelle elle est digérée, parce qu'elle n'a point l'inconvénient de produire la constipation, parce qu'elle est enfin d'une administration facile. » (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 juillet 1862. — Présidence de M. DUPERTUIS, vice-président.

M. COURSSERANT présente de nouveau le malade auquel il a pratiqué la section du droit interne, le droit externe étant paralysé. Il

---

vautés est aussi complet que possible, et fait saisir sans peine ce qu'on peut attendre des agents dynamiques purs, attitudes, gymnastique, etc.; et des machines qu'on peut rattacher toutes aux méthodes d'extension ou de pression verticale, horizontale ou latérale.

Nous aurions peut-être désiré que l'ouvrage comprît un dernier chapitre renfermant, dans un résumé tel que M. Malgaigne sait les faire, les règles générales de l'orthopédie. Ces conclusions sont éparses, il est vrai, dans le livre, mais il y aurait eu quelque utilité, à notre sens, à les rapprocher une dernière fois. Elles auraient eu facilement pour épigraphe ces paroles du texte, qui nous serviront à terminer notre analyse, et qui renferment plus d'un enseignement.

« L'utilité de l'orthopédie m'a toujours paru assez évidente pour que j'aie regretté de ne pas voir figurer son étude dans l'enseignement officiel, et que j'aie cherché à combler cette lacune, mais les notions les plus élémentaires qu'elle renferme sont tellement éloignées de l'esprit des médecins et des chirurgiens, que le plus grand nombre se contente tous les jours de s'en remettre entièrement du soin de l'appliquer à ceux qui en font spécialement profession.

» C'est mal comprendre l'exercice de la science chirurgicale que de laisser ainsi à l'abandon une de ses parties quelle qu'elle soit; il n'y a, croyez-le bien, nul avantage à cet isolement de l'art dans l'art.

» C'est cependant ce qui a été, ou du moins ce qui est pour l'orthopédie. Serait-ce parce que, pour les familles obligées de recourir aux établissements particuliers, la nature de l'affection est un malheur qui réclame le secret le plus impénétrable? Mais la pratique privée ne nous rend-elle pas chaque jour dépositaires ou témoins de choses plus délicates encore? Serait-ce la complication des moyens que l'orthopédie met en usage? Mais vous avez vu, Messieurs, que lorsque l'on ose étudier ces moyens, en tenant un compte rigoureux des indications à remplir et des résultats qu'il faut chercher, à quels éléments simples et à la portée de tous peuvent se réduire les données qui doivent présider à la construction des appareils et à leur application. »

Le nouveau livre de M. Malgaigne est sûrement destiné à mettre tous les médecins à la hauteur du rôle qu'ils sont appelés ainsi à remplir.

Nous serions injuste envers MM. Guyon et Panas, si nous ne disions pas qu'ils ont rempli leur tâche de rédacteurs avec un succès constant. Ils ont su conserver surtout avec bonheur le style du maître, et rappeler souvent à ses auditeurs assidus la verve et le brillant de sa diction (1).

E. BERCHON, D.-M.-P.
chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine navale de Rochefort.

(1) La rédaction de la *Gazette*, en accueillant cette analyse du nouvel ouvrage de M. Malgaigne, fait ses réserves à l'égard de l'appréciation de plusieurs points de doctrine orthopédique sur lesquels elle a eu l'occasion, dans plusieurs circonstances, d'émettre des opinions qui diffèrent de celle de l'auteur. Dr B.

appelle l'attention de la Société sur le peu de réaction, soit locale, soit générale, déterminée par l'opération qu'il a pratiquée. La conjonctive a été tonsurée, et l'œil maintenu en dehors par des fils passés sous les fibres les plus superficielles de la sclérotique. Au bout de trois jours, les fibres scléroticales cèdent, et alors les serre-fines, appliquées sur la sclérotique dépouillée de la conjonctive, entraînent et maintiennent l'œil dans une direction voulue. Il faut avoir soin que les fils n'exercent aucune pression sur le bord libre de la paupière, parce que le gonflement, l'inflammation et l'ulcération de la paupière en seraient les conséquences; il faut également éviter leur contact avec la cornée. L'œil occupe le centre de la fente palpébrale; il est presque immobile; mais la vision n'est pas trop mauvaise.

M. Coursserant pense être parvenu au résultat qu'il voulait atteindre: faire disparaître une difformité oculaire produite par la paralysie d'un muscle, en sectionnant le muscle antagoniste. C'est là, suivant lui, un fait nouveau.

M. MAGNE fait observer que l'œil n'est pas si tolérant que le pense M. Coursserant, et constate que malgré l'espace de temps écoulé, la conjonctive est très-enflammée et menace de l'être longtemps encore.

M. TERRIER ne comprend pas que l'œil étant immobile puisse servir à la vision.

M. GUERSANT a fait près de cent fois l'opération du strabisme; il ne saurait dire s'il a rencontré des paralysies. Il ne saurait admettre le fait de M. Coursserant comme probant, si le malade n'est représenté trois mois au moins après l'opération. Rien ne prouve, du reste, que chez les malades qu'il a opérés, et qui ont guéri, comme chez ceux de Baudens, d'Amussat, il ne se trouvât pas des cas analogues à celui dont il s'agit.

M. DOUMIC croit qu'il n'existe pas dans la science d'exemples de guérison obtenue dans le cas de paralysie d'un ou de plusieurs muscles de l'œil, parce que les paralysies des *troisième et sixième paires* sont cérébrales. On leur oppose un traitement anti-congestif; une première, une deuxième rechute surviennent bientôt, et sont suivies d'ataxie locomotrice ou de paralysie générale.

M. BOINET. Le strabisme reconnaît plusieurs causes. Il peut exister par la paralysie d'un muscle opposant: cette cause, signalée par MM. Philips, Bonnet (de Lyon), Guérin et moi, est rare. Les contractures sont la cause la plus fréquente du strabisme; les muscles rétractés font loucher. La cause de la rétraction est due à l'inflammation qui a porté sur un point du tissu cellulaire ou de la membrane de Ténon.

Dans le fait dont parle M. Coursserant, il peut se faire qu'il y ait une paralysie du droit externe; je ne saurais le dire, je n'ai pas vu le malade. L'opération avait pour but de ramener l'œil au centre de l'ouverture des paupières: c'est un résultat utile pour l'expression de la physionomie, mais complètement nul pour la vision; car le malade verra toujours de son même œil. Le fait est tellement vrai, qu'un cataracté, un amaurotique d'un seul œil, ne se sert que du bon œil et est quelquefois très-longtemps avant de s'apercevoir qu'il a un œil perdu. Dans le strabisme, c'est exactement la même chose.

Péritonite aiguë. Application de glace. Guérison. — M. MASSON.

Le 26 août 1861, je fus appelé auprès d'une jeune fille de onze ans, grande pour son âge, mais habituellement anémique; elle offrait tous les signes d'une péritonite suraiguë: tympanite, sensibilité extrême du ventre, vomissements, pouls rapide, 130 pulsations par minute, face grippée, etc. Je n'omis aucun des moyens usités en pareil cas, sangsues, fomentations émollientes, onctions mercurielles, bains, huile de croton, pommades iodées, vésicatoires volants. Le mieux se fit longtemps attendre, mais enfin l'appétit reparut et avec lui la gaieté.

La petite malade était faible, je l'alimentai et prescrivis une médication tonique. Sa faiblesse était telle qu'elle passait une grande partie de la journée couchée tout habillée sur son lit. La mère m'apprit un jour qu'elle ne pouvait plus agrafer sa robe; j'examinai le ventre, il n'était plus douloureux, mais le volume en était augmenté, et la percussion me fit reconnaître la présence d'une grande quantité de liquide dans la cavité du péritoine. J'appliquai de nouveaux vésicatoires, je recourus à l'emploi de tous les diurétiques connus; l'urine, éprouvée par l'acide nitrique, laissait précipiter des flots d'albumine; l'écartement entre les agrafes de la robe marquait 45 centimètres; enfin, le retrait de l'épanchement se fit, et l'on s'applaudissait d'un retour à la santé qu'on devait croire durable, lorsqu'on remarqua que cette jeune fille, qui paraissait prendre plaisir à se promener et retournait à ses jeux, éprouvait de jour en jour une grande gêne de la respiration, et si elle ne s'arrêtait promptement, était menacée de suffocation.

L'examen de la poitrine me fit constater un épanchement faible dans la cavité pleurale droite, mais considérable à gauche. Jusqu'alors la malade n'avait point toussé ni accusé aucune douleur. L'oreille appliquée sur la région du cœur ne pouvait percevoir les battements de cet organe, mais on voyait à chaque diastole une tumeur grosse comme une noix se montrer au-dessus de la clavicule gauche; le doigt, en la touchant, éprouvait une résistance semblable à celle que ferait ressentir un corps dur et résistant. L'urine était redevenue albumineuse; j'usai, pour combattre cette nouvelle affection, des moyens qui m'avaient réussi dans le traitement de l'ascite; j'obtins le même résultat: l'enfant recouvra l'appétit, la gaieté, put se promener, et, cédant bientôt à la pétulance de son âge, retourna à sa corde et à son cerceau.

Les parents étaient rassurés, et je partageais leur sécurité, lorsque deux mois et cinq jours après la convalescence je fus appelé de nouveau: une douleur vive, accompagnée de fièvre, s'était manifestée dans la région iliaque droite; je fis appliquer quinze sangsues; mais je trouvai le lendemain que loin d'avoir amené de l'amélioration, cette application n'avait pu empêcher le ventre de devenir douloureux et tympanisé; en un mot, la péritonite subaiguë se montrait de nouveau, escortée de ses symptômes les plus menaçants. J'éprouvai alors une grande perplexité; je n'osais recourir à de nouvelles soustractions sanguines, l'enfant étant faible et anémique; et cependant la face était grippée, la fièvre ardente; je craignais, si la malade échappait par miracle aux accidents primitifs, le retour d'un épanchement mortel dans l'une ou l'autre cavité. Je me rappelai alors les observations de praticiens qui avaient, du moins l'affirmaient-ils, guéri des fièvres puerpérales par l'application prolongée de la glace sur la région abdominale, et je me demandai si cette médication ne pourrait pas être utile et faire avorter l'inflammation redoutable qu'il me fallait combattre.

Je m'armai de résolution: je ne cachai point aux parents le danger que courait leur enfant; j'ajoutai qu'il ne me restait qu'un espoir, que j'étais décidé à tenter une médication peu usitée et qui pourrait être blâmée par de nombreux médecins. Ils me déclarèrent qu'ayant toute confiance en moi, ils ne m'adresseraient aucun reproche en cas d'insuccès. Je fis donc placer immédiatement sur le ventre quatre compresses trempées dans de l'eau froide, je les recouvris d'une vessie en caoutchouc remplie de glace brisée; je fixai le tout au moyen d'un bandage de corps, sans trop serrer, dans la crainte d'exaspérer la douleur.

Le lendemain, je courus de grand matin visiter la malade; elle avait supporté l'application de la glace. Je pus resserrer la serviette qui la maintenait, preuve que la sensibilité du ventre avait diminué. Une douleur vive s'était manifestée dans la cuisse droite, elle arrachait des cris et des plaintes à la malade; mais elle céda en vingt-quatre heures à l'application de flanelles trempées dans une solution d'extrait thébaïque. Chaque jour amena une diminution dans la douleur du ventre et dans la fièvre, et la glace était si bien tolérée, que la petite malade appelait pour qu'on la renouvelât lorsqu'elle était fondue. Neuf jours après, je la fis enlever; la convalescence était évidente. Mais l'enfant avait pris en aversion les lieux où elle avait souffert; je la fis transporter dans le voisinage, chez sa grand'mère, où elle recouvra l'appétit, le sommeil et la gaieté. Et maintenant qu'elle est à la campagne, elle n'est pas la moins pétulante de ses jeunes compagnes.

Quelle conséquence tirer de cette observation? Que les confrères qui ont affirmé avoir guéri par la glace des fièvres puerpérales ne se sont pas fait illusion peut-être. Sur cette terrible maladie dont il a été si longtemps question en haut lieu, le dernier mot n'a pas été dit. Ce qui est certain, c'est que dans un cas de péritonite menaçant de devenir mortelle, j'ai été assez heureux pour en triompher en appliquant la glace jour et nuit pendant une semaine.

M. MATTEI a étudié l'action de la glace dans la péritonite à la Charité, dans le service de M. Briquet; il a vu que la glace ne produisait qu'un soulagement apparent. La phlébite utérine, la péritonite, sont un peu modifiées dans leur marche; la glace calme la douleur et soulage, mais ne conjure pas la mort. Notre président, M. Dubois, a admis que les péritonites franches seules guérissent; M. Masson a réussi parce qu'il avait affaire à une péritonite franche. Mais dans les péritonites puerpérales que je considère comme un empoisonnement dû à l'absorption des matières putréfiées qui séjournent dans l'utérus, la glace ne sauve jamais les malades.

Le secrétaire annuel, Dr MILON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les prix à décerner aux internes des hôpitaux de Paris, sera ouvert le jeudi 6 novembre. Le registre d'inscription sera clos le 28 octobre.

— La Société médico-chirurgicale d'Amsterdam a mis au concours, dans sa séance générale du 10 septembre 1862, la proposition suivante:

« Un exposé historique et critique, basé sur des expériences (physiologiques) et des recherches cliniques, de l'influence thérapeutique de l'inspiration des corps médicamenteux en forme de gaz, de vapeur et en poudre, sur la guérison des maladies des voies respiratoires. »

La Société désire que les travaux de MM. Sales-Girons, Demarquay, Durand-Fardel, Poggiale et Fournié sur cette matière soient consultés.

Prix: Une médaille d'or de la valeur de 30 ducats (environ 360 fr.). Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 1er juin 1863, dans la forme académique, à M. le docteur J. W. R. Tilanus, secrétaire général de la Société, à Amsterdam, écrits lisiblement en hollandais, français, anglais, allemand ou latin.

— L'ouverture du nouvel hôpital militaire établi sur le vaste emplacement qu'occupait autrefois l'hospice des Incurables, a eu lieu le 1er octobre. Il s'appelle hôpital Saint-Martin. Une centaine de malades y ont été admis en traitement à partir de ce jour.

Il y a ainsi maintenant trois hôpitaux militaires à l'intérieur de Paris: le Val-de-Grâce, le Gros-Caillou et l'hôpital Saint-Martin. Un quatrième établissement militaire ayant la même destination existe depuis quelque temps déjà à Vincennes, et reçoit les malades des corps stationnés extra-muros dans cette direction.

— On construit en ce moment une nouvelle et grande aile à l'orient de l'hôpital Saint-Antoine. Cet hôpital, qui ne contenait qu'environ cinq cents lits, va bientôt en contenir le triple.

— L'épidémie de variole qui s'est produite depuis quelques mois à Bordeaux, et particulièrement dans les paroisses Saint-Nicolas et Sainte-Croix, continue à sévir sur des sujets vaccinés et non vaccinés. Il importe néanmoins d'ajouter que les décès, très-rares chez les vaccinés (deux seulement il y a peu de jours), tout en établissant l'utilité des revaccinations, n'infirment point la vertu préservatrice du vaccin; la mortalité chez les sujets non vaccinés s'élevait, il y a peu de temps, à près d'une trentaine, mais le chiffre doit en être maintenant plus élevé.

Pour répondre aux besoins de la situation, M. le préfet de la Gironde, de concert avec les administrations hospitalières, a fait organiser un service de vaccinations et de revaccinations; de leur côté, la Société impériale de médecine et tout le corps médical s'étaient mis à l'œuvre. Aussi le virus-vaccin, distribué chaque jour sur tous les points de Bordeaux et des lieux circonvoisins, ne tardera pas, nous l'espérons, à éteindre l'épidémie actuelle.

Un de nos honorables confrères nous communique à l'instant même un fait qui montre que l'épidémie de variole de notre ville n'est point isolée; sur un seul point de la Toscane (à Sienne), dans un établissement qui renferme environ 200 enfants, 45 sont en ce moment atteints de la variole. (*Union méd. de la Gironde.*)

— Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux aura lieu le 17 décembre prochain.

— M. Roux-Martin, ancien chirurgien-major de la marine, est mort à Paris le 28 septembre dernier, à l'âge de 63 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les médicaments topiques, les bandages, les appareils de fractures et des affections articulaires, l'application des bandages herniaires et des pessaires, les pansements des plaies, des hémorrhagies, de la gangrène, des brûlures, des ulcères, la rubéfaction, la vésication, la cautérisation, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc. 1860, 3e édition, refondue. Un volume grand in-18 de 716 pages, avec 307 figures; par M. A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux, etc. Prix: 7 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 118. — JEUDI 9 OCTOBRE 1862. (35e ANNEE.) Nº 118. — JEUDI 9 OCTOBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 8 OCTOBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport officiel de M. Poggiale, au nom de la commission des eaux minérales, et deux lectures, l'une de M. Gallard et la seconde de M. le docteur Baldou, forment le contingent de cette séance.

La lecture de M. Gallard a pour objet l'étude de l'empoisonnement par la strychnine, au double point de vue médico-légal et thérapeutique. L'analyse des cas d'empoisonnement par la strychnine que l'auteur a pu réunir, l'a conduit à fixer approximativement les doses toxiques de cet agent, et à esquisser la symptomatologie caractéristique de ce genre d'empoisonnement. Dans la deuxième partie de son travail, celle qui est relative à la thérapeutique, M. Gallard ne s'est pas borné à l'analyse des faits observés sur l'homme, il a institué des expériences sur les animaux, dans le but de déterminer de quelle façon cette symptomatologie pouvait être modifiée par les divers agents thérapeutiques, pour permettre de reconnaître cet empoisonnement, même quand il aurait été masqué par une médication plus ou moins énergique, et de rechercher s'il existe réellement un antidote efficace de la strychnine. Ses expériences sur ce dernier point l'ont conduit à ce résultat que la seule substance qui ait paru agir d'une manière quelque peu efficace contre la strychnine est l'aconitine.

Ce résultat doit être enregistré à titre de renseignement utile.

M. Baldou s'est proposé, dans le mémoire dont il a donné lecture à l'Académie, d'exposer une nouvelle méthode de traitement de l'aliénation mentale ayant pour base l'hydrothérapie. On trouvera dans l'analyse sommaire de ce mémoire, publiée au compte rendu, l'énoncé du principe sur lequel repose cette méthode, et des divers éléments empruntés à la pratique hydrothérapique dont elle se compose, ainsi que l'indication de quelques observations à l'appui.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

De la méningite étudiée à l'ophthalmoscope.

Phlébite des sinus de la dure-mère et des veines méningées causée par une otite interne. — Rupture des veines méningées. — Hémorrhagie cérébrale. — Méningite consécutive.

(Leçon recueillie par M. DUBUC, interne du service.)

Je vous ai déjà entretenus plusieurs fois cette année des signes diagnostiques de la méningite aiguë qu'on découvre au fond de l'œil avec l'ophthalmoscope. Ce sont là des choses nouvelles dont l'importance ne saurait vous échapper, et sur lesquelles je dois revenir devant vous, en vous faisant connaître au jour le jour les résultats des nouvelles observations que j'ai faites depuis notre dernière conférence à cet égard.

Bien que ces recherches soient l'objet d'une monographie particulière que je dois publier prochainement avec M. Alphonse Desmarres, le fait que vous venez d'observer dans ma salle sur la petite fille couchée au nº 2 de la salle Sainte-Marguerite, m'engage à vous en parler de nouveau. Comme vous pourrez en juger, le tableau des altérations de l'œil par la méningite est quant à présent assez complet et repose sur un assez grand nombre d'observations pour vous être présenté dans quelques-uns de ses détails. Le surplus se trouvera dans le travail que nous publierons un peu plus tard.

Voici l'histoire succincte de la jeune malade que vous avez eue à observer.

F... (Victorine), âgée de deux ans, entrée le 8 juillet 1862, est chétive, amaigrie, et vient d'avoir la rougeole à l'hôpital. Elle en est sortie il y a quinze jours. Depuis lors elle a toujours été souffrante, et la diarrhée ne l'a pas quittée.

Au moment où vous la voyez (8 juillet), elle est pâle, affaiblie, avec le visage ridé; les lèvres sont légèrement excoriées, saignantes. Les deux oreilles coulent abondamment; du côté gauche il sort du pus, et par l'oreille droite du sérum ensanglanté. La soif est vive, et l'appétit nul; il n'y a pas de vomissements. Le ventre est ballonné, et l'on constate une diarrhée très-abondante. La peau est froide; le pouls petit, à 120. A l'auscultation de la poitrine, on trouve quelques râles sous-crépitants des deux côtés de la poitrine en arrière.

Il existe dans le côté droit du corps et de la face une paralysie incomplète, avec de petits mouvements convulsifs caractérisés par des contractions fréquentes du muscle buccinateur, par des convulsions des doigts et des contractions exagérées des muscles du côté droit de la poitrine et du ventre. Ces mouvements se répètent à de courts intervalles.

Les 9 et 10 juillet, la diarrhée persiste avec la fièvre, et l'enfant maigrit et s'affaiblit beaucoup. Le côté droit, à demi-paralysé, est toujours le siége des mêmes mouvements convulsifs, à peu près continuels. Les oreilles coulent abondamment. A l'ophthalmoscope, je constate dans l'œil gauche *une congestion très-marquée des bords de la papille, et une dilatation avec flexuosité des veines de la rétine.* Cette flexuosité n'existe que sur la partie supérieure de la papille (*image renversée*), et elle donne lieu à une sinuosité de la veine comparable à celle d'un serpent qui ondule sur lui-même. A droite, il n'y a que de la congestion, sans flexuosité des vaisseaux de la rétine.

Le 11 juillet, l'enfant succombe dans la soirée.

L'autopsie est pratiquée le 13 juillet.

Les rochers paraissent intacts à la face interne du crâne, quand on les examine avec la dure-mère à leur surface; mais sur des fragments détachés de chacun de ces os par des traits de scie pratiqués suivant leur axe, on peut voir qu'ils sont des deux côtés le siége d'une infiltration purulente très-prononcée à gauche, à peine marquée à droite.

A gauche, les sinus pétreux sont oblitérés, remplis de caillots fibrineux décolorés; il en est de même sur le sinus latéral gauche, où le caillot est blanchâtre, adhérent, dense, très-résistant; le sinus longitudinal supérieur est également rempli par un caillot, noirâtre en certains points, décoloré dans d'autres. A droite, les sinus pétreux et le sinus latéral sont perméables.

Les veinules qui de l'hémisphère gauche vont se rendre au sinus longitudinal supérieur, sont oblitérées par des caillots noirâtres.

La pie-mère cérébrale est le siége d'une infiltration séreuse gélatiniforme, et sur l'hémisphère gauche les veines de la pie-mère présentent toutes les altérations de la phlébite; c'est ainsi qu'à la partie antérieure et à la partie moyenne de la face externe de cet hémisphère les veines sont complétement oblitérées, remplies d'un caillot assez dense, en partie noirâtre et en partie décoloré. Au-dessous de ces veines oblitérées, la substance cérébrale est altérée. On constate le ramollissement, la friabilité de la substance corticale et des couches superficielles de la substance médullaire, qui sont le siége d'une multitude de petits foyers hémorrhagiques du volume d'une tête d'épingle. A la partie moyenne de la face externe de l'hémisphère gauche, on trouve même dans les couches corticales un noyau apoplectique du volume d'une noisette, formé de sang noir coagulé tout autour; la substance est ramollie, avec une multitude de petits foyers hémorrhagiques.

Sur l'hémisphère droit, les mêmes altérations n'occupent qu'un point très-limité en avant, à la face inférieure de l'hémisphère.

Les ventricules latéraux sont très-dilatés et remplis de sérosité.

On ne trouve aucune altération importante du côté des autres organes.

Dans l'intestin grêle, il existe un peu d'hypertrophie des plaques de Peyer, et de gonflement des follicules isolés.

Les poumons sont congestionnés dans les parties déclives; nulle part il n'y a de tubercules ni de collections purulentes.

En résumé, nous voyons ici une infiltration purulente du rocher devenue le point de départ d'une phlebite des sinus de la dure-mère, qui se propage jusqu'aux veines de la pie-mère et entraîne consécutivement des altérations avec hémorrhagie cérébrale et méningo-encéphalite. Cette filiation semble très-évidente et suffirait à elle seule pour donner un grand intérêt à cette observation; mais il existe une autre particularité sur laquelle j'appelle votre attention; je veux parler des résultats que m'a fournis l'examen ophthalmoscopique des deux rétines.

Je vous ai entretenus à différentes reprises déjà des constatations ophthalmoscopiques faites dans la méningite. Quelques mots sur ce sujet ont été publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* du 15 mai dernier, sous ce titre: *De la méningite granuleuse étudiée par l'ophthalmoscope*; aujourd'hui encore je conserverai ce titre, bien que des faits déjà nombreux dans lesquels on a retrouvé des lésions identiques et suffisamment caractérisées, dussent peut-être m'engager à dire: *reconnue par l'ophthalmoscope.*

Depuis deux mois j'ai eu l'occasion de voir 23 cas de méningite ainsi répartis, 5 en ville, dans la clientèle de mes savants confrères Pillon, Verjus, Caujol, Pornat, Martinelli; 18 à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans mon service ou les autres divisions de l'hôpital confiées à mes savants collègues Marjolin, Bergeron et Barthez (1).

Dans un cas nous n'avons rien trouvé, mais c'était quatre jours avant la mort, et les lésions ont bien pu se produire postérieurement; ce qui autorise à l'admettre, c'est que dans un autre cas où la méningite était très-caractérisée, bien qu'il n'y eût pas encore de convulsions, un premier examen ophthalmoscopique ne révéla rien à M. A. Desmarres, et le lendemain le même observateur trouva des lésions très-prononcées.

Ordinairement l'altération se montre dès le début de la méningite, bien avant la période convulsive.

Il s'est passé un fait curieux dans le service de mon savant collègue M. Barthez. Chez un enfant soupçonné de méningite, nous avions constaté les altérations caractéristiques, et nous avions conclu à l'existence de la méningite; mais peu à peu les symptômes cérébraux s'amendèrent, et l'enfant succomba douze jours plus tard à une tuberculisation générale. A l'autopsie, on constata la tuberculisation de la plèvre, des poumons, du péritoine, et de plus on trouva un très-grand nombre de granulations tuberculeuses dans les méninges cérébrales. C'était la preuve que l'ophthalmoscope ne nous avait pas trompés. Quelles sont donc les lésions du fond de l'œil observées à l'ophthalmoscope dans la méningite?

Ces lésions consistent, d'après les faits que nous avons recueillis jusqu'à ce jour:

1° Dans la congestion périphérique de la papille du nerf optique, avec plaques congestives de la rétine et de la choroïde;

2° Dans la dilatation des veines rétiniennes autour de la papille;

3° Dans la varicosité et la flexuosité de ces veines;

4° Dans la thrombose de ces veines;

Et 5°, dans quelques cas, les hémorrhagies rétiniennes par suite de la rupture des vaisseaux veineux.

La papille est moins distincte, sa circonférence est comme noyée sous la congestion ambiante.

Les veines rétiniennes, généralement assez petites dans le champ même de la papille, en raison de la congestion péri-papillaire et de la compression qui en résulte, se dilatent en dehors de cet organe; elles deviennent variqueuses, et à un degré plus avancé, flexueuses; le sang paraît s'y arrêter dans certains points, s'y coaguler, et constituer de véritables thromboses; d'autres fois, on observe dans la rétine des épanchements sanguins sur le trajet, et surtout à l'angle de bifurcation des veines rétiniennes.

Après avoir constaté ces faits pendant la vie, nous avons chaque fois que la chose était possible enlevé les yeux sur le cadavre, et soumis nos résultats au contrôle de M. le professeur Robin, désirant ainsi apporter dans nos recherches toute la rigueur désirable.

M. Robin a confirmé l'existence des altérations signalées plus haut. Il a vu les veines rétiniennes dilatées, flexueuses, renfermant parfois des caillots, et parfois rompues pour donner naissance à des épanchements de sang.

Dans un cas, il a constaté que les tuniques interne et moyenne d'une veine étaient rompues, et que la veine, dilatée en ce point par l'accumulation du sang, présentait une sorte d'anévrysme mixte externe.

Pour terminer, signalons que dans un cas la papille était irrégulière, déformée; qu'une autre fois M. Desmarres a aperçu au fond de l'œil des plaques blanchâtres, comme graisseuses, dont il ne connaissait pas la signification; que dans trois cas l'examen ophthalmoscopique pratiqué dans les derniers instants qui ont précédé la mort, a montré une décoloration, une sorte d'anémie du fond de l'œil, chez des sujets où la congestion rétinienne avait été constatée à des examens antérieurs avec les caractères indiqués plus haut.

Cette décoloration est-elle un phénomène terminal qui se montre chez tous les sujets? Nous ne pouvons, pour le moment, répondre à cette question.

Peut-on expliquer d'une manière satisfaisante cette congestion des membranes profondes de l'œil dans la méningite? Je vais essayer de le faire. Presque toutes les veines de la choroïde, celles de la rétine, vont se jeter dans le sinus caverneux; que le cours du sang vienne à être entravé dans les sinus de la dure-mère, la circulation veineuse des parties profondes de l'œil en ressentira fortement le contre-coup. Eh bien, c'est ce qui arrive dans la méningite, pendant le cours de laquelle les sinus intra-

(1) Aujourd'hui 8 octobre, le nombre de mes observations de méningite s'est encore accru, et il s'élève à 30.

crâniens sont gorgés de sang et parfois même oblitérés par des caillots, comme nous l'avons constaté plusieurs fois.

Cette gêne de la circulation veineuse intra-crânienne n'est pas toujours également marquée à droite et à gauche; de là une différence dans le degré de la congestion rétinienne, qui est souvent plus forte d'un côté que de l'autre.

Quand il y a déformation de la papille, on peut se demander si cela ne viendrait pas de ce que les nerfs optiques sont comprimés au niveau du chiasma par les infiltrations purulentes, gélatiniformes, si communes en ce point dans la méningite tuberculeuse. Tels sont les faits nouveaux intéressants sur lesquels j'ai cru bon d'appeler votre attention; peut-être n'ont-ils pas toute la signification que je suis enclin à leur donner; je vous ferai remarquer pourtant que vingt-trois observations commencent à former un chiffre respectable, dont il est permis de tirer une sérieuse conclusion.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS

DE QUATRE-MARES SAINT-YON (Seine-Inférieure),

M. E. DUMESNIL, médecin en chef, directeur.

Épilepsie consécutive à une lésion traumatique de la moelle épinière. — Fracture des vertèbres cervicales.

(Observation recueillie par M. Aug. BERTRAND, interne du service.)

Jules S..., âgé de trente-six ans, entre à l'asile de Quatre-Mares le 7 février 1861. On ne compte ni aliénés ni épileptiques dans la famille de ce malade; il n'a eu ni convulsions dans son enfance, ni affections syphilitiques, ni autre maladie sérieuse. S.. était ouvrier du port, au Havre; c'était un homme actif, laborieux et sobre.

Il y a environ deux ans et demi, étant occupé à décharger des marchandises d'un navire, il tomba du pont sur le quai, dans une telle position, que ce fut la partie antérieure et postérieure du tronc (colonne cervicale) qui porta sur les dalles. Il y eut immédiatement perte de connaissance. Pendant cet état, qui dura environ une demi-heure, le blessé présenta des mouvements convulsifs généraux. On fit quelques applications d'eau froide sur la tête. S... recouvra peu à peu la connaissance, mais il lui fut impossible de se relever. Il accusa une douleur vive et profonde, s'irradiant le long du rachis, et ayant son point de départ à la région du cou, au niveau des troisième et quatrième vertèbres cervicales; il se plaignait également d'avoir les bras et les jambes engourdis, du côté gauche surtout. (Ces phénomènes étaient l'effet d'une compression ou contusion de la moelle, produite par une fracture de la colonne cervicale, comme l'a révélé l'autopsie.)

Dans cet état, le malade fut transporté à l'hospice du Havre, où un traitement antiphlogistique énergique fut employé. Après quatre ou cinq jours, la sensibilité et le mouvement revinrent graduellement. C'est sur ces entrefaites qu'un accès d'épilepsie franchement caractérisé éclata. Perte de connaissance, mouvements convulsifs de la face et dans les membres, insensibilité, écume à la bouche, etc. Nous ne savons rien de plus sur les antécédents du malade, si ce n'est qu'une fois sorti de l'hôpital il était resté sujet à des attaques d'épilepsie.

Ce qui nous a frappé lors de l'entrée de S... à Quatre-Mares, fut son attitude. Le cou était d'une rigidité absolue, les mouvements de cette région étaient complétement impossibles; il y avait de plus une déformation manifeste qui forçait le malade à tenir la tête penchée sur le côté gauche de la poitrine. La cage thoracique est bien conformée. Rien de particulier à noter du côté des voies respiratoires et circulatoires. La langue est tirée facilement sans être déviée; la parole est facile; la sensibilité et le mouvement sont seulement amoindris dans le côté gauche.

L'état mental de notre malade se résume dans un affaiblissement des facultés intellectuelles.

Pendant son séjour à l'asile de Quatre-Mares, S... fut périodiquement soumis (une ou deux fois par semaine) à des accès d'épilepsie précédés et suivis d'un peu d'excitation cérébrale.

Le malade mourut le 13 septembre de la même année, à la suite d'une série d'attaques.

Nécropsie. — Masse encéphalique. . 1270 grammes.
Cervelet. . . . . . 136 —

Rien de particulier à noter dans l'encéphale, si ce n'est un peu de congestion à la surface.

Région cervicale. — Nous trouvons la portion cervicale du rachis courbée en arc, dont la concavité était dirigée à gauche.

Après avoir disséqué avec soin les muscles, qui sont notablement atrophiés, nous constatons à la partie postérieure un gonflement considérable des troisième, quatrième et cinquième vertèbres. Ces pièces osseuses sont unies entre elles par des faisceaux fibreux multipliés s'entre-croisant dans tous les sens et se confondant avec les ligaments jaunes. Par leur position, par leur peu d'étendue, ces fibres exercent une traction très-marquée sur le côté gauche de cette portion du rachis. C'est ce qui explique parfaitement l'impossibilité où était le malade de mouvoir cette région. La partie postérieure de la lame vertébrale droite de la troisième vertèbre cervicale laisse apercevoir les traces évidentes d'un cal parfaitement organisé et consécutif à une fracture qui a dû se produire dans une direction parallèle à l'axe vertébral, à 1 centimètre environ de l'apophyse épineuse.

Les troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales sont recouvertes en arrière d'une couche compacte, épaisse, éburnée, qui est vraisemblablement aussi la marque d'anciennes fractures.

Les autres organes sont à l'état normal.

Il est à regretter qu'exclusivement préoccupés de l'intérêt chirurgical du fait, et désireux par conséquent de conserver intacte la pièce anatomique, nous n'ayons pas pu minutieusement examiner l'état de la moelle. Toutefois, on peut affirmer que sous l'influence de tels désordres, la moelle n'a pas dû rester intacte. Du reste, les accidents que nous avons signalés témoignent évidemment d'une lésion aiguë de cet organe. Ainsi, dans le cas dont il s'agit, nous devons admettre que la myélite a laissé un élément organopathique sous la dépendance duquel s'est produite l'épilepsie que nous avons si bien constatée.

DE L'OVARITE CHRONIQUE

et de sa cure par une méthode nouvelle,

Par M. le Dr A. LEGRAND, membre de la Société de médecine pratique.

(Observation communiquée à l'Académie de médecine, dans sa séance du 23 septembre 1862.)

Presque au même moment où la presse médicale retentissait avec raison d'un éclatant succès obtenu à l'aide de l'ovariotomie, il m'arrivait un petit événement auquel les médecins sont généralement peu habitués.

Une femme que j'avais absolument perdue de vue depuis longtemps, me faisait honorer le 10 mai 1862, pour des soins que je lui avais donnés en 1834. Elle me faisait annoncer en même temps qu'elle continuait de jouir, à l'âge de cinquante-cinq ans, de la cure que j'avais opérée chez elle alors qu'elle n'en avait que vingt-sept.

Je me rappelais d'une manière un peu confuse que je l'avais traitée d'une maladie de l'ovaire (1). Heureusement qu'en même temps que je réclamais mes ordonnances, que la malade avait conservées, je retrouvais quelques notes prises à l'époque de son traitement, de sorte que j'ai pu reconstruire l'histoire de sa maladie, que je crois devoir publier, après l'avoir communiquée à l'Académie de médecine.

OBS. — A l'examen que je fis le 15 juillet 1834 de l'état de cette femme, qui était alors concierge dans la rue que j'habite, et qui m'offrit un aspect tout à fait cachectique, je la trouvai affectée d'une tumeur du volume apparent de la tête d'un enfant à terme, occupant l'hypochondre gauche, où elle jouissait de quelque mobilité, puisque dans cet espace elle paraissait se mouvoir selon les positions qu'on faisait prendre à la malade. Cette tumeur, dont la surface n'offrait aucune bosselure, paraissait fort dure.

Je crus devoir pratiquer en même temps le toucher par la vulve et le rectum. Je trouvai le col de l'utérus abaissé dans le vagin; et sa direction oblique m'a fait facilement comprendre que le corps de cet organe était attiré par la tumeur. Le museau de tanche m'a paru plus volumineux, plus dur qu'il ne devait être; le col participe évidemment à cette induration. Chaque fois que mon doigt circonscrivait cette partie, je la trouvais le siége d'une grande sensibilité, en même temps que ma main gauche, en appuyant sur l'hypogastre, y excitait une douleur profonde que la malade avait peine à supporter. J'ai en outre trouvé la cavité rectale très-développée, et en atteignant le col par cette voie, j'ai retrouvé les mêmes conditions de dureté et de sensibilité.

Un état général fort fâcheux était venu compliquer les conditions pathologiques de l'ovaire et de l'utérus. La menstruation était suspendue depuis plusieurs mois; l'estomac faisait mal ses fonctions, et la femme R... était tourmentée par des alternatives continuelles de constipation et de diarrhée.

Je prescrivis les pilules suivantes :

Oxyde d'or (2) par la potasse. . . . 0,05 centigrammes.
Extrait de soucis des vignes. . . . . 4 gramme.

pour dix pilules, à prendre une chaque soir en se couchant; la tisane d'infusion de laitue, et malgré la faiblesse et la fièvre (100 pulsations), deux grands bains par semaine.

Le 25 juillet, la dose des pilules fut doublée, et le 5 août l'oxyde d'or porté à 0,15 centigrammes et l'extrait à 4 grammes; mais pour vingt pilules, à prendre une le matin à jeun et une le soir en se couchant. Ces mêmes pilules furent renouvelées le 18 avec 20 centigrammes d'oxyde.

Le 19 août, je constate déjà une amélioration bien marquée dans l'état de Mme R... : sa tumeur la gêne beaucoup moins, et me paraît diminuée; l'appétit est revenu, et les digestions, qui étaient si longues et si pénibles, se font maintenant moins difficilement; les pertes blanches sont notablement diminuées; le teint est moins mauvais, et la faiblesse est aussi moins grande.

Le 12 septembre, la santé générale continue de s'améliorer, et la malade paraît un peu moins maigre. La tumeur, moins sensible au palper, me semble aujourd'hui diminuée d'un bon tiers; elle paraît située plus profondément et jouir d'une plus grande mobilité. La menstruation, jusqu'alors si désordonnée, tend à se régulariser; mais elle n'a point été assez abondante la dernière fois, et je me détermine à pratiquer à Mme R..., qui ressent quelques maux de tête et a eu quelques étourdissements, une petite saignée du bras, révulsive dans ce cas que déplétive. La dose de l'oxyde est portée en même temps à 25 centigrammes; le 13 octobre, à celle de 30 centigrammes, et l'extrait de soucis est aussi augmenté et porté à 5 grammes pour le même nombre de pilules.

Les 24 et 26 septembre, la malade est purgée, et elle continue de prendre exactement deux grands bains par semaine.

Le 13 octobre, amélioration considérable dans l'état de Mme R..., qui ne se rend bien compte aujourd'hui de la persistance de l'engorgement de l'ovaire que lorsqu'elle est dans le bain et surtout lorsqu'elle y est déjà depuis quelque temps. En même temps, moins de douleurs dans le bas-ventre, moins de pesanteur sur le siége. L'appétit est bon, les digestions plus faciles et les garde-robes plus régulières. Le teint est devenu meilleur et la malade engraisse sensiblement.

Le 24, l'amélioration continue de faire des progrès sensibles. La malade, qui ne pouvait faire un pas ni rester debout sans éprouver une grande fatigue et un état d'angoisse qui lui faisait craindre de se trouver mal, peut maintenant fournir d'assez longues courses sans éprouver la moindre fatigue. — Nouvelle saignée du bras. L'oxyde d'or par la potasse est remplacé par le stannate d'or et l'extrait de soucis porté à six grammes pour le même nombre de pilules, toujours prises une le matin à jeun et une le soir en se couchant.

Le 26 novembre, une saignée du bras, pratiquée le 9, a fait le plus grand bien. La malade ne ressent plus de pesanteur sur le siége ni aucune douleur dans la tumeur, qui diminue chaque jour d'une manière appréciable. Mme R..., qui reprend chaque jour des forces, se livre à quelques travaux. Elle mange avec appétit, digère bien, et, quoi qu'elle mange, rien ne lui fait plus mal; ses garde-robes continuent cependant d'être un peu difficiles. — Les dernières pilules fatiguent la malade, et je suis obligé de revenir à l'oxyde d'or par la potasse, et pris à la dose de 5 milligrammes chaque matin à jeun, incorporé dans 5 centigrammes d'extrait de soucis, et avec addition de 25 milligrammes d'extrait aqueux de noix vomique. Malgré la saignée, les règles ont leur apparition habituelle et ont coulé convenablement.

Le traitement fut continué, avec l'atténuation des doses que j'ai indiquées, jusqu'à la fin de décembre, époque où je lui pratiquai une nouvelle saignée révulsive.

1835. — Ces saignées révulsives furent encore pratiquées les 3 janvier, 15 et 21 février. La malade cependant continuait de souffrir et avait toujours conscience de l'engorgement ovarique, qu'on retrouvait encore, quoique difficilement, sous le palper.

C'est alors que le 25 avril je lui fis reprendre l'usage de l'oxyde d'or par la potasse, mais associé cette fois à la poudre de noix vomique torréfiée, au bicarbonate de soude et à la magnésie calcinée, et mis sous forme pilulaire à l'aide de la thériaque. Ce nouveau traitement fut suivi jusqu'au mois de juillet, et alors Mme R... quitta Paris.

A cette époque, elle pouvait être considérée comme guérie. En effet, on ne retrouvait que très-difficilement l'ovaire gauche, évidemment toujours un peu plus volumineux que celui du côté opposé, mais ne manifestant plus sa présence depuis longtemps par aucun élancement, par aucune douleur sous le palper le plus rude. Mme R... pouvait faire quatre ou cinq lieues à pied sans éprouver autre chose que de la fatigue comme toute personne bien portante. Elle allait facilement et régulièrement à la garde-robe, et avait un appétit satisfaisant et des digestions faciles.

Enfin, les accidents du côté de l'utérus s'étaient dissipés en même temps que s'opérait la résolution de l'engorgement ovarique. Le toucher, l'examen au spéculum que j'avais fini par pouvoir pratiquer, en auraient témoigné, si la cessation de toute perte en blanc, la disparition de tout sentiment de pesanteur sur le siége, et le rétablissement facile et même agréable des rapports sexuels, n'en avaient déjà témoigné depuis plusieurs mois. La menstruation, en devenant de plus en plus régulière et plus abondante, avait rendu depuis quelques mois les saignées révulsives inutiles. Enfin, au fur et à mesure que la maladie utéro-ovarique s'était dissipée, on avait vu disparaître une agitation nerveuse qui par moments aurait fait croire à de la folie.

J'ai dit au début que la guérison persistait encore aujourd'hui (15 septembre 1862).

Ainsi, dans ce cas, la médecine a rendu inutile une opération qui, par suite du travail de désorganisation dont l'ovaire devait être le siége, serait devenue indispensable, opération sans doute digne des plus grands éloges, mais qui sera toujours, quelque habile que soit celui qui la pratique, entourée des plus grands dangers, et pour laquelle le succès me paraît devoir difficilement devenir la règle constante.

(1) Je dois rappeler ici, afin d'augmenter l'intérêt qui s'attache, ce me semble, à cette observation, que l'ovariotomie a été pratiquée en France, pour la première fois sans doute, et avec succès, le 1er mai 1844, par M le docteur Woyeikowski au village de Montfort, près Quingey (Doubs). Chose assez singulière, c'est que l'opération a été entreprise en vue de la croyance où l'on était d'une grossesse extra-utérine. Mais au lieu d'un fœtus, on trouva un squirrhe de l'ovaire droit, qui fut extirpé immédiatement. La femme guérit parfaitement et accoucha ensuite deux fois, *et chaque fois d'un garçon!* La relation de ce fait si curieux a été publiée avec les détails les plus circonstanciés et les plus authentiques dans le tome XVIIIe du *Journal de méd. et de chir. prat.* de Lucas Championnière, et rappelée dernièrement dans le tome XXXIIIe du même recueil.

(2) Je ne dois pas négliger de rappeler que Chrestien (de Montpellier) employait aussi, et bien avant moi, les oxydes d'or contre les engorgements de l'utérus et des ovaires; mais il les administrait en frictions sur la langue et seuls. (Voy. *Méthode iatraleptique*. Paris, 1811.)

DU RHYTHME PATHOGNOMONIQUE

du rétrécissement mitral.

Par M. le docteur P. DUROZIEZ, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Duroziez résume de la manière suivante le mémoire qu'il vient de publier sous ce titre dans les *Archives de médecine* pour octobre 1862 :

« Le rétrécissement mitral a pour signe pathognomonique un rhythme que nous représentons par ffout-ta-ta-roû, ffout-ta-ta-roû..., c'est-à-dire qu'on entend au niveau de l'orifice mitral un souffle composé de deux parties reliées, dont la première, dite *présystolique*, accessoire le plus souvent, dépend de la contraction de l'oreillette; dont la seconde, la plus importante, dépend de la systole ventriculaire. (Le souffle peut encore se prolonger pendant le début de la diastole ventriculaire, et on a le bruit de souffle prolongé de la pointe, pathognomonique, pour M. Bouillaud, du rétrécissement mitral avant le retentissement.) Puis on entend un premier claquement, qui peut être celui de la bicuspide, quand celle-ci n'est pas absolument fixe, qui doit être le plus souvent celui de la tricuspide; ce premier claquement est suivi d'un second claquement, résultat de l'abaissement successif des sigmoïdes aortiques et pulmonaires; puis vient un ronflement qui remplit tout le second temps, c'est-à-dire toute la période de dilatation du ventricule : le souffle revient alors de manière à produire un bruit continu. Au niveau de l'orifice aortique, on n'entend plus que trois claquements, parfois un peu de souffle au début.

» Lorsque le cœur bat trop vite, le rhythme disparaît pour faire place à un souffle unique, au souffle prolongé de la pointe; le temps de dilatation n'existe plus, ou du moins il est aphone.

» Lorsque le mouvement est suffisamment ralenti, le bruit anormal du second temps est constant.

» Le plus souvent, il est très-facile de distinguer le bruit anormal du rétrécissement mitral et le bruit anormal de l'insuffisance aortique, le premier étant un grondement et le second un souffle.

» Presque toujours le dédoublement du second claquement accompagne le rétrécissement mitral; jamais il n'accompagne l'insuffisance aortique.

» Les individus atteints d'insuffisance aortique sont en général pâles, d'apparence essentiellement chlorotique; les individus atteints de rétrécissement mitral sont d'une teinte vineuse, du moins dans les derniers temps de la vie, car il n'est pas rare de rencontrer des malades chez lesquels, avec les signes locaux d'un rétrécissement mitral, on trouve la blancheur de la peau; la régularité, le développement du pouls, l'absence de l'état général des maladies du cœur.

» Le rétrécissement mitral et l'insuffisance aortique se rencontrent souvent ensemble et se neutralisent; l'un est pour ainsi dire le remède de l'autre, tout au contraire du rétrécissement et de l'insuffisance aortique, de l'insuffisance et du rétrécissement mitraux.

» Les lésions simples, isolées, sont extrêmement rares.

» Les lésions des cavités droites sont communes; elles sont moins graves que celles des cavités gauches.

» L'insuffisance de l'orifice droit est fréquente, et aussi facile à diagnostiquer que l'insuffisance de l'orifice gauche.

» Le rétrécissement de l'orifice droit n'est pas absolument rare; il a les mêmes signes stéthoscopiques que le rétrécissement mitral. Chez l'adulte, je ne l'ai pas rencontré isolé du rétrécissement mitral; j'en cite plusieurs exemples; le diagnostic est possible.

» Ce double rétrécissement est compatible avec une apparence de santé.

» L'étude du pouls ne peut remplacer l'étude du cœur lui-même; le sphygmographe ne peut traduire l'état du cœur. »

DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

dans ses rapports avec les maladies chroniques;

Par M. le Dr Léon Danjoy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sous ce titre, M. le docteur Danjoy a présenté, au commencement de cette année, une bonne dissertation inaugurale (1). L'auteur de ce travail a résumé en quelques mots les faits qu'il avait avancés, et nous pensons devoir placer ce résumé sous les yeux de nos lecteurs.

Le caractère fondamental des maladies chroniques est l'hérédité. Ce caractère est tiré rigoureusement de l'observation des faits; l'induction, d'accord également avec les faits, en conclut que les maladies chroniques ne sont pas immuables, qu'elles sont susceptibles de transformation par alliance et par croisement. En un mot, dans l'hérédité des faits morbides comme dans l'hérédité physiologique, il y a procréation, c'est-à-dire formation d'un type nouveau qui rappelle dans des proportions excessivement variables les éléments générateurs.

On en déduit que les maladies chroniques ne se transmettent pas indéfiniment et toujours les mêmes dans une famille; qu'elles dégénèrent, et peuvent, par leur hybridation, donner lieu à des métis pathologiques. Cependant, on peut les ramener à quatre types principaux : la scrofule, l'arthritis, la dartre et la syphilis constitutionnelle.

La phthisie pulmonaire dérive le plus souvent de la scrofule, mais elle peut exister soit seule, soit combinée à une des maladies constitutionnelles que nous venons de nommer. Dans ces cas, elle donnera lieu à des variétés ou à des formes de phthisie bien distinctes entre elles, et bien distinctes de la phthisie essentielle, c'est-à-dire de la phthisie pure, sans mélange d'aucune maladie diathésique.

La phthisie non essentielle, c'est-à-dire la phthisie unie à une maladie chronique, telle que la scrofule ou l'arthritis, ou même à certains états cachectiques, comme les intoxications paludéennes et saturnines, la chlorose, a pour principal caractère la lenteur de sa marche et la bénignité de ses symptômes. Dans ces circonstances, la prédominance d'une action morbide imprimée fortement sur l'organisme semble diminuer l'aptitude de l'économie à une affection diathésique comme la phthisie.

Les applications de ces données au pronostic et à la thérapeutique ne sont pas très-immédiates, cependant elles peuvent être la source d'indications précieuses, soit pour la recherche des lois d'hygiène préventive, soit pour l'application proprement dite des agents thérapeutiques, ou de certains modificateurs puissants, tels que les eaux minérales (Eaux-Bonnes).

DE LA COEXISTENCE FRÉQUENTE

des maladies de l'utérus et des lésions de la région péri-utérine. Des indications thérapeutiques qui en résultent (2).

Par M. le Dr Nonat, médecin de la Charité.

CONCLUSIONS.

1° Les affections de l'utérus se compliquent souvent de lésions du tissu cellulaire péri-utérin, des ligaments larges et des ovaires.

2° Il importe de ne pas se borner à explorer l'utérus, soit par le toucher, soit à l'aide du spéculum; il faut aussi examiner avec le plus grand soin les parties qui entourent la matrice, s'assurer par le palper abdominal, le toucher vaginal et le toucher rectal, tantôt isolés, tantôt combinés, s'il n'existe pas autour de l'utérus soit un état congestif, soit un engorgement inflammatoire.

3° Si on ne rencontre aucune de ces lésions péri-utérines, on peut procéder avec plus de sécurité au traitement local et direct des affections de la matrice.

4° Si, au contraire, on constate l'existence d'une complication péri-utérine, il faut absolument s'abstenir au début de pratiquer l'opération la plus simple ou de porter un instrument quelconque, soit dans le vagin, soit sur le col de l'utérus, soit dans la cavité de cet organe.

L'expérience démontre formellement que, dans les cas de ce genre, les accidents les plus graves peuvent être produits par la présence d'un pessaire intra-vaginal, l'application des caustiques sur le col de l'utérus, l'introduction dans la cavité utérine d'une sonde, d'une curette, d'un porte-caustique, d'un redresseur, et, à plus forte raison, par la cautérisation profonde du col utérin avec la potasse caustique de Vienne et le fer rouge.

5° Dans les cas de complication péri-utérine, si le traitement local et direct des affections de la matrice n'amène pas les accidents graves que je viens de signaler, il présente encore l'inconvénient de rester longtemps inefficace, de réussir rarement, parce qu'il laisse autour de l'utérus un foyer de congestion ou d'inflammation qui entretient, qui alimente sans cesse la lésion utérine.

6° Si, par extraordinaire, la lésion utérine disparaît sous l'influence du traitement local et direct, reste toujours l'affection péri-utérine, méconnue ou négligée. Il en résulte que le praticien s'abusant lui-même, se repose dans une fausse sécurité et abandonne la malade, imparfaitement guérie, à tous les dangers qu'entraînent les phlegmasies péri-utérines.

7° Pour toutes les raisons que je viens d'énumérer, il est rationnel, il est nécessaire de commencer *toujours* par le traitement des phlegmasies péri-utérines, et de n'instituer le traitement direct et local des lésions utérines qu'après s'être assuré qu'il n'existe plus autour de la matrice aucune complication inflammatoire.

(1) Une broch. in-4° de 61 pag. Prix, 1 fr. 50 c. Paris, 1862. Chez A. Delahaye.

(2) Une brochure in-8°. Prix : 75 c. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

PELLAGRE.

En réponse à la lettre de M. Billod sur l'influence de l'aliénation mentale sur la production de la pellagre, insérée dans le numéro du 2 octobre courant, M. le professeur Landouzy nous transmet une nouvelle lettre dont nous extrayons les passages suivants, qui résument suffisamment le point en discussion :

Après avoir vu 10 pellagreux à Sainte-Gemmes, et après en avoir observé 3 à Maréville, 1 à Aurillac, 2 à Fains, 1 à Châlons, j'avais enseigné à mes élèves que l'aliénation paraissait être une cause de pellagre; mais cela avec maintes réserves, maints commentaires, et en me promettant de poursuivre dans divers asiles la solution de cet important problème.

Mes études subséquentes ont bien justifié ces doutes, et en voici le résultat :

Sainte-Gemmes	10
Châlons	1
Maréville	3
Fains	2
Aurillac	1
Lyon (Antiquaille)	7
Turin	10
Quatre-Mares	7
Saint-Yon	1

Lille, Armentières, Lommelet, Auxerre, Dijon, Venise, San-Servolo, Brescia, Milan, La Senagra, Padoue, Orléans, Blois, 0.

Je pourrais effacer immédiatement de cette liste les 7 pellagres de l'Antiquaille et 8 sur 10 de Turin, des notes précises indiquant l'antériorité de la pellagre sur la folie; mais je n'exclus aucun cas, et j'accorde, comme appartenant à l'aliénation seule, les 42 érythèmes pellagreux que j'ai rencontrés dans ces vingt-deux asiles. Qu'en résulte-t-il? Une pellagre environ sur 200 aliénations, au lieu de 2 sur 1,000, chiffre exact de la statistique de ma dernière leçon après les éliminations... Est-ce là une influence évidente? Est-ce même une proportion comparable à celle qu'on trouve dans les hôpitaux ordinaires, à Reims, par exemple, où nous n'avons jamais eu moins de 4 ou 5 pellagreux par année, depuis dix ans, sur 300 malades?

Ceci me porte à croire que dans les établissements d'aliénés il y a beaucoup plus de pellagres qu'on n'en constate, et qu'elles y restent ignorées. Car si la folie ne donne pas la pellagre, il n'est guère probable qu'elle soit de nature à l'empêcher, et l'on doit trouver parmi les aliénés le même nombre à peu près de pellagres qu'on trouverait parmi les malades ordinaires. Or à cet égard il n'y a plus nulle part aucun doute, et je voyais tout à l'heure que la dernière séance de la Société des hôpitaux s'était terminée par cette déclaration de M. Bucquoy, qu'on pourrait actuellement réunir en un seul jour à Paris autant de faits qu'on en réunit à chaque conférence de Reims. C'est précisément ce que j'avais annoncé d'avance dans mes premiers travaux. Or ce qui se passe à Reims et à Paris se passe partout ailleurs, et la pellagre est aujourd'hui dans presque tous les hôpitaux de France plus fréquente que le diabète, que le zona, que la morve, que le scorbut, que la suette, etc., qui sans être des affections vulgaires, ne peuvent cependant se ranger parmi les maladies rares...

... La plupart de vos aliénés devenus nouvellement pellagreux, ne sont, vous le reconnaîtrez un jour, que d'anciens pellagreux devenus aliénés, admis comme tels à l'Asile, et repris plus tard de la dermatose caractéristique. N'ai-je pas montré à mes leçons de magnifiques pellagres, avec démence et accidents cutanés, revenus après dix ans d'absence absolue de tout symptôme appréciable? N'ai-je pas montré des pellagreux paralytiques frappant l'assistance par l'intensité de l'érythème, par l'impossibilité de l'équilibration, par la folie des actes et des paroles, et se montrant l'année suivante avec la plus parfaite intégrité de toutes les fonctions physiques et intellectuelles?

Que l'un de ces anciens pellagreux devenu fou soit admis à Sainte-Gemmes sans érythème et surtout sans commémoratif, que diagnostiquera-t-on? La démence ordinaire, car il pourra aussi n'y avoir aucun trouble digestif bien spécial. Un an, deux ans, dix ans, pourront se passer ainsi à l'asile avec les seuls symptômes d'une aliénation et d'une paralysie variables; puis tout à coup la dermatose se produira à l'asile, comme elle se serait reproduite ailleurs, et voilà pour vous un aliéné devenu pellagreux, tandis que c'était uniquement un ancien pellagreux chez qui s'était passée la dermatose, et qui avait pour symptôme prédominant la démence.

Croyez-moi, cher et savant confrère, au lieu de maintenir contre toute évidence cette thèse anéantie aussi bien par vos propres statistiques que par les miennes, bornez-vous à dire que la pellagre paraît fréquente dans certains établissements d'aliénés.

LANDOUZY.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 octobre 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Gros, sur le service médical des eaux minérales de Hammam-Rirah (Algérie) pendant l'année 1861.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un rapport sur une épidémie d'angines diphthéritiques qui a régné à Bar-le-Duc en 1861, par M. le docteur Nève.

2° Un rapport de M. le docteur Bourdin, sur une épidémie de rougeole qui a régné en 1861 à Choisy-le-Roi et à Villeneuve-le-Roi. (Commission des épidémies).

3° Une lettre de M. le docteur Sermet, qui réclame la priorité d'invention du révulseur présenté dernièrement par M. Mathieu. (Commissaire, M. Trousseau).

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. POGGIALE, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'une série de rapports officiels dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURE.

Empoisonnement par la strychnine. — M. GALLARD donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Considérations sur l'empoisonnement par la strychnine.*

L'auteur n'a eu d'autre but que de chercher, dans les observations nouvelles publiées depuis le mémoire de M. Tardieu, la confirmation de ce que le savant médecin légiste français a écrit sur ce sujet en 1857. On comprend que dans les traités de médecine légale antérieurs au procès Palmer et au travail de M. Tardieu, l'empoisonnement par la strychnine n'ait donné lieu qu'à un très-petit nombre de considérations, faute de faits sur lesquels on pût appuyer des développements plus étendus; mais ce qui ne s'explique pas, c'est que des ouvrages récents et qui devraient être au niveau de la science, notamment le traité de M. Casper, gardent le même silence sur un sujet aussi intéressant.

Le mémoire de M. Gallard est divisé en deux parties :

Dans la première, consacrée à des considérations purement médico-légales, après avoir rapporté un certain nombre d'observations détaillées d'empoisonnement par la strychnine, il analyse minutieusement les symptômes et les signes qui permettent de le reconnaître, et apprécie, d'après les faits, la valeur comparative de chacun de ces symptômes et de ces signes.

De cette étude, il résulte que la dose de strychnine suffisante pour donner la mort oscille entre 1 et 5 centigrammes. Il suffit de 1 à 2 centigrammes pour déterminer de graves accidents, mais il n'y a pas jusqu'à présent d'exemple d'empoisonnement mortel avec moins de 2 centigrammes et demi de strychnine ingérés dans l'estomac. Si l'estomac est rempli d'aliments, une dose de poison beaucoup plus forte pourra ne déterminer aucun accident.

Une dose beaucoup plus considérable pourra être impunément absorbée, si elle est fractionnée et administrée à intervalles suffisamment éloignés.

Le début et la marche de la maladie sont également rapides, la mort arrive en peu d'heures; la guérison est complète au bout d'un ou deux jours, sauf de rares exceptions.

Parmi les symptômes, le plus important, celui qui est vraiment caractéristique, est le spasme tétanique, qui se produit spontanément à diverses reprises, et qui présente cette singulière propriété d'être accru ou rappelé par le moindre contact, par un simple bruit; ce qui n'empêche cependant pas les individus empoisonnés d'aller, de venir, de se mouvoir, pendant l'intervalle qui sépare l'ingestion du poison du premier accès de convulsions tétaniques.

L'attouchement, qui a la faculté de rappeler ou de provoquer ces convulsions, est loin d'être douloureux, et il n'est pas rare d'entendre les malades demander à être tenus fortement ou frictionnés pendant leurs accès de spasme tétanique.

Les pupilles ont toujours été vues dilatées, au moins pendant l'attaque convulsive, sauf un seul cas, dont la relation manque peut-être de détails suffisants sur ce point important.

Les autres symptômes, non plus que les lésions nécroscopiques, n'offrent rien de spécial, si ce n'est la rigidité cadavérique, laquelle commence beaucoup plus rapidement, est plus complète et se prolonge beaucoup plus longtemps qu'à l'état normal.

L'état du cœur, les lésions constatées quelquefois du côté des centres nerveux, sont loin d'avoir un caractère de constance et d'uniformité suffisant pour qu'il soit permis d'en faire des signes juridiques de cet empoisonnement.

Dans la deuxième partie, consacrée à la thérapeutique, l'auteur ne s'est plus borné à l'analyse des faits observés sur l'homme, mais il a institué lui-même un grand nombre d'expériences sur les animaux. Il s'est proposé à la fois, et de déterminer de quelle façon la sympto-

matologie bien connue de l'empoisonnement par la strychnine peut être modifiée par les divers agents thérapeutiques pour permettre de reconnaître cet empoisonnement, même quand il aura été masqué par une médication plus ou moins énergique, et de rechercher s'il existe réellement un antidote efficace de la strychnine.

Ses expériences n'ont porté ni sur les moyens propres à évacuer le poison, ni sur ceux qui peuvent le dénaturer chimiquement avant son absorption. Il n'a voulu étudier expérimentalement que les antagonistes de la strychnine absorbée, et ayant déjà commencé à manifester par des symptômes non douteux son action sur le système nerveux.

Afin de donner à ses résultats plus de certitude et plus de précision, il a procédé en injectant dans le tissu cellulaire sous-cutané, en solution concentrée, le poison aussi bien que les antidotes essayés.

Le curare, dont les propriétés sont suivant les uns opposées, suivant les autres identiques à celles de la strychnine, ne lui a paru offrir qu'un simple intérêt de curiosité, car dans la pratique on n'aurait pas le temps de se le procurer pour pouvoir l'opposer à un cas d'empoisonnement par la strychnine; il ne s'en est donc pas occupé.

La morphine et la conicine ont été loin de justifier dans les expériences instituées par M. Gallard les espérances que l'on aurait pu se croire en droit de fonder sur elles. Elles ont plutôt accéléré que retardé la mort des animaux auxquels on les a administrées comme antidotes de la strychnine.

L'atropine et les inhalations de chloroforme n'ont pas eu non plus de bien brillants effets.

La seule substance qui ait paru agir d'une manière quelque peu efficace est l'aconitine.

Un premier animal qui avait reçu une dose de strychnine capable (d'après l'expérience acquise sur d'autres animaux de même force et de même taille) de le tuer en dix ou quinze minutes, a survécu plus de deux heures, et a succombé avec les symptômes de l'empoisonnement par l'aconitine, ceux de l'empoisonnement par la strychnine ayant en partie disparu. Un deuxième animal chez lequel la dose d'aconitine a été mieux graduée, s'est trouvé parfaitement rétabli au bout d'une demi-heure; puis quand, trois jours après, on lui a administré comme contre-épreuve la même dose de strychnine, il a succombé en dix-sept minutes.

Ces résultats, qui paraissaient assez encourageants, ne se sont malheureusement pas confirmés, car dans une troisième expérience un petit chien empoisonné avec 2 milligrammes 4/3 de strychnine a succombé en sept minutes, malgré l'administration immédiate d'un demi-milligramme d'aconitine. (Renvoi à la commission déjà nommée pour le précédent mémoire de l'auteur sur le même sujet.)

Nouvelle méthode de traitement de l'aliénation mentale, ayant pour base l'hydrothérapie. — M. LE Dr BALDOU lit sous ce titre un mémoire dont voici un résumé analytique.

L'auteur établit que lorsque, pour la première fois, il eut à traiter un aliéné, il a dû analyser les travaux des aliénistes, afin de connaître leur opinion sur l'emploi de l'eau dans la thérapeutique de l'aliénation. Cette étude l'a conduit à constater que, si tous les auteurs aliénistes sont unanimes pour accorder à l'eau un rang des plus importants dans le traitement de la folie, cette entente cesse d'exister quand il s'agit de spécifier son emploi et son mode d'action. Chaque forme d'application de l'eau a eu ses partisans. On l'a employée à l'extérieur et à l'intérieur. Les uns l'ont recommandée chaude; les autres, tiède; d'autres, froide. Certaines de ces applications ont été conseillées par divers auteurs pour remplir des indications différentes et même contraires, soit physiques, soit morales; soit contre des formes très-différentes de folie. Des modes différents d'application de l'eau ont reçu de divers auteurs une même dénomination. Les différences d'action de chaque mode d'application de l'eau n'ont pas été suffisamment déterminées, pas plus que leur différence d'action résultant de la différence de température. S'il a été dit quelque chose sur ces divers points fondamentaux par chacun des auteurs, il s'en faut que le praticien débutant puisse y trouver les éléments nécessaires pour établir les bases méthodiques d'un traitement rationnel pouvant suffire aux nombreuses nuances et variétés de l'aliénation. Pour trouver et établir sa méthode, c'est à l'hydrothérapie surtout que M. Baldou s'est adressé; et son mémoire reproduit une série d'études théoriques qui le conduisent à l'application.

Ce travail est divisé en trois parties.

La première a pour objet l'étude de cette question : Quelles sont les actions thérapeutiques, les médications, que l'on peut obtenir de l'hydrothérapie et appliquer à l'aliénation?

Dans la deuxième, l'auteur examine quels sont les agents et procédés au moyen desquels l'hydrothérapie obtient ces médications, et comment ces agents ont été utilisés jusqu'ici par les aliénistes.

La troisième partie se compose d'une série d'observations de cas de folie à divers degrés et de divers genres montrant à l'œuvre les principes et les lois fournies par les deux premières parties.

M. Baldou lit deux de ces observations.

La première lui fournit l'occasion de comparer la valeur relative des sudations par la lampe à esprit-de-vin, et de l'enveloppement dans les draps humides : le sujet ayant été soumis d'abord pendant près de six mois au premier traitement sans aucun amendement, tandis que trois mois de traitement selon sa méthode ont donné une guérison complète.

La seconde observation offre l'histoire du traitement de Mme X..., qui, entrée en état de manie furieuse dans une maison de santé sous la direction de M. Baldou, après avoir suivi pendant près d'un an un traitement dans un autre établissement hydrothérapique, se trouva guérie au bout de trois mois de traitement, et a dirigé administrativement cette même maison de santé pendant cinq ans, sans présenter pendant ce temps aucun symptôme de rechute.

Dans cette observation, M. Baldou fait ressortir ce fait qu'il a pu prévoir et annoncer dès le début du traitement des perturbations morbides ou crises, qui sont arrivées à l'époque et avec les caractères prévus par lui; que la gravité des symptômes a été telle qu'à plusieurs reprises les parents de la malade ont assuré que si ces désordres ne leur avaient pas été annoncés d'avance, ils auraient cessé le traitement. C'est à la connaissance des lois qu'il a formulées dans son *Traité d'hydrothérapie*, comme présidant à ces phénomènes, que l'auteur reconnaît devoir un succès qui se fût changé en défaite s'il ne les eût connus.

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'importance de l'application de l'hydrothérapie au traitement de l'aliénation mentale est fondée sur les données fournies par la connaissance des effets physiologiques des éléments ou agents qui composent cette méthode.

2° Par les modifications dont l'application de l'hydrothérapie est susceptible entre les mains du médecin expérimenté, cette méthode offre à l'aliéniste des modifications très-variées et qui correspondent aux variations si nombreuses de l'aliénation.

3° Ces variétés d'action de l'hydrothérapie sont encore susceptibles de s'augmenter par l'association de cette méthode avec les autres agents de la thérapeutique.

4° L'application de l'hydrothérapie à la folie exige l'emploi raisonné et non systématique de chacun de ses éléments.

5° La manie, comme la lypémanie et la démence, offre des périodes ou des phases pyrétiques et apyrétiques d'excitation et de dépression; on ne peut donc dire que tel traitement convient à la manie, ou à la démence, ou à la lypémanie, mais bien à telle ou telle phase de ces maladies.

6° Les aliénés s'habituent au froid en bains et en douches, aux enveloppements, à condition qu'on évite de les surprendre en agissant avec brusquerie, mais qu'au contraire on les fasse arriver graduellement d'une température modérée aux températures les plus basses, des douches les plus faibles aux douches les plus énergiques.

7° Il est pourtant des aliénés qu'il faut violenter pour les soumettre aux bains, aux douches, etc. Il faut, tout en usant de tous les ménagements possibles, passer outre, et l'opération une fois terminée, les effets physiologiques et thérapeutiques ne s'en produisent pas moins.

8° Je n'ai jamais cru devoir employer les douches et les bains comme moyen d'intimidation; mais si je conclus de ma pratique que l'usage de l'intimidation doive être plus restreint que ne l'ont pensé quelques aliénistes, je suis loin de le proscrire absolument.

9° Je ferai les mêmes réserves pour ce qui est des irrigations appelées douches; je les ai d'ailleurs remplacées par la capeline humide.

10° L'action éminemment antiphlogistique des enveloppements dans les draps mouillés dispensera dans le plus grand nombre de cas d'avoir recours à la saignée, reconnue dangereuse par la plupart des aliénistes; combiné avec les bains tempérés de deux à quatre minutes, ce procédé remplacera toujours avec avantage les bains tempérés de longue durée.

11° Enfin ma conclusion dernière sera non une prédiction, mais une prévision, et je la formulerai sans crainte de me heurter aujourd'hui contre les incrédulités et les préventions qui accueillirent mes prévisions en 1841 : l'hydrothérapie occupera dans la thérapeutique de l'aliénation mentale une place plus importante encore que celle qu'elle a su conquérir dans la thérapeutique des maladies chroniques en général.

Le travail de M. Baldou est renvoyé à l'examen d'une commission dont font partie MM. Falret et Girard de Cailleux.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Mercredi dernier 1er octobre, a eu lieu, au port de Toulon, le concours pour les places vacantes dans le cadre des chirurgiens de la marine. La cérémonie était présidée par M. le contre-amiral Chaigneau, préfet maritime par intérim, assisté de tout le personnel du service de santé.

M. le préfet a prononcé un discours qui fait trop d'honneur au corps de santé maritime pour que nous ne croyions pas devoir en reproduire les principaux passages.

« Je suis très-heureux, a-t-il dit, de rencontrer cette occasion de dire publiquement au corps médical que le vaste mérite d'un grand nombre de ses membres, les brillants services de beaucoup d'entre eux, le savoir et le zèle ardent de tous, le placent bien haut dans l'estime générale de la marine.

» C'est qu'en effet, le corps du service de santé, déjà si remarquable par l'éclat de ses lumières et par l'utilité de sa haute et précieuse mission, brille avec non moins d'éclat par l'honorabilité et la loyauté des caractères, par l'empressement avec lequel chacun y poursuit la satisfaction du devoir accompli, et, dans les circonstances périlleuses, par un dévouement que rien n'affaiblit et qui va jusqu'à l'abnégation.

» C'est dans ces habitudes traditionnelles et dans ces principes communs à tout le corps que le chirurgien puise généralement la règle de sa conduite partout où il se trouve, dans les colonies ou à bord, au milieu des épidémies, dans les expéditions de guerre, au milieu des combats. Aussi que de nobles victimes de leur dévouement dans le service de santé!

» Le cas échéant, vous suivriez cet exemple, vous, Messieurs, qui allez trouver dans les efforts du concours le prix de votre application à l'étude, et vous aussi, jeunes élèves, qui venez demander à la chance des examens la faveur d'être reçus dans cet honorable corps.

» A vous, Messieurs, de soutenir sa réputation et d'accroître, s'il est encore possible, la considération si élevée dont il jouit. »

M. Marcellin Duval, directeur du service de santé, a prononcé ensuite une allocution chaleureuse qui a produit sur l'auditoire une impression profonde, et valu à son auteur de vives et nombreuses félicitations.

La séance s'est terminée par le tirage au sort de la question à traiter.

Le sort a désigné l'*anatomie et les fonctions du grand sympathique*. Cinq candidats ont été entendus dans cette séance.

Nombre de candidats et de places.

Chirurgien de 1re classe : 5 places, 29 candidats.
Chirurgien de 2e classe : 10 places, 15 candidats.
Chirurgien de 3e classe : 10 places, 43 candidats.

— M. Baudot, ancien chirurgien sous-aide à l'hôpital général de Madrid en 1810, chef de bataillon de la garde nationale de Tannay (Nièvre) de 1830 à 1848, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La séance générale annuelle de l'Association générale aura lieu le 26 et le 27 de ce mois, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Le banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales est fixé au 26, à sept heures et demie du soir, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines. Le prix de la souscription est de 20 fr. On souscrit chez M. le docteur Brun, trésorier, rue d'Aumale, 23.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 119. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 119. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques-uns des moyens à employer dans l'hémorrhagie par insertion anormale du placenta sur le col au terme de la grossesse.

Nous avons dit dans la dernière *Revue* que nous essayerions de répondre aux questions que M. le docteur Mazel s'est posées à l'occasion du fait d'insertion vicieuse du placenta sur le col qu'il nous a communiqué. On se rappelle qu'il s'agissait, en présence d'un cas de mort à la suite d'une hémorrhagie produite par cette disposition anormale, de rechercher si cette femme aurait pu être sauvée par une intervention plus prompte, et si l'on aurait dû faire autre chose que ce qui avait été fait pour éviter cette issue fatale. (On avait eu recours d'abord aux astringents, puis au tamponnement du vagin. Ces moyens avaient échoué. M. Mazel ayant constaté au moment où il fut appelé que le travail était commencé, n'hésita pas à perforer les membranes et à faire la version. Mais l'hémorrhagie s'étant reproduite après la délivrance, M. Mazel eut recours sans succès au seigle ergoté et aux frictions excitantes.) Sur la première question, notre confrère n'a pas balancé à répondre lui-même par l'affirmative.

Commençons par déclarer que la conduite qu'il a suivie dès qu'il a été appelé auprès de la malade était parfaitement rationnelle et de tous points conforme aux préceptes de l'art. Ce n'est donc que sur les moyens mis en œuvre avant son intervention, et sur ceux qu'il a employés lui-même lors de l'hémorrhagie consécutive à la délivrance, que nous aurons à faire quelques observations.

On remarquera d'abord que le tamponnement a été pratiqué par la sage femme qui a donné les premiers soins. Mais comment a-t-il été fait et combien de temps a-t-il été maintenu? Voilà ce qui n'est pas dit et ce qu'il eût été très-important de connaître pour apprécier cette première période du traitement.

Nous rappellerons à cette occasion quelques préceptes pratiques que nous empruntons à l'une des leçons cliniques qui ont été faites sur ce sujet l'hiver dernier par M. Pajot, à propos d'un fait analogue.

Voici de quelle manière M. Pajot conseille de pratiquer le tamponnement:

Une quinzaine de bourdonnets de charpie et autant de morceaux d'agaric armés de fils, une longue pince à polype et du perchlorure de fer, tel est l'appareil nécessaire et qui doit toujours être préparé d'avance dans la prévision d'un événement de ce genre. Les caillots ayant été préalablement enlevés et le col bien nettoyé à l'aide de quelques injections faites à travers un spéculum, l'opérateur saisit un de ces bourdonnets avec la pince, le trempe dans le perchlorure de fer, et l'introduit jusqu'au col et dans le col même, s'il est entr'ouvert. Quatre ou cinq autres bourdonnets, également imbibés de perchlorure de fer, sont successivement introduits à la suite les uns des autres, de manière à remplir tout le fond du vagin. On introduit ensuite les bourdonnets de charpie sèche entremêlés de fragments d'agaric, en les tassant légèrement jusqu'à moitié de la profondeur du vagin. On remplit ensuite le reste du vagin jusqu'à la vulve de bourdonnets huilés, et le tout est assujetti par des compresses longuettes et un bandage convenable.

Combien de temps le tampon doit-il être laissé en place? M. Pajot est d'avis qu'en général le tampon ne doit pas rester plus de dix à douze heures, si toutefois les progrès du travail n'ont pas obligé à l'enlever plus tôt. On en est quitte d'ailleurs, si une fois le tampon enlevé la perte venait à se reproduire, pour le réappliquer aussitôt, et le renouveler, s'il le faut, jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante pour que l'accoucheur puisse intervenir utilement, si l'accouchement ne se fait pas naturellement.

Qu'il nous soit permis d'ajouter aux excellentes prescriptions contenues dans ces lignes, le conseil de recourir aussi, en pareil cas, à un moyen de tamponnement beaucoup plus simple encore, et qui nous a merveilleusement réussi dans un cas d'hémorrhagie grave dépendant de la cause en question; nous voulons parler de la vessie à air de M. Gariel. Nous avons rapporté dans le temps cette observation, dont la date précise nous échappe.

Mais le moment opportun pour le tamponnement est passé, le travail est commencé et l'hémorrhagie continue. Quel doit être alors le traitement de l'hémorrhagie?

La règle de conduite de l'accoucheur doit varier ici selon que le placenta est inséré sur le col ou dans le voisinage de l'orifice utérin.

Dans le premier cas, l'administration de 25 à 50 centigrammes d'ergot de seigle pulvérisé à diverses reprises, suffit ordinairement pour déterminer des contractions. Ces contractions obtenues, on rompt aussitôt les membranes.

Dans le second cas, le placenta étant inséré sur l'orifice centre pour centre, on peut recourir à la méthode de Puzos, qui consiste, comme on le sait, à traverser le délivre avec la main et à le décoller pour aller à la recherche des membranes afin de les perforer.

M. Gendrin, dans une circonstance semblable, a traversé le délivre avec une sonde de femme pour rompre les membranes après avoir provoqué des contractions. M. Pajot est d'avis qu'il faudrait imiter cette conduite, si la perte n'était pas foudroyante. Mais si, l'orifice étant complétement dilaté, les membranes rompues et l'utérus en contraction, l'hémorrhagie persistait, auquel cas les jours de la malade seraient immédiatement en danger, il n'y aurait pas à hésiter; il faudrait, suivant le précepte de Puzos, et comme M. Pajot l'a fait dans le cas qui était le sujet de sa leçon, traverser le placenta avec la main, faire la version et extraire l'enfant sans désemparer.

A cet effet, on se sert de la main qui répond au côté de l'utérus où le placenta n'est pas inséré, et, en tous cas, de la main correspondante à la portion de la matrice sur laquelle est implantée la plus petite portion du délivre. On évite ainsi le danger d'en détacher une partie trop importante, et de provoquer des hémorrhagies nouvelles non-seulement gênantes, mais qui pourraient amener une mort subite. Après le fœtus, on extrait le délivre; puis, l'utérus évacué, on fait des frictions sur le ventre, on administre le seigle ergoté, on fait des injections astringentes.

Enfin, dans les cas extrêmes où les moyens précédents auraient échoué, et où, le sang coulant à flots, la mort de la femme paraît imminente, M. Pajot déclare qu'il n'hésiterait pas, à l'exemple de M. Simpson, à aller chercher le placenta et à l'amener au dehors, quitte à procéder immédiatement à l'extraction de l'enfant.

La délivrance est opérée, l'hémorrhagie continue, ou bien après quelques instants d'interruption elle reparaît de nouveau: c'est ce dernier cas qui s'est présenté dans le fait de M. Mazel. C'est ici qu'il y a lieu d'examiner la conduite qui aurait pu être tenue.

M. Mazel se demande si le tamponnement du vagin, la compression de l'aorte abdominale et de la matrice elle-même n'auraient pas dû être pratiqués.

C'est avec raison que notre confrère a repoussé le tamponnement. Autant il est indiqué et efficace avant l'accouchement, autant après la délivrance il est insuffisant et dangereux même, à cause de la fausse sécurité qu'il pourrait inspirer. Nous en dirons autant de la compression de la matrice à l'aide de bandages, moyen évidemment illusoire.

Mais nous ne saurions partager la méfiance qu'il exprime à l'égard de la compression de l'aorte. Quels que puissent être les motifs des dissidences qui existent à ce sujet entre plusieurs auteurs également autorisés en matière d'obstétrique, il ne nous paraît pas possible, en présence des faits, de contester l'utilité de la pratique préconisée par M. Baudelocque neveu, et nous croyons que l'on aurait tort de se priver, dans des conditions aussi graves, d'un moyen qui peut ne pas réussir toujours sans doute, mais qui a été dans un assez grand nombre de cas d'une évidente efficacité. Nous pourrions rappeler, entre autres faits qui nous reviennent à la mémoire, une communication très-intéressante sous ce rapport de M. le docteur Plouviez, de Lille (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 22 mai 1851).

(Au moment où nous écrivons ces lignes, nous recevons, trop tard pour pouvoir l'insérer aujourd'hui, une lettre de M. le docteur Pichon, de Loué (Sarthe), qui renferme plusieurs faits à l'appui de l'efficacité de la compression aortique. Cette lettre nous fournira probablement l'occasion de revenir sur ce point.)

Il nous reste à signaler une dernière ressource thérapeutique qui eût peut-être trouvé son indication dans le fait de M. Mazel, moyen extrême, il est vrai, d'une exécution difficile et entourée de dangers sans doute, — mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un cas désespéré —, nous voulons parler de la transfusion. Le dernier fait de transfusion pratiqué par M. le docteur Weickert, dont nous avons entretenu nos lecteurs dans la *Revue* du 23 août dernier, et l'ingénieux appareil imaginé par M. Moncoq (de Caen) pour faciliter cette opération, sont de nature, à notre avis, à encourager les tentatives de ce genre en présence d'éventualités aussi graves.

Telles sont les quelques réflexions que nous avons cru devoir soumettre à notre confrère M. Mazel, ainsi qu'à nos lecteurs.

Ablation d'un cancer du rectum.

Nous avons assisté dernièrement, dans le service de M. Demarquay à la Maison municipale de santé, à l'ablation d'un cancer du rectum développé chez un homme de soixante-cinq ans. L'altération de l'intestin s'étendait depuis l'anus jusqu'à 6 centimètres en hauteur; presque toute la circonférence du rectum était malade, excepté à gauche et un peu en avant. Cette disposition a permis à M. Demarquay d'employer un procédé opératoire particulier, qu'il a déjà mis en usage l'année dernière, et dont M. Parmentier a donné une très-bonne description.

Le malade étant soumis à l'action du chloroforme, M. Demarquay a fait autour de l'anus une incision elliptique, s'arrêtant au niveau de la partie saine de l'intestin, c'est-à-dire en avant et à gauche. Le rectum a été alors détaché des parties voisines, en ayant soin de lier les vaisseaux à mesure qu'ils étaient divisés, comme M. Velpeau en a donné le conseil.

Parvenu au delà des limites du mal, M. Demarquay a placé une chaîne d'écraseur de chaque côté de la partie saine de l'intestin et l'a divisé dans toute sa hauteur, en serrant un cran toutes les quinze secondes. Ces deux sections ont eu lieu sans aucun écoulement de sang. La portion malade ne tenant plus au reste du rectum que vers la partie supérieure, M. Demarquay, pour prévenir toute hémorrhagie, a compris dans une anse de fil passée à l'aide de l'aiguille de Deschamps modifiée par Blandin, une petite portion du rectum, et après l'avoir liée, il a détaché la tumeur dans le point correspondant; il a fait ainsi une série de ligatures successives avant de séparer complétement la partie malade.

L'opération terminée, il n'y a eu aucun vaisseau à lier; le rectum était maintenu en place par toute la partie saine qui avait pu être conservée, et formait une espèce de pont, qui s'étendait depuis le point où la section de l'intestin avait eu lieu jusqu'à l'anus.

Le bistouri, l'écraseur linéaire et la ligature, ont été employés, comme on le voit, tour à tour.

Le rectum ayant été isolé de toutes parts, excepté à gauche et en avant, était devenu en quelque sorte flottant au milieu de la partie postérieure du périnée, de sorte que l'opérateur a pu le diviser dans une partie de sa hauteur avec l'écraseur linéaire, sans exercer aucune traction sur la partie supérieure, comme cela aurait eu lieu si les chaînes des écraseurs eussent fonctionné avant que l'intestin eût été disséqué dans presque toute sa circonférence. M. Demarquay pense que lorsqu'on ne prend pas cette précaution, les tractions que l'on exerce alors inévitablement sur l'intestin, en le divisant de haut en bas avec l'écraseur linéaire, favorisent plus tard une inflammation du tissu cellulaire de l'espace pelvi-rectal supérieur, accident fréquent après l'ablation du rectum, et qui entraîne presque toujours la mort.

Pour séparer complétement du rectum la portion cancéreuse, trois procédés pouvaient être mis en usage. On pouvait, avec des ciseaux, couper au-dessus du mal et faire ensuite la ligature des vaisseaux ouverts. Cette manière d'agir permettait de terminer l'opération en quelques instants, mais elle exposait à de grands dangers. Il pouvait être impossible de lier les artères fournissant du sang en assez grande abondance, car la section du rectum devait porter sur un point assez éloigné de l'anus, et il eût fallu nécessairement faire un tamponnement, ce qui est toujours très-douloureux.

D'un autre côté, en admettant que l'on fût parvenu à lier les vaisseaux d'où venait le sang, il eût été possible que plus tard des artérioles qui avaient échappé à la ligature, parce qu'elles ne fournissaient pas de sang immédiatement après l'opération, devinssent la source d'une hémorrhagie consécutive, et le malade, affaibli par une perte de sang considérable, aurait pu mourir quelques jours après l'opération.

Un second procédé, qui se présentait naturellement à l'esprit, consistait à placer une chaîne d'écraseur au-dessus de la partie malade pour en achever la réparation. Il eût fallu, pour se mettre à l'abri de toute hémorrhagie, agir avec la plus grande lenteur, à cause des nombreux vaisseaux qui existent dans cette région. Ainsi l'emploi de l'écraseur linéaire prolongeait considé-

rablement une opération qui avait déjà duré un certain temps et ne mettait pas d'une manière certaine à l'abri d'une hémorrhagie.

Il restait un troisième procédé, celui de la ligature. Ce procédé, qui met à l'abri de l'hémorrhagie, est extrêmement douloureux, et la partie qui tombe en gangrène fournit une suppuration fétide et plus ou moins abondante, ce qui peut être l'occasion d'une infection putride.

M. Demarquay a ainsi combiné, comme on le voit, la ligature avec l'emploi de l'instrument tranchant, de manière à réunir les avantages des deux méthodes sans en avoir les inconvénients.

Hypertrophie de la luette. — Ulcérations du voile du palais. — Extirpation d'un polype nasal. — Cautérisation avec le bichromate de potasse.

Dans le numéro du 6 septembre dernier, nous avons publié un extrait d'un mémoire de M. le docteur Fredericq (de Gand), intitulé *Polypes du nez guéris par le bichromate de potasse.* M. le docteur Edouard Fournié nous fait savoir, à cette occasion, sans prétendre toutefois en faire l'objet d'une revendication de priorité, que depuis longtemps il emploie le bichromate de potasse pour remédier à l'hypertrophie des amygdales et de la luette, et qu'avant la communication de M. Fredericq il avait eu l'idée d'employer le même agent pour détruire entièrement un polype muqueux du nez. Voici l'observation qu'il nous communique, et qui confirme les résultats obtenus par le médecin de Gand.

Le malade qui est le sujet de cette observation lui a été adressé par M. le docteur Faure, médecin en chef à l'hôtel impérial des Invalides. La maladie a été d'abord constatée par cet éminent confrère, et c'est pour ainsi dire sous ses yeux que le traitement a été institué.

M. D..., chargé des fonctions de bibliothécaire dans une des principales places fortes de la France, est âgé de soixante ans.

Opéré dans le courant du mois de mars d'un polype nasal, il lui survint après cette opération un mal de gorge violent, accompagné de surdité, d'une gêne indéfinissable et d'un besoin d'avaler presque continuel. Les gargarismes, les cautérisations furent employés en vain, et le malade, doué d'un tempérament très-impressionnable, tomba dans une mélancolie inquiète qui rendait sa vie très-malheureuse. C'est dans ces conditions et pour ces motifs qu'il vint à Paris.

Voici l'état dans lequel M. Ed. Fournié l'a trouvé à son premier examen :

La luette, exagérée dans toutes ses dimensions, surtout en épaisseur, était très-rouge; le voile du palais, très-enflammé, était attiré en bas par le poids de la luette; les piliers étaient très-injectés; la paroi pharyngienne, inégale, chagrinée, violette, était couverte d'un mucus épais et adhérent.

Ces lésions anatomiques expliquaient suffisamment les phénomènes désagréables que ressentait le malade; mais ils ne rendaient pas compte d'une sensation de craquement qu'il disait éprouver au moindre mouvement des mâchoires. Persuadé que ce phénomène devait être attribué à la propagation de l'inflammation vers les trompes d'Eustache, notre confrère a voulu examiner avec le laryngoscope les parties situées au-dessus du voile du palais. On va voir qu'il a été bien inspiré.

Au moyen du petit miroir introduit au fond de la gorge, la surface réfléchissante tournée en haut, il a vu d'abord une ulcération grisâtre sur la partie postérieure de la luette. Une ulcération semblable a été constatée sur la face supérieure du voile du palais, immédiatement au-dessus des piliers. Ces deux ulcérations, situées symétriquement des deux côtés, au niveau de la réunion du voile et des piliers, lui ont paru devoir être attribuées au tiraillement de ces parties par le poids exagéré de la luette.

La paroi du pharynx, jusqu'à l'apophyse basilaire, était rouge, inégale et couverte de mucosités; l'ouverture des trompes était rétrécie, boursouflée et en partie obstruée par du mucus; l'ouverture postérieure de la cavité nasale gauche était à peu près bouchée par une masse polypeuse de forme ovoïde et de la grosseur d'une forte noisette.

Cet état si complexe, et dont on ne pouvait se faire une idée bien exacte que par l'examen rhinoscopique, explique l'impuissance du traitement qui avait été institué antérieurement.

Le premier soin de M. Fournié a été de réduire la luette à ses dimensions normales au moyen de trois applications successives d'une solution concentrée de bichromate de potasse. Pendant ce temps, les ulcérations du voile du palais étaient journellement modifiées par une solution de nitrate d'argent qu'il faisait arriver sur la partie malade au moyen d'une éponge fixée à l'extrémité d'une baleine recourbée. Le miroir, introduit au fond de la gorge, dirigeait sûrement cette petite opération.

Toute la surface de la paroi pharyngienne était recouverte chaque jour d'une mince couche d'alun finement pulvérisé au moyen d'un insufflateur à extrémité recourbée.

Après quinze jours de ce traitement topique, l'inflammation, les ulcérations avaient disparu entièrement, et de tout l'appareil symptomatique primitif, il ne restait plus qu'un peu d'embarras résultant du relâchement consécutif et persistant du voile du palais. Ce relâchement a cédé à l'usage de quelques douches d'eau chargée de tannin que le malade s'administrait lui-même plusieurs fois par jour, au moyen d'une seringue en verre.

Après avoir débarrassé M. D... des inquiétudes occasionnées par le mal de gorge, il s'agissait de procéder à l'extirpation du polype.

L'examen direct par l'orifice antérieur des fosses nasales permettait de voir un point brillant situé très-profondément; mais on eût été fort indécis sur sa nature si l'examen avec le miroir n'était venu éclairer sur son origine.

Tout d'abord, M. Fournié n'a pas eu l'idée de faire disparaître ce polype par la cautérisation avec le bichromate de potasse; mais son intention, qu'il avait communiquée à M. Faure, était de terminer avec le caustique ce qu'il n'aurait pas pu faire avec les pinces. Personne n'ignore que l'extirpation entière des polypes muqueux à large base est à peu près impossible par l'arrachement seul. Les tissus qui composent ces tumeurs sont tellement mous, tellement friables, que le plus souvent on parvient à enlever seulement la portion comprise entre les mors de la pince. C'est ce qui est arrivé ici. La difficulté était d'autant plus grande que le polype, situé très-profondément, restait invisible, malgré un rayon de soleil projeté dans la cavité nasale, malgré les efforts du malade pour le pousser en avant, malgré la dilatation des narines au moyen d'une pince.

En présence de ces difficultés, M. Fournié a eu l'idée d'employer la sonde de Belloc, comme s'il voulait pratiquer le tamponnement, espérant ramener le polype en avant au moyen d'un gros bourdonnet de charpie.

Ce procédé a donné un résultat très-satisfaisant. Le polype a été en effet ramené en avant, et il a été possible de l'extirper d'une manière à peu près complète.

Le lendemain, l'examen de l'orifice postérieur des fosses nasales, à l'aide du miroir, a fait constater que cet orifice était libre, et que le polype, dont il ne restait que quelques débris, était implanté sur la paroi inférieure et externe de la cavité nasale gauche. Ces débris ont été touchés deux fois avec une solution concentrée de bichromate de potasse; une eschare légère s'est formée, et huit jours après il ne restait plus trace ni du polype ni de la cautérisation.

Pendant l'opération il y a eu une hémorrhagie assez considérable, mais qui a cessé comme par enchantement à la suite de l'injection d'une solution de tannin.

PEUT-ON ENRAYER LA DOTHINENTÉRIE?

Par M. le docteur Bonifas, d'Anduze.

Dans une leçon de M. Beau, récemment publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, se trouve soulevée et résolue par l'affirmative la question fort importante de savoir si l'on peut arrêter une fièvre typhoïde dans sa marche ou à son début. Je partage une opinion autre que celle du savant professeur, ce qui m'a engagé à prendre la plume pour la combattre, heureux néanmoins si ma contradiction lui fait chercher à établir et à justifier son opinion d'une manière moins indirecte; c'est celle en effet que l'on doit le plus désirer de voir vraie.

1° Peut-on enrayer une fièvre typhoïde à son début? Telle est la première question que je veux examiner.

On pourrait à la rigueur la déclarer insoluble, car en pareille matière si la preuve peut être faite, la contre-épreuve ne peut l'être : on ne peut administrer le tartre stibié à un sujet présentant les signes précurseurs de la dothinentérie, lui rendre par ce moyen la santé, puis le replacer dans les mêmes conditions, l'abandonner à lui-même, et voir si la dothinentérie poursuit son cours. On en est réduit à observer des sujets placés le plus possible dans des conditions semblables, et à voir quels sont sur eux les effets de la médication stibiée. Pour moi, depuis quatre ans environ que je pratique la médecine, toutes les fois que je vois des individus présentant les signes de l'embarras gastrique, perte d'appétit depuis deux ou trois jours, pesanteur de tête, constipation ou diarrhée légère, douleurs vagues dans l'abdomen, langue sale, bouche mauvaise, haleine fétide, forces déprimées, ma pratique est un peu différente de celle de M. Beau, et j'administre :

Tartre stibié.	0,10 centigr.
Sulfate de soude.	30 à 40 grammes.

Sans me prononcer en aucune façon sur la nature de la maladie; j'ai cependant pour habitude d'annoncer que, si à la suite de l'administration du remède, des évacuations abondantes par haut et par bas ayant eu lieu, le malade ne se sent pas renaître à la santé dans les vingt-quatre heures qui suivent, on doit craindre sérieusement l'invasion de la dothinentérie. Eh bien, je puis dire que les sujets dans ce cas se sont presque exclusivement divisés en deux catégories : les uns revenaient brusquement à la santé; les autres, après un soulagement réel, ne voyaient pas leurs forces revenir, gardaient leur embarras gastrique; la langue ne se nettoyait qu'incomplétement, pour se charger de nouveau bientôt après; l'appétit ne revenait pas, et peu à peu la dothinentérie apparaissait avec tous ses signes; d'autres enfin, et c'était le plus petit nombre, traînaient encore quelques jours, et l'emploi d'un ou deux purgatifs (huile de ricin, etc.) suffisait pour décider le retour complet à la santé.

Que conclure lorsqu'on voit de différents individus, placés dans des conditions semblables en apparence, traités par le même médicament ayant agi chez tous de la même manière, les uns renaître à la santé comme par enchantement ou après quelques jours de malaise, et les autres ressentant bien une certaine influence du médicament, mais voyant cette influence bientôt effacée, et atteints en définitive d'une dothinentérie? Qu'en conclure, sinon que les uns n'avaient qu'une maladie légère enlevée par l'éméto-cathartique, et que les autres avaient une maladie grave que le médicament était impuissant à enrayer?

On pourra m'objecter que parmi ceux que l'émétique a rendus à la santé, il en est un certain nombre qui, abandonnés à eux-mêmes, auraient eu la dothinentérie; c'est possible, mais voici la seule manière dont je le puisse admettre : Supposé un homme atteint d'embarras gastrique bien caractérisé; il entre à l'hôpital; si on abandonne l'indisposition à elle-même, la mauvaise disposition du sujet et surtout le séjour à l'hôpital peuvent faire éclater la dothinentérie, de telle sorte qu'en enlevant l'embarras gastrique et en renvoyant le sujet, on le met à l'abri de cette terrible maladie, mais cela ne s'appelle point enrayer la fièvre typhoïde. Je n'admets point que les gens dont j'ai parlé plus haut eussent autre chose qu'un embarras gastrique, et les comparant à ceux qui, traités de même, ont eu la dothinentérie, de la différence des résultats thérapeutiques dus au même médicament, ayant agi de la même manière, j'en conclus à la différence des états pathologiques : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Il y aurait un moyen de résoudre la question, ce serait de posséder un signe ou un ensemble de signes certains de la fièvre typhoïde à son début; or cela nous fait complétement défaut. Une très grande réserve est imposée, sous peine de s'exposer, de la part des faits, à des démentis humiliants. Ainsi on annonce une typhoïde, et au bout de trois ou quatre jours la santé est rétablie; on croit à une affection légère, et c'est la dothinentérie qui éclate. Le diagnostic est difficile au début, et il me paraît hardi de le porter à cette époque, surtout si l'affection est jugulée soit par un éméto-cathartique, soit même par la potion ipéca-stibiée.

2° Peut-on enrayer la fièvre typhoïde chez un individu qui en est notoirement atteint?

Je pose la question en ces termes, parce que ce sont ceux dont M. Beau s'est servi. La difficulté, pour être autre, n'en reste pas moins grande pour moi; ce qui m'arrêtait dans l'examen précédent, c'était la difficulté du diagnostic; quant aux bons effets du choléra antimonial, ils m'étaient connus; maintenant, c'est l'inverse, je ne me sens point embarrassé pour établir mon diagnostic en face d'un individu notoirement dothinentérique, mais je cherche vainement dans ma pratique et dans ce que j'ai pu connaître de celle des autres, soit à Paris, soit en province, des documents me permettant de traiter la question. J'ai donné toujours et vu souvent donner l'émétique au début de la dothinentérie; mais je ne l'ai jamais donné ni vu donner alors que la maladie datait de quelques jours, c'est-à-dire alors qu'elle était notoirement établie. Je me trompe cependant, je l'ai quelquefois donné, mais en lavage, à titre de purgatif; son action était telle, utile sans doute, mais jugulatrice nullement. J'en suis donc réduit à attendre des observations détaillées, où je verrai des gens notoirement dothinentériques revenir rapidement à la santé sous l'influence de la potion ipéca-stibiée. *A priori*, cela me paraît difficile à admettre.

Qu'est-ce en effet qu'un individu notoirement dothinentérique? C'est, ou les mots n'ont aucune valeur, un individu qui est à une époque assez avancée de la maladie pour que les obscurités du début soient dissipées; la période prodromique a fait place à la période d'état, et les lésions intestinales, si elles n'ont pas déjà revêtu leur forme la plus grave, existent à coup sûr néanmoins.

Comment admettre sans de bonnes preuves que le choléra antimonial peut couper court à un état pathologique bien établi, ayant déjà produit comme conséquence des lésions dans les follicules isolés et dans les plaques de Peyer?

On comprendra d'autant moins que les lésions intestinales doivent être avantageusement modifiées par l'émétique, qu'on se rapprochera davantage de la manière dont M. Beau envisage l'action de l'émétique; pour lui, des vomissements copieux et fortement chargés de bile, constituent le seul effet utile du médicament; s'il coule, le but est manqué : ce qui veut dire, en bon français, que l'action doit porter spécialement sur l'estomac et laisser l'intestin de côté.

La question de savoir si la dothinentérie peut être enrayée soit à son début, soit dans les premiers temps de sa période d'état, est une question fort importante; si un fait pareil était démontré, on chercherait plus souvent à le réaliser, et par conséquent on le réaliserait plus souvent, ce dont la gent *medicable* n'aurait qu'à se féliciter. De plus, un pareil fait jetterait du jour sur la nature de la fièvre typhoïde, nature qu'on est loin de bien connaître. Ce n'est pas seulement pour les raisons exposées plus haut que je combats l'opinion de M. Beau, c'est aussi à cause de l'idée que je me fais de la dothinentérie. On aurait tort de vouloir l'assimiler complétement aux fièvres éruptives, mais on aurait bien plus tort si l'on méconnaissait l'analogie profonde qu'il y a entre la première d'une part et les secondes de l'autre. Sans parler de la spécificité, caractère important et commun à toutes ces fièvres, les éruptives présentent ce caractère capital d'avoir une marche déterminée d'avance, des périodes qui doivent être forcément parcourues, des phénomènes venant faire explosion dans un ordre et à un moment fixés d'avance, d'être soumises en un mot à des lois d'évolution aussi certaines que celles qui président à l'évolution de l'œuf.

Sans présenter ce caractère d'une manière aussi accentuée que les fièvres éruptives, la dothinentérie le présente assez évident cependant pour qu'à cet égard nulle incertitude ne soit permise. Qui tentera d'arrêter une variole à la période d'état? La fièvre éruptive, dès qu'elle existe, doit poursuivre sa carrière; on ne peut l'arrêter, comme on est en droit de l'espérer pour une

phlegmasie quelconque. Il en est de même pour moi de la fièvre typhoïde, et c'est en cela que je la trouve parente rapprochée des fièvres éruptives.

Pour moi, on n'est pas plus en droit de dire que l'on a par l'émétique enrayé la dothinentérie chez un individu qui en présentait tous les signes de début, que l'on ne serait en droit de dire avoir fait avorter la variole chez un individu en présentant tous les signes d'invasion (lumbago atroce, etc.), et que l'on aurait ramené brusquement à la santé par une médication quelconque.

Pour ceux qui regardent la dothinentérie comme liée par une parenté fort étroite aux fièvres éruptives, la question ne peut être tranchée que négativement. Mais ce point de vue théorique peut être laissé de côté, et les faits être seuls interrogés. Je ne nie pas que sur ce terrain la discussion soit possible; malgré les difficultés de diagnostic présentées par le début, un médecin qui sait, qui a vu, qui a du *nez*, peut pressentir à quoi il a affaire, et son pressentiment le tromper rarement; je comprends donc qu'en face d'un individu qui lui aura paru fortement menacé de dothinentérie et chez lequel le choléra antimonial aura été suivi du retour à la santé, un pareil médecin ne se demande avec beaucoup de raison s'il n'a pas empêché l'explosion de la maladie, s'il ne l'a pas enrayée dès son début. Mais pour qu'une pareille conclusion se puisse légitimement tirer, il faut que des faits pareils se produisent souvent et soient rapportés par des hommes d'une grande valeur scientifique.

Aussi dirai-je en terminant ce que je disais en commençant : Je serais heureux si ces quelques objections engageaient M. Beau à traiter moins incidemment cette importante question, avec toute l'autorité qui s'attache à sa parole.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er octobre 1862. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. MARJOLIN. Dans la dernière séance, M. Guersant a conseillé chez les petites filles l'usage d'une sonde pour prévenir la blessure du vagin pendant l'opération d'un anus périnéal. Mais ce moyen me paraît avoir un inconvénient grave, c'est de gêner considérablement la manœuvre opératoire. En outre, cette sonde, placée dans l'urèthre, ne remédie pas du tout à la blessure, parce qu'en opérant dans une région profonde plus on écarte avec les doigts ou avec un spéculum, plus on fait saillir la muqueuse ou la cloison recto-vaginale, et plus on s'expose à la perforer.

Je crois que l'on pourrait remédier à cet inconvénient avec plus d'avantages, en saisissant la muqueuse vaginale avec un crochet qui l'attirerait en avant, et serait maintenue ainsi par un aide pendant toute la durée de l'opération.

M. GUERSANT. Je ne fais pas placer la sonde dans l'urèthre chez la petite fille, mais dans le vagin, et je reconnais à cette manœuvre cet autre avantage que pendant l'opération le chirurgien sent avec le doigt ce corps étranger, et se guide sur cette sensation pour s'éloigner de la muqueuse vaginale.

COMMUNICATION.

M. BAUCHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune fille à laquelle je dois pratiquer une opération. C'est une petite Syrienne; elle est venue à Paris pour se faire opérer, et est placée dans les salles de M. Velpeau, qui m'a confié son service pour quelques jours.

Cette jeune fille, âgée d'une douzaine d'années, ne sait pas un mot de français, et voici les renseignements que j'ai obtenus par l'interprète :

Elle a eu, il y a six ou sept mois, une maladie grave, probablement une fièvre typhoïde. Au moment de la convalescence, sa joue gauche se gonfla tout à coup, devint rouge, d'un rouge violacé, noirâtre; bref, elle fut atteinte d'une gangrène de cette région. Elle a perdu la commissure gauche et une bonne partie de la joue. Au moment où s'est fait le travail de réparation, une bride s'est établie entre la mâchoire inférieure et la mâchoire supérieure; petit à petit les dents se rapprochèrent, et aujourd'hui nous constatons les désordres suivants :

Au point où devrait exister la commissure labiale gauche, existe une perte de substance, un hiatus un peu plus large qu'une pièce de 2 francs. Par cet hiatus, on aperçoit les dents, et surtout les deux canines supérieure et inférieure. Les bords de cette perforation sont indurés; le bord inférieur adhère au maxillaire inférieur, le supérieur au maxillaire correspondant. La partie externe, correspondant à peu près à la deuxième petite molaire, est indurée, et forme le bord antérieur de la bride que j'ai indiquée plus haut. Au niveau de cette bride, on a vu, au moment de l'entrée de la petite malade à l'hôpital, des portions des maxillaires (supérieur et inférieur) nécrosées. Les dents et les séquestres ont été enlevés. C'est par ce point que l'on peut introduire le petit doigt pour explorer la bride, sur laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Les deux mâchoires sont serrées, les dents inférieures sont engagées sous les supérieures, et il est impossible de leur faire exécuter le moindre mouvement, de glisser entre elles même le corps le plus mince. Il existe pourtant quelques mouvements de latéralité, mais très-faibles et très-peu appréciables. Les deux arcades dentaires sont solidement maintenues l'une contre l'autre par la bride cicatricielle.

Cette bride, en haut, adhère au maxillaire supérieur, en bas à l'inférieur. En arrière, elle s'avance jusqu'à la commissure gingivale qui existe au fond du vestibule buccal; mais cette commissure est respectée. Lorsqu'on introduit le petit doigt sous la bride, on sent qu'elle est dure, comme ligneuse, d'une résistance telle qu'on ne peut la faire céder.

Le pourtour de la perforation est rosé, et la cicatrisation n'est pas encore tout à fait complète.

La peau est saine, adhérente aux bords de la perforation, mais glisse légèrement sur le tissu de cicatrice qu'elle recouvre.

Cette petite fille arrive de Syrie, et son père et elle aspirent après le moment de retourner dans leur pays. Ils ne peuvent pas séjourner longtemps à Paris.

J'avais d'abord songé à faire la section de la bride, et à exciser même une portion du tissu inodulaire. Mais c'est une opération qui le plus souvent est inutile, qui exige un traitement long, difficile, très-douloureux, et tout cela pour arriver à une récidive inévitable au bout d'un temps plus ou moins long, au bout de plusieurs mois et même de plus d'une année, ainsi que le prouvent les observations relatées dans le mémoire de M. Esmarch, traduit par M. Verneuil (*Archives de médecine*, 1860).

Nous n'avons pas affaire ici à une ankylose des articulations temporo-maxillaires, mais à une immobilité des mâchoires tenant à la bride. Couper la bride, c'est l'indication qui se présente d'abord; mais, dans les conditions particulières où est cette enfant, peut-on la renvoyer en Syrie après avoir subi une telle opération? Et la restauration, quand pourra-t-on la faire? La bride coupée, si l'on bouche l'hiatus de la joue, la cicatrisation se fera vite dans le tissu inodulaire, et comment empêcher ce travail si l'on fait une restauration?

Dans ces conditions, j'ai pensé à l'opération proposée par M. Esmarch. J'ai donc l'intention de pratiquer une incision le long du bord du maxillaire inférieur, de couper cet os au niveau du bord antérieur de la bride, de détacher cette bride, de couper le maxillaire à un centimètre plus en arrière, de façon à enlever au moins un centimètre de cet os, pour établir une fausse articulation et empêcher plus sûrement la soudure des deux bouts coupés. Cela fait, la mâchoire s'ouvrira immédiatement. Je procéderai ensuite à la restauration; je prolongerai mon incision vers la lèvre inférieure, et je me servirai de ce lambeau pour couvrir la perte de substance.

J'espère ainsi obtenir un résultat durable et pouvoir renvoyer cette jeune fille à l'abri d'une récidive. J'ai, du reste, pour appui les faits relatés par M. Esmarch.

Je rendrai compte ultérieurement du résultat que j'aurai obtenu.

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je pense que dans ce cas il serait bon d'avoir recours aux procédés anciens. En effet, si le toucher fait connaître l'existence d'une bride très-forte et très-résistante s'étendant en arrière, il me semble aussi que cette bride est peu épaisse et que tous les autres points sont souples. Je crois donc que la simple section des brides pourrait ici avoir un bon résultat.

Certainement le massif fibreux qui unit les deux maxillaires est sous forme d'un ligament assez épais, mais il faut reconnaître aussi que la muqueuse buccale qui forme le cul-de-sac géno-maxillaire est parfaitement saine, ce qui nous fait moins redouter une récidive. Si ce cul-de-sac était détruit, j'aurais beaucoup moins d'espérance dans la réussite d'une simple section. Ainsi, pour me résumer en ce qui regarde cette jeune fille, je conseille une simple section et un traitement consécutif bien organisé.

Cette conduite m'a bien réussi dans le cas suivant :

M. Vieland me montra en février 1862 une jeune fille de Béthune qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, avait pris du calomel et avait eu une stomatite effroyable, suivie d'une gangrène de la bouche ayant amené la fausse ankylose des mâchoires. Nous trouvâmes, à un centimètre en arrière de chaque commissure labiale, une résistance en quelque sorte osseuse, tellement prononcée qu'au premier abord je crus qu'il y avait des stalactites osseuses entre les deux maxillaires, comme on en avait déjà vu.

Il y avait chevauchement des dents, aucune d'elles ne manquait; les deux culs-de-sac du vestibule buccal étaient effacés. On ne faisait qu'entrevoir les premières molaires, un peu de mobilité persistait dans le maxillaire inférieur. Tout cela paraissait très-défavorable, et comme il y avait ankylose bilatérale, nous n'avions pas beaucoup à compter sur une double section de l'os; elle devenait inutile, infructueuse. Le père de cette fille, vétérinaire intelligent, avait arraché quelques-unes des dents de la première dentition, pour permettre l'introduction des liquides.

La deuxième dentition se faisait, mais des douleurs atroces nous forçaient d'intervenir promptement. Je me décidai alors à faire la section pure et simple des cicatrices, tout en cherchant à savoir s'il n'y avait pas un côté plus mobile que l'autre, afin que plus tard, si cette section était suivie de récidive, il me fût possible de faire une pseudarthrose de ce côté. Je fus assisté dans cette opération par M. Vieland et par un étudiant en médecine. Avec de forts ciseaux, je fis la section des brides, et j'obtins immédiatement un écartement de trois centimètres. Alors je reconnus que les adhérences étaient étendues d'un os à l'autre, mais que le fond du cul-de-sac géno-maxillaire était moins altéré que je ne l'avais cru à mon premier examen. Cela me donna quelque espoir, et j'eus soin d'inciser la bride très-profondément, faisant arriver mon bistouri jusque sous la peau de la joue. Comme toujours, il s'écoula beaucoup de sang, quoiqu'il n'y eût pas d'artère blessée, mais la glace et la compression nous suffirent pour arrêter cette hémorrhagie.

La petite fille tira la langue après cette opération. Nous prescrivîmes des injections froides, nous ne plaçâmes aucun appareil, et nous nous contentâmes de recommander au père de passer trois fois par jour le petit doigt entre la joue et les mâchoires, pour empêcher des adhérences. Quant au traitement consécutif, je ne crus pas devoir recourir aux corps étrangers placés à demeure, parce qu'ils sont mal supportés.

Pendant quinze jours, je me contentai de passer le doigt entre la joue et la mâchoire, de le retirer en crochet pour tirailler ainsi la joue et combattre la rétraction en même temps que les adhérences. J'instruisis le père à répéter tous les soirs la même manœuvre, en ayant soin de placer ensuite, entre les maxillaires et la joue, un morceau d'éponge préparée, qui était enlevé dès qu'il survenait de la douleur et de l'inflammation. Ces derniers accidents étaient combattus par des émollients. Pour prévenir la rétraction, je fis fabriquer une sorte de petit forceps, que je plaçai fermé dans la cavité buccale et que l'on retirait graduellement en l'ouvrant de plus en plus. Les joues étaient ainsi dilatées et le tissu inodulaire était distendu. Deux ou trois séances d'une demi-heure étaient faites chaque jour. J'ai pratiqué cette opération il y a six semaines, je viens de recevoir des nouvelles de l'enfant.

Elle a conservé un écartement de deux centimètres; elle mange, boit et parle bien; la face interne des joues offre peu de cicatrices, les sillons géno-maxillaires sont encore comblés. En définitive, j'ai obtenu là un assez beau résultat sans résection de la mâchoire, et je le soumets à l'appréciation de M. Bauchet.

M. GUERSANT. J'ai eu l'occasion de voir plusieurs fois de ces fausses ankyloses des mâchoires à l'hôpital des Enfants. Quand je me suis borné à inciser les brides, j'ai bien obtenu un écartement des mâchoires, mais la récidive est toujours survenue. Dans deux cas analogues à celui dont vient de parler M. Verneuil, je me suis bien trouvé d'avoir excisé les brides au moyen de forts ciseaux. Quand, à la suite de cette excision, les accidents inflammatoires cessent, j'emploie avec beaucoup d'avantage des plaques en baleine en forme de pincettes, pour dilater. J'ai eu recours aussi dans ce but à des billes d'agate, que je faisais mettre entre la joue et les mâchoires, au fond du cul-de-sac géno-maxillaire. Quant au cas présenté par M. Bauchet, je serais d'avis qu'il fût soumis d'abord à la simple excision, avec un traitement consécutif méthodique. Si plus tard une récidive se déclare, on aura le droit de faire la résection de la mâchoire. Je suis d'autant plus porté à conseiller cette conduite, que jusqu'ici aucun traitement n'a été employé.

M. BAUCHET. J'ai trouvé chez ma malade une bride très-résistante et très-étendue et occupant toute la joue, excepté la commissure du fond du vestibule buccal. Cette bride ne date, du reste, que de six mois. Ma première idée a été, en effet, de faire une section simple de cette bride; mais pour d'autres motifs que je vais exposer, j'ai cru devoir mieux faire en proposant la résection de l'os.

Cette fille est de Syrie, elle n'a qu'un temps très-limité pour rester à Paris; elle veut partir dans un bref délai; si je ne pratiquais que la section des brides, comme du reste cela a été fait dans deux cas cités dans le travail d'Esmarch, et s'il y avait ensuite récidive comme dans ces deux derniers cas, j'aurais fait une opération inutile, et cette jeune fille n'aurait pu profiter de son voyage à Paris.

Si M. Verneuil a réussi par une simple section, c'est que la bride était moins large que chez ma malade. Dans mon cas, il faut que je fasse une restauration tout en cherchant à rétablir les mouvements des mâchoires. Il fallait donc instituer une opération qui répondît à cette double indication. Une simple section me paraissait insuffisante, tout en me faisant redouter une récidive presque certaine. Or, avec une récidive, je me trouvais plus tard dans des conditions plus graves que celles dans lesquelles je me trouve aujourd'hui. Du reste, je ne demande pas mieux que de me conformer à l'avis général de la Société.

M. BORELLI. Je demande à relater quelques faits personnels qui pourront fournir quelques éclaircissements dans cette discussion. J'ai fait deux fois la section de brides dans des circonstances encore plus défavorables que celles de la malade de M. Verneuil. Dans ma première opération, j'avais à traiter un jeune garçon âgé de dix-huit ans, et dans ma seconde il s'agissait d'un soldat ayant fait les dernières campagnes d'Italie et ayant été atteint d'une violente stomatite mercurielle, à la suite de laquelle des brides intermaxillaires s'étaient établies. Dans ces deux cas, les brides avaient une grande largeur, s'étendant depuis la commissure labiale jusqu'à l'isthme du gosier de chaque côté. J'ai opéré le premier malade avec beaucoup de succès. Le second malade était à l'hôpital Saint-Maurice de Turin, et je le soumis à la même opération avec d'autant plus de confiance que j'avais déjà réussi une première fois. Quant au manuel opératoire, j'ai suivi celui que M. Verneuil vient de nous rappeler; je n'ai cependant pas employé comme lui les éponges et le forceps pour dilater.

Voici, en effet, comment j'ai procédé. Au niveau de la ligne interdentaire, j'ai fait l'incision des brides; je me suis ouvert peu à peu un chemin, et à mesure que je m'avançais vers le fond de la bouche, je voyais que l'écartement des mâchoires devenait plus grand. J'étais très-satisfait de ce résultat, parce que j'avais la preuve qu'il n'y avait pas d'autre obstacle à l'écartement. Dans une de mes opérations je suis allé très-loin dans la section de la bride, si bien que j'ai été obligé de m'arrêter de peur de blesser la carotide; ces conditions défavorables ne m'ont pas empêché d'obtenir une cicatrisation complète sans récidive. Pour inciser, je me suis servi d'abord du bistouri pointu, puis du bistouri convexe. J'ai pratiqué une excision de la bride avec de forts ciseaux. Après cette ablation faite des deux côtés, j'ai vu se manifester une perte de sang considérable que j'ai combattue en plaçant dans la bouche un tampon de charpie imbibé d'eau à la glace : cela a suffi pour arrêter l'hémorrhagie et pour modérer le travail inflammatoire. Pendant les quinze premiers jours je me suis contenté de ce moyen simple, parce que je n'avais pas encore à redouter la rétraction. A partir de ce moment et pour empêcher la récidive, j'ai employé d'autres moyens. Ainsi je bourrais de charpie la rainure géno-maxillaire; puis je faisais des tractions sur le tissu inodulaire, et plus tard je plaçais dans cette rainure un morceau de bois en bec de flûte que je retirais dès qu'il y avait de la douleur, pour le remettre ensuite, renouvelant cette manœuvre une vingtaine de fois dans la même journée.

En outre, pour prévenir le rapprochement des arcades dentaires j'introduisais entre les dents une sorte de levier cunéiforme, qui en opérait l'écartement. En trois mois, je suis ainsi parvenu à obtenir une cicatrice assez longue pour permettre l'écartement des mâchoires. Dans le cas le plus grave, au bout de six ans, j'ai été obligé de faire la section de la bride, parce que l'écartement n'était plus tout à fait aussi considérable que dans les premières années. Ainsi voilà deux cas de guérison par la simple section, de sorte qu'il m'est permis d'avoir confiance dans le succès d'une opération semblable pratiquée chez la malade de M. Bauchet.

M. VERNEUIL. J'ai eu l'honneur de suppléer M. Guersant à l'hôpital des Enfants, où comme lui j'ai trouvé des brides intermaxillaires. Or, d'après mes observations, je dois dire que j'ai peu de confiance dans les moyens qu'il vante, tels que les billes, les appareils, les coins de bois, les plaques à vis, etc.

Chez les enfants on ne trouve pas toujours toute la docilité et toute l'intelligence qu'il faut pour employer avec méthode et persévérance ces divers moyens; j'ajouterai que tous les appareils provoquent des douleurs assez vives.

M. Bauchet a invoqué le motif qu'il fallait aller vite; mais, même en faisant une simple section, je ne crois pas à une guérison prompte. Si M. Bauchet emploie la résection, il faudra qu'il opère en deux temps, et dans quelques conditions qu'il se mette, il lui faudra toujours instituer un traitement consécutif, sur lequel on beau-

coup insisté avec raison MM. Rizzoli et Esmarch. Or ce traitement réclame encore au moins six semaines. Quant à la restauration de la commissure labiale, elle demande deux mois au moins. Chez la malade de M. Bauchet, la bride s'étend loin, je le reconnais, mais elle est dans les parties molles de la joue, et par conséquent plus facile à détruire. Nous n'avons pas ici ces liens, ces massifs fibreux intermaxillaires, si redoutables et si rebelles à tout traitement. Quant aux coins interposés entre les dents, ils ne réussissent pas; M. Borelli en a parlé.

J'ai vu un blessé de l'armée de Crimée qui a montré un grand courage. Affecté d'une rétraction des mâchoires, on lui fit la section des brides; il voulut combattre le rapprochement des mâchoires par des coins en bois; il y mit une persévérance étonnante; il alla jusqu'à ébranler toutes les dents, et il n'obtint rien. Quant à l'étendue à donner aux incisions du tissu inodulaire et aux corps étrangers dilatateurs, je crois qu'il y aurait là matière à discussion.

M. GUERSANT. J'insiste sur la nécessité de ne pas faire d'emblée la résection de la mâchoire chez la malade présentée par M. Bauchet. Il faut tenir compte des individualités et de l'âge; il est très-vrai qu'on a à craindre une récidive; mais en considérant que cette fille a quinze ou seize ans, on a plus de chances de réussite en coupant simplement la bride, parce qu'à cet âge les enfants sont plus raisonnables et peuvent mieux être surveillés par les parents.

Quant aux moyens que j'ai préconisés pour empêcher la rétraction, je les crois bons quand ils sont bien employés, et je remarque qu'ils ont réussi à M. Borelli.

Il ne faut pas que M. Bauchet s'imagine qu'il ne gardera pas longtemps son opérée; le traitement consécutif est toujours très-long; il faut donc qu'il engage sa malade à séjourner à Paris.

M. BAUCHET. Je ne veux pas faire une opération et renvoyer l'opérée immédiatement, sans m'occuper du traitement ultérieur. Mais si j'opère maintenant par la simple section, il me faut trois mois de traitement. Si j'échoue, il me faudra encore trois autres mois pour une opération plus radicale. Voilà ce que j'ai calculé. En outre, en faisant la section simple, je n'aurai pas remédié à la difformité de la bouche; il sera donc nécessaire que je pratique une seconde opération. J'avais donc pris le parti d'arriver directement à une opération que je crois inévitable; mais je le répète, je suis prêt à accepter l'opinion de mes collègues.

M. MARJOLIN. Il n'y a pas parité entre mon opérée et la malade de M. Bauchet. Je me trouvais en face d'un cas plus défavorable pour la dilatation: toute la joue manquait, et à sa place il y avait un hiatus avec plicatures des bords, s'irradiant sur les deux maxillaires, de sorte que les mouvements étaient très-limités.

Si j'avais à traiter la malade de M. Bauchet, j'enlèverais les cicatrices avant de reséquer. Il ne faut pas oublier que cette dernière opération est toujours grave.

Avant d'entreprendre cette résection, il me paraît convenable d'essayer une opération plus simple.

Quant à la question du temps accordé à cette fille pour séjourner à Paris, elle ne doit point nous regarder.

M. BAUCHET. Ce qui me portait à proposer d'emblée la résection du maxillaire, c'est la perspective d'une récidive, si fréquente lorsqu'on se contente de couper les brides.

En faveur de cette simple section, je n'ai trouvé aucun cas dans la science pour m'y appuyer. Aujourd'hui M. Verneuil nous apporte un cas, M. Borelli deux. Voilà tout ce que nous possédons pour nous guider. Quant aux autres observations antérieures, si mal prises, elles nous fournissent des données si incertaines, qu'il ne faut plus en tenir compte. M. Borelli nous a cité un cas qui n'a pas de récidive après trois ans; mais je lui ferai remarquer qu'avec la section simple des brides, M. Esmarch a vu une récidive au bout de six ans.

M. GUERSANT. Je reconnais que la récidive arrive dans le plus grand nombre de cas. Aussi, je continue les moyens préventifs bien au delà de six mois. J'agis, après cette section, comme pour les brûlures profondes. J'emploie pendant longtemps tout ce qui est à ma disposition pour combattre la rétraction. Ainsi, il y a quatre ans, j'ai opéré un enfant pour des brides de brûlures; j'ai eu recours à certains moyens pour prévenir la rétraction, et ce n'est que depuis quelques mois seulement que j'ai cessé d'employer ces moyens.

M. CHASSAIGNAC. J'ai déjà pratiqué un certain nombre de fois la section de brides, et j'ai obtenu des résultats assez satisfaisants; aussi j'avais donné à M. Bauchet le conseil de suivre cette pratique. En thèse générale, on ne doit jamais tenter la résection sans avoir essayé du résultat fourni par la simple section de la bride. Cette section nous donne souvent le moyen de compléter notre diagnostic. Il n'y a pas, en effet, que l'ankylose de la mâchoire ou des cicatrices énormes qui exigent la résection de cet os. J'ai vu des cas où l'écartement des mâchoires était impossible, et qui ont été guéris par la section seule. L'excision des tissus cicatriciels faite par M. Borelli et recommandée par lui, me paraît excellente. Quand M. Marjolin a présenté sa malade, je lui ai donné le même conseil que je donne aujourd'hui à M. Bauchet, c'est-à-dire sectionner d'abord pour compléter le diagnostic, et réséquer ensuite, si cela est nécessaire.

M. VERNEUIL. Je ne suis pas de l'avis de M. Chassaignac sur ce dernier point. Ainsi, dans le cas de M. Marjolin, la section simple des brides était mauvaise. Il y a des cas où cette section conduit à un insuccès inévitable, et puis, il faut le dire, elle n'est pas tout à fait inoffensive. Elle expose parfois à des hémorrhagies, soit primitives, soit consécutives; elle peut être suivie d'un gonflement énorme des joues, de fièvre très-intense. Le cas de M. Bauchet est le premier qui me paraisse favorable à une simple section des brides.

M. BAUCHET. Je crains beaucoup la récidive dans deux ou trois mois en faisant cette seule section, et c'est pour cela que j'ai proposé la résection de la mâchoire d'emblée. Je tiendrai grand compte des avis de la Société, et je pense que je ferai cette section simple.

M. CHASSAIGNAC. Le principe est celui-ci: c'est qu'il faut sectionner les brides d'abord, et réséquer après, si on échoue. Quant à M. Bauchet, il se trouve dans des conditions spéciales dont il faut tenir compte. Je ne crois pas qu'il soit indifférent de faire la section simple ou l'excision d'une bride. La première opération est suivie d'une prompte guérison, tandis que la seconde amène quelquefois des accidents sérieux. Quand on fait la résection de la mâchoire, n'est-on pas obligé de faire la section des brides si on veut ramener les mouvements?

M. VERNEUIL. On doit faire la section de l'os en avant de la bride cicatricielle. Pour gagner seulement un centimètre, je trouve mauvais que l'on coupe l'os en pleine cicatrice.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les membres du jury pour le concours de l'internat, qui doit s'ouvrir le 20 octobre prochain, sont MM. Jaccoud, Lorain, Fremy, Michon, Voillemier, *juges*; MM. Woillez, Guersant, *juges suppléants*.

— Le journal *the Lancet* publie la statistique suivante de la mortalité dans les hôpitaux de Londres pendant l'année 1861. Bien que cette statistique eût pu être plus complète et plus détaillée, elle a assez d'importance, au point de vue si contesté des grands et des petits hôpitaux, pour que nous nous empressions de la publier:

NOMS des hôpitaux.	en traitement.	admis.	Total.	MORTALITÉ hommes.	femmes.	générale.
St-Bartholomew's	559	5,565	6,124	»	»	10,7 %
Guy's	493	4,867	5,360	10,4	8,5	9,4
St-Thomas's	443	3,892	4,335	10,0	9,2	9,7
London	351	4,169	4,520	7,9	9,2	8,4
St-George's	335	3,646	3,981	10,1	6,9	8,3
Middlesex	223	2,042	2,265	»	»	11,7
St-Mary's	131	1,691	1,822	11,8	8,1	10,1
Westminster	143	1,522	1,665	»	»	9,6
King's College	120	1,332	1,452	13,8	7,1	10,7
University	100	1,286	1.386	»	»	11,2
Royal Free	79	1,190	1,269	6,2	6,1	6,0
Charing-Cross	98	925	1,023	»	»	8,3
Metropolitan Free	8	146	154	5,0	7,0	6,8
Great Notbern	5	175	180	»	»	8,2
Total	3,098	32,418	35,506	»	»	9,5 %

— La ville de Londres, on le sait, ne compte pas moins de huit écoles de médecine, dont les certificats sont valables pour la candidature aux différents titres officiels. Le 1er octobre, les huit écoles ont simultanément ouvert leur session d'hiver, et le *Daily Telegraph* a reproduit presque *in extenso* les huit discours d'ouverture. Ce fait prouve à la fois l'importance attribuée à l'enseignement médical, et l'intérêt que le public anglais y attache.

A Middlesex, le docteur Priesdley a pris pour texte la valeur solide de notre profession, comparée principalement à celle du clergé; il a parcouru les différents points du globe où les médecins ont joué un rôle remarquable, montrant aux jeunes étudiants la dignité et la noblesse de la profession qu'ils embrassent.

A St-Mary's, le docteur Sieveking a tracé à grands traits les devoirs du médecin et les motifs qui peuvent déterminer un jeune homme à embrasser cette carrière.

A Guy's Hospital, c'est un chirurgien, M. Cooper Forster, qui a prononcé le discours annuel; l'importance de l'étude de l'anatomie pour les médecins et la méthode à employer pour diriger habilement ses études en ont fait le fond.

Ce thème a été également choisi, et non moins habilement traité, par M. Prescott Hewett, à St-George's Hospital.

Le docteur Bristol, doyen de Saint-Thomas, a traité la question de la construction, de la distribution et de l'hygiène des hôpitaux; il s'est élevé contre les projets qui tendraient à éloigner les hôpitaux des centres de population, et aussi contre ceux qui voudraient diviser un hôpital en deux sections, l'une à la ville, l'autre aux environs, et destinée aux cas chroniques et aux convalescents.

Les devoirs de l'étudiant envers les livres vivants qui remplissent les salles d'un hôpital (*les malades*, s'entend), ont fait le sujet du discours de M. W. Cholmeley à l'École de médecine de Grosvenor Place.

A Westminster, M. Anstie a donné des conseils aux étudiants sur la manière de diriger leurs études, et il a savamment énuméré les découvertes médicales de ces dernières années.

Enfin, au collége de l'Université, le professeur Wilson Fox a prononcé une magnifique lecture sur la méthode philosophique des sciences médicales.

Si nous mentionnons les nombreux discours, c'est moins à cause de l'intérêt qu'ils offrent individuellement, que pour montrer un côté particulier de l'enseignement médical à Londres. On comprend quelle émulation, quel mouvement, quelle vie intellectuelle excitent les nombreuses écoles auxquelles restent attachés de cœur et d'esprit les anciens élèves. On comprend aussi quelle vaste carrière est ouverte au talent et au mérite par le fait même de l'existence de chaires très-nombreuses, rétribuées selon la valeur du professeur par ceux qui en sont, au point de vue des études, les meilleurs juges, c'est-à-dire par les élèves. Grâce à cette organisation, qui n'exclut en rien le grand enseignement théorique et philosophique, on peut dire qu'à Londres il est bien rare qu'un homme de mérite ne trouve point l'occasion de se manifester, et vieillisse dans les positions inférieures, sans occasion de développer complétement et de faire valoir ses aptitudes.

En écrivant ceci, nous ne comparons pas, nous ne jugeons pas les mérites respectifs de l'enseignement anglais et de l'enseignement français; nous indiquons seulement un des avantages du premier. »

(*Gazette hebd.*)

— Les journaux de San-Francisco, qui donnent le récit de l'incendie en mer du *Golden-Gate*, annoncent en ces termes la mort d'un honorable confrère, notre compatriote:

« Les derniers doutes que les amis du docteur Bodinier auraient voulu conserver sur sa triste fin doivent s'évanouir devant le passage suivant d'une lettre écrite par l'un des naufragés sauvés:

» Informez M. Bayer que son ami le docteur Bodinier a été noyé » et reconnu flottant sur l'eau. »

» Un autre de ceux qui ont échappé à la mort écrit:

» Nous venons de recueillir le paletot du docteur Bodinier. Dans sa poche se trouve un portefeuille renfermant quelques papiers et quelques instruments de chirurgie, puis un mouchoir de poche aux initiales J. B. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la méthode substitutive ou de la cautérisation appliquée au traitement de l'uréthrite aiguë et chronique, par le docteur HICGUET (de Liége). Un volume in 8°. Prix: 3 fr. 50 c. *franco*. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Recherches nouvelles sur la pellagre, par M. BOUCHARD, ancien interne de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, délégué par la Société impériale de médecine à Sainte-Gemmes et dans les Landes. Paris, 1862. Un volume in-8° de 400 pages. Prix: 6 fr. Chez F. Savy, éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie en 1861, par le docteur CONSTANS, inspecteur général du service des aliénés, etc. In-8° de 106 pages. Prix: 2 fr. *franco*. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École de Médecine.

Conférences sur l'empirisme, faites à la Faculté de médecine de Paris par le professeur TROUSSEAU. In-8 de 58 pages. Prix: 1 fr. 50 cent. *franco*. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 120. — MARDI 14 OCTOBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 120. — MARDI 14 OCTOBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Du crime accompli pendant le sommeil somnambulique. — HÔPITAL DES ENFANTS MALADES (M. Giraldès). Spina-bifida ; fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus ; tumeur érectile. — CLINIQUE NAVALE. De l'angine de poitrine épidémique. — De l'influence des hémorrhagies sur la fréquence du pouls. — Inflammation phlegmoneuse et cancéreuse d'un vieux sac herniaire. — Cataracte opérée par discision de la capsule. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 6 octobre. — Nouvelles.

PARIS, 13 OCTOBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il n'a été fait dans cette séance aucune lecture qui intéresse les sciences médicales. La correspondance elle-même ne comprend qu'un très-petit nombre de communications de cet ordre, dont on trouvera l'énoncé au compte rendu.

Dr Brochin.

DU CRIME
accompli pendant le sommeil somnambulique.

Dans plusieurs procès criminels, l'état de *somnambulisme naturel* s'est produit tout à coup comme moyen de défense. Cette innovation médico-légale a été l'objet d'interprétations hésitantes et contradictoires, et l'on comprenait, en la partageant, l'anxieuse impression ressentie par les magistrats ou les médecins, au récit de quelques phénomènes étranges échappés au sommeil.

Envisageant le fait dans ce qu'il a de moins discuté, M. le Dr Legrand du Saulle a récemment publié dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* (1), un mémoire dans lequel il a déroulé les archives de cet état psycho-pathologique, et introduit une discussion médico-légale d'un grand intérêt pratique. Les points principaux du travail de notre zélé confrère peuvent se résumer dans la succincte analyse qui va suivre.

Chez l'homme endormi, qui joue de la harpe au milieu de son sommeil, qui se lève, s'habille, marche, lit, écrit, prêche, se hisse à la crête des toits, monte à cheval, poignarde son chef ou se suicide, l'activité mentale s'exerce bien plus sur des souvenirs, c'est-à-dire sur des impressions provenant de choses réelles, que sur des créations fantastiques de l'imagination. Bien que les organes de la vie physique prêtent leur appui à cette sorte d'illumination de l'esprit; bien que la force, l'énergie et la violence soient déployées dans une série d'actes empruntés à la veille, le rêve, loin d'être atténué dans son expression, devient au contraire d'une vivacité très-grande; c'est même à cette vivacité que sont dues les déterminations qui nous frappent d'étonnement. La mémoire retrace au somnambule, dans toute leur force et leur enchaînement, ses préoccupations, ses affections, ses idées, et c'est avec une clarté non moins vive que lui sont représentés les objets avec lesquels il est le plus familier. On peut par là se rendre compte, jusqu'à un certain point, de la précision et du succès des mouvements exécutés, et comprendre comment certains objets sont recherchés, saisis ou évités. Seulement, à partir de l'instant où cesse cette disposition mentale toute particulière, le somnambule, à moins d'une connaissance parfaite des lieux, peut se tromper, tomber du haut de sa fenêtre et trouver la mort en guise de réveil.

D'après M. Legrand du Saulle, la surexcitation nerveuse qui se rencontre dans l'état de somnambulisme, atteint dans quelques cas un tel apogée, que les frontières de la physiologie sont dépassées, et que les sujets entrent de plain-pied dans le domaine de la pathologie. Il arrive d'ailleurs très-fréquemment que les somnambules sont affectés d'hypochondrie, d'hystérie, d'extase, de catalepsie, de névropathisme avec anesthésie, etc. Ici la névrose sert de sauf-conduit.

Après avoir groupé un certain nombre d'observations auxquelles on recourra avec fruit, M. Legrand du Saulle aborde la question de la responsabilité du somnambule. Deux opinions sont en présence : la première est soutenue par Hoffbaüer, Fodéré et Muyart de Vouglans, et elle consiste à regarder comme coupables les auteurs d'actes criminels commis pendant le sommeil somnambulique. « Leurs actions sont probablement le résultat des idées et des méditations de la veille. » Fodéré a même été jusqu'à porter le jugement sévère que voici : « Celui dont la conscience est toujours conforme aux devoirs sociaux, ne se dément pas quand il est seul avec son âme. Celui, au contraire, qui ne pense que crime, que faussetés, que vengeance, déploie durant son sommeil les replis de son inclination dépravée, que la présence des objets extérieurs avait tenue enchaînée durant la veille... *Loin de considérer ces actes comme un délire, je les regarde comme les plus indépendants qui puissent être dans la vie humaine.* Je vois le somnambulisme comme un creuset dans lequel la pensée et l'intention se sont absolument séparées de leur gangue de matière. »

Ainsi, point de doute, l'impénétrable secret du travail de l'intelligence pendant le sommeil ne saurait trouver grâce devant ces rigides appréciateurs. Leur théorie inhumaine paraît, en vérité, s'être inspirée de la conduite que tint l'un des Césars dans une circonstance digne d'être rapportée. Un citoyen romain rêve qu'il tue l'empereur. — « Si tu n'avais pas pensé pendant le jour à m'assassiner, lui dit l'implacable monarque, tu n'y aurais pas rêvé pendant la nuit, » et il envoya au supplice la victime inoffensive des mystères du sommeil.

La seconde opinion — celle qui est le plus généralement adoptée —, tend à considérer le somnambule comme étant en possession d'une volonté trop incertaine, trop fragile pour que la pénalité lui soit applicable. En effet, *dormiens furioso æquiparetur.*

Sur quelle base, se demande M. Legrand du Saulle, ferait-on raisonnablement reposer la criminalité? Sur un rêve, regardé à tort ou à raison comme le miroir réflecteur des préoccupations de la veille? Mais une pensée coupable n'a-t-elle donc jamais traversé le cerveau du plus honnête homme? Comment remonter jusqu'à un vague projet que l'on assure avoir été nourri, lorsque le sommeil recouvre ces impressions intimes de l'âme et les dérobe à votre tardif examen? Ainsi que l'ont d'ailleurs si justement dit MM. Chauveau (Adolphe) et Faustin Hélie: « Par quelle échelle de présomptions arriver à punir une intention présumée? »

M. Legrand du Saulle déclare que le somnambulisme peut être simulé, dans le but :

1° D'accomplir un acte qu'il serait difficile ou impossible d'exécuter pendant la veille;

2° De se soustraire au juste châtiment d'une action répréhensible ou dommageable;

3° D'exciter la commisération et de se procurer frauduleusement des secours.

Le mensonge et la ruse ne tardent pas à être démasqués. Les imitateurs s'y prennent généralement fort mal, et connaissent à peine les premiers éléments du rôle qu'ils ont vainement cherché à jouer.

Du reste, la possibilité de la simulation doit toujours être présente à l'esprit de l'expert. La crainte d'une supercherie l'empêchera de précipiter son jugement et de tomber dans un piége. Ces sortes de mésaventures sont aussi regrettables pour l'honneur de la profession qu'elles sont compromettantes pour le savoir, le caractère et la dignité du médecin dont on a surpris la bonne foi et égaré la religion.

Les auteurs qui se sont le plus occupés de la question du suicide, ne se sont même pas doutés que le sommeil somnambulique pût favoriser les tentatives de mort volontaire. Eh bien, le fait existe, et M. Legrand du Saulle en rapporte, d'après M. le docteur Mesnet, un exemple des plus frappants. Ce fait aura nécessairement ce résultat très-appréciable, que l'attention des médecins et des familles va désormais se porter sur l'éventualité du suicide pendant le sommeil somnambulique. L'importance de cette notion acquise se traduira par un redoublement de soins et de vigilance vis-à-vis d'individus qui peuvent d'autant moins résister contre la fascination maladive de la mort, qu'ils ne conservent au réveil aucun souvenir des tentatives meurtrières qu'ils ont faites sur eux-mêmes pendant leurs accès.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GIRALDÈS.

Spina-bifida. — Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. — Tumeur érectile.

(Leçon recueillie par M. BOURNEVILLE, élève externe du service.)

Les deux enfants que vous avez vus à la salle Sainte-Pauline complètent une série de spina-bifida qui successivement ont passé sous vos yeux. Ces faits nous permettent de présenter quelques considérations sur le traitement général de cette malformation; ils sont au nombre de cinq.

Le premier est un spina-bifida ulcéré pendant la vie intra-utérine et situé aux lombes.

Le second, appartenant à la même région, offrait un commencement de mortification de la peau.

Le troisième, siégeant au même lieu, a été ponctionné à cinq ou six reprises. J'ai ensuite, appliquant du collodion, établi une légère compression.

Le quatrième vous a offert un exemple de guérison. Il reste une tumeur d'apparence éléphantiasique, à demi molle et rugueuse.

Le dernier, âgé de trois mois, mérite une mention spéciale. Chez lui, l'hydrorachis occupait les vertèbres cervicales. Nous l'avons opéré il y a environ cinq semaines. La tumeur, piriforme, pédiculée, a été étranglée à l'aide d'une ligature en fil d'argent. Dans les premiers jours, rien d'anormal ne s'est manifesté. Sous l'influence d'un badigeonnage au perchlorure de fer, la grosseur est rapidement tombée, ne laissant qu'une cicatrice peu visible.

Malheureusement, il est survenu des accidents graves du côté du cerveau : convulsions répétées, coma profond et consécutivement une hydrocéphalie. La tête a augmenté de volume, les sutures crâniennes se sont élargies. Outre ces signes, vous avez remarqué l'état de décrépitude de cette petite malade, ses yeux convulsés, ses joues ridées, ses lèvres pâlies, sa maigreur extrême, en un mot, l'aspect d'une petite vieille.

Dans le but de diminuer la compression de l'encéphale, nous avons fait une ponction capillaire qui a donné issue à un demi-verre d'un liquide blanc-jaunâtre, contenant de l'albumine, dont la présence a été démontrée par les réactifs.

A cette occasion, je vous ai avertis qu'il ne fallait évacuer qu'une certaine quantité de liquide; je vous ai dit aussi combien j'espérais peu de cette opération.

Lorsqu'un spina-bifida est pédiculé et se trouve dans la région cervicale ou dorsale, il est permis de croire que la tumeur ne renferme pas la moelle épinière ou des branches nerveuses. En ce cas, la constriction du pédicule, son extirpation même, ont des résultats avantageux.

L'hydrorachis a-t-il une base large, proémine-t-il dans la région lombo-sacrée, on se trouvera bien de l'application du collodion, secondée par une légère compression avec de la ouate.

Après avoir pratiqué une ponction capillaire à l'aide d'une simple aiguille, le collodion empêche la tumeur de reprendre son volume primitif, effet obtenu chez un des enfants venus ce matin à la visite.

Parmi les patients dont nous parlons, plusieurs avaient des pieds bots prononcés; un d'eux, un affaiblissement des membres inférieurs; presque tous un état général peu satisfaisant.

Les spina-bifida guérissent-ils spontanément? Dans cette supposition, par quel mécanisme la guérison s'effectue-t-elle?

Que les spina-bifida aient une terminaison heureuse, il est impossible de le contester. On connaît une vingtaine d'individus qui ont dépassé l'âge de quinze ans, même de quarante. J'ai eu occasion d'étudier, dans le service de Roux, un jeune garçon de treize ans.

La cure de l'hydrorachis s'opère par un procédé analogue à celui décrit par M. Bernutz pour la formation des hernies graisseuses des parois du ventre. La poche constitutive de la tumeur spinale demeure stationnaire, ses parois s'emplissent de matière adipeuse; la peau qui l'entoure s'hypertrophie; la cavité diminue de calibre ou s'efface complétement.

J'ai vu un enfant qui, selon moi, portait un spina-bifida guéri. Il était venu au monde ayant dans la portion dorsale de la colonne vertébrale une tumeur en forme de doigt; elle fut enlevée quelques mois après. A sa place existait une petite cavité, à travers laquelle on pouvait constater une ouverture circulaire formée par un tissu dépressible.

D'une manière générale, quelle est la meilleure méthode thérapeutique? Lorsque les enfants sont bien constitués, qu'il n'y a pas d'hydrocéphalie, les ponctions capillaires ont une efficacité réelle; c'est à mon avis la méthode qu'on doit préférer; mais il est indispensable de garantir avec de la ouate la tumeur, préalablement enduite de collodion élastique. Par ce moyen, qu'on est obligé de renouveler souvent, le spina-bifida revient sur lui-même et finit par disparaître.

Est-il possible d'arriver au même but par des injections de teinture d'iode, ainsi que cela a été conseillé et mis à exécution par M. Brainard?

Si on étudie soigneusement cette question et qu'on soumette à une analyse rigoureuse les observations publiées, on acquiert la conviction que les injections iodées ne méritent pas les éloges qu'on leur a décernés. Elles ne sont pas innocentes, et plus d'un succès annoncé est douteux.

En consultant les cas favorables à cette méthode, recueillis

(1) *Le somnambulisme naturel.* Discussion médico-légale sur le crime et le suicide accomplis pendant le sommeil somnambulique. Juillet 1862.

et exposés avec un grand soin par M. Debout (1), on reste convaincu qu'on réaliserait les mêmes bénéfices par le procédé des simples ponctions. D'ailleurs, en admettant même leur efficacité, on est contraint d'avouer qu'elles ne réussissent bien que dans des circonstances exceptionnelles qu'on a négligé de préciser.

Les fractures de l'humérus que je vous ai montrées dans la salle Saint-Côme, revêtaient tous les signes classiques de la lésion de cet os. L'enfant du numéro 3 est entré à l'hôpital pour une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Ces sortes de fractures sont très-communes chez les enfants, et offrent souvent les caractères de la luxation. La contusion, le gonflement de la région, contribuent à l'erreur.

Maintes fois, les épicondyles sont fracturés; les parties lésées sont masquées par des tissus infiltrés de sang. Quand on est appelé auprès de malades semblables, pour fixer son diagnostic, il est nécessaire de se placer dans des conditions qui permettent d'explorer la région attentivement. Or cette exploration est douloureuse chez les jeunes sujets; elle devient très-difficile si par avance on ne les a pas soumis à l'action du chloroforme. Grâce à cette précaution, l'examen est plus complet, et on a la faculté de manier, de fléchir le membre dans toutes les directions, de déterminer le rapport des diverses parties entre elles; en évitant de les serrer l'une contre l'autre, on précisera plus facilement le siége de la fracture. Avec une pression trop énergique, on ne perçoit point la crépitation.

L'appareil doit être appliqué le membre étant dans le sens de la flexion. Les appareils inamovibles ont l'inconvénient de ne pouvoir être déplacés à volonté, selon le besoin, afin de corriger les difformités.

Nous allons dans un instant opérer une petite fille de dix-huit mois, affectée d'une tumeur érectile de l'aile droite du nez, de la dimension d'un petit abricot, se prolongeant jusque sur la paupière inférieure. Le siége de la tumeur, son prolongement surtout, ont quelque chose de désavantageux, car il est possible que la cicatrice détermine un ectropion par sa rétraction, et nécessite plus tard une opération.

Ces sortes de tumeurs, quoique volumineuses, demeurent-elles stationnaires, on est embarrassé sur la conduite à suivre. Certaines, en effet, s'arrêtent dans leur marche, guéri sent en laissant à peine quelques légers vestiges. Dans de pareilles circonstances, la prudence conseille de temporiser. Cette règle s'applique principalement aux cas où il faut pratiquer des opérations de nature à compromettre la vie des enfants. Mais chez notre malade, l'accroissement de la tumeur, sa progression vers l'œil, ordonnent une détermination immédiate : il y a indication à opérer.

Traverser la tumeur par un fil double, passer une épingle dans chacune de ses moitiés, et serrer les fils afin de détruire la masse morbide, telle est la méthode, décrite au reste par M. Rigal, que nous mettrons en usage, méthode que nous avons employée plusieurs fois avec avantage, et dont l'exécution est à la fois facile et élégante.

CLINIQUE NAVALE.

De l'angine de poitrine épidémique (2).

Par M. le docteur E. Gélineau, de Ruelle-Stonne (Charente).

Description symptomatologique. — Douleur. — La douleur, ce signe caractéristique de l'angine de poitrine qui faisait dire à Jurine : « Sans douleur sternale, point d'angine de poitrine, » s'est généralement fait sentir chez mes malades derrière le sternum et à gauche de cet os, une fois à la base. Elle ne débute pas toujours auprès de cet os; chez un de mes malades elle s'est fait sentir à gauche vers les attaches du muscle droit; chez un autre, elle parcourt la base du thorax avant de se diriger vers le cœur; chez I..... elle monte de l'hypogastre au côté gauche du larynx; mais, dans tous les cas, elle arrive au sternum et devient plus vive, plus angoissante à mesure qu'elle s'avance vers le cœur, et c'est là qu'elle présente son maximum d'intensité.

Chaque malade a un terme particulier pour la désigner; l'un me disait : On m'enfonce à petits coups un poignard dans le cœur; un autre : C'est une épée qu'on me plonge du sternum au côté gauche du cou; celui-ci accusait quelque chose qui l'étranglait; celui-là une boule aiguë roulant du creux de l'estomac au cœur et au larynx.

Quant à sa violence, elle est extrême, indéfinissable, elle arrête les malades sur place et les jette dans un état d'angoisse qui met la mort devant leurs yeux. Leur anxiété est semblable à celle qu'éprouve le noyé cherchant vainement au fond de l'eau à respirer quelques bouffées d'air. Presque tous mes malades ont senti cette douleur courir comme un éclair d'un point à un autre, et s'accordaient à dire qu'ils avaient cependant le temps d'en apprécier toute l'acuité. La plupart s'arrêtent immobiles dans la position où le mal les a surpris et où ils espèrent le moins souffrir; une de leurs mains suit ordinairement la douleur et s'appuie sur le cœur.

Insensible à ce qu'on dit autour d'eux, ils n'écoutent que leur souffrance et n'ont que le sentiment du *moi*. Tout disparaît, s'efface autour d'eux; ils ne font pas un mouvement, car ils croiraient mourir. La terreur est peinte sur la figure du malade, son corps baigné de sueur froide. J'ai observé chez presque tous des douleurs à l'épaule gauche. Quant au bras et aux doigts, ils n'accusaient que des élancements et des fourmillements analogues à ceux qu'on ressent en se heurtant le coude au point où le nerf cubital le franchit.

La douleur s'est irradiée en haut aussi bien qu'en bas et latéralement. Je l'ai vue s'étendre jusqu'au haut du cou. Chez I..., elle contractait spasmodiquement le muscle sterno-mastoïdien. Quelques-uns ont accusé une constriction très-forte resserrant la base de la poitrine. Le sternum semblait refoulé vers la colonne vertébrale par un poids énorme; on eût dit qu'un étau ou une corde fortement serrée les attirait l'un vers l'autre. Le malade cherchait alors, soit par une forte inspiration, soit par un soupir profond, à agrandir sa poitrine. Plusieurs des matelots s'inclinaient du côté gauche de la poitrine, et cette position, ainsi que l'application de la main sur le cœur, pourraient fort bien avoir pour but, en comprimant cet organe, de diminuer l'acuité des douleurs dont il est le siége. Cette compression serait alors, comme dans une foule d'autres névralgies, une précaution instinctive du malade, désireux de calmer ses souffrances.

Etat de la respiration. — En examinant attentivement et à nu le thorax de ces matelots, j'ai remarqué qu'ils cherchaient à faire des inspirations aussi peu profondes que possible; aussi devenaient-elles à la longue plus fréquentes, et le malade était-il forcé d'inspirer de temps en temps plus largement, afin de suppléer à l'insuffisance de sa respiration, qui se fait surtout par le type costo-supérieur.

Etat de la circulation. — On sait qu'avant Jurine les auteurs n'étaient pas d'accord sur l'état du pouls, les uns l'avaient trouvé irrégulier, intermittent, les autres sans irrégularité ni intermittence. Généralement, chez les malades très-impressionnables, il était peu fréquent et même déprimé; cela coïncidait avec l'existence de sueurs froides et l'anéantissement des forces. Chez quelques autres, les palpitations avaient une violence extrême; le cœur semblait vouloir s'élancer hors de la poitrine, et on pouvait entendre à quelques pas du malade le choc énergique de la pointe de l'organe contre les parois de la poitrine, mais même dans le cas où le pouls était petit et resserré.

Phonation. — La plupart de mes malades ne parlent pas pendant l'accès; ils ne font entendre qu'une plainte analogue à celle que jette un homme brusquement surpris et plein d'épouvante. Quand ils peuvent enfin parler, ils le font à voix basse; la parole est soufflée pour ainsi dire, et n'est émise que par monosyllabes.

Etat de la digestion. — Huit fois, à la fin de la crise, survinrent des éructations sans mauvais goût et inodores; quelques-uns y ont trouvé du soulagement. Ils expulsaient ces vents avec beaucoup plus de facilité quand ils étaient assis sur le bord du lit, les jambes pendantes. Notons encore que trois ou quatre fois il y a eu au déclin de l'attaque des nausées et des vomissements quelquefois bilieux, mais plus souvent muqueux.

Sécrétion urinaire. — Blackwall avait observé chez deux de ses malades un malaise de la vessie qui faisait naître un irrésistible besoin d'uriner. Je n'ai observé quelque chose d'analogue que chez le jeune M..., qui à la fin de deux attaques réclama mon aide pour pouvoir uriner. Les urines ont toujours eu une limpidité parfaite.

Début. — Aucune crise n'a débuté pendant la nuit. L'angine est survenue brusquement, au milieu des occupations ordinaires du bord. Après quelques instants de repos la douleur disparaissait, le malade se sentait aussi dispos qu'auparavant; mais s'il s'agitait trop, s'il mangeait malgré mes recommandations, la crise reparaissait alors aussi bien la nuit que le jour. Après quelques jours il vaquait à ses occupations ordinaires, sans éprouver de tristesse ou d'inquiétude.

Récidives. — La récidive a été très-prompte chez trois de mes malades. Cette nouvelle attaque fut moins forte, il est vrai, que la première, et plus facile à calmer. Mais indépendamment de ces récidives, je dirai que trois de mes malades ont été de nouveau atteints au voisinage des Açores, un mois après avoir éprouvé les premières atteintes du mal. Une seule de ces rechutes s'est montrée la nuit. Je n'ai point observé d'intermittence ou de régularité entre les accès.

Durée et terminaison. — Je n'ai gardé pendant quelque temps sous mes yeux que le matelot qui fut atteint le premier; il resta encore huit mois à bord sans que le paroxysme se renouvelât; les autres débarquèrent un mois et demi après la première atteinte de sternalgie. Pendant ce court intervalle, trois de nos hommes ont eu une nouvelle attaque. En ont-ils eu depuis? Je l'ignore, les ayant complétement perdus de vue, mais je ne le crois pas, en songeant au genre de causes qui selon moi avaient déterminé la maladie; un heureux changement dans la constitution générale, un séjour dans un pays plus chaud, l'abandon d'un état qui prédisposait à la réapparition de la maladie, un équilibre parfait rétabli par une nourriture tonique, entre le système nerveux et le système sanguin, telles sont les causes qui ont dû amener une terminaison favorable.

Deux d'entre eux ont eu à la fin de l'attaque des douleurs aiguës aux testicules, non accompagnées toutefois de gonflement; mais est-ce bien là un mode de terminaison, ou comme le prétend M. Lartigue, une sorte de métastase de cette affection? Cela me semble difficile à croire et plus encore à expliquer, car si d'une part on songe à la fréquence de l'orchite spontanée et de l'autre au petit nombre de celles observées à la suite de l'angine de poitrine, il paraîtra difficile qu'une orchite puisse être une terminaison normale d'une affection d'une nature si différente.

En songeant à la gravité extrême de l'angine de poitrine, je m'attends bien à ce qu'on se fasse une arme de la bénignité des cas que j'ai observés, pour critiquer les exemples que j'ai rapportés; mais en y réfléchissant, on comprendra pourquoi les mêmes causes agissant sur une agglomération d'hommes débilités pendant un intervalle de deux mois seulement, j'ai eu un nombre aussi considérable de faits sans résultat fâcheux à déplorer. Notre arrivée en France, en amenant les modifications les plus salutaires à la santé de l'équipage, vivres réparateurs, sommeil tranquille, abri contre l'humidité, joie de retrouver parents, amis, patrie, devait faire disparaître toute cause de récidive; mais il n'est pas douteux que si nous eussions navigué plus longtemps, l'influence morbifique se serait fait sentir de nouveau, et alors nous aurions eu de grandes pertes à déplorer.

Ces angines de poitrine dépendant surtout, à mes yeux, d'un appauvrissement du sang, étaient moins dangereuses que toute autre, et ce serait surtout à cette classe qu'on pourrait rapporter ces paroles de Laënnec : « L'angine de poitrine, à un léger ou médiocre degré, est une affection très-commune, et existe souvent chez des sujets qui n'ont aucune affection organique du cœur et des gros vaisseaux ». Son peu de gravité s'explique encore mieux en songeant qu'aucun de mes hommes n'était rhumatisant ou goutteux, et ne présentait de maladie des organes de la circulation.

Je dois dire quelques mots d'un symptôme que M. Desportes regarde comme mortel, et que j'ai observé chez deux de mes malades. Je veux parler des vomissements au déclin de l'accès. Je ne partage point en cela l'opinion du célèbre auteur. Ce n'est pour moi qu'un symptôme douloureux de plus; il indique l'extension de la névralgie à une partie du pneumo-gastrique; mais ce n'est pas de ce côté que réside le danger; là ne sont point les sources de la vie. C'est une mauvaise condition de plus pour le malade, un affaiblissement plus grand après l'accès, mais voilà tout. Ajoutons que dans bien des observations mortelles on ne les a point observés, et que par contre on les a rencontrés dans plusieurs cas qui se sont terminés heureusement.

Traitement. — En arrivant auprès de mon malade, j'avais soin de le débarrasser de tout vêtement trop serré, de lui conseiller la position la plus convenable, c'est-à-dire de l'asseoir sur un lit, de relever son courage. Le pouls était-il petit, le malade était-il très-pâle, avait-il les extrémités froides, je m'efforçais de rappeler la chaleur aux extrémités avec des cataplasmes sinapisés ou un liniment excitant. Je cherchais ensuite, en déterminant une énergique révulsion sur la poitrine, à diminuer la durée et l'intensité de l'accès. Pour cela, je posais des ventouses scarifiées à l'endroit correspondant à la douleur, et je faisais les incisions plus ou moins profondes, suivant l'état du sujet. Après la chute des ventouses, je plaçais sur la poitrine une compresse imbibée d'une solution laudanisée et belladonée, et souvent le mal cessait aussitôt.

Pour expliquer ce soulagement immédiat par les ventouses scarifiées, rappelons ici les effets merveilleux de la médication révulsive dans les névralgies; la cautérisation de l'hélix, celle du pied avec l'acide sulfurique dans la sciatique. M. Malgaigne n'a-t-il pas guéri des névralgies rebelles en pratiquant sur le siége du mal une incision profonde avec la pointe d'un bistouri? Ne sait-on pas que le même moyen a réussi chez des femmes affectées de névralgies du corps de l'utérus?

La sédation obtenue, je donnais à l'intérieur une préparation calmante, comme l'éther, la liqueur d'Hoffmann ou de l'opium, ou bien je projetais sur des charbons ardents des feuilles de belladone et de datura stramonium. Il me semble, en effet, que les propriétés anti-contractiles si évidentes de la belladone devaient être suivies d'un heureux résultat dans une maladie où les contractions spasmodiques jouent probablement un grand rôle.

Je n'avais point trouvé dans les auteurs d'exemples de l'emploi des anesthésiques pour combattre l'angine de poitrine; je n'ai point osé, dans une maladie qui a souvent une issue si funeste, engager ma responsabilité en les employant, et cependant, si on envisage les heureux effets qu'ils exercent sur les douleurs aiguës, les mouvements nerveux désordonnés, on est tenté de croire à un heureux succès. Mais le danger n'existant pas pour les applications extérieures, je me suis souvent servi du chloroforme, soit pur, soit combiné de la manière suivante :

Huile camphrée.	100 gr.
Baume tranquille.	20
Chloroforme et laudanum. . .	ãã 6
Extrait de belladone.	1

Mêlez.

Je n'ai point essayé sur mes malades l'aimant ni l'électricité.

En même temps que je leur recommandais le repos le plus absolu, que je leur défendais l'usage du café et de l'eau-de-vie qu'on distribue tous les matins aux matelots, je leur prescrivais l'usage du quinquina, du fer réduit ou du lactate, et leur faisais distribuer les meilleurs vivres que les conserves du bord mettaient à ma disposition.

A leur sortie de l'hôpital, je les exemptais de lavages, de quarts de nuit et d'ascension aux mâts. Malgré toutes ces précautions, j'eus encore plusieurs récidives; c'est qu'après les croisières continuelles de l'*Embuscade*, après les fatigues et les épidémies qui l'avaient décimée, le meilleur des remèdes, le plus puissant des

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, t. LIV, et *Bull. de la Soc. de chirur.*, 1861.

(2) Fin. — Voir les numéros du 30 septembre et du 7 octobre.

modificateurs, c'était cette terre de France qui devait donner une nouvelle vie à mes pauvres malades.

Il est possible que les personnes admettant difficilement l'existence d'une épidémie d'angine de poitrine, m'objectent que ce n'est point une affection de ce genre que j'ai eu à traiter, mais bien quelques cas de pneumo-gastralgie. Depuis M. Lartigue, en effet, on a établi entre ces deux affections une distinction bien nette. La névralgie du pneumo-gastrique, dit-on avec cet auteur, diffère de l'angine de poitrine par le caractère de la douleur, les étouffements dont elle s'accompagne et la persistance des accès. Cette théorie fort simple au premier abord et très-désirable, puisqu'elle établirait une limite parfaitement marquée entre des affections voisines de même nature, et que d'après elle tous les cas graves, foudroyants, appartiendraient à l'angine de poitrine, tandis que les plus simples, les moins douloureux ou ceux compliqués d'étouffements seraient du domaine de la pneumo-gastralgie, est-elle en réalité bien facile à démontrer? Je ne le crois pas. Nous avons autour du cœur une sorte de centre nerveux venant de deux sources, mais dont les filets sont tellement unis, s'anastomosent si bien les uns avec les autres, qu'il est impossible de dire ce qui appartient à chacune de ces origines. Qu'il y arrive tout d'abord ou qu'il s'y propage, le mal éclate dans ce plexus; or la nature de ce mal, son essence est de se propager, de s'irradier au loin; pouvons-nous limiter la marche et dire de lui: Tant qu'il n'atteindra pas ce point, nous lui donnerons ce nom; s'il le dépasse, ce nom changera. Tant qu'il fera naître tel ou tel symptôme, douleur aiguë au sternum, respiration libre ou légèrement accélérée, immobilité nécessaire, prostration, pouls normal, ce sera une angine de poitrine; mais si à la douleur, à l'accablement, à l'angoisse, s'ajoute de l'oppression ou de la difficulté à respirer; si le pouls s'élève, si le malade crie, il n'y a plus de doute, c'est une névralgie du pneumo-gastrique, même avec la douleur sternale caractéristique. C'est une pseudo-angine! Encore une fois, ce langage est-il bien fondé? Cette distinction n'est-elle pas trop subtile?

Selon moi, M. Lartigue et ses partisans veulent renfermer dans des bornes trop étroites une maladie dont la marche et la nature se refusent précisément à un cadre trop restreint. On ne peut pas localiser une névralgie comme une inflammation; sa cause est souvent insaisissable, elle ne laisse à sa suite aucun désordre; puis le cordon nerveux qu'elle assiége n'est pas isolé dans l'économie; il vient d'une source; il se divise lui-même; ses impressions sont rapides comme l'éclair et rayonnent au loin sans pouvoir être limitées. Dans l'angine de poitrine, il y a un foyer de douleur d'où celle-ci peut s'étendre aussi bien aux filets cardiaques du pneumo-gastrique qu'aux filets cardiaques du grand sympathique.

Pour nous, il y a angine de poitrine toutes les fois qu'une douleur aiguë, soudaine, apparaît derrière le sternum avec une violence extrême, sans symptômes précurseurs, qu'elle force le malade à rester immobile, et qu'après une courte durée elle se dissipe sans laisser aucun trouble dans l'économie. Voilà le fond de la maladie, les phénomènes qui la constituent, si je puis m'exprimer ainsi. Il est possible qu'ils s'arrêtent là si les nerfs cardiaques sont seuls atteints; mais dans la plupart des cas, la scène morbide s'étend plus loin, et alors s'observent des symptômes d'un genre différent coexistant avec les premiers, tels que éructations, vomissements, expectoration muqueuse abondante, gêne de la voix et quelquefois de la respiration, besoin d'uriner, etc. Tous ces épiphénomènes de la maladie sont faciles à expliquer en invoquant l'extension de la névralgie au pneumo-gastrique. Les rameaux pharyngiens et la partie médiane de ce nerf, s'ils sont atteints, nous feront comprendre la gêne de la déglutition et la douleur latérale du cou. L'affaiblissement de la voix s'expliquera par la participation à la maladie des nerfs laryngés; le trouble de la respiration, par celle des filets bronchiques qui suivent jusqu'à leur extrémité terminale les divisions de l'arbre aérifère; les douleurs envahissant le bras, l'épaule, la mamelle, par l'intermédiaire du plexus cervical superficiel et du nerf thoracique antérieur, enfin les troubles de la digestion, s'expliqueront par l'extension de la névralgie à cette portion du pneumo-gastrique gauche placée au-devant du cardia, et qui, rayonnant vers l'abdomen, nous donnera la clef des douleurs aux testicules et du besoin d'uriner.

Les cris, les plaintes du malade ne seront point pour moi, comme pour M. Lartigue, une preuve que le siége du mal est dans le pneumo-gastrique, et non pas dans les filets cardiaques du grand sympathique et qu'on n'a point, lorsqu'ils existent, affaire à une angine de poitrine, mais bien à une pseudo-angine. J'ai, pendant huit ans de pratique navale, été témoin de plusieurs épidémies d'une affection qui a pour siége le grand sympathique; je veux parler de la colique végétale; et jamais aucune maladie, j'ose le dire, n'a donné lieu à des cris plus aigus, à des plaintes plus déchirantes.

Faisons encore une remarque, c'est que M. Lartigue note comme phénomènes consécutifs accompagnant l'angine de poitrine, les troubles qui se manifestent par l'intermédiaire du pneumo-gastrique dans la portion descendante de ce nerf, éructations, vomissements, douleurs testiculaires, et dans le cordon douleurs lointaines, infiniment moins directes, moins immédiates que les phénomènes du côté du poumon. Est-il bien rationnel de regarder comme du domaine de l'angine de poitrine les symptômes douloureux qu'elle fait naître par sympathie ou continuité dans la portion descendante du nerf vague, et de se refuser à admettre ceux qu'elle détermine dans sa portion ascendante en contact bien plus immédiat que la première? Nous ne le croyons point. En nous résumant, nous disons que l'angine de poitrine peut débuter soit dans le pneumo-gastrique, soit dans le plexus cardiaque; que dans ce dernier cas elle se propage souvent jusqu'au pneumo-gastrique, plus souvent dans sa portion descendante que dans sa portion ascendante, mais pourvu que la névralgie occupe le plexus cardiaque, que ce soit primitivement ou secondairement, il y a angine de poitrine dès qu'il y a douleur sternale avec les caractères décrits précédemment.

Si nous ne nous étions pas proposé un autre but, nous démontrerions qu'il faut uniquement attribuer ces pseudo-angines dont parle M. Lartigue, qui se caractérisent par la gêne de la respiration, l'étouffement, les menaces de suffocation, le resserrement du thorax sans douleur sternale, à la névralgie des plexus pulmonaires, et surtout du plexus pulmonaire postérieur.

Je crois avoir clairement établi que ce sont bien des angines de poitrine que j'ai traitées à bord de *l'Embuscade*. Quiconque aurait été témoin des souffrances navrantes de ces malheureux, eût reconnu que le mal était trop grave et mettait trop bien leur vie en danger pour prétendre que c'était là une névralgie ordinaire. Les principaux symptômes caractéristiques se sont tous montrés. Qu'importent quelques phénomènes accessoires dus au lieu, aux conditions, aux causes de l'épidémie, ils ne font qu'imprimer à la maladie des modifications légères sans altérer le cachet qui lui est propre.

Avant de qualifier d'extraordinaire cette épidémie, qu'on veuille bien réfléchir qu'il n'est point de théâtre aussi favorable à l'explosion d'une maladie que l'intérieur d'un vaisseau. Là tout est commun, tout est uniforme, air, nourriture, vêtements, exercices, sommeil, veille.

Dans l'espace de quelques pieds carrés se coudoient des centaines d'hommes; aussi la plus légère cause impressionne-t-elle plusieurs hommes à la fois! Aussi voit-on souvent se présenter à l'hôpital du bord, le même jour, à la même heure, des affections identiques, nées sous la même influence. A l'armée, les soldats ne se rapprochent que pendant quelques heures de la journée; plusieurs heures de liberté les font s'éloigner les uns des autres; à bord tout est commun, tout se partage... Ces considérations aideront, je l'espère, à faire comprendre ce nombre extraordinaire d'angines de poitrine survenant en même temps sur *l'Embuscade*, nombre extraordinaire, je le répète, si on le compare au chiffre total de l'équipage.

DE L'INFLUENCE DES HÉMORRHAGIES

sur la fréquence du pouls.

Par M. Ch. DELACOUR, professeur à l'École de médecine de Rennes.

J'ai eu l'occasion de constater plusieurs fois que les pertes abondantes de sang rendaient le pouls fréquent et pouvaient en imposer pour une fièvre inflammatoire; il est essentiel, au point de vue thérapeutique, que ce phénomène de physiologie pathologique soit bien connu.

J'ai lieu de croire qu'il ne l'est pas suffisamment, car il n'est pas mentionné dans les traités classiques, et je ne l'ai pas vu décrit dans les leçons récentes de M. le professeur Pajot (*Gazette des Hôpitaux*, 1862) sur les accidents fébriles qui surviennent chez les nouvelles accouchées. Sans doute cet observateur distingué ne f rait pas de confusion en pareil cas, mais un médecin moins versé dans l'obstétrique pourrait s'y tromper.

J'ai parlé d'abord des hémorrhagies puerpérales, parce que c'est dans ce cas que nous avons le plus souvent à constater les modifications de circulation que je signale; on les observe encore dans les autres hémorrhagies, ainsi qu'il m'a été donné de le faire à la suite d'une épistaxis et des émissions sanguines locales trop prolongées chez des enfants.

Toutefois l'état puerpéral est par lui-même une prédisposition à la fièvre, et cette cause de fréquence du pouls venant s'y joindre, il en résulte un trouble notable dans la circulation. Aussi le phénomène ci-dessus indiqué est-il beaucoup plus marqué à la suite de l'accouchement que dans toute autre circonstance.

J'ai constaté ce fait pour la première fois, il y a trois ans, chez une dame qui eut, à la suite d'une promenade en voiture mal suspendue, une hémorrhagie prépuerpérale, hémorrhagie qui continua pendant le travail, quoiqu'on ne pût sentir le placenta inséré sur le col.

Dès que la dilatation fut suffisante, j'appliquai le forceps: l'enfant vint mort-né et exsangue.

La perte externe continua après la délivrance, laquelle se fit aussitôt après la sortie de l'enfant; l'aspect ecchymotique de la face adhérente du placenta me démontra que cet organe s'était détaché prématurément.

Cette dame, âgée de vingt-cinq ans, primipare, robuste, dont l'accouchement n'avait pas duré plus de quinze heures, resta plusieurs heures dans un état syncopal, malgré les moyens usités en pareil cas. Le pouls était petit et fréquent; mais dès le lendemain il s'était développé, et il était large, mou et fréquent, jusqu'à battre 140 à 150 fois par minute. Du reste, aucun malaise, si ce n'est celui qui résulte d'une sueur un peu abondante, et de la douleur des parties génitales externes.

Le ventre est insensible à la pression; nulle trace de métrite ou de péritonite. Appétit, soif modérée, peau chaude.

Cet état s'est maintenu quatre jours, et s'est dissipé peu à peu sous l'influence du temps et d'un régime réparateur.

La congestion des mamelles a été très-légère.

Je n'ai pas constaté avec le thermomètre l'augmentation de la température, mais l'impression tactile ne dénotait qu'un faible accroissement.

Depuis lors deux autres circonstances analogues m'ont permis d'observer cette fièvre post-hémorrhagique, qui a cédé du cinquième au septième jour après l'accouchement.

Lorsque l'hémorrhagie se fait peu à peu, comme chez les femmes à l'époque critique, dans les métrorrhagies, cette fièvre n'est pas constante, et lorsqu'elle se présente elle est beaucoup moins prononcée.

Je n'ai pas la pensée de la signaler comme constante après l'accouchement, les phénomènes de physiologie pathologique sont soumis à des conditions multiples dont tous les éléments ne nous sont pas connus, et l'apparente irrégularité de leur apparition résulte sans doute de cette connaissance incomplète où nous sommes.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru qu'il pouvait être utile de mettre plus en lumière un fait dont les conclusions thérapeutiques se développent d'elles-mêmes.

Reste donc pour le médecin un diagnostic à établir: la fièvre est-elle liée à l'hémorrhagie? est elle physiologique, ou bien est-elle la conséquence d'un état morbide? C'est un diagnostic par exclusion qu'il s'agit d'établir.

Mais lors même que vous rencontrez une douleur utérine, une péritonite, un engorgement laiteux, n'oubliez pas que l'ampleur et la fréquence du pouls ont leur origine dans l'hémorrhagie puerpérale, et qu'il est un degré d'anémie qu'on ne peut dépasser sans graves accidents.

Ces faits cliniques, que tous les médecins ont l'occasion de constater, ont depuis longtemps été signalés par les physiologistes qui ont établi des expériences sur le pouls.

« Les expériences de Hales (1774), dit M. Longet, confirment la théorie de la fréquence du pouls, laquelle serait en raison inverse de la tension artérielle. Ce grand observateur a vu que chez le cheval la tension normale est représentée par une colonne sanguine qui s'élève dans le manomètre à une hauteur de 8 pieds 3 pouces anglais. Dans ces conditions, la fréquence du pouls est de 40 pulsations par minute. Si, au moyen de saignées, on fait baisser graduellement cette tension jusqu'à 2 pieds 4 pouces, le pouls prend une fréquence croissante et arrive à 100 pulsations et au delà par minute. »

INFLAMMATION PHLEGMONEUSE ET GANGRÉNEUSE

d'un vieux sac herniaire.

Par M. le docteur LÉOTAUD, de la Trinidad.

A..., Africain, âgé de près de soixante-quinze ans, a toujours joui d'une bonne santé; aussi malgré son âge, a-t-il une vigueur assez remarquable. Depuis plus de trente ans, dit-il, il portait une hernie du côté gauche. Il entre à ce sujet dans des détails tels, qu'on ne peut douter qu'il n'ait réellement été affecté d'une hernie intestinale de la région inguinale gauche, hernie qui n'a jamais atteint un grand volume, car le malade a toujours porté un bandage, mais un bandage aussi défectueux que possible. Il y a cinq mois, il s'est aperçu que sa hernie ne *sortait* plus; néanmoins, il a toujours continué à faire usage de son bandage.

Le 4 juin 1861, il eut la fantaisie de prendre quelques pilules purgatives du genre de celles que prône le charlatanisme, et qu'accueille si facilement la simplicité du public ignorant. La dose probablement était forte, car le malheureux eut non-seulement des superpurgations, mais même des vomissements répétés, qui déterminèrent une douleur assez vive à la région inguinale *droite*, douleur qui céda rapidement à des embrocations huileuses. Trois jours après, il se forma dans la région inguinale *gauche* une tumeur dure et presque indolente. Le malade tâcha maintes fois de la réduire, sans jamais pouvoir y parvenir. Cette tumeur se développa rapidement, et devint le siége de douleurs si vives, que les conseils d'un médecin furent réclamés. Le docteur de Verteuil vit le malade le matin du 19 juin. Il apprit que depuis trois jours il existait de la constipation. Il prescrivit un purgatif, et retourna voir le patient dans le courant de la journée. Plusieurs évacuations avaient eu lieu, et néanmoins le malade continuait à souffrir, et souffrait même davantage. Le docteur de Verteuil pensant avec raison que, même en admettant que l'épiploon fût hernié, il y avait quelque chose de plus qu'une hernie, me pria de voir le malade avec lui. Nous constatons l'état suivant:

De l'anneau inguinal externe gauche part une tumeur fusiforme, dont le plus grand diamètre transversal est à peu près de 5 ou 6 centimètres. Elle refoule le testicule au fond du scrotum. Cet organe, sous le rapport du volume et de la sensibilité, est tout à fait à l'état normal; il n'est qu'accolé à la tumeur. Pas d'épanchement dans la tunique vaginale. La tumeur est d'une tension telle, qu'il est impossible par le palper de déterminer la nature de son contenu. A la percussion, elle rend un son tout à fait tympanique. Pas de veines variqueuses; pas d'empâtement; pas de crépitation dans le tissu cellulaire. Elle comprime la verge à sa base, et rend la miction très-difficile; elle est le siége de douleurs si vives, que le malade réclame du soulagement à grands cris et à tout prix. Pas de vomissements, pas même de nausées. Abdomen souple et insensible.

En présence de semblables symptômes, nous écartons l'idée d'une hernie intestinale (le malade évacuait facilement) et même d'une hernie épiploïque (il n'y avait pas de vomissements). Les gaz que contient la tumeur nous semblent être le résultat de la gangrène déterminée par l'étranglement exercé par l'anneau inguinal et les parois mêmes de la tumeur. Cet étranglement est manifeste pour nous, et comme il va bientôt déterminer sur les lieux de plus graves désordres et du côté de l'abdomen de la péritonite et toutes ses suites fâcheuses, nous nous décidons à opérer en procédant comme pour l'opération de la kélotomie.

La peau incisée laisse voir les fibres du crémaster rouges, fortement hypertrophiées et écartées l'une de l'autre. Au-dessous, les tissus sont résistants, condensés et épais. Enfin le bistouri pénètre

dans une poche d'où sort une masse de gaz et de pus mal lié, d'une odeur infecte. Le doigt porté dans cette poche ne trouve ni intestin, ni épiploon, ni tumeur graisseuse. Quoique vide, cette poche ne s'affaisse que très-peu ; elle constitue une véritable coque à parois épaisses et rigides. L'anneau inguinal externe est très-petit et va se rétrécissant davantage. Les éléments du cordon sont dissociés (hernie inguinale directe.) — Injection d'eau d'orge miellée, compresses sèches et cataplasmes émollients. Plus tard, injection de décoction de quinquina et pansement à sec. Au bout de deux mois, guérison complète sans le moindre accident.

Une hernie existe pendant nombre d'années sans jamais atteindre un fort volume, deux conditions qui permettent au sac de contracter des adhérences et de s'hypertrophier. Le malade a toujours fait usage d'un bandage défectueux, qui par son action irritante a rendu plus puissantes les causes qui tendaient à modifier l'état du sac. L'effet pathologique émanant de toutes ces circonstances qui agissaient morbidement dans le même sens se transmet aux tissus voisins, dont la condensation rend plus épaisses et plus rigides les parois du sac. Le collet de ce sac ne tarde pas à s'épaissir de la même manière et à se rétrécir ; aussi la hernie, réduite sans doute, trouve de plus en plus de la difficulté à sortir de nouveau ; bientôt elle ne peut plus franchir l'anneau, et le malade est débarrassé de son infirmité.

Le sac reste hors de l'abdomen, et ses parois, comme tout tissu morbide, portent en elles-mêmes le germe d'affections qui n'attendent qu'une cause pour éclater ; cette cause est fournie par le bandage qui n'a point abandonné le malade, et dont l'action est rendue plus puissante par l'absence de l'intestin et par les vomissements qu'a eus le malade. L'intestin, en effet, qui, par l'élasticité que lui donnaient les gaz qu'il contenait, formait un coussinet des plus moelleux qui neutralisait en partie les effets de la pression exercée par le bandage, laissait maintenant à ce bandage toute sa puissance d'action. Les vomissements, en produisant des secousses qui retentissent toujours sur les régions inguinales, y déterminent de l'inflammation ; cette inflammation éclate d'abord à droite, où les tissus jouissaient de toute leur vitalité. Le traitement a été rationnel, et la résolution a eu lieu. A gauche, il y a trois jours d'incubation, à cause du peu de vitalité des tissus, et quand l'inflammation se déclare, elle n'a rien de l'état aigu par elle-même. Elle détermine probablement un épanchement dans le sac, cause de la tumeur que le malade prend pour sa hernie. L'opération du taxis tend à tout aggraver, et au lieu d'une résolution prompte et franche comme à droite, le malade est exposé à de graves accidents. La suppuration s'établit ; le pus emprisonné dans cette poche à parois peu extensibles devient cause d'étranglement ; toutes les circulations s'arrêtent, la gangrène se produit, et des gaz se forment. Mais à cause de l'épaisseur, de la texture et de la tension des parois du sac, ces phénomènes pathologiques, à part les gaz, ne peuvent se traduire à l'extérieur par aucun signe caractéristique.

En consultant mes faibles ressources bibliographiques, je ne vois dans la science qu'un cas qui offrirait de l'analogie avec celui-ci. Vidal (de Cassis) en donne quelques détails qu'il emprunte à la thèse de M. Terrion, que je n'ai pu me procurer. Dans ce cas, observé par Sanson et opéré comme cas de hernie étranglée, le malade, il est vrai, présentait tous les signes d'un étranglement herniaire. Cependant il n'y avait que du pus dans la tumeur. Dans notre cas, il n'y avait point de symptômes d'étranglement, mais il n'y avait pas non plus les signes pathognomoniques du phlegmon et de la gangrène, et la tympanite, point saillant de l'observation, était là en sentinelle avancée de l'erreur ; car que serait-il arrivé si nous eussions été appelés plus tard auprès du malade ? Des vomissements très-probablement auraient déjà eu lieu ; nous n'eussions pas eu le temps d'attendre l'effet d'un purgatif, et certainement nous eussions diagnostiqué sans hésitation : hernie intestinale étranglée.

Je dirai, en finissant, que dans ces cas douteux, s'il faut opérer, il faut procéder comme dans les cas d'étranglement des viscères de l'abdomen ; car même si l'on peut être certain de n'avoir affaire qu'à un phlegmon, une simple ponction ne peut avoir les bénéfices d'une large incision, à cause de l'état pathologique des tissus qui doivent guérir.

CATARACTE OPÉRÉE PAR DISCISION DE LA CAPSULE.

Par M. le docteur Soulez, médecin de l'hospice de Romorantin.

Quand un chirurgien a un malade cataracté à opérer, le plus souvent il recourt invariablement à l'abaissement ou à une traction. Sans vouloir discuter le choix des procédés opératoires, je dirai seulement que l'âge du malade doit entrer en ligne de compte.

Chez les sujets jeunes, en effet (l'âge de trente-cinq ans est la limite posée par M. Desmarres), on devrait toujours tenter la cure de la cataracte lenticulaire par la discision de la capsule, opération bien innocente et qui vous permet, dans le cas de non-réussite, de recourir à un autre mode opératoire.

Voici un exemple de cataracte guérie par la discision de la capsule :

Solange R..., vigneronne à Romorantin, âgée de quarante-deux ans, est atteinte depuis longtemps d'une cataracte double, demi-molle.

Cette femme, douée d'une constitution robuste, me raconte que sa mère, sa grand'mère et ses tantes étaient atteintes de la même affection. Rien qu'à ce titre, cette observation est intéressante, car elle apporte une preuve de plus à l'appui des partisans de l'hérédité dans cette maladie.

La discision de la capsule par le procédé ordinaire fut pratiquée sur l'œil gauche, au mois de mai 1861, en présence de plusieurs confrères. Dans le courant de juin, je constatais déjà une résorption notable du cristallin se traduisant par une augmentation de puissance dans la vision. Ce travail de liquéfaction du cristallin s'arrêta vers la fin du même mois, et l'éclairage latéral de l'œil me permit de constater la cicatrisation de la petite plaie capsulaire.

Une nouvelle ouverture fut pratiquée dans cette membrane au commencement de juillet. La résorption marche alors avec une rapidité surprenante, et chaque jour amène de nouveaux progrès dans la vision, à tel point que la malade peut distinguer d'un jour à l'autre des objets qui se trouvaient avant dans une complète obscurité.

Aujourd'hui 15 janvier 1862, Solange a repris le cours de ses travaux ordinaires. Elle se conduit toute seule, et distingue parfaitement la physionomie de ceux qui viennent la voir. Du reste, la pupille est d'un noir parfait ; cependant, en examinant l'œil avec le réflecteur à ophthalmoscope, on voit encore quelques débris cristalliniens, qui ne tarderont pas à disparaître.

L'œil droit a été opéré, le 10 août dernier, de la même manière, et déjà l'on peut constater une amélioration considérable dans la vision.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 octobre. — Présidence de M. Velpeau, vice-président.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination de la commission qui aura à décerner, s'il y a lieu, le prix Alhumbert de 1862 (question concernant les générations dites spontanées).

MM. Milne-Edwards, Bernard, Flourens, Brongniart, Coste, réunissent la majorité des suffrages.

— M. Samuelson adresse de Londres un mémoire écrit en français, et dans lequel il a consigné les résultats de recherches relatives à la question des *générations spontanées*, recherches dont quelques-unes lui sont propres et dont d'autres lui sont communes avec M. Balbiani. (Renvoi à l'examen de la commission du prix Alhumbert pour 1862, question des générations dites spontanées.)

— L'Académie avait reçu dans la séance du 4 mars 1861 un mémoire sur un nouveau traitement de l'hydrophobie, qui lui était transmis de Symphéropol (Crimée) par un de ses correspondants, M. Nordmann.

L'auteur du mémoire, M. Arendt, inspecteur du tribunal de médecine de la Tauride, sentant sa fin prochaine, avait voulu faire un nouvel effort pour contribuer à la propagation d'une découverte dont il reconnaissait être en grande partie redevable au hasard, mais dont la réalité ne lui semblait pas plus contestable que l'importance. Dans cette intention, il avait dicté à sa fille l'écrit destiné à l'Académie des sciences, et c'est cette dame qui aujourd'hui, après la mort de son père, complète ce mémoire en y rétablissant un paragraphe omis par mégarde dans la copie du manuscrit original. Elle ajoute que « depuis la date du premier envoi les journaux de l'Empire russe ont fait connaître au moins trente cas d'hydrophobie guéris par l'arsenic. C'est surtout en Pologne, ajoute-t-elle, que les médecins ont fait le plus d'essais de ce remède, et toujours avec succès ; tout récemment encore j'ai reçu de Mosir (Pologne) la relation de quatre cas guéris d'après la méthode de mon père. » (Renvoi à l'examen des commissaires déjà nommés : MM. Rayer, Bernard, Cloquet.)

— M. le Secrétaire perpétuel signale parmi les pièces de la correspondance plusieurs opuscules de M. le docteur Chrestien (de Montpellier), et en particulier une lettre concernant la lithotripsie chez les enfants.

L'auteur, en transmettant cet écrit, a voulu répondre à un désir manifesté par M. Jobert (de Lamballe) dans un mémoire lu à l'Académie le 28 juillet dernier.

Au nombre des pièces adressées par M. Chrestien se trouve un exposé de ses travaux dont il espère que l'Académie voudra bien prendre connaissance quand elle aura à nommer un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie.

— M. Velpeau présente, au nom de l'auteur M. le docteur L. Ciniselli, deux opuscules, l'un intitulé *Appareil électro-moteur à force constante adapté à l'usage des médecins et des opérations chimiques*, le second ayant pour titre : *Mémoire sur l'action chimique de l'électricité sur les tissus organiques vivants et sur ses applications à la thérapeutique.*

— M. Rayer présente, au nom de l'auteur M. Heiser, directeur d'un établissement de gymnastique médicale et orthopédique à Strasbourg, des *Observations sur le rachitisme, la scrofule et les difformités des gallinacés.* (Commissaires : MM. Andral, Rayer.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La loi du 22 janvier 1851, relative à un appel de 80,000 hommes sur la classe de 1850, prescrivait qu'à l'avenir le compte rendu annuel du recrutement comprendrait des renseignements statistiques sur l'état sanitaire et la mortalité dans l'armée.

En exécution de cette disposition légale, une première instruction ministérielle en date du 3 décembre 1851, élaborée par le Conseil de santé des armées, avait déterminé la série des documents qui devaient servir de base à l'établissement d'une statistique médicale de l'armée. Mais l'expérience a démontré qu'il importait d'introduire des modifications dans la forme de ces documents : une nouvelle instruction proposée par le Conseil de santé et approuvée le 14 juin dernier par le ministre de la guerre, a définitivement institué cette statistique.

Il est sans doute inutile de faire ressortir ici les nombreux avantages de cette institution. Par elle, l'administration et les familles seront désormais édifiées d'une manière certaine sur les conditions d'existence propres à la carrière des armes. L'administration y puisera des indications qui serviront de guide à son incessante sollicitude pour le bien-être du soldat ; les familles seront mises en garde contre des assertions fâcheuses, exagérées, ne reposant sur aucune base bien authentique. C'est ce que laisse déjà espérer un premier rapport sur la mortalité en 1861, donnant une proportion de beaucoup inférieure aux chiffres cités jusqu'à ce jour.

Grâce à l'exacte réglementation de notre armée et de nos établissements militaires, grâce au bon esprit des chefs de corps et des médecins, particulièrement intéressés à la parfaite exécution de ce grand travail, il est permis de compter sur des résultats complets, c'est-à-dire ne laissant prise ni au doute ni à l'*à peu près.* On peut même affirmer qu'il est rare que des statistiques puissent réunir aussi complétement toutes les conditions d'exactitude désirables dans ce genre de travail.

Nous attendrons donc avec espoir la publication de ces résultats destinés à devenir d'année en année plus nombreux, plus intéressants, plus probants par la comparaison, et nous en entretiendrons nos lecteurs en temps et lieu. (*Moniteur de l'armée.*)

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Congrès international d'ophthalmologie. — HÔPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE (M. L. Colin). Des rapports qui unissent la paralysie palatine à l'angine couenneuse. — Fièvre typhoïde ataxo-adynamique jugée par une éruption anthracoïde. — Eczéma ; traitement. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 14 octobre. — Nouvelles.

PARIS, 15 OCTOBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

Pendant que la plupart des académiciens se livrent aux plaisirs de la villégiature, le bureau fait les honneurs des séances aux savants étrangers et aux correspondants. M. le docteur Rœser, médecin du roi de Grèce, a été admis hier à faire une lecture. Il a communiqué à l'Académie les résultats des recherches qu'il a faites sur les bruits anormaux des vaisseaux abdominaux, spécialement sur un bruit de souffle de l'artère splénique dans les hypertrophies de la rate, et sur une méthode d'exploration du lobe gauche du foie par l'auscultation de l'aorte abdominale. Les recherches de notre savant confrère d'Athènes l'ont conduit à trouver dans la perception des divers bruits que transmettent à l'oreille les gros vaisseaux de l'abdomen, de nouveaux signes qui peuvent aider au diagnostic si souvent obscur des lésions des principaux viscères contenus dans cette cavité.

M. de Pietra-Santa est venu ensuite lire une troisième note sur la question de l'empoisonnement cellulaire, à laquelle il a consacré, comme on le sait, une partie importante de ses travaux. L'Académie a écouté avec attention et accueilli avec faveur les nouveaux arguments que M. de Pietra-Santa a apportés à l'appui de la thèse qu'il soutient avec autant de persévérance que de chaleur contre le régime cellulaire exclusif.

Enfin M. Béclard a donné lecture, au nom de M. Landouzy, d'un court mémoire, dans lequel sont résumés les principaux points de l'histoire de la pellagre sporadique qui ont été longuement développés dans la leçon clinique que nous avons récemment reproduite.

Un très-court rapport de M. Chatin, sur une communication relative à l'emploi thérapeutique du *diplotaxis muralis*, a complété la séance. — Dr Brochin.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE.

La réunion à Paris des principaux ophthalmologistes de l'Europe, que nous avions annoncée dans notre numéro du 20 septembre dernier, a eu lieu, suivant le programme arrêté, les 30 septembre, 1er, 2 et 3 octobre.

Nous croyons être utiles autant qu'agréables à nos lecteurs en leur donnant un rapide aperçu des travaux de cette société nouvelle, à laquelle les noms les plus considérables ont donné dès ses débuts un éclat inespéré.

Dès la première séance, MM. les professeurs Ruete et Coccius (de Leipzig), Arlt et Gulz (de Vienne), de Græfe (de Berlin), Donders (d'Utrecht), Critchett (de Londres), et tant d'autres dont les travaux ont depuis longtemps enrichi la science, ont discuté et arrêté les bases de l'organisation définitive de la Société.

Pourquoi faut-il qu'à côté de cette brillante pléiade de noms étrangers, nous ayons à constater le petit nombre de médecins français présents à cette lutte scientifique?

La première opération a été la constitution du bureau, qui a été composé comme il suit pour toute la durée de la session :

Président, M. Wleminckx, président de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Président honoraire, M. Sichel.

Vice-présidents, MM. Desmarres et Donders.

Secrétaire, M. Giraud-Teulon.

Secrétaire adjoint, M. Wecker.

La première communication qui a ouvert les débats a pu faire prévoir dès le premier instant la hauteur qu'ils devaient atteindre. Un jeune élève du célèbre Helmoltz, déjà maître lui-même, M. le professeur Knapp (de Heidelberg), en un beau et bon langage français, a fait connaître les intéressantes recherches qui l'avaient conduit à la constatation régulière des différences de l'état de la réfraction dans les différents méridiens du globe oculaire. Ayant mesuré sur un grand nombre de sujets vivants les rayons de courbure de la cornée dans les différents méridiens, M. Knapp a pu construire sur des chiffres exacts la fameuse surface gauche prouvée et définie par notre illustre Hume, et donner une base physiologique et géométrique à l'analyse d'une maladie tout récemment découverte par M. Donders; nous voulons parler de l'astigmatisme.

Puis est venue une discussion non moins intéressante sur la physiologie de la vue. La question des points identiques de la rétine est soutenue par l'école de Leipzig. M. Herring a lu une note énonçant de nouveaux faits d'observation, qui ont servi de base au professeur Ruete pour présenter sous un nouveau jour la doctrine ancienne de l'horoptère. Nous ne parlerons pas de la discussion rapide soutenue sur ce point de doctrine par MM. Serres (d'Alais), Henri Dor, de Græfe, Giraud-Teulon, une opinion ne pouvant être formée que sur la lecture des communications elles-mêmes.

A ces orateurs a succédé M. Coccius; ce savant a soumis à l'assemblée un nouvel ophthalmoscope de son invention, petit instrument très-simple, qui ne tient pas plus de place qu'une petite lorgnette, et au moyen duquel on peut étudier sur soi-même les détails présentés par les membranes profondes de l'œil. L'exploration de la papille optique et des vaisseaux y est presque aussi facile que dans les premiers ophthalmoscopes monoculaires décrits aujourd'hui dans tous les traités classiques.

Cette première séance s'est terminée par une exposition faite par M. le professeur Arlt d'une série de magnifiques préparations du muscle orbiculaire et du canal lacrymo-nasal. Des questions d'anatomie délicate ont été tranchées par cette démonstration, entre autres, l'existence indubitable d'un raphé tendineux réunissant en dehors les deux portions supérieures et inférieures de l'orbiculaire des paupières. M. Duchenne (de Boulogne) a dû avoir la satisfaction d'y trouver la preuve anatomique d'un fait qui lui a été révélé par ses belles recherches électro-physiologiques sur les muscles de la face.

Le traitement de l'entropion bénéficiera, nous n'en doutons pas, de cette remarque, comme celui des rétrécissements du canal de l'étude nouvelle faite de ses parois par le savant professeur de Vienne.

L'anatomie pathologique a reçu aussi de larges contributions des membres de la Société. Il a été lu deux mémoires importants ressortissant à ce chapitre de la science : l'un par M. Schweiger (de Berlin), élève de M. de Græfe, et relatif au processus de la choroïdite; le second de M. le docteur Liebreich, naguère encore de Berlin et aujourd'hui de Paris, et qui a présenté de magnifiques planches gravées et coloriées, représentant les altérations des membranes profondes de l'œil, choroïde et rétine, telles que les révèle l'ophthalmoscope.

La médecine opératoire a eu pour organe M. de Hasner (de Prague), qui a lu un mémoire important sur les résultats pratiques de la corélysis ou déchirure des synéchies postérieures. Près de dix membres des plus autorisés ont pris la parole sur cette question, apportant à sa solution l'appui de leur expérience variée.

Les méthodes récemment introduites dans la thérapeutique oculaire pour combattre cette affreuse maladie qui a décimé tant d'armées et qui déjoue si souvent les efforts de l'art, l'ophthalmie granuleuse, à savoir : l'inoculation du pus blennorrhagique sur le sommet de la cornée et la tonsure conjonctivale, ont eu d'éloquents interprètes. M. Hairion (de Louvain), M. Furnari (de Paris), ont rendu compte des résultats obtenus par eux à la suite de l'emploi de ces méthodes. Des témoignages non suspects sont venus rendre justice au procédé de M. Furnari.

La voie a été ainsi ouverte aux communications relatives à l'ophthalmologie fonctionnelle, à la physiologie de la vision saine et troublée, en dehors des conditions matérielles anatomiques communes.

Dans une brillante improvisation, M. de Græfe a exposé ses idées sur une affection nouvelle qu'il désigne sous le nom d'asthénopie musculaire par suite d'insuffisance du muscle droit externe. Nous entrons ici dans le domaine de la haute analyse fonctionnelle, et nous allons y découvrir des horizons tout nouveaux. L'histoire de la paralysie musculaire, du strabisme, s'annonce à la suite de ces premiers essais, et l'on voit déjà naître les relations étroites qui vont relier les troubles optiques ou de la vision aux ruptures de l'équilibre du système musculaire extérieur.

Bientôt, en effet, entrant dans la voie qui vient d'être ouverte, M. Donders entreprend, dans une exposition sévère autant qu'élégante, l'histoire étiologique des différentes espèces de strabisme; il fait voir, par d'imposants relevés statistiques, l'influence considérable prédominante de l'état optique de l'œil, des conditions géométriques de sa réfraction sur la production du strabisme. Enfin l'on entrevoit une doctrine sur laquelle vont s'asseoir l'histoire et l'analyse de cette affection : sa thérapeutique rationnelle va bientôt se déduire d'une critique rigoureuse des différents chefs d'étiologie; procédés mécaniques et chirurgicaux vont voir leurs indications précisées.

Cette exposition remarquable n'est pas le seul tribut apporté à la réunion par l'illustre professeur d'Utrecht. Il devait quelques explications sur ses travaux plus récents, sur l'astigmatisme. Il n'y a pas manqué (1).

Nous citerons encore dans ce même ordre d'études deux communications presque identiques, faites simultanément par M. Giraud-Teulon et par M. Donders, au nom d'un de ses élèves les plus distingués, M. le docteur Snellen, de deux échelles de caractères d'imprimerie reposant sur l'idée de M. Jæger (de Vienne), mais établies dans une proportion aussi régulièrement progressive que cette dernière l'est peu. Ces deux instruments optométriques, construits l'un à Utrecht, l'autre à Paris, sont absolument comparables, et s'appuyant sur le même élément comme unité, présentent encore la même proportion entre chaque numéro. Tous les types qui les composent, vus à une distance marquée par leur rang dans la série, sous-tendent dans la rétine un même angle visuel, à savoir : un angle d'une minute. Au moyen de ces échelles de mesure, rien de facile et de prompt comme de déterminer, avec le degré de sensibilité de la rétine, les limites du champ antéro-postérieur de la vision et les numéros des verres commandés par l'état de l'accommodation.

Nous devons signaler enfin, au nombre des présentations, celle qui a été faite par M. Jules Guérin d'un sujet de quarante-deux ans que notre habile confrère avait opéré trois jours auparavant d'un double strabisme convergent par sa méthode sous-conjonctivale. Les assistants ont pu constater *de visu* l'efficacité et l'innocuité de cette méthode.

Cette session, si bien remplie, a été terminée par une dernière communication de l'illustre professeur de Berlin, qui a fait connaître le résultat de nombreuses expériences instituées par lui pour réédifier la proposition de thérapeutique qui fait des préparations opiacées les antagonistes de la belladone ou de l'atropine. On sait que si la belladone et la plupart des solanées ont la propriété de dilater la pupille, d'amener la mydriase, par contre l'opium et la morphine déterminent l'atrésie ou au moins la contraction de l'ouverture pupillaire. M. de Græfe était curieux de savoir si cet antagonisme ne remontait pas plus haut que l'iris, et si l'appareil ciliaire, que la belladone paralyse également, ne voyait pas, au contraire, sa contractilité, sa tonicité, s'accroître par l'action des sels de morphine. L'expérience a sanctionné l'objet des recherches du savant professeur, et lui a démontré qu'effectivement le muscle ciliaire trouvait, comme l'iris, dans la belladone et dans l'opium deux agents opposés, l'un exaltant son action, l'autre la frappant de paralysie.

Ainsi s'est terminée cette session, qui a dignement inauguré le congrès international d'ophthalmologie.

Une seule pensée, une commune tendance semblaient dominer l'assemblée, le besoin d'entendre ou de divulguer des vérités nouvelles. Cette réunion a décidé de l'avenir de cette institution et fait justice une fois de plus du préjugé qui cherche encore à barrer la route aux spécialités.

Aujourd'hui le progrès, disait M. Donders, est fatalement dans la spécialisation ; la science est devenue trop vaste pour se loger dans une seule tête, et à plus forte raison pour s'y développer.

L'assemblée a décidé avant de se séparer, que la prochaine session aurait lieu dans quatre ans, en 1866, à Vienne.

HOPITAL MILre DU VAL-DE-GRACE. — M. L. COLIN.

Des rapports qui unissent la paralysie palatine à l'angine couenneuse.

(A propos d'une nouvelle observation de paralysie diphthérique unilatérale du voile du palais, recueillie par M. NOGIER, médecin stagiaire.)

Il existe une forme toute spéciale de paralysie à la suite de certaines angines, mais presque exclusivement de l'angine couenneuse. Cette forme bien déterminée, ce type pour ainsi dire spécifique dans son évolution, je les ai soutenus, il y a deux ans, dans un travail (2) analysé devant la Société médicale des

(1) Nous renvoyons nos lecteurs au mémoire qui vient de paraître sur ce sujet à la librairie Germer-Baillière.

(2) *Quelques réflexions sur la paralysie dite diphthérique*, par M. L Colin. (Paris, 1860, V. Rozier.)

hôpitaux par M. Sée, et dans lequel je me trouvais partager à peu près les opinions de ce savant confrère. Un point, en apparence étrange, de la doctrine que j'y exposais, c'est que tout en admettant au plus haut degré la spécialité d'évolution de la paralysie diphthérique généralisée, et la distinguant ainsi de toutes les formes névropathiques consécutives à d'autres affections, je lui récusais cependant dans sa manifestation primordiale la spécificité de cause, plaçant la paralysie du voile du palais beaucoup plus sous l'influence des lésions locales de la région tonsillo-palatine, que sous celle de l'intoxication diphthérique.

Ainsi je disais (Mém. cité, p. 20) :

« Ce qui nous paraît justifier notre tendance à une hypothèse autre que celle de l'intoxication, c'est que dans l'immense majorité des cas, la paralysie du voile prend naissance là précisément où s'est développée la fausse membrane, où ont été portés les caustiques; singulière coïncidence de siége que cette manifestation successive sur la même région de deux phénomènes si distincts, si l'on veut surtout établir leur filiation par l'intermédiaire d'une intoxication générale! Nous croyons que l'on a trop vite renoncé à chercher l'explication de la paralysie du voile dans les modifications de tissu résultant de l'angine elle-même, quelquefois peut-être de son traitement.

» Il faut savoir reconnaître non-seulement l'existence d'une paralysie du voile, mais encore son siége et ses limites, relativement au siége et aux limites de l'exsudation couenneuse. Chez le sujet de notre observation, la paralysie a été limitée à un côté du voile du palais; c'est de ce côté que l'angine avait été le plus intense, et avait nécessité de fréquentes et énergiques cautérisations; chez nous aussi (j'avais été atteint d'angine couenneuse en mars 1860), le côté droit du voile a seul été envahi par les fausses membranes, a seul été cautérisé pendant plusieurs jours par l'acide chlorhydrique, et seul il a été frappé de paralysie, sans que le côté gauche ait subi la moindre atteinte dans l'énergie de ses contractions. »

Depuis cette époque, cette opinion a été de plus en plus confirmée par nombre de cas de paralysie (du véritable type appelé diphthérique) consécutifs à de simples angines, soit phlegmoneuse, soit herpétique, où il n'y avait donc pas à invoquer l'influence d'une intoxication quelconque (1). C'est précisément parce qu'il y avait déjà quelques faits semblables en 1860, que j'intitulais cette affection : paralysie *dite* diphthérique, pour un motif analogue sans doute à celui qui faisait dire paralysie angineuse par M. Sée. Je notais alors déjà que le grand nombre d'adultes figurant parmi les observations recueillies de cette affection apportait sa preuve du rapport local de la paralysie à l'angine, la diphthérie chez l'adulte occupant beaucoup plus fréquemment l'isthme du gosier que le larynx et la trachée. Une conclusion analogue découle des recherches cliniques et statistiques sur la paralysie consécutive à la diphthérie de M. H. Roger (*Archives de médecine* et *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*), recherches d'après lesquelles la paralysie s'est manifestée 12 fois sur 34 à la suite d'angine couenneuse, proportion trois fois plus forte qu'à la suite du croup.

Mais à toutes ces preuves, j'en préfère une plus directe, la première que je mentionnais, à savoir, la paralysie unilatérale du voile succédant sur place à une exsudation couenneuse limitée au même côté de la gorge.

J'en ai fourni deux observations déjà, la mienne propre, et celle du nommé C..., sujet de mon premier travail. En voici une troisième recueillie actuellement dans mes salles par M. Nogier, médecin stagiaire, et dont, pour tout ce qui est étranger à la paralysie palatine, je ne donne que les traits principaux :

G... (Jean), fusilier au 6e de ligne, vingt-cinq ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 20 juillet 1862, salle 27, n° 15.

Traité du 1er au 7 août par les cautérisations au nitrate d'argent (en solution) sur l'amygdale gauche, où s'était développée une pseudo-membrane épaisse et tenace; après avoir un peu débordé sur le pilier antérieur gauche du voile, cette fausse membrane disparaissait complétement le 15 août.

Huit jours après sa disparition, le 22, nasonnement et gêne légère dans la déglutition.

Ces troubles fonctionnels s'accroissent chaque jour; le malade rejette par le nez une partie des boissons, éprouve une gêne très-grande à faire descendre le bol alimentaire, ne peut plus gonfler les joues, souffler une bougie, etc.

Le 30, commencement d'anesthésie des extrémités inférieures, qui depuis plusieurs jours semblaient toujours très-froides au malade.

Le 2 septembre, gêne et désordre notables dans la motilité de ces mêmes parties : marche incertaine, titubation.

Le 5, engourdissement de la pulpe des doigts; impossibilité, les yeux fermés, de ramasser une épingle, de distinguer le drap de la couverture de laine.

Il y eut quelques bluettes les jours suivants, mais l'amblyopie ne se prononça pas davantage; les muscles du tronc et les sphincters conservèrent toute leur énergie.

Le 5 octobre, la sensibilité est revenue peu à peu aux extrémités inférieures; mais malgré l'emploi des toniques, de l'électricité, d'une alimentation très-substantielle, la motilité des jambes est encore aujourd'hui aussi compromise que les premiers jours; et quant aux bras, l'affection semble plutôt en voie de progrès, les mouvements d'extension, et surtout de flexion, devenant chaque jour plus faibles et plus incertains.

Cette lenteur d'évolution de la paralysie généralisée tient-elle à la persistance de la paralysie palatine? C'est probable; toujours est-il qu'aujourd'hui (6 octobre), bien que la gêne de la déglutition, le nasonnement aient en grande partie disparu, on peut encore constater d'une manière presque aussi nette qu'au début la paralysie partielle du voile, paralysie limitée au côté envahi par l'exsudation couenneuse : ainsi, à l'ouverture de la bouche, si l'on engage le malade à faire un effort de déglutition, on voit que le point le plus élevé de la voûte palatine ne siége plus immédiatement au-dessus de la luette, mais sur le côté droit de la ligne médiane, au point correspondant à l'insertion du péristaphylin interne droit à la membrane fibreuse du voile, en raison de l'inertie du muscle symétrique du côté gauche; cette forme s'exagère si le sujet prononce la voyelle A, et l'on remarque alors en même temps que la luette est légèrement entraînée à droite, ainsi que le raphé médian du voile, vu la prédominance d'action des muscles de ce côté. Si pendant cet examen il arrive au malade d'éprouver une nausée, d'où résulte à l'état normal la réunion sur la ligne médiane des deux piliers postérieurs, on observe que chez lui le pilier postérieur gauche ne vient plus s'étaler en rideau jusqu'à la rencontre du droit, en raison de l'inertie du muscle pharyngo-staphylin du côté gauche (1).

Du reste, la sensibilité, soit tactile, soit électrique du voile du palais, ne semble pas plus diminuée d'un côté que de l'autre.

Voilà donc encore un cas bien net d'angine couenneuse limitée au côté gauche, suivie d'une paralysie palatine limitée aussi à gauche, puis d'une paralysie généralisée qui s'est déroulée avec sa régularité habituelle d'évolution, sans que cette tendance à la généralisation ait entraîné l'extension au reste du voile du palais de la paralysie de son côté gauche.

Je crois avoir d'autant plus raison d'insister sur ce sujet, que généralement on se borne à diagnostiquer une paralysie palatine d'après les troubles fonctionnels, sans chercher à établir par l'examen direct si cette paralysie est ou complète, ou unilatérale, ou encore plus partielle. Or, on comprend très-bien que ce voile, véritable valvule active entre le conduit alimentaire et le conduit aérien, peut présenter ses insuffisances (se trahissant dans un sens par le rejet des liquides par le nez dans l'autre, par le nasonnement, véritable émission pathologique de la voix par les fosses nasales), quand même il n'y aurait de paralysés qu'un ou deux des muscles nécessaires pour concourir à son occlusion.

Il ne faut donc pas, dès que l'on constate les signes fonctionnels d'une paralysie du voile du palais, regarder celle-ci comme complète, et je ne doute pas que si désormais l'on se livre à un examen plus direct de l'état des parties, on n'arrive à reconnaître plus fréquemment des paralysies limitées, et en même temps leur succession sur place aux lésions locales de l'angine couenneuse.

Il restera toujours, bien entendu, assez d'autres questions obscures en semblable matière. En vertu de quelle altération de tissu les points atteints d'angine sont-ils frappés de paralysie au moment où précisément ils reviennent à l'état normal? Suivant quel mode pathogénique cette paralysie palatine se généralise-t-elle? Rien encore n'éclaire suffisamment ces deux questions, auxquelles je ne veux toucher, restreignant les limites de cette note aux conclusions que trois faits bien constatés me paraissent nettement établir :

1° A la suite de l'angine couenneuse, la paralysie du voile du palais résulte des lésions locales de cette angine;

2° Quand l'angine a été limitée à certaines parties du voile, ces parties seules sont frappées de paralysie consécutive, et cette paralysie locale incomplète peut être suivie d'une paralysie généralisée des muscles du tronc, des membres, suivant l'ordre assigné à la paralysie dite diphthérique.

FIÈVRE TYPHOÏDE ATAXO-ADYNAMIQUE

jugée par une éruption anthracoïde. — Soixante-dix jours de durée.

Par M. le docteur Labalbary.

De toutes les affections du cadre nosologique, la fièvre typhoïde est celle qui a le plus préoccupé l'attention des médecins modernes. Aussi d'importants et d'utiles travaux ont-ils été publiés sur ce sujet, et, grâce aux efforts des Chomel, Andral, Louis, Bretonneau, Forget et Trousseau, la lumière s'est-elle faite. L'anatomie pathologique est venue confirmer les timides essais des Baillon, des Chirac, des Baglivi. Aujourd'hui personne ne songe à contester les lésions anatomiques constantes des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques dont la fièvre typhoïde est le signe certain. C'est ainsi que sans doute disparaîtront une à une toutes ces fièvres dites essentielles à caractère indéterminé et sans localisation précise, à mesure que les travaux d'anatomie pathologique révéleront la lésion locale dont la fièvre ne doit être que le symptôme prédominant.

Les auteurs qui ont traité de la fièvre typhoïde ont donné la longue description des accidents qui peuvent surgir dans cette affection, et dont les principaux sont la péritonite consécutive à la perforation de l'intestin, les hémorrhagies internes, les phlegmasies des organes respiratoires, l'érysipèle de la face et les eschares. Mais nul, que je sache, n'a parlé de l'éruption furonculaire ou anthracoïde, qui peut aussi devenir une complication de l'affection primitive, et fournir avec l'indication majeure du traitement un précieux élément pronostique, car presque toujours à cette éruption succèdent la convalescence et le rapide retour à la santé.

C'est sur ce mode de terminaison de la fièvre typhoïde que je veux appeler un instant l'attention des praticiens.

La famille L... comptait quatre enfants qui, du mois de juillet au mois de novembre derniers, ont tous payé leur tribut à la fièvre typhoïde de diverses manières.

L'aîné, âgé de dix-huit ans, jeune homme fort et vigoureux, a été le premier atteint. Après une pénible convalescence, il s'est rétabli. Aussitôt son plus jeune frère a été frappé, et comme il était d'une constitution délicate, il a succombé au quarante-cinquième jour. Leur jeune sœur est tombée malade à la même époque, et n'a dû son salut qu'à son éloignement du toit paternel. A peine était-elle rétablie que le frère cadet a été atteint, et a présenté les caractères les plus graves de l'affection typhoïde. C'est ce dernier qui fait le sujet de cette observation.

Dans cette famille, indépendamment de la constitution médicale régnante, il y avait une particularité importante que je ne dois pas passer sous silence : c'est que pendant une quinzaine de jours environ l'on avait fait usage de pain préparé avec des farines avariées. Cet aliment, évidemment malsain, avait-il contribué à développer des éléments typhiques au sein de cette famille? C'est ce qu'on ne peut dire. Quoi qu'il en soit, remarquons la transmission en quelque sorte fatale de cette cruelle affection parmi tous les membres d'une même famille, et comme la fièvre typhoïde régnait déjà dans le voisinage et y faisait de nombreuses victimes, n'y a-t-il pas lieu de convaincre les plus incrédules de la contagion des accidents typhoïdes, encore si malheureusement révoquée en doute par quelques praticiens?

Ernest L..., âgé de quatorze ans, vacciné, constitution bonne, tempérament lymphatique. Pas de maladies antérieures. Antécédents héréditaires bons.

Vers la fin du mois d'août dernier, il est atteint d'une fièvre typhoïde affectant au début la forme inflammatoire, contre laquelle les antiphlogistiques ont été employés. Sangsues à l'anus et à l'épigastre à diverses reprises, révulsifs sur les membres abdominaux, tisanes émollientes, cataplasmes sur l'abdomen, diète sévère.

La maladie, malgré ces moyens énergiques, n'en a pas moins continué sa marche envahissante, et bientôt, avec le météorisme et les douleurs de l'hypochondre droit, ont apparu des selles diarrhéiques, cholériformes, avec dépôt au fond du vase de matières noirâtres, que les parents du malade comparaient à des détritus de tabac, et qui n'étaient autre chose qu'un produit d'exhalation sanguine de l'intestin. Vers le douzième jour, les selles étaient devenues involontaires, le météorisme persistait, et la prostration et la stupeur étaient parvenues à leur summum d'intensité. Le pouls, petit, rapide et concentré, révélait une lésion abdominale profonde. Les vomissements, qui avaient ouvert la scène morbide, se répétaient de temps en temps. Après avoir employé tour à tour les purgatifs minoratifs (huile de ricin, sulfate de soude ou de magnésie), alternés tous les deux jours, j'eus recours au calomel administré à la dose de 30 centigrammes, et je fis pratiquer deux fois par jour des frictions sur l'abdomen avec l'huile de camomille camphrée. Des cataplasmes chauds imbibés du même liniment étaient appliqués sur le ventre pendant toute la nuit.

Vers le quinzième jour, l'adynamie commençant à devenir l'élément prédominant, je prescrivis des potions au quinquina à la dose de 8 grammes pour 250 de véhicule. Cet état dura vingt jours, lorsque la forme ataxique vint compliquer la situation et redoubler mes craintes.

Voici les symptômes les plus saisissants que j'ai constatés dans cette période :

Le malade est dans le décubitus dorsal; sa tête, qui ne repose que sur la région occipitale, est portée à droite et à gauche par un mouvement assez semblable aux oscillations du pendule. Le regard est fixe, terne, hébété; la face grippée, le teint terreux; on dirait presque un cadavre. De temps à autre le malade pousse des cris aigus et perçants comme ceux d'une bête fauve.

La voix n'a plus rien d'humain. La langue est noire, fuligineuse; on ne l'aperçoit que par hasard, lorsque des cris ou des sons inarticulés entr'ouvrent la bouche du malade. Celui-ci, plongé dans une insensibilité complète, est étranger à tout ce qui l'environne. La peau des membres pelviens est frappée d'anesthésie. On la pince sans provoquer la moindre douleur. Tous les sens sont émoussés. L'enfant n'entend plus et n'obéit plus aux invitations pressantes qu'on lui adresse. Les yeux sont hagards et roulent dans leur orbite sans pouvoir se fixer sur aucun objet. Les sphincters sont relâchés, et la couche du malade est inondée d'urine et souillée de matières fécales qui sont d'une odeur infecte. Des eschares ne tardent pas à se former au sacrum, sur les fesses, aux talons et jusque sur les mollets. La situation étant désespérée, je voulus m'éclairer des conseils d'un confrère, et je demandai une consultation.

Les parents firent appeler en toute hâte l'honorable M. Thore, qui jugea le cas excessivement grave et qui confirma par l'autorité de son expérience consommée le traitement que j'avais proposé à la famille comme *ultima ratio* et qui avait excité d'abord de vives répugnances, je veux dire l'application de larges vésicatoires aux membres abdominaux, à la nuque et même sur le crâne, si le délire persistait.

Mon savant confrère, avec beaucoup de justesse, mais sous toutes réserves, avait diagnostiqué une méningite intercurrente qui, sur le point d'éclater, céda heureusement à la médication révulsive qui fut employée. Quatre larges vésicatoires placés sur les jambes et à la partie interne des cuisses produisirent en effet un résultat inespéré. Les accidents ataxiques disparurent, et la phlegmasie des méninges cérébrales se dissipant, les fonctions sensorielles se rétablirent par degrés.

Il ne restait plus qu'à combattre l'adynamie profonde qui succéda à ces troubles des centres nerveux. La médication quinique, les antispasmodiques, et notamment l'assa-fetida en lavement, des purgatifs répétés, firent les frais du traitement de cette période.

Le malade était parvenu au cinquante-troisième jour de son affection, après avoir passé par les péripéties les plus graves. Il gagnait du temps, comme on dit; mais la maladie restant stationnaire, la convalescence n'arrivait pas, lorsque éclata soudain une complication ultime à laquelle j'étais loin de m'attendre, je veux dire une éruption anthracoïde des plus formidables.

Je n'exagère nullement en affirmant que 25 à 30 anthrax, dont le volume variait depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'un œuf de poule, apparurent simultanément aux mollets, aux fesses, au dos, tout le long de la colonne vertébrale, au cuir chevelu, aux malléoles et jusqu'à la plante des pieds. Ils étaient le siége d'atroces douleurs, et nécessiteront le débridement par l'emploi du bistouri. Chacun d'eux fournit trois ou quatre cuillerées de pus en moyenne, et donna is-

(1) J'incline fort à croire qu'en maintes circonstances l'angine pultacée a donné lieu à une paralysie consécutive, grâce aux cautérisations employées, autrement dit à l'exagération artificielle des désordres locaux.

(1) Voir Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 2e édition, page 711.

sue à un large bourbillon. Les chairs étaient livides et d'aspect gangréneux aux environs. Je lavai deux fois par jour les points affectés avec la liqueur de Labarraque, et fis un pansement avec de la charpie sèche roulée dans de la poudre de quinquina et de charbon végétal. Au bout d'une quinzaine de jours, c'est-à-dire vers le soixante-cinquième à dater de l'invasion de la fièvre, ce symptôme alarmant diminua peu à peu et disparut complétement. Au soixante-dixième jour, le malade était en pleine convalescence. Pendant quelques jours encore ses facultés intellectuelles restèrent obtuses ; il avait perdu la mémoire des mots et oublié jusqu'au nom des personnes qui lui étaient les plus familières.

Qu'il me soit permis de placer ici quelques réflexions sur la nature de la fièvre typhoïde et sur le rare et singulier phénomène critique qui a jugé cette affection chez mon malade.

La fièvre typhoïde a été considérée par quelques médecins modernes comme étant le résultat d'une lésion primitive du sang, lésion qui serait, d'après eux, le point initial de l'affection. Mais les savantes expériences de Magendie ont prouvé jusqu'à l'évidence que *la défibrination du sang a produit un état morbide autre que la fièvre typhoïde.*

D'autres ont comparé la fièvre typhoïde à une variole interne (Bretonneau). Les travaux et les faits cités par M. Louis ont promptement fait justice de cette opinion.

Admettrons-nous avec Forget et M. Bouillaud que la fièvre typhoïde est une sorte d'entérite à caractère spécifique ? Il y a certainement du vrai dans cette opinion ; mais l'inflammation est-elle l'élément principal de cette affection ? Je ne le pense pas.

Quant à l'altération de la bile invoquée par M. Delarroque comme cause de tous ces accidents, ce n'est qu'une pure hypothèse.

En médecine, il faut bien le reconnaître, il n'y a rien d'absolu, rien d'exclusif. Chaque opinion pourra citer en sa faveur des faits isolés et ne devra pas pour cela être érigée en loi générale. *Periculosum est credere et non credere*, s'écrie Phèdre, c'est-à-dire qu'entre le scepticisme et le dogmatisme absolu, il y a un milieu juste qui n'est pas toujours le juste milieu et dans lequel il faut savoir se placer. Pour nous conformer à cette maxime de M. Boyer, notre savant et ancien maître, nous chercherons donc la vérité en dehors des opinions extrêmes, ou plutôt nous emprunterons à chaque théorie ce qu'elle a de vrai, et lui demanderons compte des faits pratiques, sans esprit de système, sans opinion préconçue et dans le seul but de jeter, s'il se peut, quelque lumière sur cette question encore enveloppée de ténèbres.

La fièvre typhoïde résulte, selon nous, d'une lésion locale et d'une infection générale, qui se révèle par une propriété contagieuse qu'il n'est plus permis de révoquer en doute. Laquelle des deux lésions précède l'autre ? C'est ce qu'il n'est pas facile de dire. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est qu'elles sont toujours coexistantes dans l'affection qui nous occupe. Dans la diathèse purulente, la pyogénie présente des analogies remarquables avec l'empoisonnement typhique.

Que voit-on en effet ? Des abcès multiples, qui dans certains cas et sous des conditions spéciales, peuvent résulter d'un état phlegmasique circonscrit, où les forces de la vie sont surexcitées et où des collections purulentes fournissent un pus crémeux, épais, caractéristique de l'inflammation locale avec ou sans état phlogistique général. Ces abcès multiples peuvent être rapportés d'autres fois à un état phlegmasique diffus, dans lequel l'atonie du système vivant et une perversion des forces sont manifestes, comme dans la scrofule, la tuberculose, le scorbut. Ici plus de mode inflammatoire franc, mais un état vraiment typhoïde. Le malade, plongé dans la stupeur, devient insensible et plus ou moins indifférent à tout ce qui l'environne ; il dépérit rapidement ; la peau du visage perd sa transparence, sa coloration naturelle ; elle est mate, sale, ictérique ; le pouls frémit plutôt qu'il ne bat ; des mouvements convulsifs agitent les membres, qui sont couverts d'une sueur froide et visqueuse ; des frissons irréguliers, avec réaction fébrile spéciale, sont les traits caractéristiques de cet état.

Ce tableau que nous retracions ailleurs au sujet de la résorption purulente et des abcès métastatiques, ne peut-il pas également s'appliquer à l'affection typhoïde? Ici l'économie n'est-elle pas aussi entièrement et profondément sous le coup d'une perturbation funeste, d'une perversion des forces vitales et d'une atonie telle que l'organisme, *stupéfait*, qu'on me pardonne ce mot, est impuissant à réagir? J'ai vu souvent, en effet, des états typhoïdes graves auxquels le malade a succombé rapidement. Dans les rares autopsies qu'il m'a été possible de faire, j'ai toujours trouvé des foyers purulents circonscrits dans les poumons, le foie, la rate, le cerveau, les muscles, des épanchements purulents dans les synoviales, les séreuses, des ramollissements et des ulcérations des muqueuses ; et tous ces désordres avaient eu lieu sans être accompagnés d'aucun phénomène local autre, appréciable dans les organes affectés ; et l'élément typhique, qui sans doute n'était que la manifestation générale de l'état morbide, est venu clore rapidement la scène morbide que j'avais observée.

Ces désordres généraux que je viens de décrire résultent selon toute apparence d'un état septique du sang, dans lequel ce liquide formateur de nos tissus, privé du *ton vital* nécessaire, perd ses propriétés régénératrices, est altéré dans la proportion de ses éléments intégrants et jusque dans sa composition moléculaire, et subit une catalyse organique qui lui imprime des propriétés délétères ; de là une intoxication générale des solides et des liquides de tout le système vivant.

Tel est le rôle attribué à l'altération du sang dans la production de la fièvre typhoïde, et que M. Piorry a fort heureusement désigné sous le nom de *septicémie*. Mais je ne crois pas, ainsi que je l'ai déjà dit, que cette lésion soit la seule cause que l'on puisse invoquer ; il en est une autre qui, à mon avis, domine l'état pathologique et dont les auteurs n'ont pas assez tenu compte ; je veux parler des troubles nerveux qui peuvent être à la fois le point de départ et le phénomène concomitant de l'affection typhique.

La perversion de l'innervation a, en effet, plus d'influence qu'on ne le pense communément sur le développement de cette maladie. Je n'en veux d'autre preuve que les phénomènes qui surviennent à la suite d'une opération grave, d'une amputation, par exemple, et qui résultent d'un *ressentiment* général du système humain, d'une affection profonde qui, loin d'être une *réaction* franche et de bonne nature, n'est plus qu'un état *subactif* des forces de la vie impuissante à solliciter une résistance de la part de l'organisme tenu sous la dépendance d'une cause morbifique locale ou d'un élément diathésique.

Prenons pour sujet d'observation un homme qui a subi une amputation. L'opération a été des plus heureuses ; grâce à la précieuse découverte du chloroforme, le patient n'a pas souffert. La plaie offre un bon aspect ; l'inflammation adhésive marche ; le pus est de bonne nature ; le calme et l'espoir renaissent au cœur du malheureux ; qu'alors une émotion morale trop vive, la vue d'une personne chère, une nouvelle imprévue viennent frapper son esprit, tout à coup la scène change. La plaie prend un aspect terne et blafard ; la suppuration est supprimée ; le pus devient ichoreux, fétide ; c'est pour l'infortuné le signal d'une catastrophe prochaine. L'affreuse résorption purulente envahit cet organisme où naguère tout était en paix ; la fièvre, cette ardente compagne des profondes blessures, s'allume ; les troubles hectiques et adynamiques les plus graves surgissent ; l'homme de l'art n'a plus qu'à suivre sur les traits du moribond l'expression désolante des désordres avant-coureurs d'une terminaison fatale.

Il faut donc dans l'être humain prendre en considération la nature de la force provocatrice, celle du milieu organique vivant en même temps que les complications extérieures, et l'on ne perdra pas de vue les conditions *normales*, *spéciales* et *spécifiques* auxquelles l'organisme peut être soumis. Et les mêmes phénomènes morbides pouvant se produire en dehors de toute impression morale, soit par une constitution médicale ou atmosphérique régnante, soit par la constitution propre du sujet, soit par un ordre spécial de causes provocatrices, telles que les perturbations nerveuses, les métastases sympathiques, etc. ; il faudra admettre chez certains individus une modification morbide, permanente au sein des tissus ou chronique, spécifique, constitutionnelle, se traduisant par des actes qui ne sont pas résolutifs de l'affection elle-même, et qui quelquefois éclatent sous l'influence des causes les plus légères : j'ai nommé la diathèse.

Ainsi, pour nous résumer : état local, point de départ de la manifestation morbide, provoqué par la constitution médicale ou atmosphérique ou par des causes spéciales ou spécifiques ; état général, qui n'est que le retentissement de la lésion organique sur tout le système, et qui lui-même est subordonné à la diathèse présidant à l'évolution pathologique sous l'influence du mécanisme vitalo-organique ; telle est l'expression synthétique et dernière de la nature de l'affection typhoïde, expression qui, loin d'être exclusive, tient compte à la fois et de la lésion locale et de l'affection générale.

Si maintenant nous examinons, au point de vue chimique, les causes sous l'influence desquelles peut naître la fièvre typhoïde, nous reconnaîtrons que cette affection ne résulte pas directement de la diminution de la fibrine du sang, à moins qu'il n'existe en même temps une prostration considérable et des hémorrhagies passives qui amènent bientôt une diminution notable et simultanée des globules, de l'albumine, et surtout de la fibrine. M. Bouillaud regarde la diffluence du sang, son état caillebotté ou sirupeux, comme un trait caractéristique spécial de la fièvre typhoïde, opinion qui a été victorieusement combattue par Forget. Ce qu'on peut affirmer, c'est que la défibrination du sang coïncide toujours avec l'apparition des symptômes graves, bien qu'on puisse la rencontrer aussi dans une foule d'autres maladies. Ce n'est donc pas là une caractéristique spéciale et univoque, puisqu'elle n'est pas en rapport avec les diverses phases de la maladie et qu'elle est commune à plusieurs autres affections.

La lésion des follicules intestinaux est propre à la fièvre typhoïde et en est le caractère anatomique constant. Quant au ramollissement du cœur, des parenchymes et des muqueuses, ce sont des phénomènes dépendant de l'état fébrile et que l'on retrouve dans une foule d'autres affections aiguës.

Les troubles nerveux que l'on observe toujours dans la fièvre typhoïde confirmée et qui impriment à cette affection la forme ataxique et adynamique réunies ou distinctes, semblent être le résultat d'une sorte de sidération de l'organisme, laquelle pervertit les fonctions nutritives, altère les forces radicales et attaque la vie jusque dans son principe. Cette lésion, cause de la stupeur et des phénomènes ataxo-adynamiques qu'elle entraîne à sa suite, résulte du défaut de balancement des forces vitales et de l'influx nerveux, aussi bien que de l'impuissance à réagir dont l'économie est frappée.

N'est-ce pas ce manque d'équilibre qui fait périr comme d'un coup de foudre les animaux atteints du *sang de rate*, de même que ceux qui sont *surmenés*? Qui pourrait dire où s'arrêtent les perturbations des fonctions végétatives et sensorielles sous l'influence d'un désordre profond du système nerveux? Pourquoi des veilles prolongées, des écarts de régime, l'abus du coït, l'usage immodéré des alcooliques, le simple changement de séjour et d'habitudes de la part des jeunes provinciaux, par exemple, arrivés nouvellement à Paris ; le jeune âge, où les émotions sont vives ; la misère, le froid, les privations, toutes les causes excitantes et hyposthénisantes en un mot, déterminent-elles si fréquemment la production de cette affection, si ce n'est parce que le système nerveux des sujets placés dans ces conditions étiologiques fâcheuses est perturbé et succombe en quelque sorte sous le faix? Sera-t-il étonnant après cela de voir surgir des lésions organiques du côté des glandes de Peyer, des altérations de la rate tuméfiée et ramollie, des ulcérations du pharynx, de l'œsophage, de la muqueuse gastrique, du foie et des reins? Non, mille fois non. Ne voyons-nous pas fréquemment la phthisie tuberculeuse s'emparer de sujets dévorés par les chagrins, ruinés dans leur fortune ou déçus de leurs espérances, et les enlever, tristes victimes, avec une effrayante rapidité? De pareils exemples la pathologie abonde. Les troubles nerveux, si peu étudiés jusqu'ici, méritent donc encore à ce titre de nouvelles observations et de nouvelles recherches.

Par tout ce qui précède, il ne sera pas difficile de faire ressortir les nombreuses analogies qui existent entre la fièvre typhoïde et la résorption purulente, et d'invoquer en faveur de mon opinion l'éruption anthracoïde comme manifestation dernière et mode de terminaison de la première de ces deux affections. Ici, j'aime à l'avouer, la nature a fait seule les frais de la guérison ; l'intervention du bistouri n'a eu d'autre but que de hâter l'issue du pus et d'abréger par le débridement les cruelles souffrances de mon malade. Mais je n'en persiste pas moins à considérer cette éruption salutaire comme une élimination des principes morbides de l'économie élaborés par le sang pendant cette longue période de soixante-dix jours et fort heureusement reportée à la périphérie du corps au lieu de se fixer sur un organe important, comme les poumons, le foie ou les reins.

Quelle conclusion tirer d'un fait aussi remarquable par sa certitude que par son étrangeté? C'est que, sous l'influence de causes inconnues et qui échappent à toute appréciation, l'état typhique était chez ce malade coexistant avec une diathèse purulente. Cette opinion sera-t-elle acceptée? Je l'ignore. Quoi qu'il en soit, elle est l'expression exacte d'un fait, et à ce titre elle triomphe de l'incrédulité et force à convenir : « Qu'entre des » hommes qui disent : Telle chose n'est pas, et la nature qui » dit : Telle chose est, il faut en croire la nature. » (Dupaty).

ECZÉMA. — TRAITEMENT.

Cette affection de la peau est aussi commune que difficile à guérir. M. le docteur Peeters a employé nombre de fois le traitement suivant, dont nous donnons les formules :

Tous les matins à jeun prendre une ou deux verrées de la solution suivante, de manière à obtenir deux ou trois selles sans provocation de coliques.

Chlorure de sodium.	3 grammes.	
Chlorure de magnésium. . . .	2	—
Sulfate de soude.	20	—
Sulfate de magnésie.	30	—
Eau distillée.	1000	—

Les eaux minérales naturelles de Kissingen (Bavière), de Friedrichshall (Saxe-Meiningen), devraient, à mon avis, remplacer avec beaucoup d'avantage la préparation ci-dessus. En même temps on recommande de lotionner trois fois par jour les régions malades avec le liquide suivant :

Amandes amères.	10 gram.	
Eau.	250	—
Deuto-chloruré de mercure (sublimé corrosif).	0, 50	
Alcool.	10	

Les corps gras sont sans avantage contre l'eczéma.

(*Journal des sciences médicales*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 octobre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans le département de la Nièvre. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Grellois, médecin principal de l'armée, accompagnant l'envoi du rapport de M. le docteur Raoul Deslongchamps sur le service médical des eaux minérales d'Hammam-Meskoutine pour l'année 1862 (commission des eaux minérales) ;

2° Une observation de rupture de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, par M. le docteur Frémineau ;

3° Une lettre de M. Leiter, fabricant d'instruments de chirurgie à Vienne (Autriche), qui soumet au jugement de l'Académie un nouveau système de fabrication d'instruments et d'appareils en caoutchouc ;

4° Deux plis cachetés adressés par M. le comte de Ruolz. (Accepté.)

— M. VERNOIS fait hommage, au nom de l'auteur, d'un volume intitulé *Les médecins au temps de Molière*, par M. le docteur Maurice Raynaud.

— M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Raikem, membre correspondant étranger, à Volterra.

LECTURES.

Bruits anormaux des vaisseaux abdominaux. — M. ROESER, médecin du roi de Grèce, communique à l'Académie quelques observations qu'il a faites sur les bruits anormaux des vaisseaux abdominaux, spécialement sur un bruit de souffle de l'artère splénique dans les hypertrophies de la rate, et sur une méthode d'exploration du lobe gauche du foie par l'auscultation de l'aorte abdominale.

L'auteur résume les résultats de ses recherches sur ce sujet dans les propositions suivantes :

1° Dans le plus grand nombre des cas avancés d'engorgement de la rate, on trouve un bruit de souffle de l'artère splénique, bien distinct du bruit aortique. On trouve plus rarement un bruit continu veineux.

Dans les cas où ce bruit de souffle manque, il faut attribuer cette absence à une situation profonde de l'artère splénique, où elle est masquée par la rate elle-même.

2° Ce bruit de souffle sert comme signe diagnostique, s'il s'agit d'une tumeur douteuse avec laquelle l'hypertrophie de la rate pourrait être confondue.

3° Il y a des cas où ce souffle existe exclusivement dans l'artère splénique.

4° Il y a des cas où la veine-porte est accessible à l'auscultation, surtout si le foie est refoulé en haut.

C'est ici un bruit continu. La cessation d'un tel bruit pourrait servir comme moyen de diagnostic de la thrombose de ce vaisseau.

5° Le bruit de souffle de l'aorte abdominale, quand il existe, peut servir comme moyen de déterminer le degré de glissement ou de descente du lobe gauche du foie pendant l'acte de l'inspiration profonde.

Par suite, ce bruit peut servir à reconnaître l'adhérence du lobe gauche du foie à l'estomac. Le bruit de souffle peut servir aussi dans les cas où il existe comme suppléant à la percussion du lobe gauche du foie.

6° Les bruits anormaux des vaisseaux abdominaux peuvent servir comme moyens précieux de diagnostic.

Le travail de M. Rœser est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Jolly, Bouillaud et Piorry.

RAPPORT.

Diplotaxis muralis. — M. CHATIN lit un rapport sur une communication de M. Swann, intitulée : *Mémoire sur le* diplotaxis muralis, *plante crucifère, qui croît dans les lieux secs et calcaires d'une partie de la France, du Midi surtout.*

L'auteur propose d'utiliser les qualités antiscorbutiques du *diplotaxis*, en faisant de cette plante la base d'un sirop. Mais M. le rapporteur fait remarquer que la préparation et l'emploi de ce sirop ne sont pas chose nouvelle. Les propriétés antiscorbutiques de cette plante et son mode d'emploi ont été indiqués dans la *Botanique médicale* de M. Moquin-Tandon.

LECTURES.

Emprisonnement cellulaire. — M. DE PIETRA-SANTA donne lecture d'une troisième note sur l'emprisonnement cellulaire. Ce nouveau travail a pour objet d'appuyer et de défendre contre les critiques et les objections dont elles ont été l'objet, les propositions énoncées dans ses deux premiers mémoires, et qui se résumaient en ces termes : savoir, que la première application du système cellulaire faite en France dans les conditions les plus favorables d'installation, d'organisation, de surveillance administrative, avait fourni des résultats déplorables, au point de vue du nombre des aliénations mentales et des suicides; qu'en présence d'un système qui conduit fatalement à la folie ou à la mort, l'on était en droit de déclarer ce système mauvais, et de réclamer ou son abandon ou sa modification profonde.

Après avoir discuté ces objections et constaté les progrès qu'a faits dans l'opinion publique, et en particulier auprès de la haute administration, l'opinion qu'il soutient, l'auteur résume ce nouveau travail en ces termes :

« Je voudrais conserver la cellule, c'est-à-dire la séparation corporelle, l'impossibilité de la promiscuité, avec la privation des conseils pervers et la puissance de la moralisation; mais je ne veux pas de système cellulaire d'une manière absolue, dans les éléments constitutifs de son organisation, qu'il s'appelle système français, système d'Auburn ou système de Philadelphie, parce qu'il attaque et détruit dans son essence première l'intelligence de l'être créé à l'image de Dieu. »

M. GIBERT rappelle à l'occasion de cette lecture que le rapport qui a été fait, il y a quelques années, sur le premier mémoire de M. Pietra-Santa, par M. Collineau, a été renvoyé à une nouvelle commission qui n'a pas présenté encore ses conclusions. Or de cette commission plusieurs membres sont morts depuis, notamment le rapporteur. Il y aurait donc lieu de renouveler cette commission ou de la compléter par l'adjonction de nouveaux membres.

Je ferai, ajoute M. Gibert, une autre observation. Je rappellerai encore qu'à l'époque où M. Collineau lut son rapport, j'exprimai cette pensée que la prison de Mazas était une erreur. On avait cru faire de la philanthropie, on avait fait de la barbarie. J'ai recueilli depuis l'opinion de plusieurs personnes éclairées, qui, après avoir passé quelques jours dans cette prison, en sont sorties en déclarant que c'était un séjour insupportable.

Pellagre. — M. BÉCLARD, secrétaire annuel, donne lecture, au nom de M. Landouzy, membre correspondant, d'un mémoire intitulé *Pellagre aiguë; manie aiguë pellagreuse; pellagre chez les aliénés.*

Dans ce nouveau travail, l'auteur insiste principalement sur trois points importants d'étiologie et de symptomatologie : la *pellagre chez les aliénés* diversement appréciée par plusieurs observateurs, la *pellagre aiguë*, et la *manie pellagreuse aiguë*, dont il n'a jamais été fait mention jusqu'à présent.

La pellagre s'étant montrée avec une certaine intensité dans plusieurs asiles, dit-il, il semblait qu'on pût en induire une influence fréquente de la folie sur la production de cette affection. Or des enquêtes auxquelles je me suis livré pendant la saison la plus favorable dans vingt-deux asiles de France et d'Italie, il résulte que la pellagre consécutive à la folie est généralement rare.

Dans treize asiles, je n'ai pas constaté un seul érythème, et dans les neuf autres je n'en ai constaté que trente-cinq, ce qui ne fait pas un pellagreux sur cinq cents aliénés. J'ajoute, en outre, que dans ce petit nombre de cas il eût été difficile de prouver que la pellagre n'avait pas précédé l'aliénation.

Ces résultats de mon enquête personnelle ne font d'ailleurs que confirmer ce que m'ont déclaré les plus éminents aliénistes de la Lombardie et de la Vénétie, à savoir : que la pellagre est aussi rare chez les fous que la folie est fréquente chez les pellagreux.

La fréquence de la pellagre dans certains asiles ne doit donc pas être rapportée à l'influence de l'aliénation, mais à des conditions propres aux départements voisins ou aux établissements eux-mêmes.

Après avoir noté plusieurs pellagres que j'appelais dans mes leçons *foudroyantes*, à cause de l'instantanéité et de la violence du délire, je ne songeais pas cependant à les considérer comme une forme spéciale, lorsque les faits de ce genre s'étant multipliés sous mes yeux, je suis demeuré convaincu de l'opportunité de les signaler tout particulièrement sous le nom de *manie pellagreuse aiguë*. En effet, chez certains sujets affectés ou non de pellagres antérieures, survient tout à coup un accès violent de folie, borné à quelques heures ou à quelques jours, et accompagné ou bientôt suivi des autres accidents tantôt simultanés, tantôt successifs de la pellagre.

Quant à la *pellagre aiguë*, passée sous silence dans tous les traités, et très-obscurément indiquée par quelques auteurs italiens sous les noms de typhus pellagreux, elle constitue également une forme trop bien tranchée pour ne pas être envisagée à part dans l'histoire de la maladie. J'ai recueilli moi-même six de ces observations, dont quatre dans les hôpitaux d'Italie, et c'est bien à cette forme que les médecins de Milan, Padoue et Venise, donnaient devant moi le nom de pellagre typhoïde.

Les malades prostrés, couchés sur le dos, ne se plaignent d'aucune souffrance locale, sinon à la tête, et, n'était la dermatose caractéristique, on les croirait, à l'attitude générale et un peu à la physionomie, atteints de typhus ou de fièvre typhoïde. Mais à une analyse plus attentive, on découvre bientôt que si la tête reste immobile comme dans le typhus, le visage s'empreint par fréquents intervalles des signes manifestes d'une vive souffrance, et qu'à de fréquents intervalles aussi s'entendent des plaintes très-vives ou de sourds gémissements.

Aucune épistaxis; aucune fuliginosité aux gencives ni aux lèvres; aucun râle dans la poitrine; aucune tache rosée; aucun gargouillement iliaque.

A l'autopsie, aucune des lésions de la fièvre typhoïde.

Comment, avec de telles dissemblances, appeler un pareil état typhus pellagreux ? J'ai proposé de l'appeler *pellagre aiguë*; car l'intensité de la fièvre et l'acuité des symptômes justifient pleinement cette dénomination, par opposition avec l'apyrexie et la lenteur de la forme chronique.

Malgré des différences capitales, on s'explique néanmoins une confusion possible entre la pellagre aiguë et la fièvre typhoïde, par le décubitus, la prostration, la torpeur, l'absence de toute altération organique appréciable, la durée, et surtout par le peu d'attention que l'érythème spécial a excitée jusqu'à ces derniers temps. M. Devergie a consigné un exemple de cette erreur constatée à l'Hôtel-Dieu de Paris, et moi-même j'en ai constaté un autre dans une consultation avec un confrère des plus expérimentés du département de l'Aisne.

Je ne terminerai pas cette note sans faire remarquer que, depuis les leçons de Reims, on a une certaine tendance à regarder la pellagre comme une maladie propre à la Champagne et surtout à la Champagne dite pouilleuse. Or, c'est précisément dans la partie la plus fertile de la Marne, de l'Aisne et des Ardennes que nous l'observons, comme on l'observe d'ailleurs maintenant dans toute la France, uniquement parce qu'on la connaît mieux.

M. GIBERT. M. Landouzy se trompe lorsqu'il dit qu'on n'avait pas vu avant lui la manie pellagreuse foudroyante et le typhus pellagreux. Il y a longtemps déjà que des observations de ces deux formes de la pellagre ont été observées dans mon service de l'hôpital Saint-Louis.

M. Landouzy commet une autre erreur lorsqu'il dit que cette maladie est très-commune; elle est au contraire très-rare.

— M. LE PRÉSIDENT appelle successivement plusieurs personnes inscrites pour des lectures. Aucune d'elles ne répondant et l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 10 octobre, M. le docteur Robert Saint-Cyr a été nommé médecin du lycée impérial de Nevers.

— Un concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux commencera le 27 janvier 1863.

Les fonctions d'adjoint sont gratuites, sauf le cas de remplacement du titulaire et le service des admissions, conformément aux articles 17 et 30 du règlement.

— Le jury international de l'Exposition de Londres vient de décerner une médaille à MM. Wickham frères, 16, rue de la Banque, Paris, pour la bonne confection et la supériorité de leurs bandages herniaires et ceintures hypogastriques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Leçons sur les affections génériques de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur Bazin, recueillies et publiées par le docteur Baudot, ancien interne, lauréat des hôpitaux; revues et approuvées par le professeur. Un volume in-8°. Prix : 5 fr., et non 7 fr. 50 cent., comme il a été annoncé par erreur. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Phthisie irrégulière chez l'adulte (exceptions à la loi de M. Louis), par M. Allaire, médecin-major. Grand in-8° (29 pages). Prix : 1 fr.

Du traitement de l'entorse par le massage, par M. Félix Rizet, médecin-major. In-8° (20 pages). Prix : 75 centimes.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11, près la place Saint-Germain-des-Prés.

L'Astigmatisme et les verres cylindriques, par M. F. C. Donders, professeur à l'université d'Utrecht, traduit du hollandais par M. le docteur H. Dor, médecin oculiste à Vevey (Suisse), avec 15 figures intercalées dans le texte. Un vol. in-8° de 144 pages. Prix : 4 fr. 50. — A Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De l'ataxie locomotrice progressive (atrophie des faisceaux postérieurs et des racines postérieures de la moelle épinière), par le docteur Marius Carre, ancien interne des hôpitaux de Lyon, etc. In-4° de 104 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 122. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1862. 35e ANNÉE. N° 122. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'emphysème généralisé (pulmonaire, médiastin et sous-cutané).

Nous avons déjà signalé l'important travail sur l'emphysème sous-cutané, que M. Roger a communiqué à l'Académie de médecine et à la Société médicale des hôpitaux, travail basé tout entier sur l'analyse de faits cliniques qu'il a recueillis à l'hôpital des Enfants malades, avec cette sévère méthode d'observation qu'il apporte dans toutes ses recherches. Nos lecteurs nous sauront gré de leur présenter ici un résumé de la partie de ce travail, qui a exclusivement trait au point véritablement neuf et original de ces recherches, nous voulons parler de l'emphysème généralisé chez les enfants. Nous empruntons ce résumé à l'article publié par l'auteur dans les *Archives générales de médecine*.

L'emphysème généralisé, excessivement rare dans l'âge adulte et tout à fait exceptionnel dans la vieillesse, dit M. Roger, semble appartenir exclusivement à l'enfance. Il s'est manifesté presque toujours chez des sujets très-jeunes; sur 19 sujets emphysémateux dont l'histoire est rapportée dans ce travail, 5 avaient moins de deux ans, 10 avaient de deux à quatre ans, et 4 seulement avaient dépassé la première enfance. M. Roger est d'avis qu'il faut attribuer la fréquence plus grande de l'emphysème généralisé dans les premières années de la vie, non point aux conditions anatomiques du viscère, mais à la fréquence même des affections des voies respiratoires, la coqueluche notamment, qui produisent chez les jeunes sujets l'emphysème pulmonaire.

Tous les emphysémateux, en effet, étaient primitivement atteints d'une maladie aiguë et violente des voies respiratoires, broncho-pneumonie double, catarrhe suffocant, phthisie rapide, et surtout coqueluche intense; chez tous ces enfants, la dyspnée était considérable, souvent excessive et avec suffocation; la toux forte, répétée, incessante, avec accompagnement de cris et d'efforts.

L'examen de l'appareil respiratoire des jeunes sujets emphysémateux, qui ont succombé soit à leur affection première, soit à l'accident consécutif, a fait constater que l'infiltration aérienne a un triple siége: le tissu cellulaire sous-cutané, les médiastins, et les organes pulmonaires.

Le mode de production de l'emphysème médiastin, beaucoup moins connu que les deux autres, a paru à M. Roger être double. Tantôt, dit-il, c'est une ampoule sous-pleurale, qui est située près de la racine du poumon; la masse d'air qui la constitue, poussée par de nouvelles quantités de fluide élastique échappé des bronches pendant de violents efforts de respiration, décolle la plèvre sans la rompre, et chemine jusqu'au point de réflexion de celle-ci: cette masse d'air, manquant alors de parois qui l'emprisonnent, s'épanche dans le tissu cellulaire du médiastin.

Tantôt c'est de l'intérieur même du parenchyme que procède directement le fluide aérien; après rupture d'une ampoule profonde, il passe du tissu conjonctif intervésiculaire dans la gaîne celluleuse, qui environne de toutes parts les vaisseaux sanguins et les bronches, et de là il chemine le long de ces canaux jusqu'à la racine des poumons, point où, comme tout à l'heure, il pénètre dans le médiastin et s'y infiltre. Mais il faut une déchirure préalable des vésicules pulmonaires: c'est pendant les accès de dyspnée suffocante, comme dans le croup ou pendant les secousses convulsives de la toux, comme dans la coqueluche, qu'elle s'opère. Il se passe alors, suivant M. Roger, un phénomène comparable à l'effort: par la contraction violente du système musculaire respiratoire, l'air, comprimé entre les ampoules terminales des bronches et la glotte fermée, finit par s'échapper en déchirant les parties les moins résistantes, c'est-à-dire le parenchyme pulmonaire altéré dans sa consistance par la maladie première.

C'est en général au summum de la maladie que se manifeste l'emphysème sous-cutané, alors qu'il survient comme accident, comme complication, dans le cours d'une affection aiguë et grave des voies respiratoires. L'emphysème du poumon et du médiastin existe sans doute, mais méconnu, depuis un temps variable, quand se montre l'emphysème externe: sans phénomènes subjectifs antécédents, sans aucune sensation particulière, sans la douleur vive notée quelquefois dans l'emphysème sous-cutané qui succède à l'ouverture d'une caverne tuberculeuse, le passage de l'air respiré s'effectue de l'intérieur du thorax à l'extérieur, et le premier signe de ce passage est une tumeur au cou, d'abord d'un seul côté, au-dessus de la portion sternale de la clavicule, sous la mâchoire, à la face, ou même à la joue, tumeur molle, et donnant sous le doigt, ainsi qu'à l'oreille, une crépitation caractéristique, et chez quelques sujets augmentant par la toux et par les cris.

En quelques heures, l'infiltration gazeuse s'étend rapidement dans tous les sens, vers la face, sur les côtés du cou, et les régions thoracique et abdominale; et en deux ou trois jours (si l'enfant vit ce temps) cet emphysème sous-cutané s'est propagé de toutes parts, gonflant et défigurant les petits malades.

Au moment où l'emphysème a acquis une certaine étendue, l'état des emphysémateux s'aggrave d'ordinaire: la fièvre, la dyspnée, les plaintes, l'anxiété, augmentent sans qu'il soit facile de discerner si cette aggravation des symptômes dépend de la gêne, de la douleur que le gonflement des parois thoraciques et la tension des parties infiltrées font éprouver à l'enfant, ou bien si elle n'est point la conséquence de la plus grande gravité de l'affection primitive et des progrès de l'emphysème interne.

Lorsque dans ces circonstances l'emphysème sous-cutané a commencé précisément dans la région où le tissu cellulaire intérieur de la poitrine se continue avec le tissu extérieur, nul doute qu'il n'y ait simultanément un emphysème médiastin qui a précédé, de même que cet emphysème médiastin n'est le plus souvent que la propagation de l'emphysème pulmonaire. Le jugement du médecin peut alors être assuré, même à défaut des signes fournis par la percussion et l'auscultation, qui ne sont que d'un faible secours pour le diagnostic de l'emphysème interne, ces signes physiques étant masqués ou annihilés par ceux de la maladie pulmonaire primitive.

Le pronostic de l'emphysème généralisé est excessivement sérieux. Sur les dix-neuf enfants dont M. Roger a réuni les observations, quinze ont succombé et quatre seulement ont guéri. Dans la plupart des cas, la mort a été très-rapide; elle a eu lieu en deux jours (trois fois), en un jour (deux fois), en quelques heures (deux fois), en quelques minutes (une fois). La vie a rarement persisté au delà de quelques jours. Ce n'est pas, fait remarquer M. Roger, le passage de l'air infiltré du médiastin au tissu cellulaire de la périphérie qui constitue un danger réel; la gravité du pronostic dépend presque exclusivement de la gravité de l'affection antécédente des organes respiratoires. Les six premiers malades observés par notre confrère ayant succombé très-rapidement, il était disposé à croire à la léthalité presque constante et presque immédiate de l'emphysème généralisé; mais des observations ultérieures lui ont prouvé que la guérison était possible, et il en a cité quatre exemples. Dans ces cas favorables, l'air infiltré dans le tissu cellulaire de la périphérie a été résorbé dans un temps qui a varié de deux à vingt et un jours, et le fluide élastique épanché à l'intérieur étant sans doute aussi résorbé ultérieurement, les altérations broncho-pulmonaires elles-mêmes ont fini par se résoudre, et ces emphysémateux, dont la situation semblait désespérée, se sont rétablis complétement.

Les moyens de traitement que propose M. Roger sont basés sur cette considération, que l'effort (dyspnée intense avec suffocation, toux violente avec saccades convulsives, cris, mouvements excessifs, etc.) étant la cause déterminante et effective de l'emphysème généralisé, la première indication est de calmer ce tumulte et d'amortir cet effort, de manière que la déchirure pulmonaire n'augmente plus et que de nouvelles quantités d'air ne soient point poussées de l'intérieur du thorax dans le tissu cellulaire externe. Le moyen qui lui paraît répondre le mieux à cette indication, est l'administration à haute dose de la digitale et de l'opium, comme on l'a conseillé pour les perforations intestinales. Quant à la résorption de l'air infiltré, ce sont les forces naturelles de l'organisme qui l'opèrent. On pourrait y aider cependant par des frictions stimulantes pratiquées sur les parties infiltrées, qui auraient pour effet de hâter peut-être ce travail salutaire; et dans les cas où l'emphysème extérieur semble, par ses progrès considérables, augmenter notablement la dyspnée et l'état d'anxiété du malade, M. Roger est d'avis qu'il y aurait lieu de chercher à frayer une voie artificielle au gaz infiltré, au moyen de ponctions multiples avec un trocart capillaire.

Rupture de l'utérus pendant le travail de l'accouchement.

Bien que les cas de rupture de l'utérus pendant la dernière période de la grossesse et le travail de l'accouchement ne soient pas excessivement rares, et que les annales de la science en renferment d'assez nombreux exemples, nous avons pensé néanmoins, en raison de l'excessive gravité des accidents de ce genre, qu'on ne lirait pas sans intérêt le fait suivant, observé tout récemment et recueilli avec soin par M. le docteur Frémineau, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui a bien voulu nous le communiquer.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une jeune femme de 25 ans, de taille moyenne, assez forte, ne présentant aucun vice de conformation. Elle a déjà eu deux enfants; la première couche fut un peu laborieuse, la seconde fut bonne, mais l'enfant était venu mort.

Durant la gestation, la santé avait été parfaite.

Le 5 octobre, à six heures du soir, M. Frémineau fut appelé à donner ses soins à cette femme; les douleurs étaient encore très-faibles, le toucher faisait constater une dilatation du col avec saillie des bords, permettant l'introduction de l'index. L'enfant présentait le sommet en première position. De une heure à quatre heures du matin, les douleurs s'étaient assez ralenties pour que la patiente pût prendre du repos.

A quatre heures et demie du matin, les douleurs reprirent plus d'intensité; le travail de la dilatation du col commença, mais de cinq heures à sept heures il y eut un ralentissement notable: la dilatation était au tiers environ du diamètre normal et la malade commençait à être très-fatiguée, les douleurs ne portant point, disait-elle.

De sept heures à sept heures vingt-cinq, 2 grammes de poudre d'ergot de seigle furent donnés en quatre fois, de cinq en cinq minutes, dans de l'eau sucrée. A ce moment, les douleurs reprirent une intensité plus grande; à huit heures dix, la dilatation était aux deux tiers; jusqu'à neuf heures, la patiente éprouva des contractions spasmodiques des muscles abdominaux, en même temps qu'elle exécutait un mouvement d'expulsion continu et comme tétanique, se prolongeant assez pour lui faire perdre haleine, malgré la recommandation qu'on lui faisait de n'exercer les efforts d'expulsion que pendant la durée de la douleur. Ce phénomène se reproduisit deux fois sans que la volonté pût intervenir pour diminuer cet effort exagéré. Néanmoins, jusque là cette femme avait conservé une certaine gaieté dans les intervalles des douleurs.

A neuf heures dix, la patiente sentit au niveau de l'épigastre une douleur vive, poignante, ou plutôt *angoissante*, comme l'a dit Desormeaux, et semblable à une crampe; on n'entendit point ce bruit de craquement mentionné par quelques auteurs. On ne constata point non plus l'état emphysémateux du tissu cellulaire hypogastrique mentionné par M. Mac Clintock (de Dublin). Mais la main appuyée sur la base de l'utérus perçut une sensation de flot remontant vers la région épigastrique et perceptible également à l'œil. La rupture de la poche, pratiquée immédiatement, ne donna que quelques gouttes de liquide. Tout travail cessa aussitôt. La malade fut prise de vomissements dans lesquels elle rendit le seigle ergoté et le liquide qu'elle avait bu. La douleur épigastrique se changea en une sensation d'engourdissement avec torpeur profonde, somnolence, état syncopal. La malade devint pâle, décolorée; le pouls s'affaiblit au point de n'être plus perceptible.

La palpation abdominale donna la sensation d'un ramollissement et d'un affaissement des parois hypogastriques, avec un élargissement et une flaccidité des parois latérales de l'abdomen qui les rendait souples et dépressibles. Au niveau de la région épigastrique, on sentait les deux talons de l'enfant, comme si rien ne les séparait de la paroi abdominale; ils étaient situés presque sous les fausses côtes du côté gauche.

Le toucher vaginal fit constater d'abord l'absence de saillie de la poche qui avait été déchirée; la dilatation semblait avoir diminué, le col était revenu sur lui-même, la tête du fœtus était remontée derrière le pubis.

Il n'était que trop évident que l'on avait affaire à une rupture de l'utérus, et que l'enfant avait passé en partie dans la cavité abdominale. Il fallait donc terminer de suite l'accouchement. M. Frémineau fit immédiatement l'application du forceps; mais l'extraction de l'enfant présentait de grandes difficultés en raison de l'extrême rigidité du vagin et du périnée, ce dernier n'ayant été soumis à aucune action dilatante. La main introduite pour chercher si la version podalique était possible encore, on constata l'absence des battements du cordon et du cœur du fœtus. En l'absence de M. Depaul, que M. Frémineau avait fait demander, il se fit assister de deux confrères les plus proches.

A onze heures moins vingt minutes la malade mourait. Ainsi entre la rupture utérine et la mort il ne s'était écoulé que soixante minutes. Après avoir bien constaté la mort de la mère, d'un commun avis, il fut décidé qu'on pratiquerait la gastro-

tomie, pour ne pas perdre les chances que l'on pouvait avoir encore de rappeler l'enfant à la vie. Elle fut pratiquée aussitôt. L'enfant retiré avait complétement cessé de vivre.

A quoi attribuer cette rupture ? La malade n'avait point fait de chute ni reçu de coups ; elle avait eu environ six semaines auparavant une angine couenneuse ; deux jours avant l'accouchement elle avait éprouvé un frisson violent, rien de plus.

D'autre part, la main introduite dans la cavité utérine par l'ouverture abdominale a fait constater une rupture du fond de l'utérus, dirigée d'avant en arrière et de droite à gauche, dans laquelle les membres inférieurs de l'enfant étaient engagés. On a reconnu, en outre, un amincissement atrophique considérable de la paroi utérine à ce niveau et un épanchement de sang noir et de liquide amniotique dans la cavité abdominale. L'utérus, dans la portion qui avait subi la section, avait 4 millimètres d'épaisseur, était couleur gris-bleuâtre et allait s'amincissant vers le bas-fond de l'utérus.

Le délivre était complétement détaché et situé encore en arrière et à droite. La quantité de sang épanchée était assez considérable.

Tout porte donc à penser, comme le croit M. Frémineau, qu'on a eu affaire à une rupture de l'utérus, reconnaissant pour cause un amincissement atrophique du fond de cet organe, qui, trop peu résistant, a cédé aux contractures trop prolongées des muscles abdominaux.

Sur la compression de l'aorte comme moyen d'arrêter les hémorrhagies qui ont lieu après l'accouchement.

Nous nous sommes réservé, dans la dernière *Revue*, de revenir sur la question de la compression de l'aorte comme moyen de remédier aux hémorrhagies qui se manifestent ou qui persistent après l'accouchement, question incidemment soulevée à l'occasion de l'examen que nous avons fait des moyens indiqués dans le cas d'insertion anormale du placenta sur le col.

Nous avons dit que M. le docteur Pichon, de Loué (Sarthe), nous avait adressé une lettre renfermant des faits à l'appui de l'efficacité de cette méthode, à tort contestée, suivant nous, par quelques praticiens distingués. M. le docteur Pichon, après avoir rappelé dans sa lettre le texte d'un article qu'il publiait en 1854 sur ce sujet dans le *Courrier médical*, à l'occasion d'une leçon clinique de M. le professeur Paul Dubois sur les hémorrhagies, expose les faits suivants, dont le premier est dû à M. le docteur Boutin (de Blangy-sur-Bernoise) ; le second à M. le docteur Hirtz (de Kuysersberg), et le troisième à lui-même.

« Depuis environ deux ans, écrivait à cette même époque (1854) M. Boutin, quatre cas de pertes utérines se sont présentés à mon observation. Dans trois, je n'ai pas été témoin de l'accouchement. Sauf le seigle ergoté, tout avait été employé sans résultat. Il me restait pourtant encore une ressource, c'était la compression aortique, à laquelle j'ai eu recours immédiatement ; elle a été, en moins de dix minutes, suivie des plus beaux résultats. »

M. Hirtz venait d'être témoin à la même époque d'un fait semblable :

« Un cas d'hémorrhagie utérine presque foudroyante, dit-il, qui vient de se présenter dans ma clientèle, peut donner une idée de la puissance vraiment admirable de la compression aortique. On eut beau ouvrir portes et fenêtres, inonder la femme d'eau froide appliquée au dehors et en injections, administrer le seigle ergoté coup sur coup, introduire la main dans l'utérus pour enlever les caillots et déterminer des contractions, tout cela n'empêcha pas que malgré la diligence que je mis à accourir, je trouvai déjà cette femme nageant dans son sang, d'une pâleur effrayante, sans pouls aux radiales ; en un mot, dans un état presque désespéré. Je sautai sur le lit, et m'agenouillant à côté de la malade, je plongeai mon poing à travers les parois abdominales jusqu'à la rencontre de l'aorte, dont je sentis encore distinctement les battements, et je la comprimai fortement contre le côté gauche de la colonne vertébrale. Immédiatement l'hémorrhagie s'arrêta. Au bout de trente minutes d'une compression continue, et ne pouvant plus résister à la fatigue de mon bras, je me fis remplacer par le mari de l'accouchée, par précaution seulement ; car rien ne se montra plus. Enfin, au bout de dix à quinze minutes, je fis cesser la compression. L'hémorrhagie avait définitivement cessé, et depuis ce moment l'écoulement des lochies s'est opéré d'une manière normale. »

Voici enfin en quels termes M. Pichon s'exprime à la suite de ces deux citations :

« Il y a quelques années, je fus appelé auprès d'une dame à peine dans les douleurs. J'engageai cette dame à faire venir une sage-femme, lui promettant de me rendre auprès d'elle si les choses devenaient sérieuses. Elle me dit qu'elle ne pouvait se confier au savoir d'une sage-femme, attendu que ses enfants étaient pour ainsi dire projetés hors de la matrice, et suivis aussitôt d'une perte que trois médecins du Mans ont crue un instant au-dessus de toutes les ressources de l'art dans son dernier accouchement. Elle me pria donc instamment de ne pas m'éloigner, m'assurant qu'elle allait bientôt accoucher et avoir une perte.

» Sans *un grain* d'ergot de seigle, j'attendis auprès d'elle l'orage, qui ne tarda pas à éclater, absolument comme elle me l'avait annoncé.

» Trois fortes douleurs très-rapprochées suffirent pour jeter un gros garçon à la lumière. Le placenta suivit l'enfant, et un flot de sang suivit le placenta. L'accouchée me fixe ; je regarde froidement couler le sang. Voyant qu'il ne s'arrête pas, je comprime l'aorte : l'écoulement s'arrête net. Je cesse de comprimer, le sang reparaît ; je comprime de nouveau ; plus de sang à la vulve ; je cesse encore de comprimer, au bout de quelques instants nouvelle perte. Enfin, je comprime pendant vingt minutes à peu près, et le sang s'arrête pour ne plus reparaître. On le voit, il n'a fallu qu'une compression un peu plus prolongée pour arrêter définitivement cette perte qui aurait été aussi grave que l'avant-dernière, que les trois médecins n'avaient point combattue par ce moyen si simple et si facile.

» Il y a deux mois tout au plus, le docteur Bachelot (de Loué) et moi, avons accouché une multipare dont l'enfant présentait un bras hors de la vulve. Après l'accouchement, le sang sort abondamment. Mon confrère comprime l'aorte : le sang s'arrête aussitôt. Il cesse de comprimer au bout de quelques minutes : le sang ne reparaît pas. Quinze à vingt minutes après, le sang reparaît en abondance. Je comprime un peu plus longtemps, et l'hémorrhagie ne reparaît plus.

» Ce moyen, comme vous le voyez, ajoute notre confrère, est si sûr, que je suis frappé d'étonnement toutes les fois que je vois des accoucheurs faire lever un pharmacien pour se procurer du seigle ergoté destiné à combattre une perte après l'accouchement. »

— Nous avons reçu depuis la note qui précède une lettre de M. le docteur Godefroy, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Rennes, qui nous prie d'ajouter les quelques mots qui suivent à notre article du 11 octobre, touchant le traitement des hémorrhagies occasionnées par l'implantation du placenta sur le col utérin.

Nous accédons d'autant plus volontiers au désir de notre confrère, que nous trouvons dans cette note le témoignage d'une longue et fructueuse expérience, à l'appui des principes que nous avons exposés.

« La plupart des accoucheurs regardent, et avec raison, l'hémorrhagie provenant du col de l'utérus comme la plus grave de toutes les hémorrhagies utérines. Négrier dit même : « Ces hémorrhagies cervico-utérines sont à peu près les seules qui tuent. »

» Il est facile de se rendre compte de la gravité de cette hémorrhagie ; en effet, là où le placenta se développe, les vaisseaux utérins s'hypertrophient.

» Dans l'insertion du placenta sur le col utérin, ce sont donc les vaisseaux de cette partie qui s'hypertrophient ; le col utérin ne jouissant pas comme le corps de l'utérus de la contractilité intermittente, et ne revenant sur lui-même que lentement et par retrait de tissu, ses vaisseaux se plissent fort peu après l'accouchement, et leurs extrémités déchirées restent béantes.

» Il résulte de cette disposition anatomique que l'accouchement n'arrête pas l'hémorrhagie, comme dans les pertes provenant du corps de l'utérus, en permettant le prompt resserrement de l'organe, et qu'elle doit *nécessairement* continuer un certain temps après l'accouchement, puisqu'il n'y a pas dans le col de contractilité intermittente, mais qu'au contraire il y a une espèce d'inertie. Si l'on touche en effet après l'accouchement, l'on trouve bien l'orifice cervico-utérin resserré ; mais le canal formé par la cavité du col reste mou, flasque et présentant de larges plicatures. Aussi, dans le cas d'insertion du placenta sur le col utérin, la perte est-elle inévitable et obligée en quelque sorte après l'accouchement, et si la femme est déjà épuisée par des pertes antérieures à sa délivrance, elle doit nécessairement succomber.

» Le meilleur moyen d'empêcher la femme de mourir de cette hémorrhagie est donc de l'empêcher de perdre beaucoup avant l'accouchement et de l'accoucher le plus tôt possible. Pour arriver à ce but, voici les moyens que j'emploie et dont je me suis toujours bien trouvé pendant une pratique de plus de trente-trois ans.

» Quand l'hémorrhagie provenant de l'insertion du placenta sur le col de l'utérus présente de la gravité, que la femme soit à terme ou non, comme cet accident provoque presque toujours des contractions utérines, qui semblent indiquer que l'accouchement est le meilleur remède naturel, si le col utérin est assez souple et assez dilaté pour me permettre d'introduire la main dans la cavité utérine, je pratique immédiatement la version.

» Il n'y aurait d'avantages à se servir du forceps que si la tête était profondément engagée dans l'excavation pelvienne et le col utérin largement dilaté. Malgré le peu d'ouverture du museau de tanche, l'on éprouve peu de difficulté pour l'extraction du fœtus, l'utérus permettant bien plus facilement la sortie du fœtus qu'il ne se prête à l'introduction de la main. J'introduis de préférence la main droite, afin de terminer en première des pieds, car le liquide amniotique n'étant pas écoulé, je puis tourner l'enfant à volonté ; d'où le précepte de ne jamais rompre les membranes par avance, car dans ce cas l'écoulement du liquide amniotique ne suspend pas la perte, comme dans les hémorrhagies provenant du fond de l'utérus, et augmente les difficultés de la version.

» Si le peu de dilatation et le peu de mollesse du col ne me permettent pas d'agir ainsi, au repos absolu, aux réfrigérants, etc., j'ajoute le tamponnement du vagin et l'usage du seigle ergoté. Le tampon bien appliqué, avec ou sans perchlorure de fer, arrête mécaniquement la perte pour un certain temps, mais pas si complétement qu'il ne se forme un caillot entre lui et le col utérin, caillot qui agit sur le museau de tanche à la façon d'un cataplasme émollient, et le fait se ramollir en même temps que le seigle ergoté facilite sa dilatation. Je laisse le tampon en place dix ou douze heures, moins si la perte continue et me donne de l'inquiétude. Il est rare qu'après avoir retiré le tampon je ne trouve pas le col suffisamment dilaté pour me permettre de faire la version. Dans le cas contraire, je renouvelle le tampon si la femme n'est pas affaiblie ; mais si je la trouve trop faible pour attendre plus longtemps, je fais l'accouchement forcé soit avec les doigts, soit en pratiquant de petites incisions radiées sur l'orifice externe.

» Si le placenta n'est inséré sur le col utérin que par un point de sa circonférence (ce qui est le plus commun), je le contourne et je ne déchire les membranes que quand ma main est arrivée à la hauteur des pieds du fœtus ; si au contraire le placenta est inséré en plein sur le col utérin et que je ne puisse le décoller, je le traverse ; l'hémorrhagie qui suit cette manœuvre n'ayant d'action que sur le fœtus dont la vie est déjà grandement compromise, il importe d'extraire le placenta aussitôt que possible après l'accouchement.

» L'accouchement terminé, je mets en œuvre tous les moyens propres à suspendre l'hémorrhagie consécutive et à faire contracter l'utérus ; tels sont un bandage de corps, le seigle ergoté, le massage utérin, les corps chauds autour de la poitrine, les sinapismes aux extrémités supérieures ; les ventouses sur les seins ; les réfrigérants sur le bas-ventre et les cuisses, les injections vaginales avec une solution légère de perchlorure de fer, la ligature des membres, la compression de l'aorte, etc., ainsi que les excitants, tels que les lavements avec les vins de Porto ou de Madère, les boissons alcooliques.

» Lorsque l'hémorrhagie est arrêtée, je prescris un régime dont les aliments solides, pain, viande, œufs et poisson, font la base, afin de reconstituer un sang riche. »

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

(Résumé de deux mémoires de M. Ciniselli, présentés à la Société de chirurgie par M. VELPEAU.)

1° *De l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants et de ses applications à la thérapeutique.*

Des trois effets, physiologiques, calorifiques, chimiques, que le courant électrique manifeste sur les animaux vivants, il n'y a que ces derniers qui ne soient pas précisément distingués dans leur cause productrice, de sorte que l'action chimique n'a pu être l'objet jusqu'ici d'aucune application méthodique. Distinguer des autres les effets de l'action chimique et en tirer des déductions utiles pour la pratique, tel est le but que je me suis proposé.

Le courant électrique traversant les tissus organiques, dans des circonstances données, produit aux points de contact avec les électrodes appliqués séparément des altérations qui peuvent varier de la rubéfaction simple au détachement de l'épiderme, à la mortification, réduisant les tissus en eschares semblables aux eschares produites par les caustiques potentiels. De ces effets on a cherché la cause dans l'une ou dans l'autre des trois manières d'agir de l'électricité dynamique, sans en déterminer une précise.

Bien que quelquefois la manifestation de ces effets soit accompagnée des phénomènes d'exaltation vitale, ils manquent sous l'action des appareils les plus propres à l'éveiller, tandis qu'on les voit sous l'action d'appareils presque dépourvus d'action physiologique. Cette action n'a aucune part dans la formation des altérations susdites.

Quant aux effets de la chaleur électrique, ils ont des caractères bien différents de ces altérations. On ne les obtient que par des appareils particuliers et à condition que les deux conducteurs se touchent entre eux, ou qu'ils soient réunis par un fil d'un autre métal moins conducteur. Ils peuvent se manifester aussi en appliquant les réophores séparément ; mais alors ils arrivent après les altérations susdites, parce que c'est par l'effet des réactions chimiques que la chaleur se développe, observation importante pour distinguer la cause des altérations.

Les altérations dont il est question sont toujours l'effet des actions chimiques du courant ; ses agents sont les acides animaux qui se portent au pôle positif, et les alcalis qui se portent au négatif. Cela est démontré par les lois chimiques, donc l'électricité déploie son action sur tous les électrolytes. En effet, pour obtenir les altérations susdites, il faut le concours de toutes les circonstances favorables à l'électrolyse : savoir, l'application des électrodes, la manière de faire agir le courant.

L'altération des tissus s'effectue avec la manifestation de phénomènes chimiques tels que développement de gaz et d'humeurs de caractère acide du côté du pôle positif, alcalin du côté du négatif. Ces altérations mêmes prouvent la nature des principes générateurs ayant beaucoup d'analogie avec les altérations produites par les acides et les alcalis concentrés. Pour prouver la nature chimique de ces phénomènes, s'ajoute l'action que les acides naissants exercent sur les métaux oxydables dont les électrodes sont composés, épargnant les tissus organiques. Ces effets sont démontrés par des expériences sur les animaux et sur le cadavre, ainsi que par des observations cliniques.

L'application de deux lames de différents métaux, unies par un fil conducteur, parmi lesquelles les tissus animaux remplissent les mêmes fonctions que le conducteur humide d'un couple électro-moteur, est suivie des mêmes effets que par l'usage de la pile, accompagnés de phénomènes d'irritation dus à l'action locale des agents de cautérisation.

Depuis l'invention de la pile jusqu'à nos jours, l'action chimique de l'électricité a été mise en usage dans la thérapeutique ; ses effets se présentèrent aussi maintes fois comme accident d'applications différentes. Les observations relatives éparses dans les traités de physique des applications de l'électricité à la thérapeutique, sont données sans explication, ou les effets obtenus sont attribués à l'exaltation vitale ou à l'action de la chaleur électrique. L'action chimique n'a été regardée que comme moyen de coagulation des humeurs animales. L'électricité, comme moyen cautérisant, n'a été considérée que dans l'action calorifique. Ces considérations nous autorisent à distinguer la galvanocaustique selon ses effets calorifiques et chimiques, ainsi que je l'ai annoncé dès 1860 à la Société de chirurgie.

La connaissance de l'action chimique de l'électricité sur les tissus

vivants n'est pas limitée à l'application méthodique de la galvanocaustique chimique; elle nous apprend à perfectionner les applications qui sont le plus en usage, en épargnant des accidents redoutables, qui ont fait oublier beaucoup des avantages déjà obtenus dans la pratique.

En comparant la galvanocaustique chimique avec les autres moyens de cautérisation, on doit conclure que celle-ci, d'un emploi plus facile, plus étendu et plus sûr, peut être substituée à la galvanocaustique thermique, ainsi que les caustiques chimiques sont généralement substitués au caustique actuel; qu'aidée de l'acupuncture elle donne des cautérisations profondes et limitées plus que tout autre moyen de cautérisation; que ses effets, plus prompts que les effets des caustiques chimiques, permettent l'usage des anesthésiques et préviennent les dangers qu'ils peuvent arriver par l'usage des caustiques chimiques.

L'utilité de la galvanocaustique chimique ne doit pas se borner aux applications thérapeutiques; un grand avenir lui est réservé dans les sciences chimiques. Par elle, on arrive déjà à séparer des animaux vivants des principes qui entrent dans leur composition; ils peuvent être examinés chimiquement dans l'état naissant comme dans leur combinaison avec les métaux des électrodes. Pourtant la galvanocaustique chimique offrant un moyen d'analyse chimique de certains principes des humeurs et des tissus organiques vivants, peut donner lieu à des recherches nouvelles et intéressantes, qui pourront conduire à mieux connaître les composants des êtres organisés, tandis que jusqu'ici ils n'ont été l'objet des recherches chimiques que lorsqu'ils sont privés de la vie.

2° *Appareil électro-moteur à force constante, propre à l'usage médical et aux opérations chimiques.*

L'usage de la pile de Volta n'a jamais été oublié par les physiologistes et par les médecins, vis-à-vis des nombreux appareils qui semblaient préférables. Cependant la pile a des inconvénients que j'ai tâché de corriger par mon appareil, dont les couples peuvent être disposés comme dans la pile à auges et comme dans la pile de Wollaston. Le liquide excitateur dont est arrosée une couche de papier interposée aux éléments, se change continuellement. C'est à cela qu'on doit la constance du courant, qui est supérieure à celle des autres piles dites à force constante. Cet appareil n'a pas besoin d'être poli; il est toujours prêt à agir aussitôt qu'il est humecté par le liquide excitateur. Son activité dure jusqu'à ce que la lame zinc soit consommée. Cet appareil est propre plus que tout autre à l'application du courant continu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 octobre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Anévrysme de la fémorale. — Compression digitale. — Guérison en sept heures. — M. CHASSAIGNAC présente le malade dont il a parlé dans une précédente séance, et qu'il a guéri d'un anévrysme faux consécutif de la fémorale au moyen de la compression dans l'espace de sept heures. Après avoir rappelé succinctement tout ce que ce malade lui a offert de plus curieux, il remet l'observation suivante recueillie par M. Dodeuil, interne du service :

Claude J..., menuisier, âgé de trente-huit ans, entre le 16 septembre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Chassaignac, salle Saint-Louis, n° 22.

Cet homme est de taille moyenne, brun, d'une excellente constitution; son système musculaire est bien développé. Il n'a pas d'antécédents morbides sérieux.

Le dimanche 7 septembre, il se promenait avec plusieurs personnes dans la forêt de Bondy. Il voulut couper une tige de bruyère avec un couteau à lame pointue, bien affilée, large d'un centimètre. Dans ce but, il se mit dans la position suivante : son pied droit reposait sur le talus d'un fossé, tandis que le gauche était placé sur le bord, de telle sorte que la cuisse et la jambe gauches se trouvaient fléchies à peu près à angle droit.

Telle était l'attitude du malade lorsque, déployant une force trop grande pour couper la baguette de bruyère, il s'implanta le couteau dans la cuisse gauche. L'instrument pénétra obliquement au voisinage de l'anneau du troisième adducteur.

Aussitôt le sang jaillit en abondance et par saccades; le blessé croit en avoir perdu quatre litres. Il eut une syncope qui dura un quart d'heure. Enfin un des hommes qui l'accompagnaient parvint à arrêter le sang en maintenant deux mouchoirs fortement appliqués sur la plaie. On trouva une voiture pour transporter le malade du lieu de l'accident chez un médecin de Livry, qui découvrit la plaie; le sang coulait à peine; la blessure fut recouverte par du diachylon et quelques tours de bande.

Le patient fut ensuite reconduit à Paris, où il habite; ce transport s'effectua en voiture et en chemin de fer. Arrivé chez lui, il monta quatre étages, soutenu par les bras et s'appuyant un peu sur son membre blessé.

On fit venir un médecin qui leva le pansement le deuxième jour et le remplaça par des bandelettes de diachylon croisées et imbriquées, puis recouvertes d'une bande roulée. La plaie ne saignait pas; elle n'avait fourni que quelques gouttes de pus.

Le 16, le malade se présente à la consultation, marchant péniblement, soutenu par un aide.

A son entrée à l'hôpital, il nous offre, à la partie interne de la cuisse gauche, un peu au-dessus et en arrière de l'anneau du troisième adducteur, une cicatrice presque linéaire, longue de 15 millimètres, recouverte d'une croûte et parfaitement sèche. Autour de la cicatrice, et dans un rayon de 5 centimètres, on trouve une tuméfaction de consistance assez ferme. En dedans et un peu en arrière, le membre présente une teinte verdâtre, ecchymotique, dans les deux tiers inférieurs de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe. Les battements de la crurale sont normaux; il est facile de les sentir jusqu'à la limite supérieure de la tuméfaction. La poplitée, les artères de la jambe, la pédieuse, battent aussi fort que du côté sain.

La douleur est nulle; la jambe, légèrement fléchie, ne peut être amenée à une complète extension.

L'état général est excellent.

Les commémoratifs et les symptômes actuels font admettre une piqûre de l'artère fémorale, et le repos le plus complet est prescrit.

Rien de particulier ne survient jusqu'au 19. Ce jour-là, une exploration très-attentive est pratiquée à la visite du matin. L'état du malade n'a pas changé depuis son entrée.

Mais à la visite du soir, on constate une tumeur pulsatile dont le malade lui-même a observé l'apparition dans le courant de l'après-midi. Le maximum des battements est à 4 centimètres de la cicatrice, sur une ligne qui, partant de la plaie cutanée, se dirigerait obliquement en avant, en haut et en dehors. Cette direction est celle qu'a suivie le couteau pour atteindre l'artère; elle est parfaitement en rapport avec les renseignements qui nous ont été fournis sur le mode de pénétration de l'instrument.

A l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle très-pur, intermittent, correspondant à la diastole artérielle.

Le 20, la tumeur s'est accrue depuis la veille; les symptômes sont les mêmes, mais ils ont plus d'intensité.

La compression de la fémorale suspend les battements et permet la réduction.

Les pulsations de la pédieuse sont sensiblement affaiblies.

Le 22, le volume de l'anévrysme est resté stationnaire, sa forme est ovoïde; sa plus grande dimension a 11 centimètres, elle est parallèle à la direction de l'artère. Son plus petit diamètre a 7 centimètres. La circonférence du membre au niveau du point le plus saillant de la tumeur a 8 centimètres de plus que du côté sain.

L'état général est bon; le pouls est à 68.

La compression digitale au pli de l'aine est commencée à midi et demi; elle est facilitée par l'application sur les doigts d'un sac de plomb pesant 2 kilogr.

De une heure et demie à deux heures crampes dans le mollet, puis dans la cuisse.

A deux heures, sueur qui couvre toute la surface du corps pendant une demi-heure environ.

La compression est continuée d'une manière permanente; par intervalles, on la suspend pendant quelques secondes, afin de constater l'effet produit sur la tumeur.

A sept heures et demie, les battements ont disparu, ainsi que le bruit de souffle. Le malade éprouve un léger engourdissement du membre. De chaque côté du genou, on constate les pulsations de petites collatérales en voie de développement. La pédieuse ne bat plus.

La compression un instant interrompue est reprise.

A neuf heures et demie, les deux petites collatérales qu'on a constatées deux heures auparavant sont explorées de nouveau, et l'on trouve qu'elles se sont accrues d'une manière très-notable; l'œil apprécie facilement leurs pulsations. L'interne bat aussi fort que la temporale; l'externe est un peu moins développée.

A minuit un quart, le malade est pris, au moment où l'on change de main, de vives douleurs au niveau de la compression; il est impatient et surexcité, mais cela ne dure que vingt minutes. La compression est faite un peu plus bas et elle redevient tolérable.

A une heure, on sonde le patient, qui n'avait pas uriné depuis le commencement de l'opération. Un quart d'heure après le malade s'assoupit et dort avec calme pendant une heure.

A huit heures un quart, le besoin d'uriner se fait sentir et ne peut être satisfait qu'au moyen du cathétérisme.

A l'heure de la visite le malade est très-bien; son pouls est à 72.

Le 23, à une heure après midi, le malade éprouve de légères coliques, qui disparaissent après qu'il a été à la selle.

A cinq heures nouvelle garde-robe.

A huit heures la compression est suspendue.

Il est à remarquer que la compression a été parfaitement supportée; elle a été faite non-seulement sur la branche ilio-pubienne, mais encore dans toute l'étendue du triangle inguinal. Pendant l'opération le malade n'a pris aucun médicament; son alimentation s'est composée de bouillon, de vin, de viande, de manière à satisfaire modérément son appétit. — Des observations thermométriques ont fourni les résultats suivants :

Avant le début de la compression, la température du membre était plus élevée du côté de l'anévrysme, et la différence était d'autant plus sensible qu'on se rapprochait davantage de l'extrémité. Entre les orteils, la différence était de 3 degrés centigrades.

Au commencement de la compression, le thermomètre, placé entre le premier et le deuxième orteil, marquait du côté malade 28° 1/2. La température a été notée tous les quarts d'heure. Après une heure et demie de compression, elle s'est abaissée graduellement de 4° 1/2, puis le thermomètre est resté immobile jusqu'à quatre heures trois quarts; alors a commencé une ascension très-remarquable de 11°. A dix heures, la colonne thermométrique s'est arrêtée de nouveau; elle était alors à 35° 1/4.

De dix heures du soir à deux heures du matin, il s'est produit quelques oscillations moins sensibles que les précédentes.

Quelle a été l'influence de la compression et du développement des collatérales sur la température du membre? Malgré les chiffres précédents, il est impossible de répondre à cette question; car l'expérience ayant été continuée, on a observé le lendemain des variations thermométriques de la même étendue, la circulation du membre n'étant plus soumise aux mêmes modifications.

Le 24, le malade est très-bien; la poche anévrysmale est ferme; elle a subi un commencement de retrait; la circonférence de la cuisse du côté malade n'excède que de 3 centimètres celle de la cuisse droite. Les battements de la pédieuse, quelque temps suspendus, redeviennent perceptibles.

Le 26, apparaît au niveau de la cicatrice une saillie fluctuante, sans battements ni souffle.

La collection liquide reste stationnaire pendant deux jours; puis tend à diminuer.

Le malade n'éprouve pas la moindre douleur.

Rien de particulier ne s'est passé depuis, si ce n'est le retrait lent et graduel de la tuméfaction.

Les mouvements du membre sont faciles; néanmoins le malade conserve toujours le repos au lit.

DISCUSSION.

M. BROCA. Les battements sont-ils revenus dans la pédieuse et dans les autres artères de la jambe?

M. CHASSAIGNAC. Oui, j'ai toujours senti les battements de la pédieuse, et c'est même ce qui me faisait douter de l'existence de l'anévrysme.

M. BROCA. Il n'y a donc jamais eu d'interruption dans les battements de la pédieuse?

M. CHASSAIGNAC. Les battements ont été seulement supprimés par la compression que nous avons exercée sur la fémorale à son origine. Ils ont été constatés après la compression le 24 du mois.

M. BROCA. La fluctuation qui a été signalée à la surface de l'anévrysme par M. Chassaignac mérite de fixer l'attention. Elle fait craindre la suppuration, et elle a été déjà trouvée dans les poches anévrysmales, surtout après la compression digitale, qu'elle ait été totale, intermittente ou incomplète. La cause de ce phénomène tient à ce que la coagulation étant trop prompte, il se forme des caillots passifs qui par leur mollesse donnent à la périphérie de la poche anévrysmale la sensation de fluctuation. Après la ligature, le caillot passif est quelquefois tellement considérable qu'on a beaucoup de crainte de voir s'établir la suppuration.

Dans quelques faits qui me sont personnels, j'ai constaté des abcès, et plusieurs observations consignées dans les journaux signalent cet accident.

Je dois faire remarquer qu'à la suite de la compression digitale les caillots passifs sont moins volumineux que les caillots actifs, de sorte que la suppuration est moins à redouter. Dans le cas que vient de nous communiquer M. Chassaignac la fluctuation était produite par le sang qui existait à la périphérie de la poche anévrysmale.

Mais, dira-t-on, pourquoi la fluctuation est-elle si superficielle? Les caillots passifs ne devraient-ils pas se former plutôt au centre qu'à la périphérie? Il en est ainsi dans le plus grand nombre des cas. M. is telle loi offre des exceptions, et alors la fluctuation est tout à fait superficielle. Plusieurs exemples pourraient être donnés pour confirmer cette exception.

Voici comment il faut l'expliquer : la fibrine se dépose à la face interne du sac sous forme d'une membrane assez mince. Or cette membrane peut se fendiller, se décoller, de sorte que le sang s'interpose entre la face interne de la poche et la face externe de la membrane, d'où formation d'une cavité superficielle qui se traduit au doigt par la fluctuation. On a vu des cas dans lesquels la membrane fibrineuse se décollait dans toute son étendue, devenait libre et flottante dans le sac, se rétractait, et formait ensuite une sorte de grelot. M. Jules Cloquet a publié en 1821 une observation qui montrait ce curieux phénomène après une ligature d'artère au-dessus du sac. Or ce phénomène peut se montrer aussi après la compression digitale.

M. CHASSAIGNAC. Je n'avais pas présente à l'esprit cette explication, que j'accepte. J'avais d'abord pensé que la saphène avait été ouverte et que la fluctuation était due à un épanchement sanguin. J'avais cru aussi à l'existence d'un abcès autour du sac.

M. BORELLI. Je possède un fait analogue à ceux que vient de citer M. Broca. C'était en 1845, je fus appelé à traiter un anévrysme très-volumineux de la crurale. J'eus recours à l'électricité. Après cinq séances, il se manifesta une inflammation très-vive dans la poche, qui devint dure et n'offrit plus de battements. Je combattis cette inflammation par des antiphlogistiques; un phlegmon se déclara cependant dans le membre, et il survint de la suppuration. Le sac s'ouvrit; il donna issue aux caillots, et la guérison survint. L'individu est encore vivant, et j'ai publié l'observation.

COMMUNICATION.

M. BORELLI. Il y a une quinzaine d'années que j'ai fait construire un instrument pour l'opération du phimosis. Cet instrument a été décrit dans le journal de M. Debout. Cependant la Société voudra bien me permettre de le lui présenter et de lui en faire comprendre le mécanisme, parce qu'il m'a paru très-utile.

Il consiste, comme on peut le constater, dans une canule d'un calibre de 5 à 6 millimètres. A 3 ou 4 millimètres de l'extrémité libre de cette canule, se terminant en cul-de-sac, on voit trois ouvertures régulièrement espacées à sa circonférence. Par chacune de ces trois ouvertures, très-petites, du reste, on fait sortir une petite tige en acier, glissant sur un plan oblique, et offrant un ressort; de telle sorte qu'en sortant elle s'écarte de l'axe de la canule, et cet écartement est d'autant plus grand que la tige sort davantage.

Ces trois petites tiges d'acier sont mises en mouvement par une tige centrale qui est fixée à volonté par une vis. L'extrémité des tiges est armée d'un crochet très-aigu.

Si on introduit cet instrument fermé dans le prépuce, on arrive facilement jusque vers le gland. Là on pousse la tige centrale, qui fait sortir les trois petits crochets, par lesquels la muqueuse préputiale est saisie et ramenée en avant avec force. Avec de forts ciseaux, l'on excise cette muqueuse, et le phimosis est détruit. Je reconnais à cette méthode l'avantage important de respecter la peau, et de n'exciser qu'une quantité déterminée de muqueuse. Il est inutile de faire la suture après cette excision; la cicatrisation s'opère facilement et sans laisser de difformité.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS. Si j'ai bien compris le mode d'action de l'instrument de M. Borelli, il me semble qu'il a pour but de ramener la muqueuse du prépuce au dehors et de l'exciser en emportant peu de peau.

Tout en rendant justice à ce résultat, je ne puis cependant m'empêcher de faire remarquer que cet instrument ne sera applicable qu'à peu de cas. Ainsi il sera impossible de l'employer si le phimosis est formé par un tuyau muqueux très-étroit. Vous ne pourrez plus faire glisser la muqueuse.

M. BORELLI. Je reconnais la justesse de la remarque faite par M. Giraldès; mais il m'a mis en présence d'un fait exceptionnel. Dans ce cas encore, la difficulté sera surmontée en excisant d'abord le trop de longueur du prépuce, pour se comporter ensuite comme dans les cas ordinaires.

Je citerai à mon tour un autre cas où l'application de mon instrument est impossible; c'est lorsqu'il y a adhérence entre le prépuce et le gland. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et dans les cas ordinaires, mon instrument sera utile.

M. GIRALDÈS. Le cas que j'ai cité n'est pas aussi exceptionnel que veut bien le dire M. Borelli. Je pourrai même dire qu'il se présente le plus fréquemment chez les enfants. Je me demande dès lors s'il est bon de surcharger encore l'arsenal chirurgical d'un nouvel instru-

ment, lorsque l'opération du phimosis peut être bien exécutée avec une pince ordinaire et une paire de ciseaux.

M. CHASSAIGNAC. L'instrument de M. Borelli met en relief un mode opératoire particulier. On doit savoir gré à son auteur de l'avoir signalé. Mais il ne faut pas oublier que le principal mérite des instruments consiste dans la simplicité. Les Israélites pratiquent la circoncision en coupant un peu de peau ; puis la muqueuse étant à nu, ils la fendent avec l'ongle en la déchirant. Ce procédé est un peu brutal, et il répugne de l'employer. Le procédé que je mets en pratique est très-simple et très-prompt. Avec la pince à pansement des trousses, je dilate le prépuce, je passe une aiguille armée d'un fil à la base du triangle formé par la pince étalant le prépuce, je fais une ligature, et je coupe au delà du fil. Souvent au lieu de l'instrument tranchant, j'emploie l'écraseur linéaire.

Je saisirai cette occasion pour faire remarquer que les opérations de circoncision laissent à leur suite une convalescence très-longue ; la suppuration est interminable.

M. MARJOLIN. Quand il y a des adhérences, on ne peut plus employer le procédé et l'instrument de M. Borelli. Déjà depuis longtemps j'ai adopté le procédé de M. Cullerier, qui me paraît offrir le plus d'avantages dans la plus grande généralité des cas. Si des adhérences existent, je m'en tiens alors à l'ancien procédé, qui n'exige qu'un bistouri boutonné et des ciseaux. Je fais une incision dorsale; je rabats les lambeaux, je les régularise, et j'obtiens ainsi de très-beaux résultats.

J'ai vu comme M. Chassaignac que la plaie résultant de l'incision circulaire est très-lente à se cicatriser. Dans un cas, j'ai vu la plaie se couvrir de fausses membranes, le muguet se déclarer, et consécutivement il s'est manifesté une paralysie du voile du palais.

Quant à l'instrument de M. Borelli, il me paraît beaucoup trop gros pour des enfants. Très-souvent dans la pratique on est obligé de faire la circoncision chez des enfants qui, ayant le prépuce trop long et trop étroit, ne peuvent uriner, présentent des calculs ou des concrétions calculeuses dans le prépuce, et sont affectés d'accidents nerveux.

Or, dans ces circonstances encore, il serait impossible de se servir de l'instrument de M. Borelli. Il y a même des cas dans lesquels l'ouverture préputiale est tellement étroite qu'elle ne peut recevoir un stylet très-fin. Du reste, je me plais à reconnaître que chez l'adulte l'instrument de M. Borelli peut être très-avantageux, et qu'il est très-ingénieux.

M. BORELLI. Je réponds à M. Giraldès que relativement à la longueur du prépuce, elle peut dépendre de l'excès de peau provoqué par des tractions, comme cela arrive chez les calculeux. Dans ces cas, on peut introduire mon instrument, et exciser une plus grande quantité de peau en enlevant toute la partie qui dépasse le gland. Je répondrai à M. Marjolin que si le prépuce est très-étroit, on doit le débrider. Du reste, pour satisfaire le désir de M. Marjolin, rien n'empêche de faire construire un plus petit modèle pour les enfants. Je l'ai déjà fait moi-même. Quand l'ouverture est trop étroite, si on ne veut pas débrider, on peut encore recourir à la dilatation, qui sera bientôt suffisante pour laisser passer mon instrument.

M. GIRALDÈS. Je ne veux pas revenir sur la disposition que j'ai signalée ; j'ajouterai que l'allongement préputial chez les calculeux ne porte pas seulement sur la peau, mais qu'il constitue un véritable phimosis accidentel. Dans les phimosis congénitaux, la muqueuse est étroite, atrophiée, contracturée en quelque sorte ; la peau glisse sur la muqueuse, il n'y a que celle-ci qui est trop courte. Je ferai remarquer à M. Chassaignac que dans la circoncision la difficulté de la cicatrisation doit être attribuée à ce que les enfants se touchent continuellement, et à ce que la plaie est plus large que dans un autre procédé.

M. BORELLI. On peut ajouter à ces deux causes le contact presque permanent de la plaie avec l'urine.

M. VERNEUIL. J'ai disséqué à l'Ecole pratique un grand nombre de phimosis. Je coupais la verge à sa racine, je renversais la peau qui la recouvre, je l'insufflais, et je disséquais ainsi de dedans en dehors. J'ai pu m'assurer, par cette dissection, que la peau, la muqueuse préputiale et le gland formaient une sorte de sablier. Le sac préputial se dilatait ; au niveau de l'orifice commençait un canal rétréci, puis la peau constituait un canal plus large. Quelquefois j'ai rencontré des canaux rétrécis, à tel point que l'introduction d'un stylet très-fin était impossible. Quand j'ai eu l'honneur de remplacer MM. Guersant et Marjolin dans leurs services respectifs, j'ai constaté plusieurs fois cette étroitesse excessive. Alors je faisais uriner l'enfant ; la poche se dilatait ainsi que son orifice, et je me servais de cette ouverture pour me guider dans mon incision. Quant à la durée très-longue de la cicatrisation après la circoncision, je l'attribue en grande partie à ce que l'on coupe le filet ; c'est surtout dans ce point que la cicatrisation est lente. Aussi je serai toujours sobre d'incisions sur cette partie.

M. CHASSAIGNAC. Je reproche à la circoncision non-seulement d'être très-longue, mais encore de causer des accidents très-graves chez les vieillards. Tout récemment j'entendais dire à un de nos collègues qu'à la suite de cette opération pratiquée chez un homme âgé, il survint un sphacèle de la verge.

Quant à la difficulté d'introduire un instrument dans l'orifice préputial rétréci, je crois l'avoir surmontée en soulevant la peau de la face dorsale du prépuce. Je tends ainsi l'orifice, je le dilate, et il devient en quelque sorte le sommet d'un infundibulum qui permet l'introduction de l'instrument.

M. GUERSANT. Il est évident pour moi que chez les adultes tous les procédés sont bons ; mais il faut choisir celui qui convient le mieux. Il est, en outre, un précepte auquel j'attache la plus grande importance ; je veux parler de la manière de faire la suture. Il faut en effet que celle-ci soit faite avec le plus grand soin, que la muqueuse et la peau soient parfaitement affrontées. Ce n'est qu'à cette condition qu'on évitera les suppurations longues.

M. BLOT. Je veux dire quelques mots relativement à la durée de la cicatrisation. Comme accoucheur, j'ai eu l'occasion de voir des enfants israélites soumis à la circoncision. Or, sur une quinzaine de cas, je n'ai jamais observé le plus petit accident. Il est même singulier de voir avec quelle rapidité cette opération est suivie de guérison. Au commencement, je ne pouvais m'empêcher d'avoir certaines inquiétudes sur cette plaie; je demandais à voir les enfants, et j'étais même étonné de voir les parents dans la plus grande indifférence à cet égard. Mais bientôt j'ai fini par participer à cette indifférence en voyant l'innocuité de la circoncision. Je ne crois donc pas qu'il faille attacher une trop grande importance au contact de l'urine, puisque les enfants étaient pansés de telle sorte que leur plaie était sans cesse mouillée, et que néanmoins ils guérissaient vite. Quant à la plaie par déchirure, elle peut aussi guérir très-vite, parce qu'elle ne s'accompagne pas de désorganisation des tissus et qu'elle se rapproche, par conséquent, beaucoup d'une plaie faite par instrument tranchant.

M. TRELAT. J'ai vu deux cas de circoncision chez des enfants israélites, et j'ai pu vérifier les faits signalés par M. Blot. Du reste, la circoncision se fait très-simplement. On coupe le prépuce, on déchire la muqueuse, et pour arrêter l'hémorrhagie on ajoute la succion, du vin se trouvant dans la bouche et servant à arroser le gland. Dans le premier cas, il n'y eut pas de pansement ; dans le second cas, on enduisit un linge fin avec de la pommade de concombre et on l'appliqua sur la plaie. Ordinairement, la guérison a lieu vers le huitième ou le dixième jour. Quant à la longueur de la cicatrisation, elle dépend, selon moi, de la manière dont sont faites les sutures. Lorsque les serre-fines ou les points de suture ne sont pas régulièrement placés, lorsque la peau et la muqueuse ne sont pas bien affrontées, le tissu cellulaire se boursoufle et la suppuration dure longtemps. J'ai fait trois opérations chez les enfants, et j'ai obtenu une guérison très-prompte. J'ai, au contraire, fait une opération qui a été suivie d'un résultat fâcheux. Un homme se trouvait à la Charité; je lui fis l'opération; un érysipèle, de la gangrène survinrent, de sorte que ce malade me donna beaucoup d'inquiétude.

M. MARJOLIN. J'ai vu à la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie des enfants circoncis, et chez lesquels la plaie a été très-longue à se fermer. Je reconnais toute l'utilité de la réunion par première intention ; mais il faut aussi tenir compte de l'état de la constitution de l'enfant opéré. Une autre condition de durée très-longue, c'est lorsqu'on est obligé de faire la ligature de l'artère contenue dans le frein. Il faut donc éviter cette section, pour ne point avoir d'hémorrhagie. Un enfant circoncis appartenant à une grande famille, est mort à la suite de cet accident. La circoncision, même très-bien faite, peut amener l'érysipèle. J'en ai observé des exemples; j'ai même vu la diphthérite chez un enfant qui m'a été envoyé par M. Robert.

M. BLOT. Je n'ai pas voulu dire que les enfants guérissaient en trois jours. J'ai dit que l'urine n'avait pas d'influence fâcheuse sur la cicatrisation. Si je n'ai pas vu d'accidents dans une quinzaine de cas, je ne prétends pas qu'il en sera toujours ainsi. Quant à la suture, elle ne réussit pas d'une manière certaine. Ainsi, j'ai pratiqué trois opérations suivant le procédé de M. Ricord, et en ayant soin de placer les serre-fines avec beaucoup de méthode. Dans le premier cas, il y a eu guérison immédiate; dans le second, quelques points se sont réunis, tandis que d'autres se sont gangrenés. J'ai observé plusieurs fois la gangrène sous les serre-fines, dans le service de M. Ricord. Dans le troisième cas, c'était un enfant de trois ans et demi qui pissait dans son prépuce. J'ai eu beaucoup de peine à faire la circoncision, et je n'ai pu obtenir la réunion immédiate.

M. CHASSAIGNAC. La suture ou les serre fines donnent-elles le même résultat? Quant à moi, je n'ai eu recours jusqu'ici qu'à la suture avec des fils, et j'ai toujours obtenu de bons résultats.

M. BLOT. La perfection des sutures a une grande influence sur le résultat. Si, dans les hôpitaux, on observe des mortifications, c'est que les serre-fines ne sont pas égales en pression. Dans leur application, il ne faut, en outre, les placer ni trop haut ni trop bas, si l'on veut compter sur un résultat favorable.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un de nos très-distingués confrères, M. Charles Londe, membre de l'Académie de médecine (section d'hygiène et de médecine légale), auteur d'un *Traité d'hygiène* qui est entre les mains de tout le monde, et l'un des plus anciens collaborateurs de la *Gazette des Hôpitaux*. M. Londe est décédé jeudi dernier 16.

Ses obsèques auront lieu aujourd'hui à 1 heure précise.

— Le 23 mars 1863, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour deux places de médecin de cet hôpital.

Les médecins nommés remplissent les fonctions de suppléants jusqu'à ce qu'ils succèdent, par rang de nomination, aux médecins titulaires, dont le service a une durée de dix années.

Pendant tout le temps de leur suppléance, ils sont tenus de prendre le service auquel ils sont appelés, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à l'hôpital de la Croix-Rousse, soit à l'hospice de la Charité.

Leur traitement est fixé comme il suit :

Hôtel-Dieu, 600 fr., honoraires fixes, et 600 fr. pour droit de présence, attribués au suppléant qui fait le service du titulaire, malade ou empêché. Toutefois, si un médecin titulaire est chargé d'un service à l'hôpital de la Croix-Rousse, le suppléant qui le remplace à l'Hôtel-Dieu y reçoit le traitement complet de titulaire.

Hôpital de la Croix-Rousse, 1,800 fr. attribués intégralement au médecin de service, qu'il ait rang de titulaire ou de suppléant.

— Le jury du concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon, qui s'ouvrira le 27 courant, est ainsi composé : MM. Desgranges, Berne, Rollet, Socquet, Vernay, Bonnaric et Chatin.

— M. Fort, interne à l'hôpital de la Charité, commencera un cours complet d'anatomie et de dissection le 17 novembre 1862, à quatre heures, et le continuera tous les jours à la même heure, rue de l'Ecole-de-Médecine, 62, dans son amphithéâtre.

Un cours de pathologie interne et externe sera commencé le même jour, à deux heures, et continué tous les jours, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Principes de pathologie générale, par M. P. Em. CHAUFFARD, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. Un fort vol. in-8° de 750 pages. Prix : 3 fr. — Paris, chez F. Chamerot, libraire, rue du Jardinet, 13.

Des Paralysies sans lésions matérielles appréciables, par M. le docteur Gustave KRANS. Un vol. in-8°, 1862. Prix, 5 fr. 50. — Paris, chez Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 30.

De la cure radicale des tumeurs et des fistules lacrymales, etc., à l'aide de la méthode galvano-caustique, par M. le docteur TAVIGNOT, professeur d'ophthalmologie. Brochure in-8°. Prix : 2 fr. Chez Asselin, libraire, 4, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 19 OCTOBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Des communications faites dans cette séance deux seulement ont un intérêt qui nous touche, celle de M. le docteur Grimaud (de Caux) sur la présence du carbonate de chaux dans les eaux publiques, et celle de M. de Luca, relative à l'action du haschisch sur l'organisme. On trouvera dans le compte rendu la relation de la curieuse expérience que M. de Luca a faite sur lui-même avec le haschisch. Nous n'avons à nous occuper ici que du sujet de la lecture de de M. Grimaud.

Une opinion s'est manifestée dans ces derniers temps touchant le rôle des sels de chaux dans les eaux potables. Quelle est la valeur de cette opinion? C'est ce que M. Grimaud (de Caux) s'est proposé d'examiner.

L'opinion en question est fondée sur cette considération tirée de la pathologie et de la thérapeutique, savoir: que les carbonates calciques, agissant en saturant les acides de l'estomac et en stimulant sa membrane muqueuse, sont journellement prescrits avec avantage pour combattre les embarras gastriques et les aigreurs d'estomac; et sur des expériences physiologiques qui ont montré que chez certains animaux la nutrition ne se faisait d'une manière complète qu'autant qu'on mélangeait une faible quantité de carbonate de chaux aux aliments.

Peu satisfait de ces considérations, qui ne lui ont paru répondre qu'à des indications spéciales, à des conditions pathologiques, c'est-à-dire exceptionnelles, M. Grimaud (de Caux) s'est demandé si la présence des carbonates calcaires dans les eaux destinées à l'alimentation ne serait pas, pour la généralité des hommes, plus nuisible qu'utile.

Pour éclaircir ce doute, il n'a pas cru nécessaire de recourir à tout un système nouveau d'expérimentations et à l'appareil obligé de longues colonnes statistiques. Un seul fait lui a paru suffire pour sa démonstration. Ce fait, il l'a emprunté à la thèse de M. Guérard pour le concours de la chaire d'hygiène en 1852. « Le bicarbonate de chaux, dit M. Guérard, tant qu'il ne dépasse pas la dose de 5 dix-millièmes, est regardé comme un élément utile dans certaines conditions de la digestion stomacale: néanmoins, il est des personnes qui se trouvent incommodées de l'usage des eaux chargées, même assez légèrement, de ce sel. Je connais une famille dont le chef, pendant un séjour de plusieurs années à Dieppe, où le retenaient ses fonctions, ne put se soustraire aux dérangements de santé que lui causait l'usage des eaux calcaires fournies par les fontaines de cette ville, qu'en s'astreignant à ne les employer qu'après les avoir fait soumettre à l'ébullition. »

Nous nous associons aux justes défiances exprimées par M. Grimaud à l'égard des conclusions trop hâtives tirées de faits particuliers ou d'expériences physiologiques incomplètes. Mais nous resterons, pour des motifs analogues, sur la même réserve par rapport à ses propres conclusions, qui tendraient à fonder sur un seul exemple, qui pourrait bien n'être que le fait d'une disposition idiosyncrasique, la nocuité d'une proportion même minime de carbonate de chaux dans les eaux potables.

Ceci n'est d'ailleurs qu'un point dans la grande question des conditions constitutives d'une bonne eau potable qui a été récemment l'objet d'importants travaux et de vives discussions. Ce serait cette question tout entière qu'il faudrait examiner. Peut-être le ferons-nous un jour (1). — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Observation d'ictère grave.

(Rédigée par M. T. LOFFEL, élève du service.)

Le 19 septembre 1862 est entré à l'hôpital Saint-Louis le nommé Michel G..., journalier, âgé de vingt-cinq ans, service de M. Bazin, salle Saint-Victor, nº 26.

Ce malade est d'un tempérament nerveux et d'une constitution sèche. Interrogé sur ses antécédents de famille, il répond que ses père, mère et frères sont en bonne santé. Quant à lui, il a toujours vécu à la campagne, qu'il a quittée il y a six mois seulement, pour venir travailler à Paris. Il a toujours habité un logement salubre et suivi un bon régime. Jamais il n'a éprouvé d'accidents de scrofule ni de syphilis. Seulement il est sujet aux migraines. Il n'a d'ailleurs eu aucune maladie sérieuse avant d'éprouver les atteintes de l'affection pour laquelle il est venu réclamer nos soins.

Il fait remonter à huit jours le début de l'affection dont il est atteint (ce n'est du moins que depuis ce laps de temps qu'il s'en est aperçu). Pensant que la coloration jaune qu'il remarquait ne tenait qu'à un trop-plein de bile (*sic*), il se purgea avec de l'aloès; mais voyant que malgré cette médication la teinte devenait de plus en plus foncée, il se décida à se présenter à la consultation.

Voici ce que l'on remarque sur ce malade :

La face, les sclérotiques, les muqueuses et toute l'enveloppe cutanée, présentent une teinte jaune paille sensiblement uniforme. Le malade accuse, en outre, de la douleur dans l'hypochondre droit. M. Bazin diagnostique un ictère (mais sous réserves quant au pronostic).

Or quelle pouvait en être la cause? Une frayeur vive ou une colère violente? Mais le malade, interrogé à ce sujet, répond n'avoir eu aucun sujet de frayeur; il n'a eu qu'à se louer, dit-il, des procédés de ses compagnons. Une mauvaise nourriture? Mais il n'a cessé de se bien nourrir et d'habiter un logement sain. Une émotion vive? Il résulte des déclarations mêmes du malade que le chagrin d'avoir perdu de proches parents qu'il aimait, d'être éloigné de son pays, etc., peut avoir engendré l'affection. Cette hypothèse pouvait donc être admissible.

Le 20, M. Bazin prescrit de la tisane de chiendent avec réglisse, et contre l'hépatite commençante (que la percussion révèle d'une manière manifeste) 15 sangsues sur l'hypochondre droit.

Le 21, amélioration presque nulle; pouls à 78; la douleur persiste. La percussion n'indique pas de changement. Peu d'appétit. — Tisane *ut suprà* et une portion.

Du 22 au 25, les choses restent dans cet état, et le 25, voyant que la teinte ictérique et la douleur du foie ne font qu'augmenter, M. Bazin prescrit un bain simple et de la tisane de pensée sauvage nitrée.

Du 25 au 29, l'état du malade va en empirant : le pouls est monté à 90. L'appétit est nul. On supprime la portion.

Le 29, aggravation notable. Le malade a passé une mauvaise nuit. Il a eu du délire, et il est très-agité. Ses urines ont toujours donné avec l'acide azotique un précipité vert, mais jamais peut-être à un aussi haut degré. Ses selles sont semblables à de l'argile. L'intelligence est cependant assez nette. Pouls à 95. — Cataplasme sur l'hypochondre droit et deux pots de limonade sucrée.

Le 30, l'état empire encore; pouls à 102; moins de netteté dans les réponses. — Même prescription.

Le 1er octobre, délire. Commencement de l'état comateux. — Vésicatoire à la région hépatique; une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 2, l'état du malade s'aggrave encore; les mâchoires sont si serrées qu'on ne peut introduire une goutte de liquide dans la bouche. Le malade s'agite violemment; pouls à 128. Après la visite, il est pris d'une telle crise qu'il paraît sur le point d'expirer. La respiration reparaît au bout de peu de temps.

Le 3, le même état persiste. A une heure de l'après-midi, le malade meurt.

Autopsie faite le 4 octobre, vingt-quatre heures après la mort.

Teinte ictérique générale.

Cavité thoracique. — Pas d'épanchement dans les plèvres; les poumons sont sains, à l'exception du lobe inférieur du poumon droit, qui est congestionné.

Le cœur est hypertrophié. Une section, faite perpendiculairement aux cloisons, fait voir les colonnes charnues volumineuses, mais les cavités ne contiennent aucun caillot, pas plus que les vaisseaux attenant au cœur.

Le foie offre une coloration rouge foncé, mais sans présenter la lésion des cellules hépatiques que quelques auteurs ont donnée comme caractère de l'ictère grave. Le lobe moyen est congestionné; rien à noter quant aux canaux cholédoque, hépatique et cystique.

Cavité abdominale. — Les reins, les intestins et tous les organes abdominaux ne présentent rien d'anormal.

(1) Nous saisissons cette occasion pour signaler parmi les publications les plus récentes sur ce sujet une excellente brochure de M. le docteur Linas, intitulée : *les Eaux de Paris étudiées au point de vue de la santé publique.* In-12. Paris, 1862, chez Dentu, libraire-éditeur, Palais-Royal.

FEUILLETON.

Une épidémie morale en Savoie.

A dæmone nulla.

Dans l'ancienne province du Chablais et aujourd'hui dans l'arrondissement de Thonon (Haute-Savoie), se trouve une commune de deux mille habitants qui a nom Morzines. Située à l'extrémité sud de la vallée d'Aulph, elle n'est séparée du Valais que par une montagne; son altitude est de 1,500 mètres environ, son climat est rude, sa végétation tardive. L'habitant est très-pauvre : relégué avec toute sa famille dans la salle basse d'un chalet misérable, il vit dans un état permanent de demi-asphyxie auprès d'un poêle de fonte chauffé jusqu'au rouge. Sa nourriture se compose de pain d'orge, de pommes de terre et de viande fumée, et pour boisson il n'a que de l'eau toujours très-froide. La population a un aspect général chétif, le tempérament lymphatico-nerveux prédomine, l'enfance est difficile et maladive, la fécondité des ménages très-grande, l'âge adulte prématurément décrépit, la vieillesse rare.

Les habitants de Morzines sont doux, honnêtes, entêtés, très-dévots, invinciblement entraînés vers le merveilleux; peu intelligents déjà, leur jugement est encore obscurci par une foule de croyances absurdes. Vers le milieu du seizième siècle, « les sorciers y étaient si épais qu'on ne pouvait les dénicher. »

Au mois de mars 1857, des accidents d'apparence extraordinaire se manifestèrent chez deux petites filles très-pieuses, blondes, malingres, mais cependant jusque-là bien portantes. Les accidents dégénérèrent bientôt en véritables crises convulsives, accompagnées de phénomènes que personne, au dire des gens de la localité, ne put ni comprendre ni expliquer, et qui, gagnant de proche en proche, s'emparèrent d'un grand nombre d'enfants, de jeunes filles et de femmes. D'après des témoins — probablement assez peu dignes de foi — ces enfants, pendant leurs crises, parlent la langue française avec une facilité surprenante, ou répondent en allemand ou en latin, perdent toute affection de famille, sont d'une insolence inouïe, d'une impiété dépassant toutes les limites, d'une force physique capable d'en imposer à quatre hommes, et on les voit grimper en un clin d'œil à la cime des arbres, « y faire la culbute ou bien sauter de là à un autre arbre éloigné de plusieurs mètres, en descendre la tête en bas, etc. » En sept mois, 27 personnes furent atteintes; sur ce chiffre, 17 furent guéries par la vertu des exorcismes. On exorcisa constamment et partout, à ce point que les animaux malades furent eux-mêmes reconnus possédés, puis exorcisés! L'autorité ecclésiastique était aux abois.

Quelques enfants guérirent spontanément; d'autres cédèrent à des menaces de mort ou à des promesses.

A la fin de l'année 1860, le nombre total des malades ayant eu des crises convulsives s'élève à 110. Le ministre de l'intérieur s'en émeut, et le 26 avril 1861, M. le docteur Constans, inspecteur général du service des aliénés, arrive à Morzines chargé d'une mission officielle. Notre honorable et savant confrère, ainsi qu'il vient de le relater dans un rapport fort curieux (1), trouve la population entière dans un état de profonde dépression : chacun s'attend à être envahi par quelques diables. Le conseil municipal, presque à l'unanimité, croit de son devoir d'informer M. Constans que s'il n'apporte que des remèdes *naturels,* il ne réussira point à faire disparaître la maladie. Une profonde irritation règne dans le cœur de tous contre les *sorciers auteurs du mal.*

M. Constans entreprend aussitôt des recherches multiples et rencontre encore 64 malades à Morzines, la plupart célibataires, hystériques, gastralgiques, aménorrhéiques, dysménorrhéiques, chloro-anémiques ou scrofuleuses; leur appétit est capricieux, leur sommeil inconstant et léger. Paresseuses, loquaces, exaltées et fantasques, elles se réunissent entre elles, jouent aux cartes, s'excitent mutuellement et masquent l'insuffisance de leur alimentation par un usage immodéré de café noir. Pour elles, tout est une occasion de crises, mais rien ne les produit plus sûrement que lorsqu'on vient à mettre en doute leur *possession;* elles se donnent alors en spectacle et s'ébattent.

La crise est annoncée par des bâillements, des pendiculations, quelques tressaillements, des mouvements saccadés et choréiformes, des alternances de dilatation et de contraction des pupilles, et par un certain air effaré; les cris, les vociférations, les jurements surviennent; la physionomie s'injecte, se revêt de l'expression de la fureur; la respiration est haletante, les mouvements, bornés d'abord aux parties supérieures, gagnent successivement le tronc et les extrémités; l'agression commence : meubles, chaises ou tabourets sont lancés sur les assistants; puis les convulsionnaires se précipitent sur leurs parents ou sur les étrangers, les frappent, se frappent elles-

(1) *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie.* Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, une brochure de 106 pages.

La vessie est pleine d'urine contenant tous les principes colorants de la bile.

Encéphale. — Entre le crâne et la dure-mère se trouve une grande quantité de sang noir et décomposé.

La calotte crânienne enlevée laisse à nu les granules de Pacchioni tellement hypertrophiés et brisés qu'on pourrait au premier abord en croire le nombre doublé.

La dure-mère, colorée en jaune, laisse échapper encore une quantité notable de sang noir.

Quant au cerveau, il est anémié. Les ventricules, le corps calleux et toutes les autres parties ne présentent aucune altération. Il en est de même du cervelet.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Rien ne pouvait faire prévoir tout d'abord chez ce malade une terminaison funeste. La teinte ictérique, que certains auteurs ont signalée comme étant toujours plus foncée dans cette forme que dans la forme simple, n'avait rien d'extraordinaire. Ce n'est qu'après la mort que s'est montrée la teinte terreuse dont parlent les auteurs.

M. Bazin a dû garder des réserves pour ce qui regardait le pronostic; cependant l'émotion morale vive dont parlait le malade, et qui est à coup sûr une des principales causes de l'ictère grave, lui faisait concevoir des craintes à ce sujet.

L'autopsie même n'a rien montré de particulier, et c'est même par là qu'elle mérite l'attention. La destruction des cellules hépatiques, cette lésion constante de quelques auteurs, ne se faisait remarquer nulle part. Enfin, nous devons noter que la rapidité de la marche de la maladie, contre laquelle toutes les médications sont restées impuissantes, et l'état comateux qui s'est emparé du malade, et qui ne l'a pas quitté jusqu'à la mort, sont bien certainement des accidents propres à l'ictère grave, et qui ne se rencontrent jamais dans la forme bénigne.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Leçons cliniques sur les différentes applications de la méthode galvanocaustique oculaire.

(Premier article sur les tumeurs et les fistules lacrymales.)

L'appareil instrumental que nous utilisons dans nos opérations galvanocaustiques se compose :

A. D'instruments que nous allons désigner sous des noms spéciaux ;

B. De la pile à pédale perfectionnée ;

C. Des substances nécessaires à l'action de la pile elle-même.

§ I. *Instruments spéciaux.* — Ce sont les suivants :

1° Deux rhéophores simples auxquels s'adaptent à volonté, à l'aide d'un pas de vis A, des aiguilles ordinaires pour l'opération de la cataracte; B, des stylets en platine pour la cautérisation de dedans en dehors des conduits lacrymaux.

2° Un rhéophore double propre à recevoir, selon que besoin est, soit un cautère en platine, soit une aiguille d'acier, lesquels sont utilisés dans les opérations suivantes :

La cautérisation superficielle de la muqueuse palpébrale hypertrophiée ou granuleuse ;

La cautérisation interstitielle des paupières dans l'entropion ;

La cautérisation superficielle du muscle opposé à la déviation dans le strabisme passif ;

La cautérisation des kystes et des tumeurs des paupières ;

La création d'une pupille artificielle ;

La destruction de la capsule antérieure du cristallin dans les cataractes adhérentes.

Dans ces dernières opérations, le cautère en platine et l'aiguille d'acier sont revêtus d'une triple couche de collodion, afin de protéger les lèvres de la plaie faite tout d'abord à la cornée avec le kératotome ordinaire.

3° Une pince à crochets pour saisir les muscles paralysés dans le strabisme passif.

4° Une pince à entropion dont les branches sont percées de trous qui se correspondent.

5° Une pince à anneau pour les kystes et les tumeurs des paupières.

§ II. *Pile à pédale perfectionnée.* — J'ai été frappé avec le temps de quelques-uns des inconvénients que présente la pile Grenet, et je me suis attaché à les faire disparaître.

Dans la pile Grenet, en effet, les disques de charbon plongeant constamment dans le bain, finissent par se détériorer assez rapidement ; ajoutons en outre qu'ils s'encrassent encore plus vite de dépôts salins propres à entraver leur action.

Dans la pile nouvelle, au contraire, les disques de charbon basculent en même temps que les disques amalgamés de zinc et comme eux ne plongent dans le bain qu'à un instant donné, et pour le fonctionnement même de la pile. Ce fonctionnement n'a lieu, dans l'un comme dans l'autre cas, que par l'abaissement de la pédale.

A la pile proprement dite, nous avons ajouté comme accessoire sinon indispensable, au moins très-commode pour les opérations pratiquées en ville ou en province, une seconde boîte d'égale dimension et contenant dans son intérieur deux flacons de cristal qui reçoivent la quantité de liquide tout préparé pour le bain, c'est-à-dire deux litres à deux litres et demi.

§ III. *De la manière de préparer le liquide de la pile.* — On prépare de la manière suivante, comme l'indique M. Grenet, le liquide de la pile :

On verse dans son intérieur deux litres d'eau et trois décilitres et demi d'acide sulfurique à 66 degrés. L'eau s'échauffe très-sensiblement ; on ajoute alors 150 à 200 grammes de bichromate de potasse.

Quelques minutes après, la pile fonctionne.

Il est aisé de reconnaître à la teinte de la liqueur, surtout avec quelque habitude, son degré de saturation : on prend une soucoupe que l'on plonge dans le bain ; si le liquide est vert ou vert jaunâtre, il faut ajouter du bichromate de potasse et un peu d'acide sulfurique, jusqu'à ce que la solution prenne une *coloration jaune rougeâtre.*

Si en introduisant ensuite dans le bain une plaque de zinc amalgamée, on la retire enduite d'un dépôt visqueux d'une teinte jaunâtre et adhérant, cela indique qu'il y a excès d'acide sulfurique. On rend alors la liqueur plus limpide par une légère addition d'eau.

Il importe également d'entretenir en temps opportun le liquide du bain de bichromate et d'acide, pour l'empêcher de prendre la teinte verdâtre dont nous avons parlé.

On peut toujours, et avec avantage, au lieu d'ajouter isolément au bain ancien le sel de potasse, verser dans l'appareil une solution chaude et concentrée de ce même sel dissous jusqu'à saturation dans l'eau bouillante.

Des principales applications de la méthode galvanocaustique oculaire.

J'ai fait subir, dans ces dernières années, à ma méthode galvanocaustique de 1857 divers perfectionnements que l'expérience m'a démontrés nécessaires ; ce sont eux qui ont permis à la méthode elle-même d'arriver au degré de précision et d'efficacité qu'elle présente aujourd'hui, ainsi qu'il est facile de le constater en nous suivant dans les différentes applications que nous en avons faites :

1° Au traitement des tumeurs et des fistules lacrymales ;

2° A l'opération de la pupille artificielle ;

3° A la guérison des cataractes adhérentes.

§ I. *De la méthode galvanocaustique appliquée aux tumeurs et aux fistules lacrymales.* — L'occlusion des conduits lacrymaux peut être obtenue par trois procédés différents :

Par l'excision palpébrale ;

Par la cautérisation antéro-postérieure ;

Par la cautérisation de dedans en dehors.

Ces trois manières de faire m'ont fourni des guérisons nombreuses que j'ai fait connaître dans diverses publications (1).

J'aurais pu assurément, et à l'exemple de M. Velpeau, me fixer à l'excision palpébrale, me contenter surtout de la cautérisation galvanique antéro-postérieure des conduits, car, certes, il y avait dans ces deux modes opératoires assez de succès à obtenir pour ne pas se montrer plus exigeant.

Cependant, j'avais écrit en 1858 les quelques lignes suivantes, qui créaient d'elles-mêmes, en théorie du moins, un procédé encore plus simple que les deux précédents. Voici ces lignes :

» Pour obtenir d'emblée cette occlusion des conduits, je vais » faire plus, c'est-à-dire substituer à l'excision la cautérisation galvanique à l'aide de fils de platine introduits jusqu'au sac, puis » chauffés à blanc (2).

A dire vrai, la réalisation matérielle de cette idée me semblait, *à priori*, des plus simples. Toutefois, il n'en fut pas ainsi, et M. Mathieu lui-même, dont l'esprit est assez ingénieux, ne put rien trouver en fait d'instruments propres à réaliser la cautérisation galvanique pratiquée de dedans en dehors.

Ce fut alors que, faute de mieux, je mis en usage la cautérisation antéro-postérieure, en me servant d'une tige de platine formée par deux branches adaptées au rhéophore double.

Un peu plus tard, et comme par hasard, j'ai découvert l'appareil propre à mettre en pratique mon idée première, consistant à cautériser les conduits lacrymaux de dedans en dehors. Je l'ai utilisé depuis avec un succès constant; c'est donc lui que je tiens surtout à faire bien connaître dans tous ses détails.

De la cautérisation galvanique des conduits lacrymaux pratiquée de dedans en dehors.

Pour pratiquer de dedans en dehors la cautérisation galvanique des conduits lacrymaux, il faut avoir à sa disposition deux rhéophores simples, terminés, l'un par un stylet droit, l'autre par un stylet courbe. Par leur volume, ces stylets sont aptes à pénétrer jusqu'au sac lacrymal : le stylet droit par le conduit supérieur et le stylet courbe par le conduit inférieur.

L'opération peut être pratiquée indifféremment par rapport sur les deux conduits pendant la même séance ou successivement sur l'un et l'autre conduits, en laissant quelques jours d'intervalle entre chaque cautérisation.

Ce n'est là, selon moi, qu'une question de convenance, soit pour le malade, soit pour le médecin.

Les manœuvres opératoires sont les suivantes :

Premier temps. — Le chirurgien tenant l'un des rhéophores d'une main, pendant que l'autre est entre ses dents, fait pénétrer le stylet courbe dans le conduit lacrymal supérieur jusqu'à 5 ou 6 millimètres de profondeur.

Deuxième temps. — En même temps qu'il abaisse avec le pied la pédale de la pile, l'opérateur met en contact et à angle droit le stylet du rhéophore resté libre avec celui qui est engagé dans le conduit. A ce contact, qui a lieu presque au niveau du bord palpébral, les deux stylets deviennent incandescents : le dernier inutilement sans doute, mais le premier fort à propos pour la désorganisation du conduit lacrymal que l'on voulait obtenir.

Troisième temps. — On rompt le contact des stylets en même temps que la pédale de la pile est laissée libre ; il ne reste plus qu'à dégager l'instrument pour terminer la première partie de l'opération.

La seconde partie de l'opération, qu'elle soit exécutée de suite ou remise à un autre jour, n'est elle-même que la première répétée sur le conduit lacrymal inférieur.

Une autre manière plus expéditive de procéder à la cautérisation galvanique des conduits lacrymaux est la suivante : l'un et l'autre stylets des rhéophores sont introduits successivement dans les conduits lacrymaux jusqu'au sac ; dès qu'on a constaté par la sensation métallique le fait de leur contact, on met la

(1) Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1856, et *Revue de thérapeutique*, 1862.
(2) Voy. *Gazette des Hôpitaux*, n° 134, p. 536, 1858.

mêmes, se meurtrissent la poitrine ou le ventre, se tournent, se retournent, se renversent en arrière et se relèvent comme par une détente de ressort. Aucun érotisme ne se mêle à l'idée de possession démoniaque ; les malades ne profèrent jamais de mots obscènes et ne font point de gestes lubriques. Dans leurs mouvements les plus désordonnés, elles ne se découvrent pas. Cette crise dure de dix à vingt-cinq minutes, et pendant ce temps le pouls se concentre, les battements du cœur restent normaux ; les mains sont glacées ; les pieds se refroidissent. Vers le déclin de l'accès, le bruit s'apaise, les mouvements deviennent moins rapides ; quelques gaz s'échappent par la bouche ; les malades promènent avec étonnement les regards autour d'elles, arrangent leurs cheveux, ramassent leur bonnet, boivent quelques gorgées d'eau, et reprennent leur ouvrage, tout en déclarant qu'elles n'éprouvent aucune lassitude et qu'elles ne se souviennent de rien. Cette dernière assertion est loin d'être toujours sincère.

Les possédées de Morzines « entendent et voient parfaitement, dit M. Constans, puisqu'elles répondent aux questions ou reconnaissent les personnes qui les approchent quand leur crise est commencée, et ferment les yeux dès qu'elles les croient menacés par un objet quelconque. En général, quand elles se jettent à terre, elles savent très-bien choisir l'endroit où elles vont tomber, et j'ai souvent répété l'expérience suivante : Je feignais de poser mon pied par mégarde sur une de leurs mains, ou bien, quand elles frappaient le sol à coups redoublés, je poussais une pierre à l'endroit où elles frappaient ; jamais aucune n'a manqué de retirer sa main ou de frapper à côté de la pierre, et les femmes grosses ont grand soin de ne pas se donner de coups sur le ventre. »

Les unions consanguines sont extrêmement fréquentes à Morzines : sur 81 mariages célébrés dans l'espace de huit ans, 19 ont nécessité des dispenses. M. Constans n'a pas vu un seul sourd-muet ou aveugle de naissance, mais il a observé six idiots, cinq imbéciles, trois rachitiques bossus ou plus ou moins contrefaits, deux pieds bots et un boiteux. En outre, sur les 120 convulsionnaires de l'épidémie de 1857-1861, 59 ont eu ou ont encore des parents atteints de divers états névropathiques mal définis, mais réels, ou sont affectés de lésions pathologiques capables de se transmettre par la voie générative.

M. Constans pense que beaucoup de ces malades peuvent être considérées comme irresponsables des actes accomplis pendant leurs crises. Il y a là une erreur ou tout au moins une exagération. Ainsi que nous l'avons antérieurement établi dans une appréciation médico-légale d'un procès célèbre (1), l'hystérie d'une faible et même d'une moyenne intensité laisse presque toujours l'intelligence intacte, n'enlève en aucune façon la conscience des actes et ne saurait créer un titre à l'indulgence d'un tribunal. L'hystérie, élevée à une haute puissance, entraîne une atténuation de responsabilité, mais ce n'est que dans des cas prodigieusement rares que la névrose est appelée à jouir de l'exonération absolue de toute pénalité.

Avant l'arrivée de l'inspecteur général du service des aliénés, le traitement des malades avait consisté dans l'intimidation paternelle, les exorcismes, les pèlerinages et le magnétisme. « J'ai voulu, dit M. Constans, expérimenter quelques médicaments, mais ma tentative a été sans succès ; les convulsionnaires étaient tellement persuadées que tout médicament devait leur être plus nuisible qu'utile, que celles qui consentaient à essayer quelque chose accusaient des souffrances *atroces* après la moindre cuillerée d'une simple potion calmante. » Notre habile confrère modifia alors sa tactique, et toute sa thérapeutique se borna aux prescriptions que voici : changement du curé de Morzines, envoi d'une brigade de gendarmerie et d'un détachement d'infanterie. La population fut intimidée, et l'épidémie finit par disparaître.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 13 décembre 1859.

La thérapeutique de M. Constans a été ingénieuse et efficace sans aucun doute, mais il y avait moyen de se passer de l'intervention de la force publique. Plusieurs femmes appartenant à une communauté se mirent un jour à tomber successivement d'épilepsie ; Boerhaave survint, fit allumer un grand feu, et déclara qu'il y jetterait la première d'entre elles que surprendrait une crise. La propagation convulsive fut arrêtée à l'instant même. Si j'avais eu l'honneur d'être à la place de M. Constans, — qui a d'ailleurs rempli sa mission avec une convenance parfaite et une grande intelligence, — j'aurais fait fouetter les hystériques de Morzines en plein midi, sur la place publique et en présence de tous les garçons du village. La seule menace du procédé opératoire aurait peut-être suffi, mais à coup sûr la première *exécution* eût été un spécifique infaillible.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les médicaments topiques, les bandages, les appareils de fractures et des affections articulaires, l'application des bandages herniaires et des pessaires, les pansements des plaies, des hémorrhagies, de la gangrène, des brûlures, des ulcères, la rubéfaction, la vésication, la cautérisation, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc. 1860, 3e édition, refondue. Un volume grand in-18 de 716 pages, avec 307 figures; par M. A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux, etc. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

pile en action ; la cautérisation des conduits lacrymaux est alors plus étendue et plus complète, puisqu'elle s'étend du sac au point lacrymal lui-même.

Ainsi qu'on vient de le voir, il n'y a pas d'hésitation possible dans les manœuvres opératoires : toute fausse route dans le tissu palpébral est impossible, et la cicatrice que l'on obtient est telle en profondeur, que l'on n'a plus à redouter, soit sa déchirure, soit son ulcération ultérieure.

J'ai dit et je répète que les suites de l'opération, telle que nous venons de la faire connaître, sont encore plus simples, si c'est possible, que l'opération elle-même. Disons mieux : l'opération n'a pas de suites à proprement parler; elle n'exige aucun pansement; elle n'astreint même pas l'opéré à garder la chambre, et toutes mes prescriptions se bornent à ceci :

S'abstenir de presser sur le sac, pour ne pas déchirer la cicatrice naissante, et priser une poudre au calomel pour agir sur la muqueuse naso-lacrymale.

Que le sac soit plus ou moins enflammé ainsi que le tissu cellulaire ambiant, qu'il existe un ou plusieurs trajets fistuleux, à dire vrai, je m'en préoccupe peu, depuis que l'expérience m'a démontré que, en dépit de tous les raisonnements contraires, la nature seule amène la guérison de ces diverses complications, dès que le cours des larmes est rompu par l'occlusion même des conduits. Réaliser l'occlusion des conduits, tout est là. Or on vient de voir à quel degré de précision est arrivée entre nos mains cette opération, qui paraissait si difficile à conduire à bonne fin, malgré son apparente simplicité.

La méthode galvanocaustique, telle que nous venons de la décrire, n'exige pour être mise en pratique qu'une habileté opératoire des plus vulgaires. Il est bon, néanmoins, que le chirurgien encore peu expérimenté en cette matière n'oublie pas que la cautérisation doit être suffisante pour amener l'oblitération, sans être portée au point de désorganiser le conduit lui-même dans toute son épaisseur.

Pour moi, que l'examen attentif d'un grand nombre de faits, non moins que l'expérience acquise dans l'exécution successive des trois procédés d'occlusion, rend assez compétent en pareille matière, je n'hésite pas à formuler les deux axiomes suivants, comme servant de base à notre méthode thérapeutique :

Oui, on peut toujours obtenir l'occlusion définitive, l'occlusion absolue des conduits lacrymaux;

Non, il n'y a pas de tumeur ou de fistule lacrymale possible après l'occlusion réalisée de ces mêmes conduits lacrymaux.

J'ajouterai, enfin, que s'il était nécessaire autrefois, ainsi que je l'ai dit ailleurs, — et j'en ai fait une condition *sine qua non* de succès, — de revenir une seconde ou même une troisième fois à l'excision palpébrale ou à la cautérisation galvanique antéro-postérieure, il n'en est plus ainsi avec notre procédé actuel de cautérisation de dedans en dehors, lequel nous fournit des succès immédiats, des succès réellement improvisés, à tel point qu'au lieu de garder huit ou dix jours à Paris nos opérés de la province, comme c'était notre habitude, nous ne voyons maintenant nul inconvénient à les renvoyer le jour même de l'opération, pour peu qu'ils manifestent ce désir.

Il nous a paru utile de diviser en deux catégories distinctes les observations que nous allons rapporter :

Les unes ne sont qu'un résumé de faits plus ou moins anciens, et elles sont destinées à prouver que nos guérisons obtenues à l'aide de l'occlusion des conduits lacrymaux sont réelles et bien définitives.

Les autres, plus détaillées, viendront surtout à l'appui des perfectionnements nouveaux que nous avons réalisés dans ces derniers temps.

C'est ainsi que nous nous proposons de répondre aux critiques que l'on nous a adressées, en nous efforçant de faire mieux connaître et la méthode elle-même et les résultats qu'elle nous a fournis. Et comme ce n'est pas, en définitive, tel ou tel procédé d'occlusion que l'on a discuté, mais bien la méthode par occlusion elle-même, on trouvera très-naturel de nous voir faire un instant abstraction de la valeur relative de chacun de nos procédés, pour ne mettre en relief que les guérisons obtenues, et persistantes depuis tant ou tant d'années.

A ce point de vue, les guérisons les plus probantes seront évidemment les guérisons les plus anciennes; c'est par elles que nous allons commencer.

DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE,

du choix et des conditions requises pour sa préparation.

Par M. le docteur G. BERTHAULD.

Depuis trente ou quarante ans, toutes les innovations thérapeutiques nous sont à peu près venues de l'Allemagne. Bien que l'huile de foie de morue fût employée de temps immémorial chez les gens du peuple, en Angleterre et en Hollande, ce fut aux travaux publiés en 1822 dans le *Journal de Hufeland*, par Schenck, que ce précieux médicament dut sa consécration thérapeutique. Les observations de Schenck avaient rapport à de jeunes enfants affectés de rachitisme et qui furent radicalement guéris. Bretonneau, en France, imitant les expérimentateurs allemands, reconnut bientôt l'action spécifique de l'huile de foie de morue dans les cas de ramollissement du tissu osseux, et son élève, M. Trousseau, ne tarda pas à déclarer « qu'il en obtenait des succès dont la rapidité dépassait son attente. »

On sait aujourd'hui combien l'usage de l'huile de foie de morue est devenu en quelque sorte populaire, toutes les fois qu'il s'agit de porter remède à un dépérissement constitutionnel, à une bronchite chronique et à une tuberculisation pulmonaire; aussi, comme l'a si bien dit M. Gibert à l'Académie de médecine, ce médicament possède-t-il « des qualités spéciales qui ne sauraient être suppléées par les prétendus succédanés proposés en ces derniers temps, etc. »

Cependant, il faut bien le reconnaître, on a souvent employé pour l'huile de foie de morue des modes défectueux de préparation, et les médecins ont pu souvent constater des dégoûts, des indigestions, de la diarrhée, et ces inconvénients ont nui dans une certaine mesure à la vulgarisation de l'agent thérapeutique. C'est bien le cas de rappeler ici à nos confrères qu'ils ont à se mettre sérieusement en garde contre tous les trafiquants, étrangers à la science pharmaceutique. Afin d'obvier à cet état de choses, un honorable pharmacien de Paris, M. Royer, qui a été l'un des premiers en France à s'occuper de la préparation de l'huile de foie de morue médicinale, s'est mis à faire préparer l'huile de foie de morue en Norvége d'après ses instructions, sur les lieux mêmes de la pêche, avec des foies récents et exclusivement pour l'usage médical. L'huile ainsi préparée est donc toujours fraîche, sans odeur ni saveur désagréables et d'une digestion facile : ces conditions tiennent à sa méthode d'épuration par l'appareil-filtre pneumatique, laquelle consiste à isoler la partie huileuse des matières organiques hétérogènes qui s'y trouvent en suspension, et à préserver l'huile du contact de l'air, afin d'éviter son oxygénation. Privée ainsi de son âcreté, elle conserve toutes ses propriétés et sa nuance naturelle, et se trouve la plus riche en principes médicamenteux.

Les analyses qui en ont été faites témoignent de sa supériorité, et comme il importe que tous les médecins aient l'attention fixée sur les falsifications si nombreuses de l'huile de foie de morue, nous les engageons à ne jamais perdre le souvenir des conclusions si sages du mémoire que M. Deschamps (d'Avallon), pharmacien en chef de la maison impériale de Charenton, a lu à l'Académie de médecine :

1° L'huile de foie de morue naturelle est presque incolore;

2° Sa saveur est douce et sans la moindre âcreté;

3° Son odeur est celle du poisson frais;

4° Les huiles du commerce n'ont donc la couleur brunâtre, l'odeur désagréable, la saveur âcre et acide, que parce qu'elles sont mal préparées, ou avec de vieux foies corrompus.

Nous le déclarons en terminant, l'huile de foie de morue de Royer, naturelle et épurée à froid, remplit les conditions requises, et il nous a paru sincèrement utile de le signaler, et de rappeler enfin les avantages incontestables de l'huile blanche sur l'huile brune, ainsi que sur toutes les huiles de foie de raie, de squale (chien de mer), et les huiles désinfectées que l'on a essayé de proposer dans ces derniers temps. Les minuties en thérapeutique sont souvent d'une importance considérable.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 octobre. — Présidence de M. VELPEAU, vice-président.

M. MILNE-EDWARDS présente la deuxième partie du VII[e] volume de ses *Leçons sur la physiologie et sur l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*. Dans ce fascicule, l'auteur traite des excrétions et des phénomènes de nutrition.

— M. OWEN fait hommage à l'Académie d'un opuscule *sur les caractères cérébraux de l'homme et du singe*.

— M. G. GRIMAUD (de Caux) lit un mémoire ayant pour titre : *De la présence du carbonate de chaux dans les eaux publiques*. (Voir le PREMIER-PARIS.)

— M. LANDOUZY présente au concours pour le prix de médecine et de chirurgie un mémoire imprimé sur la *pellagre sporadique*. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. J. WALLACE adresse de Belfast (Irlande), comme pièce de concours pour prix du legs Bréant, une note écrite en anglais sur les succès qu'il a obtenus dans le traitement du choléra-morbus d'une certaine préparation de café. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

— M. LE MINISTRE D'ÉTAT annonce que feu M. Desmazières (de Lambersart, près Lille) a légué à l'Académie une somme de 35,000 fr., dont le revenu annuel serait donné en prix à l'auteur français ou étranger du meilleur écrit sur la cryptogamie. (Renvoi à la commission administrative.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de l'auteur, M. Louis Boehm, professeur à l'université de Berlin, un ouvrage écrit en allemand, ayant pour titre : *Thérapie de l'œil au moyen de la lumière colorée.*

M. Cl. Bernard est invité à prendre connaissance de cet ouvrage, et à en faire l'objet d'un rapport verbal.

Action du haschisch sur l'économie. — M. S. DE LUCA communique sur ce sujet une note dont nous extrayons les passages qui suivent :

« Désireux d'éprouver sur moi-même les effets du haschisch, je saisis sans hésiter une occasion favorable qui venait de m'être offerte par un de mes amis qui en avait rapporté d'Orient une certaine quantité sous la forme d'extrait et de pâte sucrée. Je pris 2 ou 3 grammes de cette pâte, mais avec une grande indifférence et doutant toujours des effets merveilleux qu'elle devait produire.

» C'était dans le printemps de 1854, vers neuf heures du matin; peu après je me rendis au laboratoire de chimie du Collége de France, où je me mis à travailler comme d'habitude. Après un quart d'heure environ, je sentis un mouvement particulier dans les parties extrêmes du corps, mouvement qui se propageait de l'extérieur à l'intérieur; je sentais comme si quelque chose entrait par l'extrémité des doigts et se dirigeait progressivement et sans interruption vers le cerveau, sans cependant produire le moindre dérangement dans les facultés intellectuelles, ou la plus petite sensation de douleur. Je ne saurais caractériser cette sensation qu'en la comparant soit à celle que produisent les orties sur la peau, ou des fourmis qu'on laisserait monter en grand nombre sur le corps, soit à celle qu'on éprouve quand on frotte très-légèrement et superficiellement la plante du pied ou quelque autre partie délicate du corps; mais toutes ces comparaisons ne sont que des approximations et ne donnent pas une idée nette de la sensation qui se produit dans les premières périodes de l'action du haschisch sur l'organisme. Le mouvement dont il est question se manifeste d'une manière particulière; il est progressif, sans intermittence, et il ne produit aucune sensation douloureuse.

» Dans cette première période de l'action du haschisch, je sentais l'état anormal dans lequel je me trouvais, et j'en étais content; cependant je désirais continuer les travaux que j'avais commencés le jour précédent, mais je ne pus y parvenir, parce que les mains, par une action nerveuse particulière, ne se prêtaient pas pour exécuter des opérations délicates qui demandent ou du repos ou des mouvements précis. Je pris le parti de rentrer chez moi. A peine eus-je ouvert la porte qui donne dans la grande cour du Collége de France, que je vis les maisons s'éloigner de moi, ainsi que les personnes dont la voix m'arrivait aussi faible que si elle venait d'un endroit éloigné. Les distances me paraissaient très-grandes, et je me croyais soulevé du sol comme si je marchais dans l'air; cependant je remarquais que les personnes qui se trouvaient alors dans la rue et dans les magasins touchaient la terre avec leurs pieds, précisément comme si elles eussent été des êtres inférieurs à moi et incapables de s'élever du sol.

» Tandis que je me hâtais de rentrer chez moi, les distances me semblaient augmenter sans cesse, et je croyais ne pouvoir jamais arriver. En même temps, je raisonnais avec moi-même, et je disais : « C'est curieux, l'action du haschisch augmente les distances, affaiblit la voix, établit une supériorité sur les autres, et la personne qui est sous cette influence croit être soulevée du sol et marcher dans l'air.» Enfin j'arrivai à la maison, et à l'endroit où était la clef de mon logement je trouvai deux lettres à mon adresse, et je les pris.

» La concierge, qui me vit rentrer plus tôt que d'habitude, dit à son mari : « Mais le logement de M. de Luca n'est pas fait; » en l'entendant parler, je me dis : « Elle a changé de voix, » mais je m'empressai d'ajouter : « C'est l'effet du haschisch. » Je me dirige vers mon logement, j'ouvre la porte, je la ferme en laissant la clef en dehors. Mon premier désir fut d'ouvrir les deux lettres et de les lire; mais le mouvement nerveux dont j'ai fait mention m'en empêcha, et toutes les tentatives que je fis ne réussirent qu'à les faire passer entre mes mains et mes doigts, et à les tourner dans tous les sens pendant deux ou trois minutes. Enfin, saisi d'un suprême dédain pour les choses vulgaires, je jetai les deux lettres à terre en dédaignant de m'en occuper.

» Les idées arrivaient en foule à mon esprit, et devenaient claires et précises; le mouvement nerveux était plus sensible; une sensation agréable se manifestait partout, et je pris le parti de me mettre au lit après m'être débarrassé de mes habits. A peine entré dans le lit, il me sembla que les couvertures se tenaient à une certaine distance de mon corps en signe de respect, et que moi, sans le moindre contact avec elles, je me trouvais dans une atmosphère particulière de contentement et de plaisir. Je voyais dans ce moment-là, à ma grande satisfaction, tous les faits qui constituaient ma vie passée; mais les idées passaient si rapidement qu'il m'était impossible de pouvoir en fixer et en considérer une seule. Pendant ces instants, je me disais : « Si cet état pouvait durer continuellement, certains rêves des poëtes seraient avérés; nous serions tous contents, nous n'aurions rien à désirer, et nous pourrions contempler avec joie les faits qui nous sont propres. »

» La netteté des idées ne s'affaiblit aucunement pendant la durée de cette action, l'esprit cherche même à retrouver la vérité et à la corroborer de preuves pour la rendre plus acceptable et pour la faire mieux connaître. En effet, pendant que je me trouvais au lit sous cette influence, il me passa par l'esprit un doute. Je me disais : « Tu crois être à la maison et tu es peut-être au laboratoire occupé comme d'habitude à tes travaux; » mais ce doute passa comme un éclair, parce qu'en même temps mille raisons se présentèrent à moi pour me convaincre que j'étais réellement à la maison et pas ailleurs, car je pouvais me lever du lit et marcher, ce que je fis; je pouvais me remettre au lit, et je m'y remis après avoir examiné mes habits, regardé les deux lettres qui se trouvaient à terre et observé que la porte était fermée et la clef au dehors. A peine au lit, les couvertures se tinrent de nouveau à distance et cette même atmosphère agréable continua à m'entourer.

» Cette action dura environ quatre heures, et vers la fin les idées se succédaient avec moins de rapidité, les distances diminuaient, les couvertures du lit se rapprochaient respectueusement de moi, le mouvement nerveux disparaissait, enfin tout revint à l'état naturel, et alors la seule chose que j'observai ce fut que mes lèvres n'étaient pas si humides que d'habitude.

» L'action du haschisch sur l'organisme vivant varie suivant le tempérament et la sensibilité des individus; les femmes et les enfants sont très-sensibles à cette action; l'homme et les adultes, à doses égales, la ressentent moins. Cependant tout le monde est d'accord pour attribuer aux personnes qui sont sous l'influence du haschisch la faculté de voir les objets plus loin qu'ils ne sont, de sentir la voix faible et comme venant de loin, de se croire soulevées du sol, de dédaigner les choses qui les environnent, de se complaire dans ses propres faits, de se rappeler les choses oubliées, d'avoir les idées claires et nettes, de prendre une attitude de dignité et de supériorité et d'éprouver un contentement tout particulier. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 7 août 1862. — Présidence de M. DUPERTUIS, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

NOMINATION.

Sur sa demande, M. Duhamel, ancien membre et ancien vice-président de la Société, est nommé membre honoraire.

De l'abus des opérations en ophthalmologie. — M. MAGNE, à l'occasion du procès-verbal, insiste sur ce fait, que depuis quelques années on semble abuser des opérations qui se pratiquent sur les yeux. Pour sa part, il repousse toute complicité avec les partisans de

cette nouvelle école. M. Magne pense que la chirurgie des yeux doit être comme celle qui se pratique sur les autres organes, essentiellement conservatrice. Il se félicite de voir partager l'opinion qu'il professe depuis longtemps, par un oculiste en grande réputation à Paris.

Péritonite aiguë guérie par l'application prolongée de la glace. — M. MASSON, aussi à l'occasion du procès-verbal, revient sur la question qu'il a traitée dans la dernière séance.

Cette question, dit-il, a été soulevée d'une manière incidente, après la relation d'un cas de péritonite aiguë guérie par l'application prolongée de la glace. Ayant ajouté que la pensée de recourir à ce moyen si peu usité m'avait été suggérée par un article de la *Gazette des Hôpitaux*, dans lequel deux de nos confrères affirmaient avoir obtenu plusieurs succès par ce mode de traitement, à propos de fièvres puerpérales, quelques-uns d'entre vous ont protesté, disant que les auteurs de cet article avaient fait confusion et pris une péritonite simple pour la fièvre puerpérale, maladie causée par un empoisonnement miasmatique, et par conséquent bien autrement redoutable; et l'un de nos collègues, dont la parole jouit à juste titre d'une grande autorité, a même déclaré que dans sa conviction cette maladie était fatalement mortelle, semblant témoigner ainsi que la mort était la pierre de touche, le seul diagnostic certain de la fièvre puerpérale.

Le diagnostic est-il donc difficile?

La guérison est-elle impossible?

Et d'abord, la méprise est-elle présumable?

Après un accouchement laborieux ou facile, une femme est prise de ce frisson de sinistre augure que vous connaissez; les lochies se suppriment, les seins s'affaissent, le ventre se tuméfie et devient excessivement douloureux, une fièvre ardente s'allume accompagnée souvent de vomissements et de délire : qui pourrait, à ces symptômes, méconnaître le début, le premier degré de la fièvre puerpérale?

Si ces accidents ne sont point réprimés promptement, le mal s'étend à l'utérus et à ses annexes, souvent aux organes contenus dans l'abdomen; l'infection externe se complique de celle que je nommerai interne, produite par les écoulements putrides venus de l'utérus et qui, pompés avidement par les vaisseaux béants à la surface des muqueuses, sont portés dans l'économie : c'est le second degré de cette fièvre.

Enfin, dans le troisième degré, apparaissent des symptômes typhiques et tous les signes de l'adynamie et de l'ataxie; dans ce cas, la guérison est une exception bien rare, et, néanmoins, j'ai vu deux femmes triompher de ces accidents redoutables.

Gardons-nous donc de céder au découragement; point d'hésitation, n'attendons pas que la maladie se dessine et grandisse; dès qu'elle apparaît, domptons-la s'il est possible. A défaut de la médication ancienne si peu efficace, essayons des moyens récemment préconisés du sulfate de quinine, du tannin, de la glace. L'emploi de ces médicaments n'a point, me dira-t-on, été suivi de succès dans les établissements spéciaux ouverts aux femmes en couches; mais on conçoit que chez ces femmes, plongées dans une atmosphère empoisonnée, la guérison doive être difficile, sinon impossible.

Aussi, encouragé par le succès que j'ai obtenu dans un cas de péritonite, et aussi par l'expérience de ces deux confrères que je ne puis croire ni trompés ni trompeurs, je n'hésiterais pas à combattre par la glace, ce puissant anesthésique, la fièvre puerpérale. J'assumerais sans doute une grave responsabilité, et en cas d'insuccès, on me regarderait comme un téméraire ou un insensé; mais avant tout le salut du malade, avant tout le devoir.

M. QUANTIN lit le rapport suivant sur les travaux de la Société impériale de médecine de Marseille :

Je viens, Messieurs, vous présenter le compte rendu que vous m'avez chargé de faire du *Bulletin* des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille du mois d'avril 1862. Ces travaux comprennent :

1° Quelques considérations sur le traitement du croup par le docteur Augustin Fabre;

2° Une observation de phlegmon du ligament large gauche, recueillie par M. Raynaud et communiquée à la Société par M. Seux.

Nous allons suivre l'ordre dans lequel sont classées les matières du *Bulletin*.

Le docteur Augustin Fabre a pour but, dans le travail intitulé *Quelques considérations sur le traitement du croup*, de présenter, dit-il, quelques remarques sur les moyens chirurgicaux que la science possède contre le croup, et d'appeler l'attention sur un remède qui lui paraît devoir rendre des services importants dans cette maladie. Voyons si l'auteur a su remplir le programme qu'il s'est tracé :

Après avoir attaqué en quelques lignes, et avec raison, l'expression de laryngite pseudo-membraneuse qu'on a donnée au croup à tort, puisque le croup est une maladie générale et non une maladie du larynx, une affection locale, M. Fabre discute l'opportunité de la trachéotomie, et dit que quand on est obligé de recourir à cette opération, c'est à la deuxième période de la maladie qu'il faut la pratiquer. Opérer plus tôt serait, selon lui, inutile; opérer plus tard serait dangereux. La trachéotomie n'est pas le seul moyen chirurgical que nous possédions pour désobstruer le larynx; nous avons encore à notre disposition le cathétérisme laryngien. MM. Horace Green, Loiseau et Bouchut, sont les principaux inventeurs de procédés pour le cathétérisme laryngien. Nous ne pouvons entrer avec l'auteur dans les détails qu'il donne au sujet de ces différents procédés, nous nous contenterons de reconnaître avec lui que la chirurgie a beaucoup fait pour le traitement du croup, mais qu'elle n'a pas encore dit son dernier mot.

Après les ressources offertes par la chirurgie, M. Fabre recherche quelle est la valeur curative du traitement purement médical. Après avoir fait, disons-le en passant, assez bon marché des cathérétiques, des caustiques, du chlorate de potasse, et surtout des vomitifs, que nous avons vus cependant réussir assez souvent au début de l'affection, il nous dit avoir trouvé dans l'acétate d'ammoniaque le remède dont il nous a parlé au commencement de son mémoire, et sur lequel il croit devoir appeler l'attention des thérapeutistes. Cet agent répond, ajoute-t-il, à trois indications principales :

En premier lieu, c'est un stimulant; en second lieu, c'est un altérant des plus énergiques; en troisième et dernier lieu, il a une action élective et spéciale sur les voies respiratoires, et en particulier sur le larynx. L'auteur du mémoire que nous analysons relate, à l'appui de sa manière de voir, une observation très-détaillée et très-bien prise, et dont nous allons donner pour cette raison un résumé.

Le 7 mars, entrée à l'hôpital. Enfant de trois ans et demi, maigre et chétif; sifflement laryngo-trachéal très-sonore; voix éteinte; dyspnée intense; creux épigastrique notablement déprimé à chaque inspiration; pouls à 144, faible et irrégulier; pharynx présentant une exsudation blanchâtre. — Une cuillerée de quart d'heure en quart d'heure d'un julep contenant 4 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Le lendemain 8, sifflement assez intense; dépression notable du creux épigastrique; murmure vésiculaire à peine sensible; pouls à 136; il y a toutefois un peu d'amélioration, et la potion à l'acétate d'ammoniaque est continuée.

Le 9, sifflement peu intense; lèvres vermeilles; retour de la voix; pouls meilleur. La dose d'acétate d'ammoniaque est portée de 4 à 6 grammes; soupe et chocolat. Dans la journée, un peu d'agitation; deux vomissements. Le soir, pouls à 116, petit; persistance du sifflement; nuit calme.

Le 10, continuation du sifflement; toux croupale; murmure vésiculaire; le nez est le siége d'un écoulement glaireux. Acétate d'ammoniaque (6 grammes) le soir, même état; le sifflement persiste. Potion pour la nuit avec 4 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Le 11, pouls à 120; sifflement plus faible, plus humide et plus gras; dyspnée très-légère; persistance de l'écoulement nasal; yeux larmoyants; état général bon. Nouvelle potion avec 6 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Le 12, l'amélioration continue; l'enfant parle distinctement; presque plus de dyspnée; état général bon. Potion gommeuse. Journée bonne; nuit tranquille.

Le 13, respiration presque normale. Etat général excellent.

Le 14, l'enfant est guéri.

Voilà en raccourci l'observation; elle montre la guérison obtenue par l'acétate d'ammoniaque à la dose de 4 et de 6 grammes.

Dans un autre cas, chez un enfant de cinq ans, la guérison a été également obtenue par le même moyen et en quelques jours; seulement l'administration de la potion a été précédée d'un vomitif, qui a fait rendre une fausse membrane rubanée de la longueur de 4 ou 5 centimètres.

Ces deux observations sont concluantes; nous regrettons toutefois que l'auteur n'en ait pas un plus grand nombre à apporter à l'appui de sa thèse. Espérons que de nouveaux cas de guérison viendront bientôt se joindre aux deux premiers et leur donner une plus grande valeur.

Le second mémoire dont nous avons à nous occuper consiste dans une observation de phlegmon du ligament large gauche avec issue de pus de l'os iliaque. Une tumeur fluctuante occupait une partie de la fosse iliaque externe; une diarrhée colliquative est survenue, et la maladie a eu une issue fatale. Dans cette observation, il est à remarquer :

1° Que l'inflammation a été causée par l'état puerpéral;

2° Que le pus, bridé de tous côtés par le péritoine épaissi, s'est fait jour à l'extérieur en décollant cette membrane;

3° Qu'il est rare que l'inflammation soit complétement limitée au tissu cellulaire compris entre les deux replis du péritoine appelés ligaments larges, sans que celui-ci ni l'ovaire surtout y participent.

4° Enfin qu'il est rare également que l'utérus s'ulcère et se perfore pour donner issue à un foyer purulent formé dans le voisinage : « On voit plutôt, dans ce cas-là, selon M. Reynaud, auteur de l'observation, le pus se frayer une voie à travers le vagin, et surtout à travers le rectum, organes plus faciles à entamer; le col de l'utérus et la vessie, particulièrement cette dernière, sont moins fréquemment attaqués. Ce qui rend le fait encore plus remarquable, c'est que c'est le corps et non le col de l'utérus qui a été le siége de la perforation. » Nous regrettons que la longueur de cette observation ne nous ait pas permis de la reproduire *in extenso*; nous n'avons pu que signaler les remarques auxquelles elle donne lieu et les conséquences pratiques qui en découlent.

Voilà quels sont les travaux que nous offre le Bulletin d'avril 1862 de la Société impériale de médecine de Marseille; nous croyons devoir proposer à nos honorables collègues de déposer ce Bulletin dans nos archives et d'adresser à la Société de médecine de Marseille nos sincères remercîments pour son intéressante communication.

M. GUERSANT. Il est certain qu'un grand nombre de cas de croup guérissent par les vomitifs, la cautérisation. Je ne dis pas que l'acétate d'ammoniaque ne guérisse pas aussi; mais quand la diphthérie est généralisée, j'ai la conviction que tous ces moyens sont impuissants. La trachéotomie elle-même, qui nous rend de si grands services lorsque la diphthérie est limitée au pharynx et au larynx, est impuissante à conjurer une terminaison fatale; elle permet aux malades de respirer un, deux ou trois jours de plus, voilà tout.

Sur les dangers de la médecine dite populaire. — M. CARON lit un travail sur ce sujet.

Sur l'ictère grave. — M. MAGNE lit sur ce sujet un mémoire adressé à la Société par M. le docteur L. Caradec (de Brest).

Le secrétaire annuel, MILON.

MM. Voillemier et Guersant n'ayant pu accepter les fonctions de membres du jury du concours de l'internat, ont été remplacés par MM. Richet et Chassaignac.

Les épreuves de ce concours ont commencé aujourd'hui 20 octobre par l'épreuve écrite.

Les candidats ont eu à traiter la question suivante;

Région inguinale. — Signes de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical.

— Un concours pour deux places d'interne des hôpitaux de Marseille aura lieu à l'Hôtel-Dieu de cette ville le 1er décembre prochain.

Un autre concours pour quatre places d'externe des mêmes hôpitaux s'ouvrira le 15 décembre.

Les internes sont logés et nourris, et jouissent d'un traitement de 400 fr. par an.

Les externes jouissent d'un traitement de 300 fr.; ils sont nourris quand ils sont de garde.

— On lit dans la *Presse médicale belge*:

« M. Adolphe Roussel a inauguré son rectorat par une excellente mesure que nous désirons ne pas voir tomber en désuétude. Il a établi que tout nouveau professeur commencerait son cours par une séance solennelle, dans laquelle il donnerait une leçon publique sur les généralités de la branche d'enseignement qui lui est confiée. C'est en vertu de cette décision que M. P. Delvaux, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, a commencé son cours par une leçon publique dans laquelle il a retracé l'origine et l'histoire de la médecine légale depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Le début de M. Delvaux a été des plus heureux. »

— Le dernier courrier du Levant vient d'apporter la triste nouvelle de la mort d'un jeune médecin, que l'amour désintéressé de la science avait conduit à explorer l'Egypte et l'Orient.

M. le docteur Ernest Godard a succombé le 21 septembre dernier, à Jaffa, emportant les regrets des nombreux amis qu'il comptait à Paris. Ancien interne distingué des hôpitaux, membre zélé des Sociétés anatomique et de biologie, l'un des fondateurs de la Société d'anthropologie, il avait apporté un large tribut de communications intéressantes et originales aux sociétés qui l'avaient associé à leurs travaux. Ses publications remarquables sur les anomalies de nombre et de situation des organes de la génération chez l'homme, lui avaient surtout assuré une place parmi les meilleurs observateurs de notre temps.

Doué d'une activité sans égale, il avait recueilli depuis quelques années de nombreuses données scientifiques en visitant successivement l'Espagne et l'Algérie jusqu'aux oasis. La fortune dont il jouissait n'avait été qu'un moyen de plus en ses mains pour féconder son amour du travail.

Un séjour récent et prolongé en Egypte lui avait permis de réunir des documents précieux sur les principales affections de ce pays, spécialement sur le bouton du Nil et certaines variétés de maladies cutanées. Il avait poursuivi ses études sur la lèpre à Jérusalem et en Syrie, et mis dans ses investigations un courage que les préjugés de l'Orient donnent si souvent lieu d'exercer.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 124. — JEUDI 23 OCTOBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 124. — JEUDI 23 OCTOBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 22 OCTOBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie avait un ordre du jour très-chargé : plusieurs rapports arriérés, et une communication très-intéressante sur un nouveau cas d'ovariotomie pratiquée avec succès. Deux incidents, soulevés par une lettre de M. Piorry et par une réclamation de M. Gaultier de Claubry, ont prélevé sur cet ordre du jour la meilleure moitié de la séance; d'où il est résulté qu'on n'a pu entendre que deux rapports, l'un de M. Gibert, sur un mémoire relatif à la lèpre endémique des environs de Gênes; le deuxième, de M. Devergie, sur des études analytiques des huiles de foie de morue; de sorte que la communication de M. Boinet, qui n'eût pas manqué sans cette circonstance de faire sensation, a été tronquée et faite dans le vide. Le bureau, heureusement, a tenu compte à notre confrère de ce contre temps, et il lui a réservé la parole pour la prochaine séance, où il pourra exposer à loisir le beau résultat qu'il vient d'obtenir.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GIRALDÈS.

Spina-bifida. — Tumeurs érectiles. — Traitement.

(Leçon recueillie par M. BOURNEVILLE, élève externe du service.)

J'ai attiré votre attention, dans la salle Sainte-Pauline, sur une enfant de six jours, venant du dehors, affectée d'un *spina-bifida* présentant l'aspect d'une tumeur ronde et rosée, placée à la réunion des régions dorso-lombaires. La peau qui le recouvre, transparente surtout au centre, commence à se mortifier. Rempli de liquide, ce spina-bifida est constitué par la dure-mère et l'arachnoïde que l'on aperçoit à travers l'enveloppe cutanée amincie. Il ne renferme probablement nulle portion de la moelle épinière, et par conséquent se trouve dans une bonne condition.

Dans les spina-bifida, les membranes rachidiennes sont un élément indispensable. Lorsque la moelle, des ramifications nerveuses ou des nerfs s'y ajoutent, ce qui arrive dix-neuf fois sur vingt, le cas est plus grave. L'ablation, l'étranglement avec un fil sont alors dangereux. L'usage de la teinture d'iode, ainsi que je vous l'ai dit dans une précédente leçon, est suivi d'accidents terribles : méningite, tétanos, paralysie, j'ajouterai même de mort spontanée, comme un exemple l'a démontré.

En injectant cette substance dans la poche dont la surface interne est séreuse, on prédispose à s'irriter; l'inflammation peut monter et atteindre le canal rachidien par l'arachnoïde; c'est ainsi que font irruption les accidents mentionnés plus haut. S'il est possible, par la compression à la base de la tumeur, d'empêcher la pénétration de l'iode dans la cavité rachidienne, il est difficile de mettre obstacle à la propagation de la phlegmasie. Or, la grande majorité des spina-bifida appartenant à la seconde catégorie, les ponctions capillaires et la compression successive constituent la méthode la plus avantageuse. Ceux de la classe si restreinte de celui que vous avez eu sous les yeux ne doivent pas être soumis à d'autre traitement que la compression lente, modérée et progressive.

— Nous allons opérer un enfant âgé de quatre à cinq mois, portant à la face interne du bras droit une tumeur érectile de la largeur d'une pièce d'un franc, de forme quadrilatère, développée dans la peau et le tissu cellulaire. Mais auparavant, rappelons en quelques mots l'histoire de cette affection et les moyens thérapeutiques destinés à la guérir.

Ces tumeurs ont reçu des appellations diverses : *nævus maternus*, *taches de naissance*, *tumeurs érectiles*, *vaso-capillaires*, *angectasie*, *artériectasie*, *télangiectasie*, etc.

Toujours congénitale, la maladie s'aggrave à partir de la naissance; la grosseur augmente en surface et en profondeur à mesure que le sujet avance en âge. Variant presque à l'infini, chaque espèce offrant des indications particulières demande quelquefois une modification dans le traitement. Aussi, connaître leur nature est-il indispensable. Elles sont artérielles, veineuses ou capillaires. Les premières sont dues principalement à des artères dilatées tantôt en totalité, tantôt partiellement, à sinuosités nombreuses, comme enroulées sur elles-mêmes et siégeant sous l'enveloppe cutanée. Des phénomènes de dilatation analogue s'effectuant dans les veines caractérisent la deuxième classe. D'autres dépendent exclusivement d'un état variqueux des vaisseaux capillaires. Ces dernières ont vulgairement le nom de taches de naissance. Leur étendue, nous le répétons, varie : parfois isolées, solitaires, on les rencontre assez fréquemment conglomérées. Ce ne sont pas constamment des taches veineuses plates, elles font saillie sous l'épiderme, rassemblées sur un espace plus ou moins limité au nombre de 12, 15, 20 et même 100.

Des observations acquises à la science montrent qu'elles peuvent conserver le même volume durant toute l'existence. On les voit aussi s'atrophier lors même qu'elles sont considérables. Si donc ces tumeurs demeuraient stationnaires ou disparaissaient à la longue, ce ne serait que par coquetterie qu'on en délivrerait les enfants. Autrement l'intervention ne serait justifiée que s'il y avait menace d'hémorrhagie.

Si, au contraire, elles se développent, elles méritent un examen sérieux. En général, elles ne dépassent pas le *fascia superficialis*; dans quelques circonstances néanmoins le tissu érectile se propage jusque dans l'épaisseur des muscles.

Les veines composant la tumeur s'accroissent peu à peu. Il se forme des espèces de poches par un mécanisme singulier que M. Holmes Coote a le premier constaté. M. Laboulbène, qui s'en est également occupé, en a rassemblé plusieurs exemples dans sa thèse inaugurale. Les veines, par des coarctations successives qu'elles subissent en se dilatant, produisent des kystes sans communication avec la circulation; la masse veineuse stagnante, véritable barrière, au lieu de livrer passage au sang, en intercepte le mouvement.

Au bout d'un certain temps, ces kystes devenus inertes s'atrophient. J'en ai vu un de ce genre, d'une grosseur notable, qui s'est fondu en quelques années. Attendre, temporiser si elles restent stationnaires, intervenir dans l'hypothèse opposée, parce que les parois des vaisseaux sont amincies et susceptibles de se rompre, telle est la règle.

Les traitements employés contre les tumeurs érectiles sont de plusieurs ordres. Les uns, comme la compression, ont pour but l'atrophie. Une jeune fille, née avec une tumeur érectile de la face, dut à ce traitement, mis en pratique par la sollicitude maternelle, une guérison complète. Exigeant une attention constante, des soins assidus, cette méthode n'est fructueuse que dans des conditions exceptionnelles.

Les astringents ont perdu la réputation dont ils jouissaient naguère, car ils engendrent parfois la gangrène; nous les rejetons.

Par l'ablation, on a obtenu de bons résultats. L'incision doit être conduite avec prudence et portée au delà des limites du mal.

Parmi les moyens médicamenteux, les uns agissent comme caustiques, les autres coagulent les liquides.

On a remarqué que, toutes les fois que la tumeur s'était ulcérée sans hémorrhagie, il y avait inflammation, exsudats plastiques. Or des tentatives ont été faites pour développer artificiellement ces conditions favorables. Pour cela on s'est d'abord adressé à la pommade stibiée. La vaccination a été conseillée dans un but identique. Deux fois déjà nous y avons eu recours. Elle amène quelque soulagement. On voit apparaître une croûte; mais la marche est lente, et il n'est pas rare que des accidents éclatent. Nous lui reprocherons son incertitude, car pour réussir, il faudrait multiplier les piqûres, larder même la tumeur avec des fils enduits de vaccin, comme l'a indiqué M. Nélaton. Vous avez pu vous-mêmes constater le vague de cette méthode chez un enfant atteint d'une tumeur érectile proéminente, du volume d'une grosse noix, située à la partie moyenne et supérieure de la tête.

D'un autre côté, si le vaccin ne prend pas, on dépasse le but et on détermine la gangrène; un autre agent thérapeutique est nécessaire. En somme, la vaccination n'est active que contre de petites tumeurs.

Quand les *nævi materni* sont peu épais, circonscrits, les caustiques sont efficaces. L'acide azotique, le chlorure de zinc, le collodion mêlé avec les acides sulfurique, chlorhydrique, le caustique safranique, préconisé par Rust et M. Velpeau, le caustique de Vienne, ont tour à tour été appliqués. Il est quelquefois indispensable de s'y prendre à plusieurs reprises.

Citons encore les procédés à l'aide desquels on pénètre dans la tumeur, les injections irritantes, coagulantes, la cautérisation électrique ou avec des aiguilles rougies, les injections au perchlorure de fer, celles à l'acide azotique, sur lesquelles Bérard a insisté.

Le perchlorure de fer coagule bien, mais expose au sphacèle, par la raison qu'une portion du liquide est poussée dans le tissu cellulaire de la tumeur, et non dans la cavité des vaisseaux.

Pour moi, je repousse ce médicament employé de cette façon; je préfère l'appliquer à 45° (aréomètre Baumé), par couches légères, sur la partie malade.

D'autres médecins ont vulgarisé l'acide tannique, le tannate de fer, les sétons. Ceux-ci ont été accompagnés d'inconvénients très-graves. M. Guersant n'a pas eu à se louer de leur usage. Des praticiens ont avancé qu'ils étaient meilleurs trempés dans du perchlorure de fer. Toutes ces substances empruntées à la chimie ont une action réelle lorsque les tumeurs sont très-étendues et ne sont pas propres à subir la constriction.

Le traitement radical consiste à mortifier, à étrangler la tumeur par la ligature. On serre la masse morbide au moyen d'une anse de fil afin d'en obtenir la destruction. Suivant qu'on a affaire à une tumeur plus ou moins volumineuse, on peut avoir recours à des procédés différents.

En résumé, traverser la grosseur par un ou plusieurs fils, combiner la disposition de ces liens constricteurs de manière à partager le tout en deux, trois ou quatre parties sans entamer la peau, est le manuel opératoire dont je me suis servi dans l'ablation des tumeurs de la lèvre, de la joue, de la racine du nez.

Chez quelques enfants, j'ai simplement transpercé la tumeur à sa base avec une épingle. Ensuite, à l'aide d'un cordonnet introduit d'avant en arrière, je l'ai serrée et étranglée. Vous avez eu l'occasion d'apprécier la facilité et le bénéfice de ce mode opératoire. Les tumeurs se dessèchent et tombent en quelques jours.

En raison de la profondeur des tissus atteints, nous allons chez le malade d'aujourd'hui employer le procédé de M. Rigal (de Gaillac), que déjà précédemment, vous vous le rappelez sans doute, j'ai mis en pratique avec succès.

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE.

M. LADUREAU, méd.-major de 1re classe.

Carie du conduit auditif externe. Vaste abcès enkysté du cerveau.

D... (Louis), fusilier au 19e de ligne, bien constitué, a été incorporé le 6 mai 1848. Il est admis à l'hôpital militaire de Lille le 21 mai 1853, pour une adénite sous-maxillaire du côté gauche, qualifiée d'ancienne sur le billet d'entrée.

A son arrivée à l'hôpital, ce malade porte, en effet, sous la partie moyenne de la branche sous-maxillaire gauche, une tumeur d'un volume moyen, dure et indolente. Il n'accuse rien autre. Sa santé générale est bonne, son tempérament est plutôt bilieux-sanguin que lymphatique. Il avait quitté depuis deux jours les fonctions d'infirmier auxiliaire, qu'il remplissait depuis peu de temps sans s'être plaint de l'affection que l'on qualifie d'ancienne, et pour laquelle il vient réclamer des soins. Son aspect général indique plutôt la force que la débilité. Il n'offre aucun signe d'indisposition.

Il est mis aux trois quarts d'aliments, sans vin, à la tisane amère, à l'iodure de potassium 0,6. On lui fait des frictions avec la pommade iodurée sur la tumeur, que l'on recouvre de ouate.

Le régime et ce traitement sont continués jusqu'au 4 juin, jour où on lui applique un vésicatoire volant sur la glande malade. Même régime et traitement pendant tout le mois, avec application d'un nouveau vésicatoire le 17, et du caustique de Vienne le 24.

Du 18 au 24 juin, le malade s'était plaint pour la première fois de douleurs dans l'oreille droite, sans qu'on remarquât pour cela de surdité. L'affection qualifiée d'otite ne présente que plus tard un écoulement peu abondant. — Injections émollientes.

Le 30 juin, la douleur est plus vive. On joint aux injections un peu d'huile camphrée et on y applique un cataplasme. Il n'est, du reste, survenu aucun dérangement dans la santé générale, et le même traitement et le même régime sont continués jusqu'au 4 juillet. Ce jour-là, l'écoulement otorrhéique s'étant déclaré et la douleur persistant, les aliments sont réduits à la demie et un séton est placé à la nuque. Iodure de potassium, toujours 0,6. Pansement de la plaie sous-maxillaire faite par le caustique et continuation des injections auriculaires.

Ce traitement, continué jusqu'au 12, produit une amélioration sensible, et le malade, qui réclame à manger, est remis aux trois quarts avec un quart de vin.

Cependant, le 15, le malade se plaint d'une douleur vive, siégeant sur la bosse frontale du côté droit. Elle est qualifiée de névralgie sus-orbitaire, et on fait, *loco dolenti*, des embrocations avec un liniment

opiacé et ouate par-dessus. Comme on remarque en même temps un peu de fièvre et de l'inappétence, l'alimentation est réduite au quart, et on supprime l'iodure de potassium.

Le séton est entretenu et les injections auriculaires continuées. Du reste, rien de nouveau dans l'oreille, sinon que la douleur paraît assez diminuée pour que le malade ne s'en plaigne plus.

Les 16, 17 et 18, persistance de la douleur sus-orbitaire, qui est cependant moins vive; état général bon, désir de manger. Demie d'aliments; embrocations sur le front; pédiluves sinapisés.

Le 19, le malade, qui n'avait eu jusque-là que des dérangements insignifiants dans la santé générale, malgré l'otorrhée survenue et la douleur sus-orbitaire, est pris subitement de vomissements, de prostration, de fièvre intense. La céphalée sus-orbitaire, et on verra que ce n'était pas une simple névralgie, est plus vive, et les envies de vomir sont fréquentes. Les matières des vomissements sont bilieuses.

Prescription : Diète, tisane d'orge, 5 centigrammes d'émétique en lavage; pansement du séton. Il n'est plus question de la douleur d'oreille, et, quoique abattu, le malade répond à toutes les demandes qui lui sont adressées.

Le soir, il y a des vomissements, et le malade se plaint de son état. Il y a de la roideur dans le cou, roideur dont le séton ne rend pas suffisamment compte. Il y a aussi de l'agitation, du délire; le pouls est petit, dur et fréquent; la peau est chaude, et la soif vive; quoique la langue soit plate et humide. — Saignée de 400 grammes, limonade gommeuse.

Le 20, les symptômes se sont amendés; la fièvre a presque disparu; il n'y a plus d'agitation, le pouls est moins dur et moins fréquent, la soif moins vive. La saignée de la veille offre un caillot d'une densité moyenne, recouvert d'une couenne de 5 millimètres d'épaisseur. Il y a cependant encore du coma et de la céphalée sus-orbitaire. — Diète, limonade.

Le soir, l'état général est assez satisfaisant, et tous les signes d'une hyperémie méningo-céphalique ont complétement disparu. Cependant le malade, qui cause avec un peu d'exaltation de son état, se plaint de la douleur sus-orbitaire, qui ne lui laisse pas de repos et demande du soulagement. Il accuse aussi des coliques et de la diarrhée; celle-ci n'est que la continuation de l'effet produit par l'émétique.

Le 21, plus de symptômes alarmants, un peu de faiblesse et de prostration; lucidité, disparition de la douleur sus-orbitaire. Le coma n'était pas encore entièrement dissipé, et le pouls restait petit et fréquent. Les pupilles sont dilatées, ce que l'on peut attribuer à la belladone. La langue est belle; il y a disposition à prendre quelque chose. — Soupe au lait, limonade.

Le soir, le malade a dormi et croit n'être qu'au matin. Il se plaint d'une douleur occipitale droite. La céphalée frontale n'existe plus. C'est ici que se confirme la pensée que le nerf sus-orbitaire n'est pas le siége de la douleur et que l'on reconnaît que celle-ci appartient au cerveau. De là sa nouvelle dénomination, quoique le déplacement de la douleur du coronal à l'occipital du même côté ne fût pas une raison suffisante pour ne pas l'attribuer aux nerfs; mais la persistance du coma, qui est redevenu plus profond, la difficulté à obtenir les réponses du malade, la petitesse du pouls, reportaient nécessairement les présomptions vers le cerveau; où l'on redoutait même une affection grave.

On voit combien les symptômes devaient être mal dessinés pour hésiter ainsi dans le diagnostic. Toujours est-il qu'il n'était plus question de l'oreille depuis longtemps.

Le 22, il y a de nouveau une amélioration sensible. L'exacerbation de la veille a disparu; le coma est moins profond; le pouls est relevé, peu fréquent; l'intelligence est saine, les réponses plus faciles, la céphalée occipitale moindre; les pupilles ne sont plus dilatées. Le malade est plus satisfait et désire manger. — Soupe au lait et pruneaux, limonade gommeuse, potion gommeuse; pansement du séton et de la glande sous-maxillaire gauche, qui suppure.

Le soir, le malade est un peu agité; il a du délire, et se plaint que la douleur soit revenue sur le front du côté droit en disparaissant de derrière la tête. Il demande à être soulagé, en accompagnant l'expression de son désir de discours incohérents. Il y a de la carphologie et de l'agitation. On lui promet de le satisfaire; mais vu les symptômes encéphaliques de plus en plus manifestes, la potion opiacée est remplacée par une simple potion gommeuse pour tromper son exigence. Une petite friction mercurielle belladonée est faite sur la bosse coronale droite, et les aliments sont supprimés.

Le délire persiste toute la nuit, et le 23 juillet, à six heures du matin, sans aggravation bien sensible des symptômes généraux, le malade meurt presque subitement.

Nécropsie vingt-cinq heures après la mort.

La roideur cadavérique existe encore. L'aspect extérieur est celui d'un homme mort d'accident en état de santé.

Le facies est calme; les globes oculaires ne sont pas encore altérés.

La peau est pâle, mais n'offre aucune trace de lividité, signe précurseur de la décomposition putride; les chairs sont fermes, les muscles fournis; le tissu cellulo-graisseux est abondant, particulièrement sous la peau.

La glande sous-maxillaire gauche est complétement dégénérée, molle, friable, pultacée; les ganglions cervicaux sont intacts.

Les poumons sont sains; la plèvre pulmonaire du côté gauche est fortement adhérente à la plèvre costale, particulièrement au sommet. Le côté droit offre quelques brides; il n'y a que très-peu de sérosité. Le cœur et ses enveloppes n'ont rien de particulier. Dans l'abdomen, tout est en parfait état.

A la tête, on remarque d'abord une ecchymose sous-cutanée sur la bosse frontale droite; mais le nerf sus-orbitaire n'est pas altéré.

La peau qui recouvre et entoure l'orifice externe de l'oreille droite a son aspect ordinaire; elle n'est pas violacée, quoique un peu terne, et ne présente aucun orifice ni trajet fistuleux. En pressant sur le tragus, on sent un peu de mollesse qui tient à la présence d'un liquide sous-jacent.

Après avoir enlevé la voûte crânienne, la première chose que l'on observe, c'est une injection très-prononcée des méninges, et çà et là, dans les lignes anfractueuses du cerveau, des points grisâtres agglomérés, évidemment formés par du pus, comme on le reconnaît en détachant l'arachnoïde de la pie-mère. La dure-mère est épaissie et se détache difficilement le long de la grande scissure du cerveau.

En enlevant celui-ci, il s'écoule une grande quantité de sérosité purulente, qui baigne toute la base du crâne et l'entrée du canal rachidien, où l'injection méningienne se prolonge assez avant sur la moelle épinière.

Les différentes sections de l'hémisphère gauche ne présentent qu'un piqueté fort léger; la pulpe cérébrale est parfaitement saine et de coloration normale. Il en est de même du cervelet.

En faisant également des coupes dans l'hémisphère droit, on trouve les lobes antérieurs et postérieurs légèrement piquetés et de consistance naturelle; mais au milieu du lobe moyen, dont la pulpe cérébrale ne paraît pas ramollie, le scalpel ouvre un large abcès de la grandeur d'un œuf de poule, contenant un pus crémeux et enveloppé d'une membrane pyogénique, molle, tomenteuse, colorée en brun.

Les ventricules latéraux contiennent une certaine quantité de sérosité légèrement trouble. Les couches optiques, les corps striés, la cloison des ventricules sont sains et d'une consistance normale. L'origine des nerfs est partout intacte, ainsi que la protubérance cérébrale.

En examinant la face interne de la base du crâne, on aperçoit, à la face supérieure du rocher, à sa jonction avec la portion écailleuse du temporal et en avant de l'hiatus Fallopi, une sorte de petit crible rugueux par où transsude un pus grisâtre que l'on fait sortir en gouttelettes, en pressant sur l'orifice du conduit auditif externe. On reconnaît facilement une carie du rocher, communiquant à l'extérieur du temporal.

Après avoir enlevé le pavillon de l'oreille et disséqué la peau, il s'écoule plein un dé à coudre de pus grisâtre, mal lié, d'une odeur caractéristique; puis on met à nu une cavité d'un bon centimètre de diamètre en tous sens, cavité qui comprend toute l'oreille externe, noire, inégale, rugueuse, communiquant avec l'intérieur du crâne par des pertuis nombreux, qui vont s'ouvrir en arrosoir à la face supérieure du rocher, où on les a d'abord remarqués. Il n'y a pas de communication avec les cellules mastoïdiennes, qui sont intactes. Le nerf auditif ne paraît pas avoir subi d'altération.

(*Bulletin médical du nord de la France.*)

DE LA PHTHISIE CHEZ LES BUVEURS,

Par le docteur E. Krans.

Les pathologistes modernes qui se sont spécialement occupés de l'alcoolisme, MM. Lasègue, Magnus Huss, Morel, Marcet, Raclé, etc., font à peine mention des affections pulmonaires chez les buveurs. Dans ces dernières années, des faits assez nombreux ont appelé mon attention d'une manière toute particulière.

Il y a environ cinq ans, le cas suivant me donna l'éveil sur ce point : un homme de quarante-sept ans, que je connaissais depuis longtemps comme jouissant d'une excellente santé, et dont les parents encore vivants n'avaient jamais présenté aucun signe de tuberculose, s'adonna à l'ivrognerie à la suite de chagrins causés par des dissensions de famille.

Pendant deux ans, il s'enivra plusieurs fois par semaine, prenant une grande quantité de vin et d'eau-de-vie de Cognac. Jamais il n'eut d'accès de delirium tremens ni d'accidents nerveux. Le moral se conserva intact, et à part quelques troubles digestifs, sa santé paraissait peu souffrir de ces excès journaliers.

A la fin de la deuxième année, il commença à se plaindre de toux et d'un peu d'oppression.

L'examen de la poitrine ne me fit entendre que quelques râles secs, disséminés à la partie antérieure du thorax, un peu plus marqués peut-être sous la clavicule droite. Il n'y avait point de matité anormale. Le malade n'avait eu ni hémoptysie, ni sueurs, ni point de côté; il n'avait pas sensiblement maigri. Aussi l'idée d'une tuberculose commençante ne me vint-elle pas à l'esprit. Pressé par mes recommandations, cet homme renonça à son funeste penchant; mais son état, loin de s'améliorer, s'aggravait sans cesse. Deux mois après, je reconnaissais les signes d'une caverne considérable sous la clavicule droite, et dans le courant du troisième mois il succombait aux progrès du mal.

Bien que n'ignorant pas la gravité plus grande des affections du poumon chez les buveurs, j'avais été surpris de la rapidité avec laquelle la maladie avait marché, rapidité telle que trois mois à peine avaient suffi à la formation d'une vaste caverne. J'avais aussi été frappé du développement de la phthisie à un âge peu ordinaire, et chez un homme que des antécédents de famille ne semblaient nullement y prédisposer.

A quelque temps de là, je constatai un deuxième cas entièrement analogue : un ouvrier armurier, âgé de cinquante-cinq ans, adonné depuis cinq ou six ans aux spiritueux, était emporté en moins de quatre mois avec tous les signes caractéristiques des cavités pulmonaires, bien qu'auparavant il n'eût jamais toussé ni offert aucun des symptômes de la tuberculisation.

Pendant mon internat à l'hôpital de Bavière, j'observai à différentes reprises des faits semblables, et entre autres le suivant. En avril 1859, on admit dans cet hospice le nommé D..., cocher, âgé de cinquante-quatre ans, homme de forte constitution, et qui, par suite de son métier, était exposé à ingérer quotidiennement une grande quantité de genièvre. A l'époque où il entra à l'hôpital, il ne se plaignait que d'un peu de toux, d'anorexie et d'un affaiblissement général. L'expectoration était muqueuse.

L'auscultation nous fit découvrir sous les clavicules, et surtout disséminés à la face antérieure des deux poumons, des râles ronflants ou muqueux, sans matité prononcée à la percussion dans les mêmes points. Au dire de cet homme, aucun de ses parents n'avait été atteint de maladie de langueur, et lui-même ne comptait dans sa vie aucune affection sérieuse. Il attribuait son dérangement actuel à des excès de boisson.

Rassuré par les symptômes stéthoscopiques, je crus que la guérison ne se ferait pas longtemps attendre, et que le repos, le régime et quelques calmants ne tarderaient pas à modifier avantageusement l'état du patient. Deux mois après son entrée à l'hôpital, cet homme mourait avec tous les signes des cavités pulmonaires; l'autopsie ne nous laissa, du reste, aucun doute à cet égard.

Pendant mon séjour à Paris et à Vienne, j'eus plusieurs fois l'occasion de voir pratiquer l'autopsie d'individus morts phthisiques dans les mêmes circonstances. Enfin, tout récemment encore, je donnais des soins, avec l'un de nos confrères, à un journalier âgé de quarante-huit ans, plein de force et de vigueur il y a trois mois à peine, et qui a succombé, il y a quelques jours, avec une vaste caverne à la base du poumon gauche.

Tous ces individus qu'il m'a été donné d'observer avaient déjà dépassé l'âge de quarante ans lorsque la phthisie a débuté. La plupart du temps ils n'offraient pas d'antécédents tuberculeux; du moins je n'en ai pas trouvé à la suite d'interrogations minutieuses. Vous m'objecterez peut-être, et non sans raison, qu'il n'est guère de famille où l'on ne puisse retrouver, à un degré plus ou moins éloigné, quelque trace de cette terrible affection. Quoi qu'il en soit, l'âge avancé auquel la maladie s'est développée chez ces sujets est déjà une particularité remarquable et, en définitive, peu commune.

Rappelez-vous que les symptômes de la phthisie héréditaire éclatent le plus souvent beaucoup plus tôt, et que lorsqu'elle se manifeste chez des personnes arrivées à la période moyenne de la vie, elle suit presque toujours une évolution lente, chronique (Bayle, Louis). Ici, au contraire, la rapidité avec laquelle marche la maladie, la promptitude avec laquelle le tissu pulmonaire se ramollit et des cavernes se creusent, constituent l'un de ses traits distinctifs. Au début, le patient accuse de la toux, du malaise, une inaptitude plus grande à tout travail qui demande certains efforts musculaires. L'auscultation ne fait percevoir que quelques râles disséminés. Lorsque les accidents n'existent que depuis peu de temps, on les met sur le compte d'une bronchite légère, d'un état emphysémateux.

Cependant la toux persiste et l'exploration thoracique permet bientôt de reconnaître l'existence de râles devenus plus nombreux et plus humides, dans une grande étendue des poumons. Le murmure respiratoire n'est plus doux, moelleux, continu; il semble qu'il soit interrompu et que l'air, en pénétrant dans les vésicules, éprouve comme un temps d'arrêt.

Ce phénomène, d'une fréquence assez grande, et sur lequel M. le professeur Sauveur insiste dans ses leçons cliniques, a une grande valeur diagnostique au début de la tuberculose, lorsque les symptômes rationnels de cette affection sont encore obscurs et peu tranchés.

La situation du malade empire de jour en jour, la fièvre s'allume, le sommeil se perd; la toux devient de plus en plus fatigante et s'accompagne d'une expectoration d'abord muqueuse, puis bientôt purulente. Les râles se convertissent en craquements, puis l'on perçoit du gargouillement, du souffle amphorique, de la pectoriloquie. Les autres signes habituels de la phthisie, les douleurs pleurétiques, l'hémoptysie, la diarrhée, ont manqué dans la plupart de nos observations; mais la dyspnée s'accroît, le patient se plaint de frissons intenses et répétés, de sueurs abondantes, et la mort arrive communément avant que l'amaigrissement soit porté très-loin.

Ces progrès incessants rapprochent la phthisie des buveurs de la forme dite *galopante*, qui survient parfois dans l'enfance, à la suite des fièvres éruptives ou de la fièvre typhoïde.

Il me resterait à rechercher comment l'alcool modifie le poumon, et fait que, dans certaines circonstances, sa désorganisation marche avec tant de rapidité. Sur ce point on ne trouve que fort peu de renseignements. On sait que l'alcool est en grande partie éliminé par les reins, le foie et les poumons; sans doute qu'en traversant ces derniers, il les irrite d'une manière incessante et les mine en quelque sorte à la longue.

D'autre part, l'abus des spiritueux favorise-t-il seulement le développement de tubercules préexistants? Est-ce au contraire, dans certains cas, une exsudation spéciale qui suit un processus morbide analogue à celui que Virchow a décrit sous le nom de bronchite scrofuleuse? La chose est possible, mais rien n'est encore démontré à cet égard.

Il est un préjugé populaire, préjugé que partagent un certain nombre de médecins, d'après lequel les excès alcooliques, loin d'activer la marche de la phthisie, en prévindraient au contraire le développement; cette opinion du vulgaire se fonde sur ce que, dans certaines familles où la phthisie avait déjà enlevé plusieurs enfants, les autres auraient échappé à cette redoutable maladie en se livrant à une vie de dissipation, de déréglement, et surtout en prenant quotidiennement de grandes quantités de boissons fermentées. N'est-il pas évident ici que ce n'est pas à l'alcool comme tel, mais à la distraction, à l'exercice, au changement de vie, à l'absence de travaux pénibles, qu'il faut attribuer ces heureux résultats? La phthisie d'ailleurs n'est pas fatalement héréditaire, et quel est le médecin qui oserait conseiller à l'un de ses clients, menacé de consomption pulmonaire, de prendre en excès des boissons alcooliques?

En résumé, chez les gens usés par l'abus prolongé des spiritueux, les affections pulmonaires présentent une gravité qu'il ne faut pas perdre de vue si l'on ne veut être déçu dans son pronostic.

(*Soc. méd.-chirurg. de Liége.*)

SUR LES BRULURES DU COU ET DU LARYNX CHEZ LES ENFANTS.

Par M. le docteur Ph. Bryan.

En Angleterre, les brûlures par eau bouillante sont très-fréquentes et tiennent à l'habitude qu'ont les Anglais d'avoir constamment à terre une bouilloire à thé munie d'un long bec auquel viennent boire les enfants, soit en cachette, soit par imprudence s'ils sont plus petits.

En Allemagne, ces cas sont très-rares; par la méthode ordinaire de donner à boire aux enfants, le liquide, s'il est bouillant, brûle les lèvres et la langue, mais ira difficilement plus loin. Parmi les quatre faits de ce genre qu'a observés le docteur Philipp Bryan, nous n'en citerons qu'un, les trois autres ayant été presque identiques et ayant également guéri.

Un enfant de deux ans et demi fut apporté à l'hôpital le 25 septembre 1852, à sept heures du soir, dix minutes après qu'il eut bu d'une bouilloire contenant du thé bouillant. Immédiatement il cria très-fort, mais continua si bien à respirer, que les parents ne voulurent pas le laisser à l'hôpital.

Le lendemain matin, ils le rapportent en disant que la veille au soir, à dix heures, la respiration devint difficile. Le lendemain à dix heures, c'est-à-dire quinze heures après l'accident, dyspnée très-grande; mouvements respiratoires fréquents et bruyants; pouls petit et fréquent; rien dans les poumons; figure peu rouge; intérieur de la bouche et palais très-douloureux; épiglotte enflée, dure, comme boursouflée. — On lui donne par dix minutes un vomitif qui produit son effet; puis, par heure, 5 centigr. de calomel; trois sangsues au-dessus du sternum.

A deux heures de l'après-midi, aggravation de tous les symptômes; respiration très-difficile et croupale; somnolence presque constante : danger pressant; encore trois sangsues au-dessus du sternum, et calomel. A quatre heures, il y a une consultation pour savoir si on fera la trachéotomie.

A l'arrivée des médecins, l'enfant se réveille; respiration moins croupale, mais beaucoup de râles muqueux dans une grande étendue de la poitrine; pouls à 150, mais pas plus faible qu'avant l'application des sangsues. — Encore trois sangsues; calomel; frictions mercurielles dans le creux axillaire et sur le ventre.

Le soir, à sept heures, somnolence; pouls à 120; 30 mouvements respiratoires par minute; quand on le réveille, il s'asseoit sur son lit, avale sa poudre et se rendort de suite après; peau chaude.

Le 27, on est étonné de le trouver assis; respiration bien plus légère.

Le 30, il quitte l'hôpital dans un état d'amélioration sensible; mais l'épiglotte est encore un peu gonflée et la toux persiste.

L'auteur de cet article cite deux cas à lui personnels, présentant les mêmes phénomènes et guéris de la même manière; seulement il croit devoir ajouter une grande importance à l'emploi de cataplasmes autour du cou. Puis il montre un tableau de 14 cas de la même affection, mais où la trachéotomie a été pratiquée, cas cités par le *Medical Times*. Il en résulte que, sur ces 14 cas, 11 ont été suivis de la mort du petit malade. Pour pouvoir répondre à cette question : « La trachéotomie est-elle donc ici nécessaire? » étudions les symptômes de cette maladie à laquelle M. Bryan reconnait trois périodes :

1° Bouche et palais seuls affectés, respiration encore libre;

2° Entrée de l'air empêchée, et cela par la laryngite; il en résulte un œdème de la glotte et un commencement de congestion vers les poumons;

3° Stase, hépatisation pulmonaire et congestion consécutive vers le cerveau.

Dans certains cas, la marche est si rapide, que les deux premières périodes arrivent presque simultanément, mais d'ordinaire elles sont séparées par un intervalle de sept heures. Au moment de l'accident, l'enfant crie fort et souffre horriblement; il porte la main à la bouche et au larynx, crie, pleure et ne peut avaler. La première frayeur et douleur passées, il y a un repos apparent; il s'endort ou joue, mange même ce qu'on lui donne dans l'intention de le calmer. Alors l'intérieur de la bouche et du cou paraît rouge; on voit des vésicules ou ampoules blanches sur les lèvres, les joues, à la racine de la langue, mais la respiration est encore facile. Il est remarquable que, au commencement, tout est si calme, que même des médecins ont pu se faire illusion.

La deuxième période vient quelquefois lentement, d'autres fois très-vite; la respiration s'embarrasse; le son de voix devient croupal; la face pâle, exprimant l'angoisse; pouls fréquent; peau moite; somnolence, mais réveil provoqué facile. Le doigt trouve l'épiglotte dure, gonflée, et l'on entend des râles sibilants dans presque toute la poitrine. Au bout de quelques heures se développe peu à peu la troisième période, ce qui se reconnaît à l'augmentation de la dypsnée et du ton croupal; mouvements respiratoires douloureux; le larynx s'élève et s'abaisse rapidement; il se forme au-dessus des clavicules des creux très-profonds dus aux efforts de la respiration; l'enfant tient la tête renversée en arrière et les yeux fixes, à demi ouverts et tournés en haut; les pupilles dilatées et immobiles; figure bouffie, d'un rouge foncé; la bouche à demi ouverte; il jette les bras, et quoique dans un état semi-comateux, cherche à éloigner le danger imminent d'asphyxie; on entend les mucosités monter et descendre dans les bronches; le coma augmente; l'enfant meurt quelquefois au milieu d'un spasme.

On s'est beaucoup promis de la trachéotomie; mais à quelle époque faut-il la pratiquer? Copland et Watson la font de bonne heure. D'autre part, Porter, Jameson, Erichsen, veulent qu'on essaye d'abord les vomitifs et les antiphlogistiques. Le tableau mentionné plus haut ne parle certes pas en faveur de l'opération. A quoi faut-il attribuer les nombreux insuccès de la trachéotomie? On ne peut guère accuser que la broncho-pneumonie consécutive à l'inflammation de la muqueuse aérienne. L'introduction subite par la plaie d'une colonne d'air frais dans la trachée et les bronches, ne peut-elle ou ne doit-elle pas, en effet, augmenter l'état de congestion et d'inflammation qui existe déjà dans ces organes? Dès que l'accès de l'air est rendu possible par l'incision, il y a toujours amélioration évidente telle que même des hommes de l'art s'y sont trompés; mais quelques heures après surviennent des symptômes alarmants suivis de la mort, comme s'il n'y avait pas eu d'opération. L'asphyxie est momentanément guérie par l'incision, mais la congestion et l'infiltration des poumons persistent et amènent sûrement la mort. M. Bryan a bien raison de dire que ces quatre cas étaient des plus graves qui eussent réclamé l'opération, et cependant ils ont guéri; il ajoute même que l'opération les eût très-probablement rendus mortels tous les quatre. Il est évident que lorsque l'enfant est considéré comme perdu, on peut alors pratiquer la trachéotomie, mais comme *ultima ratio*. Il insiste pour que le traitement soit énergique, attribue un grand rôle au calomel, et dit qu'on ne doit pas se laisser effrayer par l'état de faiblesse de l'enfant. (*Journ. für Kinderkrank* et *Union médicale*.)

TUMÉFACTION CIRCONSCRITE

dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien chez les enfants nouveau-nés.

Par M. le docteur Melchiori.

Le docteur Melchiori appelle l'attention sur l'existence d'une induration du muscle sterno-cléido-mastoïdien se rencontrant quelquefois chez de jeunes enfants. Il en rapporte quatre exemples qui se sont présentés à son observation.

Quelque temps après la naissance, on s'aperçoit que l'enfant exécute avec difficulté certains mouvements du cou, et qu'il éprouve en même temps une douleur plus ou moins vive. A l'examen, on constate dans l'épaisseur d'un des muscles sterno-mastoïdiens la présence d'une tumeur dure, fusiforme, d'un volume quelquefois assez notable. Dans tous les cas observés par cet auteur, la tumeur disparut par résolution, et le muscle reprit ses fonctions. La maladie, au début, paraissant inflammatoire, les émollients sont indiqués; on doit ensuite se borner à l'expectation. M. Melchiori ne peut assigner à la maladie aucune cause bien déterminée, mais il pense qu'elle pourrait être attribuée à la compression du muscle et à la déchirure de quelques-unes de ses fibres pendant l'accouchement. (*Annali omodei*, p. 630.)

Cette maladie, qui paraît légère, n'est, que nous sachions, décrite par aucun auteur. Nous en avons observé un cas il y a quelques jours à l'hôpital Saint-Louis, chez un enfant nouveau-né. La tumeur, du volume d'une grosse amande, siégeait dans le sterno-mastoïdien droit; elle ne s'accompagnait d'aucun changement de coloration de la peau, et M. Dolbeau, auquel le malade était présenté, porta le même diagnostic que M. Melchiori, dont nous ignorions alors le travail, et conseilla le même traitement. (*Gaz. hebd.*)

SUTURE DE LA SCLÉROTIQUE

dans l'opération du staphylome,

Par M. Hulke.

Lorsque l'existence d'un large staphylome force à enlever le segment cornéen, de manière à permettre ensuite l'application d'un œil artificiel, il arrive fréquemment que l'œil suppure, et que le moignon en même temps qu'il se rétracte devient douloureux et se guérit lentement. M. Critchett, pour diminuer la tendance à la suppuration en protégeant l'humeur vitrée contre le contact de l'air atmosphérique, et pour hâter la cicatrisation, réunit par quelques points de suture les bords de la sclérotique avivés par l'opération. C'est ce procédé qu'a employé M. Hulke dans le cas suivant :

H. S..., âgée de vingt-deux ans, contracta en 1859 une ophthalmie purulente en soignant un jeune enfant atteint de cette affection. Malgré les soins les mieux entendus, il en résulta un large staphylome, qui en quelques mois devint assez saillant pour empêcher l'occlusion des paupières. Le segment antérieur de l'œil fut enlevé en arrière des procès ciliaires, et les bords de l'incision furent réunis, suivant une ligne horizontale, par quelques fils de soie passant à travers la conjonctive et la sclérotique. Huit jours après la réunion était complète. On appliqua un œil de verre, que la malade porte depuis un an sans éprouver aucune gêne. (*Med. Times.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 octobre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1861 dans les départements de Vaucluse et des Deux-Sèvres. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Mandon (de Limoges), qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Une note de M. Bonjean (de Chambéry), concernant l'action de l'ergotine dans les diarrhées et les dysenteries (comm., M. Barth);

3° Une note sur le cérat de cire végétale, par M. Lailler, pharmacien à l'asile de Quatre-Mares (commission des remèdes secrets et nouveaux);

4° Un travail de M. le docteur Billod, médecin de l'asile de Sainte-Gemmes, *sur la pellagre des aliénés* (commissaire, M. Baillarger).

5° Un travail intitulé *La variole à l'île de la Réunion*, par M. le docteur Muzaë Azéma (commission de vaccine);

6° Une note de M. le docteur Deneffe (de Gand), intitulée *Quelques considérations sur les empoisonnements par la strychnine.* (Commissaires : MM. Wurtz, Reynal, Devergie.)

— M. le docteur Kœberlé (de Strasbourg) adresse la relation de la deuxième opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée avec succès le 29 septembre dernier.

— A l'occasion de la correspondance, M. le secrétaire perpétuel informe l'Académie que M. Piorry a adressé une lettre relative à un fait nouveau de plessimétrie, en exprimant le désir qu'il en fût donné lecture. Cette manière d'agir n'étant pas dans les usages de l'Académie, le conseil a décidé que M. Piorry serait invité à venir donner lecture lui-même de sa lettre dans la prochaine séance.

M. J. Guérin s'élève contre cette décision du conseil, qui lui paraît porter atteinte à la liberté des membres de l'Académie, qui sont seuls juges du mode de leurs communications. Si M. Piorry a eu des raisons pour préférer la forme de lettre à une communication verbale, il y a inconvenance à lui en refuser la lecture. Il demande, en conséquence, que cette lecture ait lieu.

Une longue discussion s'engage à ce sujet entre M. le secrétaire perpétuel, M. Guérin, M. Bouvier et quelques autres membres.

M. le président, après avoir résumé les divers avis émis, consulte l'Académie et met aux voix la décision du conseil, qui est adoptée par la majorité de l'Académie.

M. Gaultier de Claubry demande également la parole à l'occasion de la correspondance, pour se plaindre à l'Académie du refus qui lui a été fait de la part du conseil de donner lecture d'une lettre dans laquelle il expose divers griefs à l'égard du secrétaire perpétuel.

Après une discussion non moins vive que la précédente, et dans laquelle M. Robinet prend énergiquement la défense des droits du conseil à cet égard, l'Académie décide que lecture sera faite de cette lettre.

M. Gaultier de Claubry se plaint dans cette lettre de ce que les rédacteurs du *Bulletin de l'Académie* aient altéré le sens du discours qu'il a prononcé à l'Académie, à l'occasion du rapport de M. Vernois sur la docimasie pulmonaire.

Après quelques explications échangées entre M. Gaultier de Claubry et M. le secrétaire perpétuel, l'Académie, sur la demande de plusieurs membres, passe à l'ordre du jour.

— M. le président annonce à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses membres titulaires, M. Londe. Une députation de l'Académie a assisté à ses obsèques. M. Béclard a prononcé en son nom un discours dont il va être donné lecture.

M. Béclard, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours suivant :

« Messieurs,

» Il y a trois mois à peine, nous adressions au nom de l'Académie de médecine un dernier adieu à un maître vénéré. Nous voici de nouveau réunis en ces tristes lieux pour remplir un douloureux devoir, et payer à la mémoire d'un digne collègue le juste tribut de nos regrets.

» Né à Caen en 1795, M. Charles Londe comptait parmi les membres les plus anciens de l'Académie. C'est en 1825, il y a trente-sept ans, que la Compagnie l'avait admis dans son sein. M. Londe sortait à peine des bancs de l'école, mais il venait d'attacher son nom à une œuvre que la Société de la Faculté de médecine de Paris avait honorée de sa flatteuse approbation par l'organe d'Esquirol. Ce travail, que le jeune docteur avait choisi d'abord comme sujet de thèse, avait bientôt pris les proportions d'un volume, qui parut sous ce titre : *Traité de gymnastique médicale, ou de l'exercice appliqué aux organes de l'homme*, d'après les lois de la physiologie, de l'hygiène et de la thérapeutique.

» Les temps n'étaient plus où les desservants des temples d'Esculape jetaient les bases de l'éducation nationale.

» L'institution des gymnases et des jeux Olympiques, qui avait engendré les fiers citoyens de la Grèce et de Rome, avait disparu dans le naufrage du monde ancien. Rappeler l'attention sur des ressources précieuses et trop longtemps négligées, telle fut la pensée de M. Londe, et il a pu plus tard la douce satisfaction de voir que son œuvre n'a pas été stérile.

» Cette première direction donnée à ses travaux, a décidé de la vie scientifique de M. Londe. En 1827 parut la première édition des *Éléments d'hygiène*, l'ouvrage le plus important qu'ait publié M. Londe.

» Rédigée suivant les principes de la doctrine médicale de Broussais, a première édition de ce livre subit plus tard de profonds changements.

» Quand parut la seconde et surtout la troisième édition de l'ouvrage de M. Londe, la doctrine de l'irritation n'avait plus le prestige des premiers jours, la voix puissante du novateur s'était éteinte, la physiologie avait pris un nouvel essor, et l'hygiène, qui, suivant l'heureuse expression d'un maître, n'est que la clinique de l'homme sain, échappait heureusement à l'influence des systèmes.

» M. Londe a publié un grand nombre d'articles dans l'*Encyclopédie méthodique*, dans le *Journal général de médecine*, dans le *Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales*, dans les *Archives générales de médecine*, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*.

» M. Londe avait présidé en 1831 la commission médicale chargée d'aller étudier en Pologne le terrible fléau qui menaçait l'Europe, et qui devait bientôt faire parmi nous sa funèbre apparition.

» Fidèle à la religion du devoir, aussi bien sur le théâtre de l'épidémie que dans la sphère plus tranquille de ses obligations scientifiques, nul n'était plus assidu que notre collègue aux séances de l'Académie.

» Tous ceux qui se sont trouvés en rapport avec M. Londe savent quelles étaient sa cordialité et son obligeance, et il n'est pas nécessaire d'avoir vécu dans son intimité pour rendre hommage à ses vertus privées. D'une grande simplicité, d'une bonté presque candide, M. Londe avait le cœur chaud jusqu'à l'excès, et poussait jusqu'à la

passion l'amour de la vérité. Tel est, Messieurs, l'homme excellent qui vient d'être enlevé à la science et à ses amis. »

Cette lecture a été accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

RAPPORTS.

Lèpre. — M. GIBERT donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Alessandro Rambaldi, médecin de l'hôpital Saint-Maurice à San-Remo (Etat de Gênes), ayant pour titre : *Documents sur la lèpre.*

M. le docteur Rambaldi, médecin de l'hôpital Saint Maurice consacré aux lépreux, qui renferme aujourd'hui 31 sujets atteints de lèpre tuberculeuse ou éléphantiasis, expose dans ce travail le résultat de ses recherches sur l'origine, la nature et le caractère contagieux de la maladie après trois années d'observation dans cet établissement. Avec la plupart des auteurs modernes, ce médecin nie formellement le caractère contagieux que les devanciers avaient assigné à la lèpre, en même temps qu'il admet pleinement l'hérédité. Quant à la nature du mal, il est porté à le regarder comme une dégénérescence spéciale de toute la substance lentement amenée par les influences climatériques et hygiéniques, au nombre desquelles il signale avec tous les observateurs l'humidité atmosphérique et l'usage du poisson de mer altéré comme base de la nourriture habituelle. Quelques recherches sur le sang lui font émettre une opinion analogue à celle qui avait déjà été professée dans le siècle dernier par Schilling, savoir, qu'il existe chez les lépreux une altération spéciale de la fibrine qui se sépare mal du sérum, perd sa consistance et son élasticité, et présente, en outre, à l'analyse chimique une diminution notable des sels phosphatés, d'où l'auteur tire l'induction de l'essai thérapeutique du phosphate de fer.

Bien qu'il n'y ait rien d'absolument nouveau dans ce travail, dit M. le rapporteur, le bon esprit qui a présidé à la rédaction, les expériences cliniques auxquelles s'est livré l'auteur pour appuyer son opinion sur la non-contagion de la lèpre, les analyses chimiques du sang qu'il a fait faire, les observations qu'il a faites sur le caractère moral des lépreux dans lesquels il a cru reconnaître un cachet d'entêtement et de bizarrerie tout particulier..., m'engagent à proposer :

1° Le dépôt des documents dans les archives ;

2° L'envoi d'une lettre de remercîments à l'auteur, avec invitation à vouloir bien transmettre à la Compagnie les nouvelles observations qu'il sera à même de recueillir sur la lèpre.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Composition et propriétés des eaux et extraits de foies de morues. — M. DEVERGIE, au nom d'une commission composée de MM. Bouillaud, Poggiale et Devergie, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de MM. Despinoy et Garreau (de Lille), ayant pour sujet la composition et les propriétés des eaux et extraits de foies de morues.

M. Despinoy, pharmacien à Lille, préparant (en 1846) de l'huile de foie de morue, remarqua qu'il s'écoulait une grande quantité d'un liquide aqueux des foies qui servaient à cette préparation. Il évapora ce liquide, et il obtint un extrait de couleur jaune pâle, d'une saveur douceâtre d'abord, puis légèrement saline, et exhalant une faible odeur de hareng salé. Il conserva l'extrait en parfait état jusqu'en 1858, époque à laquelle, pénétré de plus en plus de cette pensée que ces huiles incolores sont beaucoup moins actives que les huiles brunes, il se livra à des recherches analytiques concurremment avec M. le docteur Garreau, dans le but de démontrer la supériorité de ces dernières. Il saisit cette occasion pour obtenir et analyser des liquides aqueux de diverse nature, suivant l'état de fermentation plus ou moins avancée du foie. C'est sur l'appréciation des résultats de ces analyses que porte le rapport.

Voici le résumé de cette appréciation :

Tout en acceptant comme parfaitement exacts les résultats des analyses faites par MM. Despinoy et Garreau, nous croyons devoir faire remarquer, dit M. le rapporteur, qu'elles tendent à démontrer combien est peu fondée l'opinion qui attribue au chlore, à l'iode, au brôme et au soufre la puissance curative de l'huile de foie de morue. Voici un extrait aqueux qui contient une proportion beaucoup plus considérable de ces éléments, et dont l'efficacité est inférieure à celle de l'huile. C'est là un résultat très-important de leurs recherches.

Leurs analyses ne rendent pas compte non plus, comme le croient les deux auteurs, de la préférence qui est donnée par la généralité des praticiens aux huiles brunes sur les huiles blanches ou blondes. A cet égard, c'est encore l'observation clinique seule qui a dirigé dans ce choix.

Concluons donc, en définitive, que, malgré les nombreuses recherches chimiques qui ont été faites, on ne peut expliquer encore la puissance des huiles de poisson par les éléments que ces recherches nous ont fait connaître. Mais les expériences et les recherches analytiques de MM. Despinoy et Garreau, n'eussent-elles servi qu'à détruire l'opinion que l'action de l'huile de foie de morue réside uniquement dans les métalloïdes qu'elle renferme, qu'ils auraient rendu un véritable service à la science.

Suivant nous, ils ont fait plus : pouvoir donner aux malades sous forme de pilules une substance qui, sans avoir la même puissance d'action que l'huile, procure cependant des résultats thérapeutiques du même genre, quoique à un plus faible degré, c'est avoir rendu un service à la thérapeutique pour les cas où les malades ne peuvent tolérer l'huile à quelque faible dose qu'on la prescrive.

Les auteurs ont donné dans leur travail les formules à l'appui de la demande qu'ils ont faite de leur insertion au *Codex*.

Sous ce rapport, ajoute M. Devergie, la commission a pensé qu'il ne lui appartenait pas de décider la question; elle se borne à déclarer que ces pilules peuvent être utiles en thérapeutique dans les cas où les huiles de poisson ne peuvent être supportées par les malades, mais qu'elles sont loin d'en avoir l'efficacité.

En conséquence, la commission propose le vote des conclusions suivantes :

1° Adresser à MM. Despinoy et Garreau une lettre de remercîments, en les invitant à poursuivre leurs recherches;

2° Renvoyer leur mémoire au comité de publication pour être inséré par extrait, attendu qu'il renferme des faits nouveaux;

3° Renvoyer le mémoire à la commission des remèdes nouveaux et secrets, afin qu'elle décide s'il y a lieu de proposer l'insertion de ce médicament au *Codex*.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Ovariotomie. — M. BOINET commence la lecture d'un travail sur l'ovariotomie, à l'occasion de l'opération qu'il a pratiquée récemment avec succès sur une femme de trente ans.

L'heure avancée de la séance n'ayant pas permis à M. Boinet de terminer sa lecture, la parole lui sera réservée dans la prochaine séance pour la continuer.

L'opérée, présente dans l'une des salles adjacentes, a pu être examinée par un grand nombre de membres de l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

OBSÈQUES DE M. LONDE.

Les obsèques de M. Londe ont eu lieu samedi dernier, ainsi que nous l'avions annoncé. Les nombreux amis que notre regretté confrère comptait dans le corps médical de Paris, assistaient en foule à son convoi. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe : le premier, au nom de l'Académie de médecine, dont M. Londe était un des plus anciens membres, par M. Béclard, secrétaire annuel; le deuxième, au nom de la presse médicale, qui pendant de longues années l'a compté parmi ses plus distingués représentants, par M. le docteur Joulin. Nous avons reproduit plus haut dans le compte rendu de l'Académie de médecine le discours vivement applaudi de M. Béclard. Nous avons pensé qu'on ne lirait pas avec moins d'intérêt les quelques paroles dans lesquelles M. Joulin a si bien peint le caractère du publiciste et de l'homme privé.

C'est au nom de la presse scientifique dont il était un des doyens et un des plus dignes représentants, au nom de ses amis, que je vais prononcer les dernières paroles sur le cercueil de notre cher et regretté Londe.

Au début de sa carrière, il fut soutenu par d'illustres amitiés; Gall, Chaussier, Broussais, lui ouvrirent les portes du monde scientifique. De telles amitiés étaient presque déjà une garantie d'avenir, car elles ne s'attachent point ordinairement à des esprits médiocres.

Je ne dirai rien de ses débuts d'écrivain, des livres qui le firent entrer à l'Académie de médecine et l'ont placé au premier rang parmi les hygiénistes ; je ne parlerai même pas des nombreux travaux répandus dans les différents dictionnaires de médecine, l'appréciation vient d'en être faite d'une manière éloquente par M. Béclard au nom de l'Académie. Je rappellerai seulement les titres de Londe comme membre de la presse scientifique. Il fut l'un des fondateurs des *Archives générales de médecine*, qui fournissent une si belle carrière ; collabora activement au *Journal général de médecine*, à la *Gazette des Hôpitaux*, au *Journal des spécialités* de notre ami le docteur Vincent Duval, enfin à presque tous les recueils périodiques qui sont à Paris les organes de notre profession. Mais depuis une dizaine d'années la presse française ne reçut de lui que de rares communications. Il donnait tous ses soins à la rédaction de sa *Revue scientifique de Paris* dans l'*Indépendance belge*. Là, Messieurs, il s'est montré causeur aimable et spirituel, écrivain élégant ; il a su mettre la science à la portée des gens du monde avec un tact et une habileté remarquables. Il exposait d'une manière lucide les questions les plus difficiles à comprendre, et accomplissait cette tâche ingrate de vulgarisateur sans pédantisme et avec la spontanéité du véritable journaliste dont la plume n'a pas le temps d'attendre l'inspiration.

Ce qu'on doit signaler, surtout dans un temps où trop de gens sont de l'avis de Vespasien, c'est son honnêteté intraitable, son exquise délicatesse ; jamais il n'y eut de transactions entre sa conscience et son intérêt. L'influence que lui donnaient ses *Revues* à l'*Indépendance* l'ont souvent exposé aux piéges dorés que sèment autour des journalistes les industriels qui veulent rendre la science complice de leurs fourberies ou de leurs illusions. Londe a toujours repoussé avec mépris de pareilles tentatives, et sa plume est restée pure de telles souillures.

Londe était né journaliste, mais il pouvait suffireà des luttes moins pacifiques que les nôtres. Sa rare énergie, son ardeur et son courage chevaleresques, étaient servis par une constitution de fer que les exercices les plus violents n'avaient pu affaiblir; bien des fois, dans sa fougueuse jeunesse, il risqua sa vie pour protéger ou défendre ses amis. L'âge avait un peu amorti cette vitalité exubérante; cependant, lorsqu'il se heurtait à quelque bassesse, son œil s'animait; il frappait du pied, et sa généreuse colère montrait qu'une chose en lui n'avait point vieilli : c'était l'honnêteté du cœur. La vivacité de son caractère n'en excluait pas la bonté; il était d'une bonhomie charmante, aimable et bienveillant pour tous, et dévoué pour ses amis, qui ne lui ont jamais demandé en vain un service qu'il pouvait rendre.

Londe, dans sa jeunesse, était, comme disaient nos grand'mères, un cavalier accompli. Il avait une tête charmante, fine, étincelante d'expression et d'intelligence, et des formes élégantes et robustes qui le rendaient sans rival dans les exercices du corps; les années en avaient fait un beau vieillard, à l'air doux et triste, car depuis longtemps la maladie qui l'a tué, une horrible affection du cœur, pleine de jours d'agonie, le faisait cruellement souffrir, et son énergie se fatiguait à lutter contre un mal qui bravait la science et les efforts dévoués de ses amis.

Londe a regardé la mort s'approcher avec le calme d'un philosophe qui assiste à un accident inévitable; il a tracé ses dernières volontés d'une main ferme, a réglé lui-même les détails de son autopsie et de ses obsèques. Il a défendu qu'on entourât son cercueil de ces vaniteuses manifestations qui troublent la majesté de la mort, et a voulu que les regrets de ses amis fussent la seule pompe de ses funérailles. Cette pompe ne lui a pas manqué.

Sa dernière heure fut calme, il mourut en libre penseur, sans montrer cette défaillance de l'intelligence qu'on observe parfois même chez des esprits d'une certaine trempe, et que je nomme les faiblesses de la dernière heure.

On peut écrire sur cette tombe : Loyauté! honnêteté! et personne n'aura le droit d'effacer l'épitaphe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les inspecteurs médicaux de l'armée anglaise viennent de publier leurs rapports. Ils recommandent que l'ordinaire de viande du soldat soit élevé de trois quarts de livre à une livre. Ils déclarent que l'augmentation de dépense sera grandement compensée par l'augmentation de force et de santé parmi les soldats, et par la diminution de la mortalité et des maladies.

— M. le docteur Botson, ancien chirurgien de marine, membre correspondant des Académies de Douai et d'Arras, vient de mourir à Pont-à-Marcq (Nord), à l'âge de quarante-sept ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies de l'enfance, par M. BARRIER. 3e édition. Deux volumes grand in-8°. Prix : 18 fr.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par MM. BERNUTZ et GOUPIL. Deux volumes grand in-8°. Prix : 18 fr.

Principes de pathologie générale, par M. P. Em. CHAUFFARD, agrégé de la Faculté de medecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. Un fort vol. in-8° de 750 pages. Prix : 9 fr., et non 3 fr., comme il a été annoncé par erreur. — Paris, chez F. Chamerot, libraire, rue du Jardinet, 13.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 125. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1862. (35e ANNÉE.) Nº 125. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale du mois de septembre.

La constitution médicale du mois de septembre, d'après le rapport mensuel de M. Lailler sur l'état sanitaire des hôpitaux de Paris, n'a présenté aucun caractère saillant ; elle n'a que peu différé de celle des deux mois précédents.

La fièvre typhoïde y est signalée comme ayant dominé la scène dans tous les hôpitaux ; mais, comme nous en avions fait la remarque pour le mois précédent, elle a été en général d'une très-grande bénignité. On ne trouve dans le relevé de M. Lailler qu'un seul cas de mort.

L'embarras gastrique apyrétique s'est montré fréquemment. On a noté aussi des diarrhées et des dyssenteries.

Les rhumatismes articulaires ont été nombreux, mais la plupart sans gravité et sans complications internes. M. Bouvier a observé cependant un cas suraigu avec manifestations multiples chez un enfant.

On a constaté dans quelques hôpitaux, notamment à Beaujon et à Saint-Antoine, un assez grand nombre de pleurésies et quelques pneumonies.

M. Lailler fait remarquer à cette occasion que la pleurésie se présente toujours avec une grande fréquence à l'hôpital Saint-Antoine, ce qui s'expliquerait, suivant lui, jusqu'à un certain point, par le genre de travail auquel se livrent la plupart des habitants du quartier qui alimente cet établissement. Quant aux pneumonies, elles ont été généralement bénignes. On n'a compté qu'un seul cas de mort.

Les affections diphthéritiques ont été nombreuses, mais peu graves, dans les hôpitaux d'enfants.

M. Bouvier a eu sur 5 cinq cas de trachéotomie pour croup, deux succès complets (les petits malades sont sortis guéris) ; un cas en voie de guérison, et deux autres dans des conditions tellement favorables, qu'il considère leur guérison comme certaine. A l'hôpital Sainte-Eugénie, on a compté également, d'après le rapport, quatre guérisons sur quatre opérations.

M. Lailler complète le tableau pathologique de ce mois en signalant quelques varioles disséminées, quelques érysipèles et un zona de la face, compliqué d'une ophthalmie.

Ce tableau se résume, comme on le voit, par un petit nombre de maladies, en général sans gravité.

Hémorrhagie cérébrale des tubercules quadrijumeaux et du pédoncule cérébral du côté droit dans une méningite tuberculeuse.

Bien que l'objet essentiel de la clinique soit l'étude directe des phénomènes pathologiques et la recherche des indications thérapeutiques qu'ils suscitent, nous ne devons cependant négliger aucune des occasions qui se présentent d'éclairer par l'observation les problèmes de physiologie soulevés dans le cabinet ou dans le laboratoire. Le fait suivant, qui a été communiqué à la Société de biologie par M. Ferrand, nous a paru de nature à intéresser particulièrement sous ce point de vue, sans rien perdre d'ailleurs de sa valeur au point de vue pathologique proprement dit.

Un jeune garçon de dix ans, orphelin, est admis à la salle Saint-Louis de l'hôpital des Enfants le 8 mars dernier. On a peu de renseignements sur les antécédents de cet enfant, qui a été recueilli depuis peu de temps chez les frères. Six jours avant, il avait été pris de malaise et de fièvre, accompagnée de vomissements et de constipation. La veille, il était tombé dans un état de coma assez profond, sans convulsions ni agitation ni délire, et c'est dans cet état qu'il fut amené à l'hôpital.

Au moment de la visite il est toujours dans le coma ; i pousse cependant des cris prolongés quand on l'excite ou qu'on le remue. La chaleur de la peau est modérée ; le pouls est très-fréquent, peu irrégulier, mais inégal. La respiration est lente et profonde ; on constate quelques râles muqueux à la base des deux poumons. La langue est peu humide. La pupille gauche est immobile et beaucoup plus dilatée que la droite ; celle-ci même semble un peu contractée. Il y a une résolution manifeste dans le bras gauche, qui paraît ne se mouvoir que difficilement et lentement, bien que la sensibilité n'y soit point abolie, ainsi qu'on s'en assure par les cris que pousse l'enfant lorsqu'on vient à pincer ce membre. Le bras droit a conservé sa sensibilité et sa motricité intactes. Il existe la même différence entre les membres inférieurs. L'enfant est dans le décubitus dorsal, incliné sur le côté gauche, position qu'il reprend toutes les fois qu'on le déplace.

On prescrit l'application de deux sangsues derrière chaque oreille, sinapismes, calomel, 0,25 en cinq doses, à une heure d'intervalle, jusqu'à évacuation.

L'état du petit malade persiste ainsi, sans aucun changement, pendant deux jours. Il meurt dans la troisième journée, étant toujours resté dans un coma profond.

L'autopsie révèle à peine un peu de congestion pulmonaire, mais quelques gros tubercules jaunes et crus, et des granulations sous-pleurales très-abondantes. Rien au cœur ni au péricarde. Plusieurs tubercules jaunes et plusieurs granulations sont disséminés sous le péritoine hépatique et splénique. On trouve des tubercules dans le parenchyme même du rein, et des granulations abondantes dans le mésentère.

Mais les lésions les plus importantes, et qui présentaient le plus d'intérêt, devaient se trouver dans les organes encéphaliques. Le crâne ouvert montra une infiltration séreuse notable de la pie-mère à la surface des circonvolutions, avec légère congestion. A la base, le liquide était en grande abondance, séreux, un peu louche et rosé, occupant la grande cavité de l'arachnoïde et surtout les confluents sous-arachnoïdiens. Des granulations nombreuses se voyaient le long des vaisseaux et à la surface des hémisphères, et surtout le long de la scissure de Sylvius.

La section par couches horizontales successives des hémisphères cérébraux laissait voir un léger piqueté. Les ventricules étaient pleins d'un liquide séreux plus louche et plus coloré que celui du dehors. Là aussi la toile choroïdienne et les plexus étaient adhérents aux parties sous-jacentes.

En soulevant d'avant en arrière le corps calleux, on voyait un foyer hémorrhagique occupant les deux tubercules quadrijumeaux postérieurs. Ce foyer atteignait en avant le tubercule quadrijumeau antérieur gauche et envahissait la plus grande partie du droit. De ce côté, le foyer s'étendait jusqu'à la partie la plus postérieure de la couche optique, qui était aussi érodée par l'hémorrhagie, et dont la moitié postérieure présentait une teinte ecchymotique. En arrière, le foyer s'étend jusqu'au voisinage du cervelet, dont le lobe médian et le lobe droit présentent aussi une ecchymose dans le point correspondant. Les bords du foyer sont rosés, et la plus grande partie de sa surface est un peu ramollie. Au niveau du vermis supérieur, la pie-mère est épaissie, verdâtre, infiltrée de produits plastiques purulents et tuberculeux. Du côté droit, qui paraît être son siége principal, ce foyer pénètre dans le pédoncule cérébral, qu'il traverse.

L'examen microscopique de ces parties y a fait découvrir les éléments du tubercule, les éléments nerveux altérés, dissociés, enfin les éléments d'une néo-vascularisation.

— Nous avons dit que ce fait éclairait ou confirmait quelques points de physiologie. En effet, au point de vue physiologique, il est confirmatif de l'action croisée des tubercules quadrijumeaux sur la vision. D'un autre côté, la persistance d'un certain degré de sensibilité concorde avec l'opinion de M. Longet, qui fait de la protubérance un centre de perception pour les sensations brutes, non conscientes, et pour les mouvements de locomotion.

On voit, comme l'a fait très-judicieusement remarquer M. Ferrand, dont nous ne faisons ici que reproduire les réflexions, l'importance que pourrait acquérir dans un pareil cas la réunion de ces trois signes : hémiplégie, abolition de la vue du même côté, et persistance néanmoins d'une certaine sensibilité obtuse et automatique pour indiquer le siége de la lésion, c'est-à-dire le pédoncule cérébral et les tubercules quadrijumeaux du côté opposé à celui de la paralysie.

Quant à l'interprétation pathologique du fait et à la relation probable des phénomènes morbides observés, voici, d'après leur ordre de succession, celle que propose M. Ferrand : méningite tuberculeuse survenue chez un tuberculeux, et ayant amené une hyperémie anormale dans des capillaires cérébraux probablement altérés par une infiltration tuberculeuse, d'où la rupture de ces vaisseaux et l'hémorrhagie.

Cette explication semble justifiée par la symptomatologie, qui a offert, en effet, les phénomènes d'une apoplexie survenant dans le cours d'une méningite.

Emploi de la ciguë dans les engorgements chroniques mono-articulaires chez les scrofuleux.

Dans une visite que nous avons faite il y a peu de temps à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laboulbène, suppléant de M. Barth, ce savant confrère nous a signalé deux malades de la salle des femmes, qui étaient alors soumises à l'usage de la ciguë pour des engorgements chroniques des articulations. Nous nous proposions de suivre les effets de ce traitement institué d'après les idées de Storck ; des circonstances particulières nous en ont empêché. Mais nos lecteurs n'y perdront rien. M. Laboulbène, dans une note qu'il vient de publier dans le *Bulletin de thérapeutique*, expose les résultats heureux qu'il a obtenus de ce mode de traitement dans ces deux cas. Voici la relation de ces deux faits, que nous empruntons à cette note :

Rosalie M., âgée de vingt ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 20 février dernier, a vu se développer les premiers symptômes de la scrofule vers l'âge de neuf ans ; jusque-là bien portante, elle eut à cette époque un abcès à l'aine, l'année suivante elle en eut un autre au cou, et tous les deux ans, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, de nouveaux abcès parurent dans cette région. Cette fille n'avait pas encore eu la moindre douleur dans les articulations, depuis quatre ans qu'elle habitait Paris ; mais depuis cinq mois seulement elle occupait un rez-de-chaussée humide et sombre. Ce fut le 15 février qu'elle éprouva pour la première fois des douleurs assez vives dans les articulations du bras gauche ; le lendemain, la douleur s'était portée dans le genou droit ; bientôt elle y devint très-vive, la marche devint impossible. Ce fut alors que la malade se fit transporter à l'hôpital.

A son entrée, le genou était gonflé et contenait un peu de liquide ; les douleurs, déjà vives au repos, s'exagéraient par les mouvements et par la pression ; la peau de la région était tendue et beaucoup plus chaude que celle des parties environnantes. Il n'y avait ni blennorrhagie ni antécédents syphilitiques.

Pendant quinze jours des frictions calmantes, des cataplasmes laudanisés furent appliqués sur l'articulation, sans que les douleurs fussent notablement calmées.

Vers le 15 mars, l'inflammation toujours vive semblait s'étendre au fémur ; il y avait un gonflement notable de la partie inférieure de cet os. On fit une application de 20 sangsues. Les douleurs furent calmées momentanément, mais bientôt elles reparurent. On fit des frictions avec l'onguent mercuriel belladoné, en continuant les cataplasmes.

Le gonflement de l'articulation et du fémur restait stationnaire ; la douleur ne diminuait que par instants, quand M. Laboulbène commença, le 10 avril, le traitement par la ciguë.

Pendant plus d'un mois et demi, depuis le début de l'affection, les calmants et les résolutifs n'avaient produit aucune amélioration. La malade poussait des cris de douleur toutes les fois qu'il fallait arranger son lit.

Dès le 10 avril, elle prit par jour deux pilules composées chacune de :

Poudre de ciguë.	5 centigrammes.
Extrait de ciguë.	5 —

Elle fit en même temps des frictions avec la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Extrait de ciguë.	10 —

Le 4 mai, au bout de trois semaines de ce traitement, les douleurs étaient beaucoup moindres dans le genou, la peau moins luisante et moins tendue, et la partie inférieure du fémur était notablement diminuée ; de plus, la jambe, demi-fléchie, commençait à rentrer dans l'extension.

Le 10 mai, la malade prend quatre pilules de ciguë par jour ; l'usage de la pommade est continué.

Dès ce jour, le mieux se continue, le gonflement diminue peu à peu, et six semaines plus tard, le 30 juin, cette fille peut marcher dans la salle en se soutenant cependant avec une chaise.

Le 1er août, l'état de la malade est très-satisfaisant ; le gonflement de l'articulation était à peine sensible, il restait encore un petit bourrelet fongueux à la partie externe. Toutefois, les mouvements étaient encore peu étendus dans l'articulation, à cause de la douleur qu'ils provoquaient ; cependant la malade pouvait marcher sans souffrance, avec précaution.

—Dans le fait suivant, où l'on n'avait pas à combattre, comme dans celui-ci, une diathèse scrofuleuse, la guérison a été beaucoup plus prompte.

Il s'agit d'une femme âgée de trente-cinq ans, qui n'a jamais eu dans son enfance ni ganglions engorgés, ni ophthalmies, ni douleurs rhumatismales.

Le 10 mai, elle est prise subitement, après son travail, d'une douleur vive dans le coude, qui s'irradie dans tout le membre.

Le 26 juin, un mois et demi environ après le début de l'affection, la malade entre à l'Hôtel-Dieu. A ce moment l'articulation est tuméfiée, la peau est tendue et brillante; la palpation donne la sensation de fongosités élastiques et mollasses; il y a douleur au toucher; les mouvements sont impossibles.

Le 28 juin, M. Laboulbène commence le traitement par la ciguë :

Pilules de 10 centigrammes.

Poudre de ciguë.	5 centigrammes.
Extrait de ciguë.	5 —

Et frictions avec la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Extrait de ciguë.	10 —

La malade prend d'abord deux pilules par jour; puis le 5 juillet, elle en prend quatre. On lui donne aussi quelques bains de bras avec feuilles de morelle et têtes de pavot. Les frictions avec la pommade sont faites deux fois par jour.

Le 23 juillet, après moins d'un mois de traitement, la douleur et le gonflement n'existent plus; tous les mouvements sont possibles et complets, à l'exception cependant de la supination, qui ne peut s'achever sans douleur; on perçoit pendant ce mouvement quelques frottements dans l'articulation.

Le 2 août, les mouvements du membre se font avec souplesse, et la malade sort complétement guérie.

— Avant d'administrer la ciguë aux deux malades dont nous venons de rappeler l'histoire, M. Laboulbène l'avait déjà employée avec succès dans trois cas analogues; dans un cas d'engorgement péri-articulaire considérable du coude, survenu après un rhumatisme mono-articulaire; dans un cas de rhumatisme poly-articulaire, puis mono-articulaire du poignet; et dans un cas d'engorgement péri-articulaire de l'articulation fémoro-tibiale droite, chez trois sujets scrofuleux. Dans les deux premiers cas, il y a eu guérison; dans le troisième, amélioration notable.

Les cinq malades soumis à la médication par la ciguë ont offert des engorgements chroniques articulaires siégeant principalement autour des articulations du coude, du poignet, du genou. Ces engorgements, dans la plupart des cas (trois fois sur cinq), succédaient au rhumatisme. Dans tous, un excepté (le cinquième), il y avait les caractères évidents de la scrofule. C'est surtout eu égard à cette diathèse et à la ténacité habituelle des engorgements qui en procèdent, que l'efficacité de la médication nous a paru ici remarquable et digne d'être signalée.

OBSERVATION D'UN CAS D'AVORTEMENT
suivi d'une hémorrhagie grave. — Compression de l'aorte. Tamponnement. Guérison;

Par M. le docteur Sicard, de Nice (Alpes-Maritimes).

(Un nouvel exemple de l'efficacité de la compression de l'aorte comme moyen d'arrêter les hémorrhagies utérines graves à la suite de l'accouchement, nous est communiqué par M. le docteur Sicard (de Nice), à l'occasion de l'article de notre *Revue* où nous avons traité de ce point de pratique obstétricale. Voici cette observation, qui vient à l'appui de la thèse que nous avons soutenue.)

Mme P..., jeune femme de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, mariée depuis cinq ans, a eu après son mariage une fausse couche qui n'a pas été suivie d'accidents, et bientôt après, grosse pour la seconde fois, elle a heureusement accouché à terme d'un garçon fort et vigoureux, actuellement âgé de trois ans.

Le 24 janvier 1862, Mme P... étant enceinte de deux à trois mois, fut prise, après une course un peu longue, d'une hémorrhagie assez abondante qu'elle traita d'abord légèrement, et que, d'après un malheureux préjugé, elle chercha à favoriser en se plaçant sur un vase et en prenant une tasse de café chaud. Néanmoins, l'écoulement de sang atteignant des proportions considérables, Mme P... se décida à m'envoyer chercher; et comme j'étais absent dans ce moment, le docteur Roux (de Brignolles), mon beau-père, se transporta auprès de la malade, en attendant mon arrivée. Il y était depuis quelques instants seulement quand je me rendis auprès d'elle. Il l'avait fait mettre au lit et lui donnait à prendre des boissons froides acidules.

Dans les caillots de sang, que nous examinâmes avec soin, nous trouvâmes les membranes de l'œuf qui avaient été expulsées et des traces du placenta. 2 grammes de seigle ergoté furent administrés en deux fois, à quelques minutes d'intervalle; mais l'hémorrhagie ne s'arrêtant pas, des compresses d'eau froide constamment renouvelées furent appliquées sur l'hypogastre. Ces moyens employés coup sur coup furent inefficaces; l'hémorrhagie persistait avec la même violence, et la malade, qui avait perdu une énorme quantité de sang, présentait des symptômes alarmants : la faiblesse était extrême, le pouls insaisissable; les syncopes se répétaient à chaque instant. Nous eûmes alors recours à la compression de l'aorte, et je la faisais à peine depuis quelques minutes, lorsque nous eûmes la satisfaction de voir l'hémorrhagie s'arrêter.

Sur ces entrefaites et vu la gravité de la situation, on avait réclamé le concours d'un confrère, et M. le docteur Macario (de Lyon) fut appelé. Pendant que je comprimais l'aorte, M. le docteur Roux et lui préparaient tout ce qu'il fallait pour pratiquer le tamponnement. Une fois fait, le tampon, préalablement trempé dans une solution de perchlorure de fer, fut mis en place et solidement maintenu au moyen d'un bandage en T. Alors seulement je cessai de comprimer l'aorte; déjà l'état de la malade était plus rassurant. Il lui fut ordonné de prendre de la limonade froide, du vin de Bordeaux, quelques cuillerées de bouillon froid.

Le lendemain 25, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite, et l'appareil fut enlevé sans accident. La malade avait repris un peu de force, mais il y avait une réaction fébrile assez marquée.

Potion calmante avec :

Eau distillée de laitue. . . .	100 grammes.
Sirop diacode.	25 —
Eau de laurier-cerise. . . .	10 —

Le 26, la nuit avait été calme; la malade avait dormi paisiblement; il n'y avait presque plus de fièvre. Afin de faciliter l'expulsion des caillots retenus dans l'utérus, nous donnâmes 1 gramme de seigle ergoté en deux prises. La malade n'avait pas uriné depuis trente-six heures; elle fut sondée. Nous fîmes le soir un second cathétérisme. Il y eut dans l'après-midi des frissons suivis de réaction fébrile et de transpiration, phénomènes qui s'étaient déjà manifestés la veille, mais à un moindre degré. La malade éprouvait une céphalalgie violente, qui céda dans la nuit sous l'influence d'une infusion de tilleul et d'une potion calmante.

Le 27, pouls moins fréquent; calme général. La malade avait reposé une grande partie de la nuit. Cathétérisme. Pour prévenir le retour des accès fébriles qui s'étaient manifestés les deux jours précédents, nous ordonnâmes 0,50 de sulfate de quinine en 5 pilules, à prendre en deux heures. Bouillons, potages de tapioca.

Second cathétérisme le soir; il n'y avait point eu d'accès fébrile dans la journée.

Le 28, pouls normal, régulier. La malade ne pouvant aller à la selle, nous lui conseillâmes un lavement émollient. — Trois cathétérismes dans la journée; 0,50 de sulfate de quinine; bouillons, potages; eau vineuse.

Le 29, la miction était redevenue possible; la nuit avait été assez bonne. — Lavement; 0,30 de sulfate de quinine; bouillons; potages.

Le 30, l'état de la malade était aussi satisfaisant que possible, il n'y avait plus de céphalalgie, plus de fièvre; pouls faible, dépressible; 0,30 de sulfate de quinine; potages; côtelettes d'agneau.

Dès ce moment la malade est entrée en convalescence et a marché rapidement vers la guérison, qui a été bientôt complète, grâce au régime reconstituant qu'elle a suivi.

L'observation qui précède montre de quelle utilité peut être la compression de l'aorte abdominale dans les cas d'hémorrhagie utérine grave. Ici elle a été suivie d'un plein succès; elle a arrêté une hémorrhagie qui avait résisté à tous les moyens ordinaires et qui menaçait de devenir mortelle. Sans elle le tamponnement n'aurait pu être pratiqué avec assez de rapidité pour prévenir une issue fatale. C'est un fait de plus à ajouter à ceux qu'on a recueillis en faveur de ce procédé depuis que Baudelocque neveu l'a introduit en France. Admis par la plupart des praticiens, il a néanmoins rencontré des détracteurs; mais l'expérience est là pour en démontrer les avantages; il constitue au moins une ressource précieuse qui permet de gagner du temps; or, comme le dit avec raison M. le docteur Chailly dans son *Traité d'accouchements*, « le temps est tout dans un accident qui en quelques minutes peut faire périr la femme. »

Dans le cas que nous avons rapporté, la situation s'est compliquée ensuite d'accès fébriles intermittents, qui auraient pu devenir graves dans l'état d'épuisement où se trouvait la malade, s'ils n'avaient été promptement enrayés par l'administration du sulfate de quinine.

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE
pour la cure de l'ongle incarné.

Par M. le Dr Guyon.

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 15 octobre.)

Le procédé opératoire que je soumets à l'appréciation de la Société de chirurgie a pour but :

1° De permettre la guérison de l'ulcération formée au contact de l'ongle dans la profondeur du bourrelet de parties molles qui le recouvre;

2° De ramener à une forme aussi semblable que possible à la forme normale la région malade.

Deux incisions transversales sont pratiquées à chaque extrémité du bourrelet de parties molles; elles sont assez profondes et assez étendues pour permettre de le renverser aisément et de mettre à nu le fond de l'ulcération; ces deux incisions sont alors réunies par une troisième incision longitudinale, qui se pratique sur la face de l'orteil correspondante au côté incarné.

Cette incision doit être plus ou moins profonde, mais toujours assez pour aviver complétement la face inférieure du lambeau quadrilatère dès lors formé, lambeau dont la base est au bord de l'ongle incarné, le bord libre au niveau de l'incision longitudinale, tandis que la face supérieure est formée par la portion cutanée et ulcérée. Le sillon cutané où siége l'ulcération est dès lors largement étalé et présente une surface plane; mais pour que la forme normale soit rendue, un dernier temps est encore nécessaire. Le chirurgien excise sur la face de l'orteil correspondante à l'incarnation un copeau de parties molles plus ou moins épais, de manière à former une encoche plus ou moins profonde, selon l'étendue du déplacement qu'il juge nécessaire d'imprimer au lambeau. Celui-ci, appliqué dans cette perte de substance, est non-seulement étalé de manière que la portion ulcérée soit mise entièrement à nu, mais grâce à ce déplacement, situé de telle manière que le niveau des chairs ne dépasse plus celui de l'ongle complétement libéré.

La description du procédé est minutieuse, mais l'opération est des plus simples : libérer le bourrelet, le dérouler en le renversant, l'appliquer dans une perte de substance pratiquée sur la face correspondante de l'orteil, voilà en définitive à quoi se réduit toute la manœuvre opératoire.

Il est presque inutile d'ajouter qu'il faut chercher à obtenir la réunion par première intention.

Chez le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société, j'ai fixé le bord libre du lambeau avec trois points de suture entortillée pratiquée avec des épingles à insectes, et j'ai fait un pansement à l'eau froide.

Le troisième jour, les points de suture ont été enlevés, et une bandelette de diachylon faisant le tour de l'orteil a maintenu le lambeau. Un peu plus tard, une légère compression a été établie sur sa face supérieure par un rouleau de sparadrap interposé entre la bandelette et le lambeau. Je ne me suis en aucune façon occupé de l'ulcération, qui après avoir suppuré pendant plusieurs jours s'est définitivement cicatrisée.

Voici d'ailleurs les détails de l'observation :

Le nommé Victor G..., âgé de dix-sept ans, boucher, est admis le 23 septembre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le professeur Jarjavay, alors suppléé par moi.

C'est un garçon assez bien développé, mais lymphatique; l'ongle du gros orteil gauche est incarné.

Le malade fait remonter à trois mois le début de ses souffrances et l'apparition de la suppuration sur les côtés de l'ongle. La gêne éprouvée fut bientôt assez grande pour rendre la marche difficile et même impossible sans une chaussure particulière laissant le gros orteil libre de toute pression. Depuis quinze jours, elle est cependant devenue complétement impossible, et le malade a dû renoncer à sa place.

L'ongle est taillé court, et le malade l'a réséqué aussi loin que possible sur le bord externe. Il est d'ailleurs profondément caché sous les chairs exubérantes du bord externe, et assez notablement recouvert du côté interne, parfaitement sain du reste. Au côté externe, siége de la douleur, une ulcération profonde, mais non fongueuse, fournit une abondante suppuration; tout le côté externe de l'orteil est rouge et légèrement engorgé; la rougeur et l'engorgement s'étendent à la face dorsale.

Le 25 septembre, je pratiquai l'opération plus haut décrite, et le 3 octobre, la cicatrisation du lambeau étant à peu près parfaite, l'ulcération bien guérie, je permis au malade de marcher.

Depuis ce jour, il n'a cessé de rester levé toute la journée, aidant au service de la salle, et portant des chaussures ordinaires et grossières.

La Société peut constater comme nous que l'ongle est complétement dégagé des chairs, que le sillon où repose son bord offre aussi peu de profondeur qu'à l'état normal; que l'ulcération a fait place à une surface cutanée parfaitement saine; que le niveau des chairs est inférieur à celui de l'ongle, et que l'orteil, en un mot, a repris sa physionomie normale : une cicatrice linéaire indique seule le bord libre du lambeau.

Le résultat satisfaisant de cette première opération m'a engagé à montrer le malade à la Société; il ne m'est pas encore permis d'établir si elle sera applicable au plus grand nombre des cas; mais il nous a semblé qu'il pourrait être souvent préférable de substituer à l'arrachement de l'ongle ou à la destruction des parties molles par le bistouri ou le caustique, une méthode qui permît d'arriver à la guérison en laissant la région malade dans des conditions qui se rapprochent beaucoup de l'état normal. Sans préjuger de l'avenir, cette condition nous semble en effet propre à éloigner mieux que toute autre les chances de récidive. Notre opération, plus compliquée que celles ordinairement employées, est en somme plus douce que plusieurs d'entre elles.

DU MEILLEUR MODE DE PRÉPARATION
du vin de quinquina.

Par M. le docteur Maynié

Il est peu de maladies qui, à notre époque, ne revêtent avec une facilité extrême le caractère de l'adynamie, et ce caractère est d'autant plus marqué que la maladie se rapproche davantage de sa terminaison; aussi, quand la convalescence arrive, elle trouve des constitutions profondément appauvries.

Si l'on songe ensuite aux causes si multipliées de déperditions énervantes et de troubles nutritifs dont notre époque semble réellement posséder le secret, devra-t-on s'étonner de voir les médicaments toniques et l'alimentation reconstituante si souvent et si persévéramment ordonnés par les hommes de l'art? La chlorose enfin ne domine-t-elle pas toute la pathologie de la femme? Eh bien, en présence d'un groupe d'états adynamiques dont l'étiologie reste si complexe, le spécifique par excellence, celui qui rencontre le moins de contre-indications, c'est le quinquina, dont l'action lente, continue et sûre, pénètre profondément dans l'organisme.

Mais ici une grave difficulté se présente pour le praticien. On a usé et abusé des préparations de quinquina, et l'on a multiplié à l'infini tous ses composés; quelques-uns même sont difficilement supportés, et finissent par entraîner des perturbations gastriques et des troubles généraux.

Il est généralement admis aujourd'hui que le vin est le meilleur sauf-conduit du quinquina, et que sous cette forme l'agent médicamenteux est le plus efficace et le mieux toléré.

Ce principe une fois admis, il est important pour le médecin de porter son attention sur la préparation de ce précieux agent; car on peut dire qu'aujourd'hui le vin de quinquina est préparé d'autant de manières qu'il y a de préparateurs.

Un chimiste ingénieux, M. Labat, a résolu, après de longues études spéciales, de faire cesser la confusion et de préparer un produit toujours identique et remplissant toutes les conditions désirables de succès. De nombreuses expériences l'ont amené à reconnaître qu'il fallait donner la préférence au quinquina gris et au vin de Malaga bien choisi.

En se servant du quinquina gris, M. Labat se met d'accord avec le *Codex*; mais il heurte l'opinion d'auteurs recommandables qui ont préconisé avec chaleur l'emploi du quinquina jaune. La contradiction est plus apparente que réelle.

En effet, ce que les médecins recherchent le plus dans le vin de quinquina, ce n'est pas une plus ou moins grande quantité de quinine, comme s'il s'agissait de couper un accès de fièvre

intermittente ou de combattre des accidents pernicieux, mais bien une somme d'éléments toniques suffisante pour relever une constitution débilitée. Sous ce rapport, le quinquina gris est d'une incontestable supériorité.

Le choix du vin est aussi important que celui du quinquina. Il faut, en général, n'employer que des vins complétement dépouillés et renfermant cependant 16 à 18 pour 100 d'alcool. Or, c'est précisément là le cas d'un bon vin de Malaga. Il ne se laisse point précipiter par les principes tannants du quinquina, qui restent au contraire parfaitement dissous, et dissous en aussi grande proportion que possible. M. Labat s'est assuré, en effet, que par son alcool, ses acides et son eau, le vin de Malaga dissout les quinates de quinine et de cinchonine, le quinate de chaux, le rouge cinchonique soluble, et, ce qui est plus important encore, la combinaison de cinchonine et de rouge cinchonique, dont un vin ordinaire ne dissout que de faibles quantités.

Le vin de quinquina au Malaga, outre tous ses avantages thérapeutiques, est d'une administration extrêmement facile; sa saveur aromatique et sucrée masque l'amertume du quinquina, et en fait même un médicament agréable.

Ces conclusions, auxquelles M. Labat était arrivé par l'étude chimique de la préparation, sont aujourd'hui confirmées par l'expérimentation clinique; aussi pouvons-nous dire que si le quinquina est le roi des médicaments toniques, le vin de quinquina au Malaga est à la tête de toutes les préparations quiniques.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

L'article qui a été publié dans le numéro du 14 octobre courant, par M. Delacour, professeur à l'École de médecine de Rennes, sur la fréquence du pouls après les hémorrhagies, semblerait tendre à faire croire que cette observation lui est à peu près particulière, et qu'elle a échappé aux praticiens les plus habiles, tels que M. Pajot.

S'il en était ainsi, M. Delacour serait, ce nous semble, dans l'erreur la plus complète; car le fait qu'il rapporte est mentionné partout, même dans les vieux auteurs.

Voici, en effet, ce qu'on lit dans Willis :

« *Præ cæteris verò observatione constat quod cerebra sanguinis missio homines febri aptiores reddat, quare dicitur vulgo, quibus sanguis semel detrahitur, eos nisi quotannis idem faciant in febrem proclives esse.* » (Willis, *De febribus*, c. IX, *De febre putrida.*)

Nous n'avons point à discuter l'exactitude ou la signification du phénomène signalé; nous nous bornons à faire observer qu'il est de connaissance vulgaire depuis longtemps; « *Vulgo dicitur* », écrivait déjà Willis.

On peut ajouter à ce passage le suivant, qui n'est pas moins explicite; il est tiré de Dolœus :

« *Quotidiana* aliquot mille absque venæ sectione esse curatos, et cum » *quotidiana experientia* constet illos qui sibi frequentius sanguinem » educi patiuntur satis procliviores fieri in febres, et nos doceat quod » febres per venæ sectionem prolongentur, nec tertiana, nec quartana remittant sed augeantur, potius abstinere jubemus a venæ » sectione. »

(Dolœus, lib. IV, *De febribus*, c. VIII, *De febribus tert.*)

Bien avant les expériences de Haller, citées par M. Longet et rapportées par M. Delacour sur la foi de ce dernier, Guyard, qui écrivait en 1702, allait jusqu'à prétendre que le même phénomène pouvait succéder à toutes les espèces d'hémorrhagies.

Voici ce qu'on trouve dans son *Traité de l'usage de la fréquente saignée* :

« Quelques personnes... ne manquent pas d'être prises de la fièvre après... de grands saignements de nez dans les hommes, et des pertes de sang extraordinaires dans les femmes. » (Guyard, page 48.)

En ce qui concerne les auteurs classiques, bien qu'il ne m'appartienne pas de les défendre, je ne saurais cependant m'empêcher de faire observer que le reproche qui leur est adressé par M. Delacour de ne pas aborder le phénomène en question, est en contradiction flagrante avec l'extrait même qu'il a puisé dans l'ouvrage éminemment classique de M. Longet.

Un autre livre que M. Delacour aurait pu lire, la *Physiologie* de M. Béclard, que tous les élèves de la Faculté de médecine de Paris connaissent, mentionne d'une manière très-nette la même particularité :

« Les pertes de sang très-abondantes accélèrent cette vitesse du sang. Il faut ajouter que, dans ces cas, le pouls s'élève rapidement. » (Béclard, *Physiologie*, page 270).

On pourrait multiplier les citations, mais les précédentes suffisent à prouver que l'observation dont il s'agit n'est ni aussi neuve ni aussi ignorée que M. Delacour paraît l'admettre.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, etc. LERICHE.

Nous avons reçu de M. le docteur Billod une nouvelle réponse à la dernière lettre de M. Landouzy, sur la pellagre des aliénés. Cette réponse ayant été déjà insérée dans l'*Union médicale* du 7 octobre, nous y renvoyons ceux de nos lecteurs qui s'intéressent particulièrement à ce débat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 octobre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. VERNEUIL. Lorsque M. Bauchet a présenté sa malade affectée de rétraction des mâchoires, j'ai annoncé à la Société que j'avais opéré une fille de Béthune, et qu'après la section simple des brides j'avais obtenu un succès. Depuis notre dernière réunion, je me suis enquis des résultats ultérieurs. Malheureusement, le succès ne s'est pas confirmé. Des renseignements que je viens de recevoir de la part de M. Stopin, qui habite le pays de mon opérée, m'apprennent qu'aujourd'hui, quatre mois après l'opération et malgré la remarquable constance du père à se servir de l'éponge préparée et du dilatateur, l'occlusion de la bouche s'est faite de nouveau et graduellement; que la pauvre enfant ne peut se servir que d'une cheville de bois interposée entre les mâchoires comme avant l'opération.

Ainsi, voilà un succès sur lequel je pouvais compter d'après mes premières informations et qui aujourd'hui me fait entièrement défaut. En présence de cette récidive, l'enfant va de nouveau souffrir. Que dois-je faire? Le cas est très-grave, puisqu'il y a ankylose bilatérale. Il ne faut plus songer à la section simple des brides. Je pense dès lors qu'il y a une opération à instituer et répondant à l'indication de la double ankylose, cas qui ne s'est point présenté jusqu'ici dans la pratique. Je soumettrai plus tard à la Société un plan d'opération pour ce cas difficile.

COMMUNICATION.

De la traction continue pour le redressement des ankyloses. — M. DELORE, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon, fait la communication suivante :

Le redressement lent, toutes les fois qu'il est possible, doit être préféré au redressement brusque pour la cure des ankyloses; grâce à lui, on peut habituellement triompher des obstacles produits par des rétractions musculaires ou ligamenteuses, et l'on est moins exposé à voir survenir des inflammations nouvelles qui retardent la guérison.

Parmi les divers appareils qui ont été imaginés pour obtenir une traction continue, ceux de M. Blanc, habile mécanicien orthopédiste de Lyon, me paraissent remplir toutes les conditions désirables.

Ils sont essentiellement constitués par les parties suivantes :

1° Un tuteur formé de tiges rigides en acier, articulées au niveau de la jointure à redresser, et munies de courroies et autres moyens de préhension pour saisir exactement le membre;

2° Au-dessus et au-dessous de l'article sont deux axes mobiles en acier, attachés par des courroies avec les extrémités de l'appareil;

3° Le sommet de la courbe de ces leviers est muni de courroies et d'anneaux de caoutchouc destinés à les rapprocher l'un de l'autre.

En distendant les anneaux de caoutchouc au moyen des courroies, on peut à volonté obtenir la flexion et l'extension dans toutes les articulations; il faut excepter toutefois l'articulation de la hanche, car la préhension du bassin est illusoire.

Les avantages de ces appareils sont les suivants :

Ils sont portatifs, d'une puissance qu'on peut graduer à volonté; ils sont d'une réparation facile, car les anneaux de caoutchouc se trouvent dans le commerce.

J'ai employé ces appareils plusieurs fois avec succès.

Chez une jeune fille affectée d'une rétraction des fléchisseurs de la main, qui était survenue à la suite d'une fracture du radius, la guérison fut obtenue en quinze jours, quoique le mal eût résisté pendant quatre mois à plusieurs moyens rationnels.

Je suis parvenu à rétablir les mouvements du coude après deux mois de traitement chez un jeune homme de quatorze ans affecté d'une luxation méconnue. L'appareil était alternativement disposé toutes les douze heures pour produire soit la flexion, soit l'extension.

Dans un troisième cas, le genou était atteint d'une tumeur blanche suppurée et ankylosée à angle droit depuis plusieurs années. Après une application d'un mois de l'appareil, j'obtins une rectitude à peu près complète, la marche devint possible; une fistule existant depuis longtemps se ferma, et l'engorgement diminua considérablement.

DISCUSSION.

M. BOUVIER. Je désirerais savoir si M. Delore a comparé l'appareil qu'il présente avec ceux qui existent déjà dans la pratique.

M. DELORE. J'ai fait cette comparaison et il est bien démontré pour moi qu'il n'y en a point qui remplissent mieux les conditions que celui de M. Blanc. Dans celui-ci on a employé le caoutchouc dans un but tout autre que ne l'ont employé MM. Rigal (de Gaillac) et Duchenne (de Boulogne). Tandis que ces derniers le mettaient en action pour suppléer à un muscle, M. Blanc l'emploie pour exercer une action extensive continue. Quant aux appareils à vis, ils laissent beaucoup à désirer dans leur manière d'agir.

COMMUNICATION.

M. CHASSAIGNAC. Dans une discussion soulevée dans la Société, j'ai déjà annoncé que dans les fractures de la rotule avec écartement considérable des fragments, le droit antérieur de la cuisse perd toute son action sur l'extension de la jambe, mais qu'alors le vaste externe et le vaste interne de la cuisse exercent une extension assez grande de la jambe, suppléant ainsi en quelque sorte les fibres du droit antérieur. Quoique cette proposition n'ait pas été combattue, je viens cependant apporter aujourd'hui une nouvelle preuve pour l'appuyer.

Voici donc un malade qui est affecté depuis longtemps d'une fracture de rotule non consolidée. Il existe actuellement trois fragments distincts dont les deux principaux sont, l'un supérieur, l'autre inférieur. Il n'y a pas de liens fibreux entre ces deux fragments. La peau s'enfonce entre eux, et dans la flexion elle vient toucher les condyles fémoraux.

Dans ces conditions, le malade marche facilement et peut exécuter le mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse; il ne pourrait cependant pas monter sans difficulté un escalier. Vous pouvez vous assurer par vous-mêmes de l'exactitude de ce que je viens d'avancer.

DISCUSSION.

M. TRELAT. Je ne partage pas l'opinion de M. Chassaignac relativement au mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse de ce malade. Chez lui, le mouvement de la jambe dans la marche est analogue à celui d'un membre artificiel; la flexion et l'extension dans le genou sont purement passives. Quand on examine attentivement le malade cherchant à étendre sa jambe sur sa cuisse, ou à soulever son membre inférieur placé horizontalement, on voit qu'il fait remuer son pied, le fait avancer et balancer, mais qu'il ne soulève pas sa jambe.

M. RICHET. Je viens appuyer les réflexions faites par M. Trélat. Avec M. Jarjavay, je viens de m'assurer que le membre inférieur tombe par son propre poids, qu'il est inerte, et qu'il n'y a pas possibilité d'extension; que celle-ci est purement passive et sous l'influence du poids de la jambe.

Je profiterai de cette occasion pour dire que ce malade m'est connu. Je l'ai vu en 1858 dans le service de M. Roux, que je remplaçais à l'Hôtel-Dieu. Il me dit alors qu'il avait une fracture de la rotule pour la septième fois. Je ne le crus point.

Il venait tout simplement pour une arthrite de ce genou, et il est probable que les diverses fractures qu'il croit avoir eues n'étaient que des arthrites, comme celle qu'il offrait alors à mon observation.

Dans cette circonstance, l'épanchement était tellement considérable, la peau si distendue, que je craignais la rupture de celle-ci et l'ouverture de l'articulation.

J'ai combattu cette arthrite, et quand elle a été dissipée j'ai fait porter un appareil à ce malade, pour prévenir le retour de ces accidents et pour favoriser la marche.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai observé plusieurs faits analogues à celui que nous présente M. Chassaignac. Tantôt les fragments étaient très-libres, mobiles dans tous les sens; tantôt ils étaient fixes, d'où résultait l'impossibilité d'un rapprochement. Or tous ces malades ne pouvaient détacher leur membre inférieur du plan de leur lit.

Il y avait pourtant chez quelques-uns un commencement d'extension de la jambe sur la cuisse, et chez d'autres l'extension existait réellement.

Frappé de la persistance de ce mouvement, je l'avais attribuée à l'action du *fascia lata*. De plus, chez quelques-uns, il y avait fixité du genou pendant la marche, et même pendant qu'ils portaient de lourds fardeaux. Je crois que les muscles jumeaux et soléaire étaient les agents de fixité et de cette sorte d'extension du genou.

Une question qu'on ne s'est pas faite, c'est celle de savoir ce qui rend au genou sa fixité dans la station et dans la marche, le triceps étant ainsi frappé d'impuissance. A mon avis, ce sont les fléchisseurs de la jambe et les extenseurs du pied. Le pied une fois appliqué sur le sol, l'action de ses extenseurs se transporte alors à leur attache supérieure, et ils attirent et maintiennent le genou en arrière.

De même, les fléchisseurs de la jambe, en prenant leur point fixe sur le bassin, attirent en arrière le haut de la jambe, dont le bas est arrêté sur le sol. La jambe est toujours un levier du troisième genre; mais le point d'appui s'est transporté de l'extrémité supérieure à l'inférieure.

M. TRELAT. Il me semble impossible que les jumeaux et le soléaire puissent avoir une action extensive; ce sont, en effet, des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse. Il est inutile de faire intervenir l'action musculaire pour expliquer la rigidité du genou. Les leviers sont purement passifs dans la marche simple et ordinaire. Les ligaments croisés sont précisément destinés à limiter l'extension et la flexion passives. J'ajoute comme preuve que les appareils prothétiques du membre inférieur, exécutant ces mouvements de flexion et d'extension, sont simplement des imitations de ce qui existe naturellement. Quant à l'action du *fascia lata*, invoquée par M. Morel-Lavallée, je ne la nie point.

M. MOREL-LAVALLÉE. Quand un individu porte un lourd fardeau, il faut que le genou soit fixé par des muscles. J'ai examiné directement l'état des muscles du mollet pendant cette station, et je les ai manifestement sentis contractés, durs.

M. CHASSAIGNAC. Si on croit trouver chez mon malade une extension forte, aussi parfaite que s'il avait son muscle droit antérieur intact, il est certain qu'on ne la rencontrera pas. Je n'ai pas eu cette prétention de le croire moi-même et de le démontrer. Ce que je veux indiquer, c'est qu'il existe encore chez lui un mouvement d'extension imparfait, il est vrai, mais incontestable.

Que l'on place le membre dans la position horizontale, que l'on fléchisse le genou, et l'on verra l'extension se produire. Peut-être qu'avec le secours de l'électricité localisée, on pourrait démontrer directement l'existence de cette extension.

M. TRELAT. Chez le malade, il n'y a pas extension, mais une sorte de tortillement du membre inférieur.

M. CHASSAIGNAC. Je maintiens qu'il y a un reste d'extension, que j'attribue aux muscles latéraux de la cuisse.

COMMUNICATION.

M. GUYON présente un malade, sur lequel il a employé un nouveau procédé opératoire pour la cure de l'ongle incarné (voir plus haut).

AUTRE COMMUNICATION.

M. BLOT présente un enfant nouveau-né, du sexe féminin, qui offre, à la région cervicale postérieure, une tumeur formée probablement par un spina-bifida.

Cependant, comme il pourrait exister quelques doutes sur le diagnostic, M. Blot désire avoir l'avis de ses collègues, tout à la fois sur la nature de cette tumeur et le traitement qui lui serait applicable. Jusqu'à présent M. Blot a pensé qu'il existait là un spina-bifida, dont la communication avec la cavité rachidienne est probablement oblitérée; l'expectation lui a paru la conduite la plus sage; mais il voudrait être éclairé à ce sujet par l'opinion des membres de la Société.

Voici en abrégé quels sont les caractères de la tumeur :

Elle a le volume de la moitié d'une pomme d'api; sa base, large de 4 centimètres, repose sur la partie moyenne de la région cervicale postérieure, dont elle occupe presque toute la hauteur; elle empiète même un peu sur la partie supérieure du dos. Ses parois sont formées en partie par la peau, qui forme à sa circonférence adhérente une bandelette circulaire d'un centimètre de largeur; en partie par une membrane mince, violacée, analogue aux membranes séreuses. En ce dernier point ces parois sont translucides et laissent apercevoir à travers elles un liquide citrin et transparent.

Cette tumeur est flasque, molle, ridée, quelle que soit la position qu'on donne à l'enfant. Le liquide qu'elle renferme ne semble pas pouvoir être chassé par la pression dans le canal rachidien, car, pendant cette manœuvre, elle ne diminue point de volume, et on ne produit aucun phénomène de compression.

Il n'y a de paralysie nulle part, ni dans le tronc ni dans les membres. La sensibilité est parfaitement conservée. Si l'on fait crier l'enfant, la tumeur ne change aucunement de volume, sa réplétion ne semble pas plus considérable. Dans l'état de calme, on ne voit se produire dans la tumeur aucun mouvement d'expansion en rapport, soit avec les mouvements respiratoires, soit avec les battements du cœur.

Depuis le moment de la naissance (huit jours), cette tumeur a spontanément diminué de volume, et aujourd'hui on peut en déprimer assez la partie moyenne pour arriver avec le doigt explorateur jusque sur la série des apophyses épineuses cervicales, qu'on trouve intactes.

Il n'existe pas d'écartement latéral des lames des vertèbres, leur

réunion existe partout; seulement, entre la sixième et la septième, on sent un léger intervalle qui paraît être le point par lequel s'est faite la hernie des méninges rachidiennes.

En terminant, M. Blot ajoute que jusqu'à présent il s'est contenté de protéger la tumeur contre les frottements et les violences extérieures par un gâteau de ouate maintenue par quelques tours de bande.

Depuis sa naissance cet enfant s'est toujours bien porté; il est d'un développement au-dessus de la moyenne; son poids égale 3,450 grammes. Il dort et tette bien, retient ses urines et ses matières fécales, qu'il rend de temps en temps, comme les enfants bien conformés.

On ne trouve d'ailleurs aucune autre difformité ni sur le tronc ni sur les membres; l'enfant est frais, rose, gras et bien vivace; il n'y a pas trace de pied bot. A la tête, on remarque seulement des sutures et des fontanelles un peu plus étendues que de coutume.

DISCUSSION.

M. GUERSANT. Si j'avais examiné cet enfant au moment de la naissance, il est certain que, comme M. Blot, j'aurais pensé à un spina-bifida. Mais les modifications qui sont survenues dans cette tumeur nous obligent à être plus réservés dans le diagnostic. On sent, en effet, très-bien que le canal vertébral est régulier dans la région cervicale.

Y aurait-il seulement un écartement des lames vertébrales? Les membranes rachidiennes seraient-elles sorties à travers cet écartement?

C'est ce que je serais porté à admettre. Pour cela, je me base sur l'analogie. On voit, en effet, sur le crâne des tumeurs méningiennes très-petites qui se forment à travers des pertuis extrêmement étroits. J'ai montré ici, il y a quelques années, un enfant qui portait vers l'angle interne de l'œil une tumeur formée par les méninges. Cette tumeur était ronde et possédait des battements, de sorte que je crus à une tumeur érectile. Je fis la ligature de la tumeur à sa base, et la mort ne tarda pas à survenir. Je constatai à l'autopsie qu'il y avait communication avec la cavité crânienne au moyen d'une ouverture très-étroite. Y aurait-il ici un cas semblable? Je le crois, sans pouvoir l'affirmer cependant.

Quant au traitement, je pense qu'il faut observer, attendre, et si l'on voulait agir, peut-être que des piqûres capillaires suivies d'application de collodion seraient utilement employées.

M. RICHET. J'ai examiné ce cas avec soin. Il n'y a pas spina-bifida, parce que les apophyses épineuses sont soudées sur la ligne médiane. Mais est-ce à dire, pour cela, qu'il n'y a pas de communication entre la tumeur et la cavité rachidienne? C'est ce que je n'oserais affirmer, quoique le liquide de la tumeur ne rentre pas par la pression. Certainement, si cette communication n'existe plus actuellement, elle a eu lieu dans un moment donné. Quant au traitement, je suis de l'avis de M. Guersant; il faut s'abstenir, et cette conduite est d'autant plus légitimée que depuis la naissance la tumeur a diminué chaque jour. Plus l'on attendra, plus l'on aura de chances favorables pour la guérison.

M. CHASSAIGNAC. Je partage l'avis de mes collègues. Il m'a semblé qu'à l'union de la région cervicale et de la région dorsale il y avait une perte de substance, et que ce serait dans ce point que la tumeur serait en communication avec la cavité rachidienne. Toutefois, si aujourd'hui il y a encore une ouverture, elle est certainement très-petite. Je pense qu'il faut s'abstenir; l'enfant s'élève bien, il n'y a qu'à gagner à attendre.

COMMUNICATION.

Ablation d'un cancer de l'amygdale et du voile du palais à l'aide de l'écraseur linéaire. — Opération précédée de l'écartement de la carotide interne, de la jugulaire, etc. — M. DEMARQUAY. Quelques années avant sa mort, Blandin chercha à détruire un prétendu cancer de l'amygdale, s'étendant au voile du palais, à l'aide d'une série de ligatures; mais pour prévenir le danger de ces ligatures faites au voisinage de la carotide interne, de la jugulaire et des nerfs pneumo-gastrique et grand sympathique, cet habile chirurgien, après une série de recherches faites avec moi dans mon cabinet à l'École pratique, se décida pour l'opération suivante, préalablement à la ligature de la tumeur: il fit une incision partant au-dessous de l'oreille, longeant le bord interne du muscle sterno-mastoïdien et venant se terminer vers la hauteur du larynx. A l'aide de cette incision et d'une dissection bien faite, il arriva ainsi sur la carotide interne et sur les organes qu'il devait ménager; ceux-ci furent écartés par un aide, et Blandin put effectuer son opération. J'ai rendu compte de ce fait dans l'*Union médicale* du 25 mars 1848.

Cette opération donna d'abord tout le résultat qu'on attendait; le malade guérit sans accident. Mais bientôt le mal se reproduisit; le malade entra à Bicêtre. Là il fut confié aux soins de M. Maisonneuve, qui le soumit à l'usage de l'iodure de potassium, sous l'influence duquel il guérit. On avait eu, dans ce cas, à traiter une tumeur syphilitique qui avait été prise pour un cancer, ce qui explique la guérison par l'iodure de potassium. Ce fait n'en était pas moins digne d'intérêt; il y avait eu une opération préliminaire hardie à l'aide de laquelle on put pratiquer une opération fort sérieuse.

Tout récemment je me trouvai dans une position semblable à celle de Blandin.

J'ai été appelé à donner des soins à un homme fort, robuste, âgé de cinquante et un ans, et qui portait une tumeur ulcérée occupant l'amygdale droite, les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais et une partie de cet organe, ainsi que la partie de la langue correspondante. Le mal a débuté au mois d'avril dernier. Plusieurs traitements ont été mis en usage, et en particulier un traitement par l'iodure de potassium.

Au moment de son entrée dans mon service (25 août), voici dans quel état le malade se trouvait:

L'amygdale droite est occupée par une tumeur cancéreuse ulcérée à sa surface. La maladie n'est pas bornée à l'amygdale, elle s'étend à la muqueuse qui recouvre les piliers antérieurs et postérieurs; en haut, à la muqueuse qui recouvre le bord inférieur du voile du palais; en bas, elle s'avance jusque snr le bord de la base de la langue. La tumeur ne forme pas un relief considérable à l'intérieur de la gorge, en sorte qu'il est probable que le mal n'est pas encore très-étendu en profondeur; sa circonférence est très-irrégulière, et se continue sous la ligne de démarcation avec la muqueuse des parties voisines, dont elle se distingue cependant par l'hypertrophie des follicules glandulaires et une coloration plus foncée. Au centre, la surface de cette plaie est rugueuse, et elle laisse écouler une faible quantité d'ichor mêlé de pus, qui gêne considérablement le malade.

Par le toucher, on constate une légère induration dans toute la partie malade, qui la distingue nettement des parties saines; l'amygdale paraît glisser sur les parties profondes; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. La déglutition est embarrassée, et le malade commence à perdre de ses forces. Il a consulté d'ailleurs plusieurs chirurgiens, qui ont déclaré n'y avoir rien de chirurgical à tenter, et qu'il devait continuer son traitement par l'iodure de potassium.

Après avoir bien étudié l'étendue du mal que j'avais sous les yeux, j'ai pensé que je pourrais, à l'aide de l'écraseur linéaire, enlever toute la partie malade; mais, comme Blandin, j'avais peur de comprendre dans l'anse de l'écraseur quelque organe important. Pour éviter ce danger, je fis une incision de quatre travers de doigt sur le trajet du bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

J'arrivai facilement sur les vaisseaux et les nerfs qui se trouvent au contact de l'amygdale; je les écartai, et cela fait, je me mis en mesure d'enlever la tumeur avec la chaîne d'écraseur; je fis d'abord une incision oblique sur le voile du palais, à la droite de la luette, me servant de l'instrument de M. Chassaignac, auquel j'imprimais un mouvement toutes les quinze secondes. Cela fait, je saisis l'amygdale droite avec des pinces-érignes. Je la fis saillir en dedans du côté de la bouche, et je jetai une chaîne d'écraseur sur cette masse, comprenant l'amygdale, les piliers et une grande partie de la portion droite du voile du palais.

Pendant que l'instrument marchait, je constatais avec mon doigt que je ne dépassais pas les limites voulues; le mal fut enlevé sans hémorrhagie. J'enlevai avec des ciseaux courbes la partie de la langue qui était en rapport avec l'amygdale, ainsi que quelques glandules hypertrophiées. Je réunis par première intention mon incision préliminaire; au bout de quelques jours, j'avais de ce côté une réunion parfaite. Du côté de la bouche, les choses allaient bien; cependant le malade cracha pendant quarante-huit heures une certaine quantité de sang. Mais l'usage de la glace et de l'eau glacée mirent fin à cette petite hémorrhagie, et tout alla parfaitement.

L'opération a été faite le 5 septembre, et quinze ou vingt jours après le malade rentrait dans sa famille. Depuis, il n'a cessé de venir me voir tous les huit ou dix jours; sa santé est parfaite; il a repris son embonpoint. Il y a quelques jours, quand je l'ai vu, la cicatrisation était presque complète, sauf un petit point que j'ai cautérisé. Le résultat de cette opération difficile est satisfaisant; mais ce n'est pas à ce point de vue que j'ai fait cette communication. Je sais combien, dans ce cas, il faut être en garde contre la récidive; mon but, en communiquant ce fait, est de rappeler l'idée chirurgicale de Blandin, et de montrer tout le parti que l'on peut en tirer dans le cas particulier. Dans une autre circonstance, j'espère démontrer tout ce que ce fait chirurgical a d'important et les applications qui en découlent.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Les opérations de ce genre méritent toute l'attention, en ce qu'elles ouvrent à la médecine opératoire une voie nouvelle. Dans un cas analogue, j'avais cru devoir faire la ligature de la carotide, mais je crois que l'incision de Blandin est bien préférable. Elle permet, en effet, d'arriver sur la paroi latérale et postérieure du pharynx sans léser aucun organe.

M. RICHET. J'ai été témoin de l'opération de Blandin; il a découvert la carotide, l'a mise à nu et l'a portée en dehors pendant son opération. Il s'est ainsi assuré contre sa blessure. Le malade qui a subi cette opération offre cela de curieux qu'il a été soumis deux fois à une opération pour cette tumeur du voile du palais, et qu'étant entré à Bicêtre comme incurable, il fut cependant guéri par M. Maisonneuve, qui lui administra de l'iodure de potassium.

M. DEMARQUAY. Dans mon opération, je n'ai pas ouvert la gaîne de l'artère; je me suis contenté de la sentir sous mon doigt et de l'écarter. Par cette incision préliminaire, je me suis assuré que le tissu cellulaire rétro-pharyngien n'était pas atteint par le cancer. Je n'aurais pas continué mon opération si je l'avais trouvé dégénéré. Si mon malade ne guérit point, le mode opératoire auquel j'ai eu recours sera toujours applicable à d'autres cas analogues.

M. GUERSANT. Je voudrais savoir si M. Demarquay, averti par le cas de Blandin, a fait subir à son malade un traitement antisyphilitique avant de le soumettre à une opération.

M. DEMARQUAY. J'ai fait toutes sortes de traitements, et c'est après avoir acquis la certitude de leur insuccès que j'ai tenté cette opération.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. les professeurs particuliers qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours public à l'École pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu le vendredi 31 octobre, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

— MM. les élèves sont prévenus que les études anatomiques seront reprises le lundi 3 novembre. Ceux d'entre eux qui désireraient être admis dans les pavillons de l'École pratique peuvent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté. L'École restera ouverte chaque jour de onze heures à quatre heures.

— M. le docteur Dupré, ancien chirurgien militaire, médecin des épidémies de l'arrondissement, ancien adjoint au maire de Bar-sur-Aube, médecin de la maison d'arrêt et de l'hôpital, est mort dans cette ville le 2 septembre dernier, à l'âge de soixante-quatorze ans.

— La séance générale annuelle de l'Association générale se tiendra le 26 et le 27 de ce mois, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique.

Le banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales aura lieu dimanche 26, à sept heures et demie du soir, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines. Le prix de la souscription est de 20 francs.

On souscrit chez M. le docteur Brun, trésorier, rue d'Aumale, 22.

— M. le docteur Caron ouvrira, le vendredi 7 novembre 1862, à trois heures, dans les salons du cercle des Sociétés savantes, quai Malaquais, 3, et continuera les mercredis et vendredis suivants, des conférences spéciales pour l'instruction des jeunes mères et des nourrices, dans le but d'améliorer le sort des nouveau-nés, de contribuer au développement facile et régulier de l'enfance, et de populariser l'allaitement maternel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies des yeux, par M. FOUCHER. Traduit de l'anglais de WARTHON-JONES sur la troisième édition, avec notes et additions du traducteur. Un volume in-18 jésus de 750 pages, orné de 4 planches sur acier coloriées, et de 147 figures dans le texte. Prix: 9 francs.

Leçons sur les affections cutanées parasitaires, par M. BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Un volume in-8°, orné de 5 planches gravées sur acier. Prix: 5 francs *franco*.

Leçons d'orthopédie, par M. MALGAIGNE, professeur de médecine opératoire. Un volume in-8° avec 5 planches. Prix: 6 fr. 50 c.

Leçons sur l'empirisme, par M. TROUSSEAU. In-8°. Prix: 1 fr. 50 c.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie F. Chamerot, rue du Jardinet, 13, à Paris.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Compte rendu des travaux de la Société d'anthropologie. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Fongosités des gaînes synoviales des tendons fléchisseurs du médius gauche, ayant envahi consécutivement la paume de la main; amputation du doigt et résection du métacarpien correspondant; guérison. — Sur les causes des taches de la cornée. — Pleuropneumonie terminée par un abcès de la région lombaire. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 20 octobre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Clinique obstétricale.

PARIS, 27 OCTOBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une lecture de M. de Pietra-Santa, relative à l'influence de l'air des Pyrénées sur les affections des voies respiratoires, dont on trouvera les conclusions dans le compte rendu, un mémoire de M. le docteur Castorani, sur les causes des taches de la cornée, que nous reproduisons textuellement plus bas, et une nouvelle note de M. Jadin sur le rôle physiologique de l'azote dans le développement des êtres cellulaires, sont, avec quelques ouvrages imprimés destinés au concours de prix, les seules communications médico-physiologiques que nous ayons à signaler pour cette séance. — Dr Brochin.

L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de France a eu lieu hier 26 octobre, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Rayer, assisté des membres de la commission générale et du bureau de la Société centrale. La réunion était très-nombreuse. Un grand nombre des présidents des sociétés locales des départements y assistaient.

M. le président a ouvert la séance par une allocution qui a été accueillie par de chaleureux applaudissements. On a entendu ensuite la lecture du compte rendu de la gestion de la Société centrale par M. le docteur Legouest, récemment élu secrétaire en remplacement de M. Ludger-Lallemand, à la mémoire duquel il a payé un légitime tribut de regrets, sympathiquement accueilli par toute l'assemblée; et le compte rendu général de M. A. Latour, qui a, comme toujours, obtenu tous les suffrages.

Plus de deux cents membres ont pris part au banquet, qui a eu lieu le soir au Grand Hôtel.

Aujourd'hui lundi, la commission générale et les délégués des départements se sont réunis pour entendre les rapports des commissions spéciales. Nous attendrons que ces rapports soient publiés pour en extraire les détails qui peuvent intéresser nos lecteurs.

COMPTE RENDU
DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Il existe depuis trois ans et demi, à Paris, une société savante qui compte dans son sein un grand nombre d'hommes éminents et d'infatigables travailleurs. Fondée le 19 mai 1859, et en plein exercice à partir de ce jour, la Société d'anthropologie a conquis de suite un rang très-distingué, et elle fait déjà autorité aujourd'hui dans le monde scientifique. Les *Bulletins* (1) de ses séances bi-mensuelles et ses *Mémoires* (2) viennent d'être publiés et ne forment pas moins de trois volumes de 600 pages, en 12 livraisons. Nous venons de prendre connaissance de ces documents, et nous pensons qu'il y aurait déni de justice à ne point appeler sur eux l'attention de nos confrères. Sans doute, en présence du nombre déjà si considérable des communications, il ne nous sera possible que d'énoncer sommairement le titre des principaux travaux et le nom de leurs auteurs, mais nous aurons du moins indiqué une source riche et variée d'éléments scientifiques.

M. le docteur Broca, le plus actif des fondateurs de la Société, a lu, dès l'inauguration régulière des séances, un mémoire intitulé: *Recherches sur l'ethnologie de la France*, dans lequel il s'est proposé de démontrer que la population actuelle de notre pays présente presque partout les caractères d'une race croisée, et que le croisement des races ne porte pas toujours atteinte, comme le professent plusieurs savants modernes, à la fécondité, à la vigueur et à l'intelligence des peuples. Ce travail a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Georges Pouchet et Brown-Séquard.

M. le docteur Gratiolet a fait part à la Société de ses *Observations sur la microcéphalie*, considérée dans ses rapports avec la question des caractères du genre humain et du parallèle des races. Les deux Aztèques qui furent présentés, il y a six ou sept ans, à l'Académie de médecine par M. Baillarger, et qui ont ensuite succombé dans les hôpitaux de Paris, ont fourni à M. Gratiolet l'occasion de faire une étude anatomique très-intéressante.

La question de l'homme fossile, qui, d'après Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, ne tardera pas à être résolue par l'affirmative, a été soulevée à propos d'une lecture de M. Georges Pouchet, *Sur les débris de l'industrie humaine attestant l'existence d'une race d'hommes contemporaine des animaux perdus*, et la discussion qui a suivi a provoqué l'exhibition de haches anté-diluviennes trouvées par M. Boucher de Perthes (d'Abbeville).

Une note fort curieuse sur le *Tatouage aux îles Marquises* a été adressée par M. le docteur Berchon, chirurgien de marine, puis l'*Influence des mariages consanguins* s'est présentée à l'examen de la Société à l'occasion de la thèse de M. Bourgeois, auquel il a été donné d'observer une famille de 416 personnes, descendant d'un mariage contracté il y a cent soixante ans entre deux cousins germains, avec cette circonstance que dans cette famille il y a eu 91 alliances consanguines plus ou moins rapprochées.

M. le docteur Périer, à propos du *Croisement des races humaines*, a soulevé de nombreuses et importantes questions et ouvert une discussion pleine d'intérêt, dans laquelle MM. de Quatrefages, Boudin, Simonot, Broca, Martin de Moussy, Follin et Lagneau ont été successivement entendus.

Un fait déjà connu, mais qui a toujours été très-diversement interprété, c'est le dépérissement et la décroissance continue des populations indigènes de la Guyane et de la Polynésie, dans les régions où les Européens se sont établis, même en petit nombre. Toutes les explications connues ont laissé beaucoup à désirer. M. Leroy, dans sa *Relation médicale d'un voyage dans l'océan Pacifique*, attribue ce dépérissement et cette décroissance aux ravages de la syphilis, de la phthisie pulmonaire, et surtout de la variole. Le rapport de M. Trélat fils sur ce travail a permis à la Société d'enregistrer les solides argumentations de MM. de Castelnau, de Quatrefages, Boudin, Rufz, Bertillon, Martin de Moussy, Broca, Pucheran, Gratiolet, Périer, Gosse, Verneuil, Rameau, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Delasiauve, Georges Pouchet et Pruner-Bey.

M. le docteur Berchon a adressé des documents très-précieux sur le Sénégal, et a notamment fourni des renseignements sur la coloration des nègres nouveau-nés, les époques menstruelles des femmes de la même race, le développement anormal des nymphes ou des tumeurs graisseuses des fesses, l'existence de saillies dentaires exagérées, la pathologie spéciale des diverses peuplades africaines, l'acclimatation des Européens, les exomphales des négrillons, la couleur des cicatrices chez les individus de race noire, etc., etc.

M. Rameau et le professeur Landry, de Québec, ont communiqué à la Société des détails anthropologiques sur le Canada; puis M. Périer a prononcé un discours sur l'*Hérédité des caractères accidentels et des anomalies*, auquel MM. Gosse, Martin de Moussy, de Quatrefages, Lagneau et Broca, ont répondu avec à propos et talent.

La présentation du crâne d'un Mexicain totonaque, parfaitement authentique, a permis à M. Gratiolet, ainsi qu'à MM. Auburtin, Broca, Martin-Magron, Rufz, Périer, de Jouvencel, Giraldès et Delasiauve, d'entrer dans de très-longs développements sur le volume et la forme du cerveau. La lumineuse discussion qui s'est élevée a été féconde en résultats, et il ne sera plus aujourd'hui possible d'écrire ou de professer sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'encéphale, sans consulter préalablement les opinions originales émises, surtout par MM. Gratiolet et Broca.

A une époque où la géographie ancienne de notre pays est l'objet d'une étude approfondie, les nombreuses questions relatives à l'examen des races humaines françaises devenaient naturellement pleines d'actualité. La Société l'a compris: elle a fait un appel à ses membres et correspondants nationaux, ainsi qu'aux autres savants, naturalistes et médecins, qui résident sur les divers points de la France, et elle leur a demandé des renseignements sur l'ethnologie, la linguistique, et l'observation directe de l'homme. Dans un rapport d'une étendue très-considérable, et qui est un véritable chef-d'œuvre d'érudition, M. le docteur Lagneau est venu présenter l'état actuel de nos connaissances sur les races humaines qui ont occupé ou qui occupent encore notre territoire. Ce document sur l'*ethnologie de la France* est réellement une œuvre remarquable.

Des fouilles très-profondes ayant été entreprises dans la Cité, en face du palais de Justice, pour creuser les fondements du tribunal de commerce, on trouva une très-grande quantité d'ossements. M. Broca, avec l'aide de M. Viollet-le-Duc, est parvenu à acquérir la certitude qu'aucun de ces ossements ne pouvait être postérieur au treizième siècle, et que la plupart dataient même du douzième. Désireux de rechercher si quelques modifications étaient survenues avec le temps dans les caractères crâniologiques, M. Broca s'est procuré des ossements de l'ancien cimetière des Innocents, qui a été ouvert sous Philippe-Auguste, et qui a reçu des corps jusqu'au dix-huitième siècle, puis des crânes extraits de l'ancien cimetière de l'Ouest, lequel n'a servi aux inhumations que de 1788 à 1824; puis il a présenté ces trois collections et commencé un examen différentiel dont on connaîtra bientôt les signes dominants.

MM. Pruner-Bey, Broca et Périer sont entrés dans des détails assez curieux au sujet de l'*ancienne race égyptienne*; M. Charles Robin a offert le crâne d'un Hindou mishmi (Inde transgangétique); M. Wagner a disserté sur le poids du cerveau de lord Byron; puis M. Fuzier a présenté trois têtes mongoles et le squelette des jambes et des pieds

(1) A la librairie Victor Masson. Prix, 7 fr. le volume.
(2) Même librairie. Prix, 12 fr. le volume.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique obstétricale, ou Recueil d'observations et statistique de M. MATTEI, professeur libre d'accouchements (1).

Peu d'hommes de nos jours travaillent avec autant d'ardeur que M. Mattei aux progrès de l'obstétrique. Il y a trois mois à peine, nous rendions compte de la première livraison de sa *Clinique obstétricale* (voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 78, 1862), et depuis plusieurs semaines déjà deux nouvelles livraisons sont entre les mains des accoucheurs. Ses diverses productions nous montrent M. Mattei comme un investigateur dont la ténacité nous plaît et souvent comme un novateur dont la hardiesse nous étonne, j'allais presque dire nous effraye. Ne refusons pas cependant une parole d'encouragement au navigateur intrépide qui brave les tempêtes pour aller à la recherche de terres inconnues: ces navigateurs ne sont pas communs.

Ce qui domine, ce qui frappe surtout l'attention dans la *Clinique* de M. Mattei, c'est le parti pris de ne jamais laisser le travail traîner en longueur; aussi peut-on voir combien la durée du travail est courte chez la plupart des femmes qui se sont confiées à ses soins. Pour arriver à cette fin, tantôt M. Mattei rompt les membranes (55 fois sur 100); tantôt il aide la dilatation du col utérin ou le refoule au-dessus de la tête (22 : 100); tantôt il imprime à celle-ci son mouvement de rotation (16 : 100); tantôt il en opère la flexion, et dans presque tous les cas il opère l'extension de cette tête en pressant avec ses doigts sur la région ano-coccygienne de la mère. Enfin, si ces moyens ne produisent pas l'effet désiré, il a recours à son léniceps (30 : 100).

Si l'on accorde à M. Mattei que l'accouchement n'est physiologique que quand il s'opère promptement, avec peu de douleur, sans danger notable pour la mère et l'enfant, on est obligé de convenir que dans l'état actuel de notre civilisation ces trois conditions se trouvent si rarement réunies, que l'accouchement réellement naturel est devenu l'exception. Mais toute la question n'est pas là: la fréquence des écarts de l'organisme étant admise, il reste à décider si leur gravité est généralement telle qu'une intervention prompte soit préférable à une patiente temporisation.

Théoriquement, la réponse n'est pas difficile. *Il est des cas où il faut positivement agir, il en est où mieux vaut attendre*; mais, en pratique, les conditions dans lesquelles on peut se trouver sont si variées et si complexes, qu'il faut souvent beaucoup de tact et d'expérience pour prendre toujours le parti le plus sûr, le meilleur.

M. Mattei prétend que nous attendons trop en général, et qu'une intervention plus fréquente et plus prompte le conduit à de meilleurs résultats, tant pour la mère que pour l'enfant. La question, quoique difficile à résoudre, est trop importante pour que nos confrères puissent s'abstenir de la discuter; car si M. Mattei aboutit, et il a trop de volonté pour s'arrêter à mi-chemin, ce sera nécessairement à une des trois choses suivantes.

Ou bien ce praticien intervient trop souvent, ou bien nous restons trop inactifs, ou bien enfin il y a un juste milieu à tenir, ce qui nous paraît le plus probable. Dans tous les cas, il y a là un enseignement dont la pratique obstétricale fera son profit. En attendant que les deux parties soient entendues, voyons les résultats que commence à publier M. Mattei à l'appui de sa proposition:

Relativement à la mère. Aucun accouchement dans cette série n'a été suivi de mort, de sorte qu'en y joignant les cinquante observations de la première livraison, nous n'avons qu'une femme morte sur 150 accouchées. De ce même nombre, 98 se sont rétablies sans avoir aucun symptôme fébrile; 22 ont eu une fièvre éphémère; 19 une fièvre plus grave; 11 avaient déjà la fièvre avant d'être en travail.

Ces résultats, obtenus à Paris, sont assurément bien supérieurs à ceux invoqués par M. Malgaigne, puisque, d'après l'éminent professeur, la mortalité serait d'une sur 32 à l'hôpital des Cliniques, d'une sur 13 à la Maternité, d'une sur 11 à Lariboisière, et qu'elle avait été d'une sur 5 dans une salle heureusement effondrée de la Charité. (V. *Gazette des Hôpitaux*, 1862, p. 156.)

Mais, nous en avons déjà fait la remarque, la mortalité peut varier beaucoup d'après une foule de circonstances, indépendamment du mérite de l'accoucheur. Nous voyons d'ailleurs, d'après les observations de M. Mattei, arrêtées encore à l'année 1858, une moyenne de 45 accouchements par an, ce qui rapproche plus sa clinique de la pratique civile que de celle des hôpitaux. Ceci naturellement diminue l'importance que l'on pourrait attacher aux chiffres indiqués plus haut. D'un autre côté, nous verrons où s'arrêtera la proportion de M. Mattei, à mesure qu'il publiera ses résultats.

Relativement à l'enfant. Sur les cent faits rapportés dans les deux dernières livraisons, nous trouvons sept cas d'avortement. Un cas d'évolution spontanée d'un fœtus de sept mois et demi peut-être mort avant le travail. Un cas d'accouchement forcé à sept mois pour cause d'éclampsie; l'enfant a vécu quelques heures. Un cas d'accouchement provoqué à sept mois et demi sur un bassin n'ayant que 7 centimètres. L'enfant a vécu une heure. Une céphalotripsie. Un enfant volumineux (3k,900) extrait par le forceps et peut-être mort avant le travail, auquel du reste M. Mattei n'avait pas assisté dès le début. Trois cas amenés par le forceps et qui n'ont pas pu être complétement ra-

(1) 2e et 3e livraisons. Chez Delahaye, à Paris.

d'une femme chinoise, et M. Halléguen a enfin donné lecture d'un mémoire sur l'*ethnologie de la Bretagne*.

L'homme à l'époque glacière a été de la part de M. le professeur Martins (de Montpellier) l'objet d'une communication d'un haut intérêt, et M. Dally a fait sur l'*ethnologie de l'Abyssinie* un rapport qui a été très-apprécié.

M. Dareste (de Lille) a donné lecture d'un travail très-original *sur les rapports de la masse encéphalique avec le développement de l'intelligence*. On admet généralement aujourd'hui que le volume du cerveau est un des éléments les plus importants de la puissance intellectuelle, mais M. Dareste a tenté l'explication de ce phénomène. Sans méconnaître l'inégalité congénitale des aptitudes et des facultés, et sans nier que ces inégalités soient sous la dépendance de la constitution innée du cerveau, il pense que le cerveau, à l'imitation des autres organes, est susceptible de se développer par l'exercice, par le travail intellectuel, et que le grand volume de l'encéphale chez les hommes supérieurs dépend en partie du soin qu'ils ont mis à cultiver les dons de leur esprit.

Des mémoires sur l'*Ancienneté de l'espèce humaine*, par M. Delanoue; sur la *Capacité des crânes parisiens*, par M. Broca; sur la *Coloration de la peau du nègre*, par M. Simonot; sur les *Maladies dominantes aux Etats-Unis*, par M. Rameau; sur les *Statistiques des décès*, par M. Bertillon; sur les *Proportions relatives du bras, de l'avant-bras et de la clavicule chez les nègres et les Européens*, par M. Broca; sur la *Consanguinité*, par MM. Dally, Boudin et A. Sanson; sur les *Langues sémitiques et indo-européennes*, par MM. Chavée, Renan, Pruner-Bey, Trélat fils et Broca, et la relation d'un voyage de M. de Rochas aux terres magellaniques, complètent la série de travaux imprimés dans les *Bulletins* de la Société d'anthropologie.

Dans les deux fascicules des *Mémoires*, nous avons principalement remarqué la grande classification anthropologique d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, ainsi que les travaux de M. Boudin, sur le *non-cosmopolitisme des races humaines*; de M. Gosse (de Genève), sur les *races qui composaient l'ancienne population du Pérou*; de M. H. Guérault, sur la *conformation crânienne des Lapons et des Esquimaux*, et de M. Adolphe Bourgarel, sur les *races de l'Océanie française*.

Nos lecteurs peuvent voir, par l'énoncé qui précède, l'importance scientifique considérable qu'a prise la Société, née d'hier cependant. Ajoutons que les savants qui explorent les contrées lointaines, ne se mettent plus aujourd'hui en voyage sans lui avoir préalablement réclamé des instructions et des conseils, et que la Société, qui compte déjà un grand nombre de correspondants sur tous les points du globe, reçoit chaque jour des renseignements anthropologiques et médicaux d'une grande valeur. Ces résultats sont dus en partie au zèle infatigable de M. Broca. Cet hommage lui est rendu par tous et sans conteste.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

(M. FOUCHER, suppléant.)

Fongosités des gaînes synoviales des tendons fléchisseurs du médius gauche, ayant envahi consécutivement la paume de la main.

Amputation du doigt et résection du métacarpien correspondant. Guérison.

(Observation recueillie et rédigée par M. MARCOVITZ, interne du service.)

Depuis la remarquable thèse de M. Bidard (1858), nous n'avons trouvé sur cette affection qu'une seule observation, publiée par M. Notta dans la *Gazette des Hôpitaux* (nº du 15 novembre 1860).

Celle que nous donnons en ce moment est intéressante autant au point de vue pathologique qu'au point de vue anatomique, comme on le verra plus loin. Nous allons d'abord exposer les faits tels qu'ils se sont déroulés devant nos yeux.

Le nommé Emile-Ferdinand L..., âgé de vingt-deux ans, cantonnier, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 24 juin 1862, salle Saint-Côme, nº 15, service de M. le professeur Jobert (de Lamballe). Il est d'une bonne santé habituelle et sans aucune disposition rhumatismale acquise ou héréditaire.

Au mois d'août 1861, il fit une chute sur le plat de la main gauche, qui lui occasionna une grande douleur sur le moment et rendit les mouvements de flexion extrêmement douloureux. Sous l'influence du repos et des applications résolutives, tout rentra dans l'ordre; il conserva néanmoins de la roideur dans les mouvements du médius, ce qui ne l'empêcha cependant pas de se livrer à son état de cantonnier.

Mais peu à peu la face palmaire de la deuxième phalange augmenta de volume; les mouvements du médius devinrent aussi plus bornés; la tuméfaction gagna la première phalange, puis bientôt la paume de la main; la tumeur s'ulcéra en deux endroits. Tout travail lui étant désormais impossible, il se décida à entrer à l'hôpital, vierge de tout traitement.

État actuel. — La main malade est plus petite et d'une coupe plus délicate que celle du côté opposé, ce qui est dû évidemment à l'inaction relative à laquelle elle a été condamnée pendant dix mois. Vue par sa face dorsale, la seule chose qui frappe c'est la forme en fuseau du médius, qui ne tient nullement aux os, mais bien aux parties molles; sur la face palmaire, on observe une tumeur oblongue à base située en haut et occupant la paume de la main, à sommet dirigé vers la pulpe du médius, qu'elle n'atteint pas, étranglée en deux endroits qui correspondent au niveau du premier et du deuxième pli articulaire. Son sommet ne dépasse pas le pli qui sépare la phalangine de la phalangette; sa base finit au niveau de la ligne présumée de l'arcade artérielle superficielle.

La peau qui recouvre cette tumeur est rouge dans la plus grande partie de son étendue et considérablement amincie; mais elle n'est pas le siége de varicosités. Elle est ulcérée au niveau de la face antérieure de la première phalange et sur le milieu de la bosselure qui occupe la paume de la main; ces deux orifices, dont le supérieur, plus considérable, a le diamètre d'une pièce de 50 centimes, laissent passer un tissu violacé, mollasse, fongueux, doux au toucher, comme velouté, tout à fait indolent.

La consistance de la tumeur est molle, comme fluctuante, partout la même; il n'y a pas le plus petit point induré.

Les mouvements de flexion du médius sont presque complétement abolis.

L'état général est excellent.

Le traitement ordonné par M. Jobert consista en manuluves aromatiques additionnés de 30 grammes de sous-carbonate de soude et en applications de pommades résolutives.

Mais loin de diminuer, la tumeur prit de l'accroissement, surtout dans le creux de la main, qu'elle occupe presque entièrement. A ce moment, M. Jobert excisa les fongosités qui sortaient par l'orifice supérieur, et débrida un peu cet orifice lui-même, se réservant pour plus tard de recourir à une opération plus radicale.

Bientôt un troisième ulcère se fit sur la face palmaire de la deuxième phalange jusqu'alors intacte, en même temps que les deux autres s'agrandissaient.

L'état général restait toujours très-bon.

M. Foucher, chargé du service en l'absence de M. Jobert, continua le même traitement pendant quelque temps; mais voyant que le malade courait de plus en plus le risque de perdre sa main, il lui proposa l'amputation, qui fut acceptée et exécutée le 9 septembre dernier.

Opération. — Comme la flexion du médius était devenue complétement impossible, ce qui indiquait la destruction probable du tendon fléchisseur et peut-être la participation à la dégénérescence fongueuse des articulations voisines, que d'ailleurs la production morbide avait refoulé de toutes parts les tissus de la main entre lesquels elle paraissait s'être enfoncée, M. Foucher ne songea même pas à attaquer la tumeur par une simple incision faite sur la face antérieure, suivie de l'excision des fongosités, comme on l'a conseillé et pratiqué en pareil cas avec succès. (Voir l'observation Ire de la thèse de M. Bidard et celle de M. Notta, citées plus haut.)

Le malade ayant été endormi par le chloroforme, le chirurgien fi l'amputation complète du médius et du métacarpien correspondant par le procédé en raquette; mais au lieu de désarticuler le métacarpien, il le coupa avec la pince de Liston aussi près de son articulation carpienne que la chose fut possible; puis, revenant au creux de la main, il enleva par deux incisions courbes se regardant par leur concavité, toute la peau qui recouvrait la tumeur (amincie et ulcérée comme nous l'avons dit plus haut), et la masse fongueuse sous-jacente dont il extirpa ensuite les moindres traces avec le plus grand soin.

Je ferai remarquer que malgré la perte de substance considérable qu'on fut forcé de faire à la paume de la main, on ne put découvrir absolument que deux tendons, ceux du doigt malade.

Quelques ligatures suffirent pour arrêter l'hémorrhagie, d'ailleurs fort peu abondante. On rapprocha les lèvres de la plaie par des bandelettes agglutinatives faisant le tour de la main; la réunion était parfaite en arrière, tandis qu'en avant il restait une excavation en forme de bateau qu'on remplit doucement de charpie.

Un pansement simple fut fait ensuite, et le malade fut reporté à son lit.

Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible; le malade mangeait dès le lendemain une portion; la plaie a marché sans entrave vers la cicatrisation, qui a été complète au bout d'un mois. Il ne reste actuellement qu'une cicatrice solide, qui remplace le médius et son métacarpien, et qui réunit l'un à l'autre le deuxième métacarpien au troisième.

Les mouvements de flexion des doigts restants se font avec facilité, et le malade se sert très-bien de sa main.

Examen de la pièce. — La tumeur paraît plus petite que sur le vivant, ce qui tient à ce qu'elle s'est débarrassée de la plus grande partie du sang qui distendait les nombreux capillaires qui la parcourent. La peau ne présente que les particularités qui ont été notées plus haut.

Fendue dans sa longueur, la tumeur se présente comme une masse fongueuse d'un gris rosé, jaunâtre dans quelques points, demi-transparente, comme gélatineuse, englobant dans sa masse les tendons fléchisseurs superficiel et profond, diminuées tous les deux de volume, à éléments divisés, éparpillés dans le centre de la production morbide; le fait de la destruction incomplète, il est vrai, du tendon, est digne de remarque; je ne l'ai trouvé noté ni dans la thèse de M. Bidard ni dans l'observation de M. Notta,

Je n'ai pas trouvé non plus des points épaissis de la gaîne tendineuse. Les articulations voisines sont saines; les os sont également en bon état.

Au microscope, la tumeur vue à un faible grossissement paraît très-granuleuse et très-riche en vaisseaux; à 400 diamètres, on remarque le tissu lamineux en voie d'évolution depuis la fibre complète jusqu'au corps fusiforme et à la cellule embryoplastique primordiale. Avec cela de la matière amorphe granuleuse, des globules rouges et quelques leucocytes.

Réflexions. — L'intérêt de cette observation réside d'abord dans la rareté des faits de ce genre, puisque depuis cinq ans nous n'avons trouvé dans les recueils scientifiques qu'une seule observation de cette affection; elle n'a été vue que trois fois à la main par un chirurgien aussi expérimenté que M. Jobert (de Lamballe), lequel assimile complétement cette dégénérescence aux véritables tumeurs blanches articulaires, qui sont pour lui des arthrites fongueuses, complétement différentes des arthrites secondaires survenant à la suite des altérations des os (tubercules, carie, nécrose, cancer,) ou des autres tissus qui avoisinent les articulations; de là le nom de *tumeur blanche tendineuse* qu'il donne à la maladie dont nous nous occupons.

Mais, en dehors de sa rareté, le fait dont il s'agit présente différentes particularités qui méritent de fixer l'attention.

Nous voyons d'abord, comme dans l'observation de M. Notta, que la maladie s'est développée à la suite d'une violence extérieure, mais nous n'avons pas pu déterminer si les fongosités se sont établies d'emblée ou à la suite d'une synovite avec épanchement; tout ce que nous pouvons dire là-dessus, c'est que dans le cas actuel la maladie a parcouru pour ainsi dire trois étapes en montant de la deuxième phalange vers la paume de la main, ce qui permet de supposer que ce n'est pas à un vice de la sécrétion synoviale qu'est due la dégénération fongueuse, mais bien à la propagation de proche en proche d'une production d'abord circonscrite; tandis que dans les observations de M. Bidard, nous voyons comme dans celle de M. Notta les fongosités envahir toute une gaîne de prime saut.

Nous avons déjà fait remarquer la destruction des tendons dans la production pathologique; mais cette destruction, avons-nous dit, était très-incomplète et ne peut être assimilée à celle qui aurait eu lieu si la tumeur avait été de nature cancéreuse; car dans les dégénérescences de cet ordre, les tendons sont pour ainsi dire coupés net; bien plus, les os disparaissent avec rapi-

---

nimés. L'un pèse 4k750, les deux autres ont dû traverser des bassins de 7 centimètres. Tous les autres sont nés vivants; ainsi, en ajoutant ceux-ci avec ceux de la première livraison, nous trouvons 135 cas où l'enfant était vivant et viable avant le travail pendant que la mère n'offrait pas un vice de conformation très-prononcé, et les 135 enfants sont nés vivants; ils ont survécu.

Ici, il faut en convenir, la différence entre la pratique civile et celle des hôpitaux peut être moins invoquée, surtout pour ce qui concerne l'assistance; or les diverses statistiques qui ont été publiées donnent au moins un enfant mort sur vingt-cinq ou trente naissances. M. P. Dubois, après avoir écarté toutes les complications et les accidents possibles du travail, a trouvé que, même dans les présentations du sommet, il y a un enfant mort sur cinquante naissances, ce qui est bien au-dessous déjà de ce qu'obtient M. Mattei.

Nous venons de voir le résultat final de la clinique de ce confrère; passons maintenant à quelques détails.

Nous trouvons un seul cas de rupture du périnée là où l'on s'est servi du forceps. La suture pratiquée au bout de quatre heures eut un plein succès. Par contre, nous voyons que, grâce aux soins qu'il y apporte, M. Mattei a conservé la fourchette intacte vingt-quatre fois sur trente-cinq primipares, et que sur ce nombre dix-sept fois le forceps a été appliqué sans que dans treize cas même le repli muqueux de la fosse naviculaire ait été entamé. C'est assurément là un fait très-remarquable, et dont les médecins légistes auront à tenir compte, puisqu'il prouve que l'intégrité de la fourchette n'exclut nullement l'idée d'un accouchement à terme. Les praticiens y verront de leur côté ce que peuvent les soins intelligents.

Pour prévenir le relâchement de la matrice, la formation et la décomposition des caillots dans sa cavité, les résorptions putrides et leurs terribles conséquences, M. Mattei applique sur le ventre un bandage assez serré, et administre immédiatement à la nouvelle accouchée 1 ou 2 grammes de seigle ergoté. Si malgré ces précautions il observe quelques symptômes de résorption, il donne l'ipéca stibié et puis le sulfate de quinine. Pour lui, le vomitif agit en faisant contracter l'utérus et ses vaisseaux encore plus que comme évacuant; quant au sulfate de quinine, il le considère comme l'antiseptique par excellence pour neutraliser l'effet des matières résorbées.

Il est permis de se demander si le seigle ergoté, dont l'action est si prompte, si fugace, produit réellement l'effet désiré. Notre honorable confrère ne peut d'ailleurs dans les succès qu'il obtient faire une très-large part à l'emploi de ce médicament sans diminuer d'autant celle qu'il attribue à son intervention fréquente au moment du travail.

Il est encore un point sur lequel nous aurions désiré une démonstration plus rigoureuse. On admet généralement aujourd'hui que le fœtus ne fait pénétrer les eaux amniotiques dans les voies respiratoires qu'exceptionnellement, lorsqu'il souffre. M. Mattei est d'un avis contraire, mais il ne développe pas les preuves à l'appui de l'ancienne opinion qu'il veut remettre en honneur.

Il a été plus heureux en soutenant que les ischions s'écartent lors du passage de la tête de l'enfant, car le mémoire intéressant de M. Laborie est venu depuis confirmer cette assertion. Mais est-il exact de dire que les vices du détroit inférieur sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense? Nous en doutons; d'abord parce que la tête y est rarement arrêtée chez les multipares, ensuite parce que lorsqu'elle y est arrêtée chez les mêmes femmes son extraction au moyen du forceps n'exige presque jamais d'efforts; enfin parce que le diamètre bi-ischiatique de 11 centimètres n'est guère soumis, comme l'est le sacro-pubien, aux causes mécaniques capables de le rétrécir notablement.

Nous sommes bien loin d'avoir épuisé tout ce que le livre que nous analysons contient d'aperçus nouveaux tant au point de vue de la théorie qu'au point de vue de la pratique. M. Mattei du reste ne fait que commencer la publication de sa clinique, et on ne peut pas dire encore où s'arrêtera la proportion de ses résultats pour les comparer définitivement à ceux de la pratique ordinaire. Ce qu'il y a de positif, c'est que la publication détaillée de chaque fait comme il la donne, et la statistique qu'il place à la fin de chaque volume, ne peuvent pas manquer de donner en peu de temps une solution. Peut-être même M. Mattei a-t-il déjà en main un nombre de faits assez considérable pour qu'ils soient décisifs; nous désirons ce dénouement. En attendant, nous engageons nos confrères à lire cet ouvrage; ils y trouveront plaisir et profit. Notre but sera atteint si nous avons pu contribuer à faire rendre justice à un des pionniers les plus laborieux de l'obstétrique.

HUBERT,
professeur d'accouchements à Louvain (Belgique).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons sur les affections cutanées parasitaires, par M. BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Un volume in-8º, orné de 5 planches gravées sur acier. Prix : 5 francs *franco*.

Leçons d'orthopédie, par M. MALGAIGNE, professeur de médecine opératoire. Un volume in-8º avec 5 planches. Prix : 6 fr. 50 c.

Leçons sur l'empirisme, par M. TROUSSEAU. In-8º. Prix : 1 fr. 50 c.

Ces trois ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye, 3, place de l'Ecole de Médecine, à Paris.

dité, tandis que dans l'espèce, les os et les articulations étaient complétement exempts d'altérations.

L'opération qui a été pratiquée par M. Foucher mérite également d'être notée; en effet, les fongosités n'avaient pu être extirpées en totalité par une simple incision faite sur une aponévrose adhérente par des tractus profonds et des languettes périphériques qui lui permettent d'assujettir si bien les différents éléments contre le squelette, et de maintenir ainsi le creux de la main; en outre, les tendons ayant été détruits, la présence du médius, loin de servir au malade, aurait été très-gênante pour la flexion des doigts.

Nous avons également fait observer que pendant l'opération, alors que toute la partie moyenne de la paume était ouverte, nous n'avons vu que les tendons du médius; que, de plus, la tumeur ne dépassait pas la ligne présumée de l'arcade palmaire superficielle; cela tient-il à ce que chez notre malade la gaîne digitale des tendons fléchisseurs du médius ne communiquait pas avec la synoviale générale de la paume et du poignet, ce qui a lieu le plus ordinairement (voyez Sappey, p. 266, t. Ier); de telle façon que les fongosités arrivant dans le tissu cellulaire situé au-devant des articulations métacarpo-phalangiennes, ont refoulé le cul-de-sac synovial par en haut, et les tendons fléchisseurs des doigts voisins de chaque côté? Ou bien serait-ce que chez notre malade les fongosités, en envahissant de proche en proche la synoviale, se faisaient précéder d'un travail adhésif qui expliquerait l'immunité de la synoviale générale?

Cette dernière hypothèse paraît vraisemblable, si on songe, comme nous l'avons fait remarquer, que la maladie s'est propagée d'une phalange à l'autre à des intervalles éloignés.

SUR LES CAUSES DES TACHES DE LA CORNÉE,

Par M. le docteur CASTORANI.

Il y a trois ans, lorsque nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie des sciences de Paris un mémoire sur les causes des affections de la cornée, dites kératites, nous avons démontré que les diverses affections de cette membrane, réunies sous la dénomination générale de kératite suppurative, sont produites par la pénétration dans la cornée des sécrétions anormales de la conjonctive, non-seulement lorsque l'inflammation de cette membrane est primitive, mais encore quand elle est consécutive à celle des autres membranes de l'œil. Cette pénétration a pour effet de ramollir la cornée, et en même temps de la rendre opaque.

Nous avons démontré, en outre, que lorsque la cornée est vasculaire, les vaisseaux n'en altèrent nullement les tissus, mais que le ramollissement et l'opacité, quand ils existent, sont toujours l'effet de l'imbibition (1).

Nous avons démontré enfin que l'ulcère de la cornée est occasionné par le frottement des paupières et par l'écoulement des sécrétions anormales et des larmes sur la partie de la membrane devenue molle et opaque.

A cette même époque, nous eûmes l'idée que les causes des taches de la cornée connues sous le nom de néphélion, albugo et leucome, étaient aussi extérieures à la cornée, et nous pensâmes qu'elles consistaient dans les sécrétions anormales de la conjonctive enflammée; sécrétions qui, sous forme de petits filaments, de molécules de pus ou de mucus, se déposent, adhèrent et s'organisent en s'y insinuant sur la partie ulcérée de la cornée ou sur la partie de la cornée qui est à découvert par une large plaie. Nous fûmes aussi amené à penser que les taches de la cornée se forment le plus souvent au centre de la susdite membrane par suite du mouvement des paupières agissant de la périphérie au centre, de telle sorte que les filaments de mucus se trouvent entraînés vers ce point. Enfin, une dernière circonstance qui nous paraît devoir concourir à ce résultat, est la lenteur avec laquelle la cornée se renouvelle à son centre.

Pour vérifier avec précision la vérité de tout ce que nous avons avancé, nous avons soumis nos idées au contrôle des expériences. Nous allons en faire connaître les résultats. Nous commençons par chercher à prouver que les taches de la cornée connues sous le nom de néphélion, albugo et leucome, sont produites par les sécrétions anormales de la conjonctive, que l'inflammation de cette membrane soit primitive ou qu'elle soit consécutive à celle des autres membranes de l'œil.

Première expérience. — Sur un lapin, après avoir attiré l'œil en dehors, nous avons, avec la branche d'une pince courbe à pupille artificielle, détaché, en les soulevant, les couches antérieures de la cornée dans presque toute son étendue, afin d'obtenir une large plaie; puis nous avons coupé les couches susindiquées avec de fins ciseaux courbes; enfin, pour avoir les filaments ou les molécules de pus ou de mucus, nous avons irrité la conjonctive avec une pince à torsion, et nous avons coupé en même temps la membrane clignotante, afin d'empêcher tout frottement contre la cornée.

Je fais observer que sans irriter la conjonctive on peut obtenir la sécrétion de cette membrane par le seul fait de la section, mais que cependant on arrive plus vite à ce résultat en l'irritant.

Comme suite de cette expérience, après vingt-quatre heures, on voyait déjà des filaments de pus ou de mucus qui adhéraient contre la cornée, surtout vers la partie centrale de la membrane, tandis que d'autres filaments et molécules étaient réunis au grand angle et dans le cul-de-sac conjonctival. La conjonctive était rouge, et les paupières tuméfiées et à demi fermées. Après sept ou huit jours, les vaisseaux qui partaient de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival venaient recouvrir la cornée tout autour à sa périphérie. Dans les jours suivants, la conjonctive palpébrale était à peine rouge, tandis que les vaisseaux s'avançaient toujours davantage sur la cornée. Notons qu'à mesure que les vaisseaux s'avançaient sur la cornée, cette membrane redevenait transparente à sa périphérie. Vers le centre de la cornée, au contraire, où adhéraient en grande quantité soit les filaments, soit les molécules de pus ou de mucus, les vaisseaux n'y arrivaient pas, ou n'y arrivaient qu'incomplétement, et ils commençaient à disparaître, tandis que la cornée ne réparait point ses couches de ce côté ou ne le faisait que lentement. Il est entendu que les vaisseaux, à mesure qu'ils s'avançaient sur la cornée, venaient la recouvrir et organiser sur elle les filaments ou molécules de pus ou de mucus qu'ils rencontraient dans leur passage.

Après un mois, on commençait à voir sur le centre de la cornée une tache plus ou moins large, d'un blanc noirâtre sale, qui, après un mois et demi ou deux, était devenue plus ou moins blanche. C'était tantôt un néphélion, tantôt un albugo, tantôt un leucome, selon la quantité de pus ou de mucus qui adhérait à la cornée. On obtenait quelquefois le leucome adhérent, qui non-seulement est formé par la sécrétion anormale de la conjonctive, mais encore par celle de l'iris. Cependant, je ne dirai rien ici de cette dernière sécrétion, me réservant d'y revenir avec les développements nécessaires lorsque je publierai mon travail sur le staphylome opaque de la cornée.

Je dois faire observer que la tache se forme mieux lorsque l'inflammation se ralentit; et cela, sans doute parce que:

1° Les filaments ou molécules sont plus épais;

2° Parce qu'ils peuvent mieux se déposer sur la partie ulcérée de la cornée.

Ajoutons encore que si la plaie que l'on pratique sur la cornée est d'une petite dimension, la tache ne se forme pas ordinairement, à cause de la rapidité de la guérison, qui ne permet ni aux filaments ni aux molécules de se déposer; en même temps que la conjonctive est à peine rouge. De plus, les vaisseaux manquent quelquefois sur la cornée, et dans ce cas, cette membrane ne dépose ses couches que très-lentement. Enfin, si la sécrétion de la conjonctive devient très-abondante, la cornée se perfore, à cause du ramollissement qu'elle subit.

Deuxième expérience. — Sur un autre lapin, nous avons produit la même plaie très-large, comme dans la première expérience, et nous avons aussi irrité la conjonctive et coupé la membrane clignotante; puis tous les matins, et même plusieurs fois par jour, nous avons enlevé les filaments qui adhéraient contre la cornée. Dans ce cas, nous avons vu la plaie guérir sans tache après un mois et demi environ; mais si les produits de la sécrétion conjonctivale s'insinuaient dans l'épaisseur de la cornée, la tache se formait: elle était toutefois beaucoup plus petite que dans les autres cas.

Troisième expérience. — Sur d'autres animaux, cherchant à imiter la nature elle-même, nous avons irrité avec une pince à torsion la conjonctive oculo-palpébrale supérieure et inférieure, en répétant cette opération tous les deux jours, si elle était nécessaire. Après sept ou huit jours, la cornée était plus ou moins opaque par suite de son imbibition par les liquides sécrétés par la conjonctive enflammée, ce qui donnait lieu à des affections improprement appelées abcès et ulcère de la cornée (1). Il arrivait alors que les filaments ou molécules de pus ou de mucus se déposaient et adhéraient sur l'ulcère; et que la tache se formait. Il faut noter encore que quantité de molécules se trouvaient logées dans l'épaisseur de la cornée par l'imbibition qu'elle avait subie.

Quatrième expérience. — Sur d'autres lapins, après avoir fait une très-large plaie à la cornée, nous avons produit des iritis et des choroïdites, afin d'obtenir une inflammation indirecte de la conjonctive. Dans ce cas, les filaments de mucus ont adhéré sur la plaie, et la tache s'est formée.

Nous avons examiné au microscope les produits de la sécrétion qui adhèrent contre l'ulcère ou contre la plaie de la cornée, ainsi que les produits réunis au grand angle et au cul-de-sac conjonctival: dans l'un et l'autre cas, ils nous ont présenté des globules de pus ou de mucus.

Nous avons aussi voulu connaître si les produits de la sécrétion qu'on trouve devant la cornée ulcérée ne sont pas sécrétés par l'ulcère ou la plaie de cette membrane, ou bien s'ils ne sont réellement, comme nous l'avons dit, que l'effet de la sécrétion conjonctivale: c'est à cela que répond l'expérience suivante.

Cinquième expérience. — Sur un lapin, après avoir produit une très-large plaie sur la cornée, nous avons coupé les paupières au-dessus des arcades orbitaires, ainsi que la conjonctive qui est tout autour de la périphérie de la cornée, afin que celle-ci n'en fût pas recouverte. Nous avons constaté, après vingt-quatre heures et dans les jours suivants, que non-seulement il n'y avait aucun filament sur la cornée, mais au contraire qu'elle se desséchait. Sur d'autres animaux nous avons produit un exophthalmos, et le même résultat s'est présenté.

Après tout ce que nous avons dit, il devenait intéressant de savoir quels étaient les endroits de la cornée qui se prêtent le mieux à la formation des taches, parce que nous avions pensé qu'elles devaient se former plus facilement dans les endroits qui sont plus directement en rapport avec les sécrétions de la conjonctive enflammée: nous avons donc, à cet effet, institué d'autres expériences.

Sixième expérience. — Sur l'œil droit d'un lapin, nous avons produit sur la partie extérieure de la cornée une plaie de 3 ou 4 millimètres, s'étendant de la périphérie jusque près du centre. Sur la cornée de l'œil gauche, nous avons produit une plaie semblable au côté interne; puis nous avons irrité la conjonctive et coupé la membrane clignotante, comme dans les autres cas. Après un mois et demi et plus, nous avons remarqué que la tache s'était formée au côté interne, tandis que la cornée était redevenue transparente à son côté externe. Notons qu'ici encore la tache existait vers le centre de la cornée.

Septième expérience. — Sur d'autres lapins, nous avons produit une large plaie, toujours de la même dimension, sur le segment supérieur de la cornée droite, et une autre sur le segment inférieur de la cornée gauche. Nous avons vu se former la tache supérieurement et inférieurement, mais beaucoup plus développée au côté inférieur, comme plus en rapport avec les sécrétions anormales de la conjonctive. Il est à remarquer que les taches étaient toujours plus apparentes vers le centre de la cornée.

Arrivé à ce point, il nous reste encore à voir la lenteur du renouvellement de la cornée à son centre, et l'influence qu'ont les paupières à ramener vers cette partie les filaments du mucus, etc.

Huitième expérience. — Sur la périphérie de la cornée droite, nous avons produit une plaie de 3 ou 4 millimètres, en même temps que nous en avons fait une semblable sur le centre de la cornée gauche. Après un mois, la plaie de la périphérie n'existait plus, tandis que celle du centre s'était à peine réparée de sa moitié.

Je fais observer ici que la réparation de la cornée se fait plus vite chez les animaux jeunes et vigoureux que chez les animaux faibles et âgés.

Neuvième expérience. — Sur un lapin, nous avons d'abord enlevé les couches superficielles de la cornée afin d'obtenir une large plaie; ensuite nous avons coupé la moitié de la paupière supérieure et la membrane clignotante. Après un mois ou un mois et demi, la tache était formée; mais à la partie supérieure de la cornée, où l'action de la paupière n'existait qu'incomplétement, la susdite tache était beaucoup plus large que dans tous les autres cas.

Faisons ressortir que nous n'avons coupé que la moitié de l'une des paupières; car si la section avait été faite sur les deux, elles se seraient soudées.

Nous ne nous sommes pas arrêté aux résultats précédents, mais nous avons voulu confirmer nos expériences plusieurs fois répétées par d'autres plus concluantes encore. En conséquence, nous nous sommes demandé: Si l'on obtient des taches blanches par les sécrétions anormales de la conjonctive enflammée, ne devrait-on pas obtenir des taches colorées par les substances colorantes? Les expériences, en effet, ont répondu à notre attente.

Dixième expérience. — Nous avons pratiqué d'abord une petite ouverture sur le centre de la cornée d'un lapin avec la pointe de la branche d'une pince courbe à pupille artificielle. Ensuite, avec la pointe d'un cure-dent en ivoire, nous avons détaché les lames superficielles de la cornée des autres lames. Enfin, avec les branches d'une pince à pupille artificielle, nous avons introduit entre les couches détachées de la cornée des substances colorantes en poudre. La conjonctive, après l'opération, devenait rouge; les lames superficielles de la cornée se ramollissaient par l'action des sécrétions anormales de la conjonctive, et elles disparaissaient par abrasion au point que la partie colorante restait à nu. Plus tard les vaisseaux et la cornée recouvraient la substance colorante, comme dans tous les autres cas. C'est par ce procédé que nous avons formé des taches rouges avec le carmin fin et le vermillon; bleues, avec le bleu d'outremer; blanches, avec le blanc d'argent; vertes, avec le vert anglais, etc. Disons encore que sur le centre de la cornée, où il ne restait pas trace de substances colorantes, il se formait des taches produites par le pus et par le mucus, de sorte que l'on avait sur la même cornée des taches blanches et colorées.

Onzième expérience. — Sur d'autres animaux, après avoir pratiqué une plaie très-large sur la cornée, je frottais tous les jours, et même plusieurs fois par jour, contre la conjonctive palpébrale supérieure et inférieure, soit du carmin, soit de l'outremer, selon que je voulais obtenir une tache rouge ou bleue. Après un mois à peu près j'avais la tache que je désirais. Comme la présence des corps étrangers employés en poudre irrite la conjonctive et lui fait sécréter beaucoup de larmes, il est nécessaire, pour réussir, de répéter la même opération tous les jours, comme nous l'avons dit.

Douzième expérience. — Sur d'autres lapins, j'ai introduit entre les lames de la cornée du pus et du mucus, comme je l'avais pratiqué avec les substances colorées, et j'ai obtenu ainsi des taches à volonté.

Je fais observer qu'une partie du pus et du mucus qu'on introduit entre les couches de la cornée passe par imbibition dans la chambre antérieure, et qu'en outre la conjonctive devient rouge, ses sécrétions abondantes, en même temps que la cornée se perfore, parce qu'elle se ramollit assez vite. Un moyen cependant d'empêcher la perforation de la cornée, c'est de diminuer la tension de l'œil. Pour cela, avant d'introduire le pus ou le mucus entre les lames de la cornée, je déplaçais le cristallin, ou je pratiquais une ouverture dans la sclérotique. Je reviendrai sur ce déplacement du cristallin dans d'autres travaux.

Je dois dire enfin que la tache résultant de l'introduction du pus ou du mucus entre les lames de la cornée, était plus apparente lorsque ces substances étaient plus ou moins solides, tandis que si elles étaient dissoutes ou assez molles ces taches disparaissaient.

Pour clore cette série d'expériences, je me suis fait une dernière question, savoir: si les taches de la cornée sont formées par les sécrétions anormales de la conjonctive, en pratiquant les plaies à la face postérieure de la même membrane, les taches dont nous avons parlé ne devraient-elles pas se former?

Treizième expérience. — — Sur un lapin nous avons d'abord dilaté la pupille avec le sulfate neutre d'atropine; puis, avec une aiguille à cataracte, nous avons pénétré dans la chambre antérieure par la sclérotique; arrivé là, nous avons déchiré la cornée en plusieurs sens différents avec la pointe. Le jour suivant, et surtout trois ou quatre jours après, la cornée était très-opaque, à cause de l'imbibition qu'elle avait éprouvée par l'humeur aqueuse. Un mois après l'opacité de la cornée avait presque disparu, quoiqu'il soit resté des traînées blanchés pendant trois, quatre mois et plus. Ayant voulu en connaître la cause, j'ai constaté que les ouvertures que j'avais pratiquées

(1) Voyez, du même auteur, *Mémoire sur les causes des affections de la cornée, dites kératites*, présenté à l'Académie des sciences le 3 janvier 1859.

(1) Voyez, du même auteur, *Mémoire sur les causes des affections de la cornée, dites kératites*, présenté à l'Académie des sciences le 3 janvier 1859.

au centre de la cornée ne se fermaient que très-lentement ; cependant ces traînées ont fini par disparaître tout à fait au bout de huit à dix mois.

Chez l'homme, les véritables taches de la cornée sont toujours secondaires, et elles sont la suite des ulcères et des plaies larges de cette membrane. Comme dans ce cas la conjonctive est rouge, elle sécrète plus ou moins, et ses sécrétions se fixent, comme chez les animaux, sur la partie lésée de la cornée.

Si dans la cornée il existe des abcès, qui plus tard en s'organisant donnent lieu à la tache, ces abcès sont aussi un fait extérieur à la cornée, car ils se produisent par la pénétration dans cette membrane des sécrétions anormales de la conjonctive (1). Mais je dois dire qu'il est rare que l'abcès ne soit pas suivi par l'ulcère ; et, mentionnant ici les taches métalliques, ne puis-je pas dire, en faveur de mes idées, qu'elles viennent leur donner leur appui ?

Chez l'homme, les taches de la cornée se manifestent aussi le plus souvent sur le centre de cette membrane. En effet, sur 53 malades qui se sont présentés à mes consultations, 42 offraient des taches sur le centre de la cornée, 4 à la partie interne et inférieure, 3 supérieurement, et 4 inférieurement.

Conclusions. — 1° Les causes des taches de la cornée sont les sécrétions anormales de la conjonctive, qui, sous forme de filaments ou de molécules de pus ou de mucus, se déposent sur la partie de la cornée qui est à découvert.

2° Les molécules de pus ou de mucus peuvent se loger dans l'épaisseur de la cornée par imbibition, même avant que la cornée s'ulcère.

3° Les taches de la cornée se forment le plus souvent au centre, à cause de l'action mécanique des paupières et de la lenteur du renouvellement de la cornée à ce point.

4° Les taches de la cornée se forment souvent dans les points de cette membrane qui sont en rapport plus immédiat avec les sécrétions anormales de la conjonctive.

5° Les taches de la cornée sont d'autant plus apparentes que les substances qui pénètrent sont plus solides.

Dans un autre travail, j'aurai l'honneur d'exposer le traitement des taches ; et d'abord, commençant par le traitement préventif, je parlerai du rôle des vaisseaux qui aboutissent à la cornée lésée. Ensuite, passant au traitement curatif, je développerai ce qui est relatif à la reproduction de la cornée et à l'opération qui convient pour les taches qui, suivies d'une plaie, doivent être traitées comme telles, si l'on ne veut les voir se reformer.

Dans d'autres mémoires, nous aurons l'honneur d'exposer la théorie du staphylome opaque de la cornée, et dès ce moment nous avançons que les causes du staphylome opaque de la cornée sont : la hernie ou staphylome général ou partiel de l'iris ; une membrane et les vaisseaux qui recouvrent cette tumeur ; la cornée qui se prolonge sur elle ; la présence du cristallin ; et l'humeur aqueuse qui fait bomber la tumeur. Ici le traitement se distingue aussi en préventif et curatif, et dans l'un et l'autre cas on peut obtenir le leucome adhérent de la cornée.

Ces propositions seront étayées sur une série d'expériences et d'observations.

PLEUROPNEUMONIE

terminée par un abcès à la région lombaire.

Par M. le docteur Brandicourt.

Rosa G.... âgée de vingt-deux ans, demeurant rue des Parcheminiers, 23, à Amiens, fut atteinte d'une pleuropneumonie vers le 20 avril de l'année dernière. Cette maladie n'eut point des allures bien franches : ainsi, il existait bien un point de côté, des crachats blancs, visqueux, de la matité à la percussion ; mais on ne put entendre le râle crépitant propre à la pneumonie. La malade fut traitée par des émissions sanguines, le tartre stibié à haute dose, et plus tard par des vésicatoires, mais sans succès bien apparent ; les mêmes symptômes persistaient toujours : fièvre, gêne de la respiration, matité, crachats visqueux, etc.

Ce ne fut guère qu'un mois après le début de la maladie que des crachats rouillés furent rejetés ; et cette expectoration sanguinolente accompagnée de fièvre, de matité du poumon droit et d'absence du bruit respiratoire, dura environ un mois, et fut remplacée, après ce laps de temps, par un catarrhe muqueux ou muco-purulent. La toux était continuelle, malgré tous les calmants auxquels j'eus recours, et l'expectoration était excessivement abondante.

La malade était sans appétit, les forces étaient épuisées ; sa fraîcheur et son embonpoint avaient disparu : la matité de la région dorsale, l'absence du bruit respiratoire (du même côté), et la persistance de ces symptômes, malgré l'emploi d'un grand nombre de sédatifs et de révulsifs, me firent penser qu'il existait dans la plèvre gauche un épanchement purulent.

Je songeais aux ressources qu'offre la thoracentèse, lorsqu'une douleur vive se révéla dans la région rénale gauche (au mois de juillet), douleur qui persévéra pendant plusieurs semaines, et me fit croire qu'un travail phlegmasique avait lieu dans la région douloureuse, et que probablement le pus des plèvres cherchait une voie pour se faire jour soit dans le gros intestin, soit dans les conduits urinaires, soit enfin à l'extérieur. Bientôt je vis mes prévisions devenir moins hypothétiques, car, à la fin du mois d'août, une tumeur apparut dans la région douloureuse.

Cette tumeur, qui consistait en une légère tuméfaction des tissus, était située dans la région lombaire ; elle commençait à environ deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque gauche ; elle était limitée en dedans par le rachis, et se laissait apercevoir dans une étendue de trois doigts en hauteur et de deux doigts en largeur. La fluctuation était loin d'y être bien sensible ; c'était plutôt un empâtement que l'on sentait sous le doigt qui pressait, qu'un véritable mouvement de fluctuation, ce qui annonçait que le foyer devait être profond. Je ne doutai pas que ce fût là le pus de la poitrine, et je proposai de faire la ponction de la tumeur. La malade hésita d'abord à se laisser ponctionner ; mais vers le milieu de septembre, son état devenant de plus en plus intolérable par l'opiniâtreté de la toux et l'abondance de l'expectoration, elle s'abandonna à ma discrétion.

Séance tenante, je ponctionnai la tumeur avec un bistouri droit que j'enfonçai de cinq centimètres environ. A peine mon bistouri fut-il retiré, que le pus sortit avec un jet qui, sous l'influence du mouvement respiratoire, imitait parfaitement le jet d'une fontaine intermittente. Le lit de la jeune fille fut littéralement inondé, les matelas traversés par le liquide, et je ne crains pas d'exagérer la vérité en disant qu'il sortit au moins trois litres de pus.

Pensant qu'il pouvait être imprudent de vider complétement et immédiatement la poitrine, j'essayai d'arrêter l'écoulement ; je n'y parvins qu'avec peine, et même les parents m'apprirent le lendemain que pendant la nuit il s'était échappé au moins un litre de pus.

Ce pus avait à peu près la consistance du lait ; c'était un pus un peu séreux, mais de bonne couleur. Il continua à sortir pendant un mois, c'est-à-dire que durant ce laps de temps il en sortait tous les jours une petite quantité qui était facilement absorbée par le plumasseau de charpie recouvrant l'ouverture étroite de l'abcès.

Aussitôt que j'eus bouché cette ouverture, après l'écoulement des trois premiers litres de pus, je percutai la région dorsale, et retrouvai une sonorité bien marquée là où il n'y avait eu jusqu'alors que la matité la plus complète. La partie inférieure seule de la cavité pleurale donnait encore un son légèrement mat. En auscultant, j'entendis le bruit respiratoire, que je n'avais pu percevoir depuis plusieurs mois.

Le lendemain, les parents de la patiente m'apprirent que leur fille, qui était tourmentée par une toux opiniâtre, n'avait plus toussé, et l'expectoration, qui avait toujours été excessivement abondante, disparut en quelques jours. Cependant le succès de l'opération resta douteux pendant quelque temps. Chaque soir la malade éprouvait des frissons, et la nuit l'ouverture de l'abcès laissait sortir une certaine quantité de pus. Les forces diminuaient encore, et je désespérais du salut de cette jeune fille.

Les toniques, le quinquina furent conseillés, les frissons disparurent en même temps que la fièvre, la suppuration se tarit ou devint insignifiante.

Vers le commencement du mois de novembre, tout écoulement de pus avait disparu ; le poumon gauche fonctionnait, mais moins aisément que l'autre, bien entendu ; les forces étaient revenues et bientôt cette fille se trouva dans un état de parfaite santé.

(*Société médicale d'Amiens.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 octobre. — Présidence de M. Velpeau, vice-président.

Influence de l'air des Pyrénées sur les affections chroniques de la poitrine. — M. DE PIETRA-SANTA donne lecture, sous ce titre, d'un mémoire qu'il termine par les conclusions suivantes :

L'air que l'on respire dans les montagnes des Pyrénées, à une hauteur de 800 mètres au-dessus du niveau des mers, possède des conditions toutes spéciales :

1° Il est plus léger ;

2° Il contient moins d'oxygène ;

3° Il est imprégné d'une quantité plus considérable de vapeur d'eau ;

4° Il renferme une proportion très-élevée d'ozone, c'est-à-dire d'oxygène à un état particulier d'électrisation.

Cette atmosphère ainsi constituée exerce une influence très-heureuse sur les affections chroniques des voies respiratoires.

Elle forme, dans ces cas particuliers, un auxiliaire très-puissant de l'action bienfaisante des eaux thermales sulfureuses répandues dans la contrée.

— **M. JODIN** adresse de Stenay la portion de son travail sur les mucédinées dont il avait fait connaître les principaux résultats dans une précédente Note. Nous rendrons plus sensibles les rapports de cette nouvelle communication avec l'ensemble des recherches de l'auteur, en reproduisant *in extenso* le titre du présent mémoire, qui est conçu dans les termes suivants :

« Études mycologiques. Troisième mémoire : *Recherches chimico-physiologiques sur l'origine et le développement des êtres cellulaires.* Chapitre second : *Origine et rôle physiologique de l'azote chez les mucédinées et les ferments.* »

(Renvoi à l'examen des commissaires désignés à l'époque de la présentation des premières parties de ces recherches : MM. Chevreul, Milne-Edwards, Decaisne, Regnault, Bernard.)

— **M. CASTORANI** communique un Mémoire sur les causes des taches de la cornée. (*Voir* plus haut.)

— **M. MARTIN** adresse de Tonneins une note accompagnant l'envoi d'un enfant né à terme quoique fort petit, et qui offre différentes monstruosités.

Cette pièce tératologique, qui est destinée à prendre place au Muséum d'histoire naturelle, est renvoyée, ainsi que la note de M. Martin, à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Milne Edwards et Moquin-Tandon.

— **M. FLOURENS** présente, au nom de M. Baillet, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, un opuscule intitulé : *Nouvelles expériences sur le Cysticercus tenuicollis des ruminants et sur le tænia qui résulte de sa transformation dans l'intestin du chien.*

La lecture de ce travail, remarque M. Flourens, ne peut manquer d'offrir de l'intérêt aux personnes qui s'occupent de la question des entozoaires, puisqu'elle aide à comprendre les divergences apparentes des résultats obtenus par différents expérimentateurs.

— **M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL** signale parmi les pièces imprimées de la correspondance :

1° Un opuscule de M. Petit, directeur de l'établissement hydrothérapique de Château-Thierry, opuscule intitulé : *De la prolongation de la vie humaine par le café.*

2° Un mémoire de M. Ch. de Lavallée-Poussin, ayant pour titre : *Le viviparisme et la question des générations spontanées.*

Ce mémoire, qui a été déjà publié, sera renvoyé, à titre de renseignement, à la commission du prix Alhumbert de 1862, question des générations spontanées.

— **M. CH. MARTINS**, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Montpellier et directeur du Jardin botanique, prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place de correspondant de la section d'économie rurale vacante par suite du décès de M. Vilmorin.

(Renvoi à la section d'économie rurale.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les membres du jury pour le concours de l'externat, qui commencera mardi 4 novembre, sont :

MM. Archambaud, Parrot, Vidal, Dolbeau, Trélat, *juges titulaires.*

MM. Millard et Guyon, *juges suppléants.*

— Les membres du jury pour le concours des prix à décerner aux internes des hôpitaux, qui commencera le 6 novembre prochain, sont ;

MM. Bernutz, Pelletan, Oulmont, Ad. Richard et Demarquay, *juges titulaires.*

MM. Tancarel-Mauriac et Jamain, *juges suppléants.*

— Par décret du 6 octobre 1862, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, les trente-deux médecins stagiaires dont les noms suivent :

MM. Badour, Daguenet, Boell, Brunet, Beltz, Nogier, Sommeillier, Talon, Morisson, Leblan, Ballet, Driout, Sarniguet, Sauvage, Brouillet, Lanoaille de Lachèze, Porte, Flament, Janot, Sabathier, Breton, Drouineau, Renard, Goguet, Savoye, Merviel, Gavoy, Roux, Haas, Cénac, Willigens, Malabard.

Ces officiers de santé prendront rang dans le cadre à la date du 31 décembre 1862.

(1) Voir le Mémoire précité sur les *Causes des affections de la cornée dites kératites.*

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 127. — JEUDI 30 OCTOBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 127. — JEUDI 30 OCTOBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas samedi.

PARIS, 29 OCTOBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Boinet, qui n'avait pu terminer dans la précédente séance sa communication sur le beau succès d'ovariotomie qu'il a obtenu, a été réduit hier, par les exigences d'un comité secret, à donner de vive voix quelques courtes explications seulement sur ce fait extrêmement intéressant. Nous sommes heureusement en mesure de suppléer à l'insuffisance de cette exposition par la publication de l'observation que l'on trouvera plus bas ; et nous la compléterons ici en résumant les points principaux que M. Boinet en a fait habilement ressortir.

Une première remarque qu'il a faite est celle-ci : C'est que les injections iodées et les ponctions pratiquées antérieurement dans un kyste de l'ovaire ne sont pas nuisibles au succès de l'ovariotomie, comme l'ont soutenu quelques chirurgiens. M. Boinet pense, au contraire, en se fondant particulièrement sur ce fait, que ces ponctions et ces injections peuvent être d'un grand secours à l'opération. Elles sont utiles, dit-il, même dans les kystes multiloculaires, parce qu'elles favorisent le retrait des loges du kyste, l'épaississement de ses parois, et diminuent le kyste d'autant, ce qui n'est pas d'une petite importance pour son extirpation. D'un autre côté, les parois des kystes, en revenant sur elles-mêmes, s'épaississent, offrent plus de résistance aux instruments au moment de l'extraction, et empêchent la chute de leur contenu dans le péritoine. La ponction a, en outre, cet incontestable avantage de donner au diagnostic toute la certitude nécessaire et de permettre même de reconnaître d'avance s'il existe ou non des adhérences. C'est ainsi que chez son opérée, notre habile confrère a pu dire avant l'opération qu'il n'y avait pas d'adhérences, parce qu'il s'était assuré, à chacune des ponctions qui avaient été faites, que le kyste était revenu complétement sur lui-même. Elle avait été ponctionnée cinq fois du même côté et à peu près dans le même point, dans l'espace de cinq mois ; or, au moment de l'opération, on n'a pas trouvé de trace d'adhérences dans les points ponctionnés. La même remarque a été faite chez l'une des malades de M. Nélaton, qui avait subi treize ponctions et qui n'a présenté non plus, à l'opération, aucune adhérence : d'où M. Boinet a été amené à réfuter l'objection des chirurgiens qui rejettent les ponctions préalables en se fondant sur ce que ces ponctions devaient produire des adhérences, — ce qui est loin, comme on le voit, d'être constant.

Il ressort enfin de ce fait cette indication, savoir, que les kystes simples, uniloculaires, constitués par une seule tumeur remplie d'un liquide épais, filant, qui résistent aux injections iodées, soit à cause de l'épaisseur de leurs parois, soit par le fait des tumeurs ou des loges secondaires qui se sont formées dans leur épaisseur ou à la base du kyste, doivent être soumis à l'ovariotomie, comme les kystes multiloculaires, lorsqu'on se trouve, d'ailleurs, en présence des autres indications générales tirées de l'accroissement incessant de la tumeur et du dépérissement imminent des malades, etc.

Le procédé opératoire qui a été suivi offre aussi plusieurs enseignements utiles qui méritent également d'être signalés ici.

Conformément au précepte de Spencer Wels, M. Boinet, avant d'ouvrir le péritoine, a lié toutes les artères de la paroi abdominale qui donnaient du sang, et à mesure que le kyste s'affaissait en se vidant, il l'a attiré avec des érignes, et refoulé sur la canule sur laquelle il l'a attaché avec une ligature ; la tumeur extraite en totalité, il a étreint le pédicule dans le clamp. Cet instrument une fois appliqué, des flanelles ont été placées au-dessous pour empêcher tout liquide de couler dans le péritoine. La tumeur a été coupée ensuite au-dessus du clamp.

Jusqu'ici les chirurgiens qui ont pratiqué l'ovariotomie ont laissé séjourner le clamp au-devant de la plaie pendant cinq ou six jours, c'est-à-dire le temps présumé nécessaire pour la formation d'adhérences.

Ayant reconnu à cette manière d'agir plusieurs inconvénients, entre autres celui d'exposer les malades à une gêne très-grande et au danger de voir se détacher le clamp avant l'établissement des adhérences, ce qui a donné lieu une fois déjà à des accidents mortels, M. Boinet a introduit dans ce temps de l'opération une modification importante. Le clamp, suivant lui, ne doit servir qu'à étreindre momentanément le pédicule, à le maintenir au niveau de la plaie pendant le temps nécessaire à l'application des ligatures. Chez son opérée, le pédicule étant très-large et renfermant des vaisseaux volumineux, il a d'abord passé au-dessous du clamp deux fortes ligatures, dont chacune comprimait la moitié du pédicule; puis, pour plus de sûreté, il a placé au-dessous de ces ligatures partielles une troisième ligature, qui, embrassant tout le pédicule, mettait à l'abri de l'hémorrhagie. Après l'application de ces ligatures, le clamp a été enlevé, et toutes les parties attachées au pédicule et placées au-dessus de l'instrument, avaient été excisées. La plaie débarrassée complétement, le pédicule placé dans l'angle inférieur et maintenu dans ce point par une légère traction exercée sur le paquet de ligatures, la plaie a été fermée à l'aide de fortes épingles à bec-de-lièvre, traversant toute l'épaisseur des parois abdominales, y compris le péritoine.

Si l'on ajoute à cette habile manœuvre opératoire la médication active et l'intelligente direction du régime qui l'ont suivie, on s'explique avec satisfaction le beau et encourageant succès que vient d'obtenir notre confrère.

— L'Académie, avant cette communication, a entendu la lecture de la lettre de M. Piorry, qui, dans la précédente séance, a été l'occasion d'un incident qu'il a assez habilement fait tourner à son avantage, et une note d'un de ses honorables correspondants, M. le Dr Houssard (d'Avranches), sur quelques-uns des effets de l'abus des boissons alcooliques. — Dr BROCHIN.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. PIDOUX.
(M. VIDAL, suppléant.)

Ataxie locomotrice progressive traitée par le nitrate d'argent.

Dans un mémoire récemment publié dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, MM. Charcot et Vulpian faisaient connaître les bons effets du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive. Leurs recherches confirmaient les heureux résultats obtenus déjà par Wunderlich (1). Un des cinq malades du professeur de Stuttgard guérit complétement ; les quatre autres obtinrent une amélioration très-sensible. Les faits de MM. Charcot et Vulpian ne sont pas moins concluants. Les cinq malades qu'ils ont soumis à la médication argentique étaient entrées depuis plusieurs années comme incurables à l'hospice de la Salpêtrière ; trois étaient atteintes d'ataxie locomotrice bien confirmée depuis plus de quinze ans ; les deux autres faisaient remonter le début de l'affection à plus de quatre années. Toutes obtinrent une amélioration remarquable au bout de quelques jours : disparition de ces douleurs fulgurantes ordinairement si pénibles ; retour de la sensibilité ; progrès sensible dans la coordination du mouvement, à ce point que les malheureuses, réduites jusqu'alors à la nécessité de garder le lit, purent au bout de quelques semaines commencer à marcher, les unes en s'appuyant sur le bras d'une infirmière, deux autres en s'aidant d'une canne ou d'une chaise.

Quoique ces observations aient été publiées pendant le cours du traitement, avant qu'une tentative suffisamment prolongée ait pu faire juger de toute son efficacité, elles nous ont paru suffisamment probantes pour que nous ayons cru devoir essayer la médication argentique dans un de ces cas désespérés pour lesquels jusqu'ici la thérapeutique n'avait à offrir que d'insuffisants palliatifs. En quelques semaines un homme, atteint depuis six ans d'ataxie locomotrice progressive, en proie aux douleurs les plus violentes qui puissent accompagner cette affection, cesse de souffrir et recouvre graduellement la sensibilité tactile et la coordination du mouvement, au point de pouvoir marcher seul à l'aide d'une canne, alors que deux mois auparavant il pouvait à peine sortir de son lit appuyé sur deux personnes. Non - seulement l'observation est intéressante au point de vue des effets vraiment remarquables du traitement, mais encore comme exemple d'une forme d'ataxie limitée aux membres inférieurs, et si simple dans son expression symptomatique, qu'on ne peut admettre pour l'expliquer que l'hypothèse d'une névrose ou d'une lésion très-limitée des cordons postérieurs de la moelle épinière.

Ataxie locomotrice progressive. — Traitement par le nitrate d'argent. — Amélioration rapide.

V... (Michel), âgé de quarante-cinq ans, sculpteur sur bois, né au Falgou (Cantal), est depuis le 6 décembre 1860 dans le service de M. Pidoux, à l'hôpital Lariboisière (salle Saint-Henri, n° 14).

Une de ses sœurs est morte aliénée. Une de ses filles a succombé à des convulsions à l'époque de la dentition; une autre, actuellement âgée de onze ans, est affectée depuis huit années d'incontinence nocturne d'urine.

Dès l'âge de trois ans, V... a été atteint d'un nystagmus latéral qu'il conserve encore à un degré fort intense, quoiqu'il prétende que ce tic ait notablement diminué depuis son enfance. Il dit n'en avoir jamais été gêné pendant son travail. En effet, lorsqu'il fixe un objet rapproché, les mouvements des globes oculaires s'arrêtent. Vient-il au contraire à regarder à une certaine distance, les oscillations latérales deviennent si rapides qu'il est impossible alors de chercher à le fixer sans éprouver une certaine fatigue qui ne tarde pas à devenir insupportable.

A l'âge de treize ans, il s'est adonné à l'onanisme; deux ans plus tard, il a commencé à se livrer à des excès vénériens. Cette habitude d'abus de coït a duré plusieurs années, jusqu'à l'âge de trente et un ans, époque de son mariage.

Il a eu plusieurs blennorrhagies, mais jamais de chancres ni de symptômes de vérole.

Les premiers signes de l'ataxie locomotrice se sont montrés il y a environ six ans. A cette époque, notre malade commença à ressentir dans les genoux de singulières douleurs, se montrant et disparaissant avec la rapidité de l'éclair, et qu'il compare à un coup sec de marteau ou à un coup de poinçon. Peu à peu ces douleurs s'étendirent aux cous-de-pied, aux talons, aux épaules, aux coudes, etc. Fugaces et irrégulières au début, elles devinrent plus fixes et persistantes et ne tardèrent pas à se grouper en accès à intermittences irrégulières, venant d'abord tous les deux ou trois mois, mais se rapprochant graduellement, au point de reparaître plusieurs fois par semaine.

Ces accès se composaient de trois sortes de douleurs : les unes superficielles, limitées, véritables éclairs, changeant de place à tout instant, et se répétant un grand nombre de fois par minute; d'autres, plus fixes, siégeant sur une large surface, localisées surtout aux genoux : douleurs sourdes, continues ; enfin, des tiraillements atroces, des élancements violents, parcourant les membres inférieurs en suivant le trajet du sciatique.

Ces douleurs, toutes aiguës et poignantes, arrachaient des cris au malade.

Au bout d'un an, elles étaient presque continues; le pied gauche enflait, et V..., bien qu'apyrexique, ne pouvant marcher, dut quitter son travail et se rendit aux eaux de Saint-Amand. Le pied guérit, les douleurs continuèrent avec beaucoup moins d'intensité.

Cette amélioration dura près de deux ans. Des pertes séminales survinrent et furent bientôt fréquentes. Dès l'abord les érections continuaient et devenaient même plus prolongées qu'à l'état normal, mais l'éjaculation était de plus en plus tardive et difficile ; puis progressivement cet état, assez singulier chez un individu atteint de pertes séminales, fut suivi d'impuissance et bientôt d'anaphrodisie.

La peau devenait d'une sensibilité exagérée (hyperesthésie), surtout aux jambes et sur la région crânienne. Les jambes s'affaiblissaient de plus en plus, et le malade remarquait que, lorsque étant debout, il regardait en l'air, l'équilibre devenait incertain et il était obligé de s'appuyer pour ne pas tomber. En marchant, ses jambes semblaient aller plus vite qu'il ne voulait, et s'il essayait de courir, elles s'embarrassaient l'une dans l'autre et il ne tardait pas à tomber.

Une seconde saison à Saint-Amand n'amena pas d'amélioration.

En octobre 1860, il entra à la Charité (service de M. Nonat). Les bains sulfureux et la faradisation ne produisirent aucun amendement.

Au mois de décembre suivant, il entra à l'hôpital Lariboisière. A cette époque, il marchait encore avec l'aide d'un infirmier ; mais bientôt les jambes devinrent presque insensibles au toucher et à la douleur ; la plante des pieds engourdie était presque insensible au contact du sol. Le malade dut garder le lit, et au bout de peu de

(1) *Erfolge der Behandlung der progressiven spinalparalysie durch Silbersalpeter.* In *Archiv. der Heilkunde*, 1861.

temps fut tourmenté par l'incontinence d'urine et des matières fécales.

Après un an de traitement par les bains sulfureux, au mois de janvier 1862, on avait obtenu une notable amélioration ; l'incontinence était rare ; les pertes séminales moins fréquentes ; les accès douloureux, moins longs, ne se reproduisaient qu'à de plus longs intervalles. Appuyé sur deux aides, V... commençait à mouvoir ses jambes, dont la sensibilité restait toujours obtuse.

Au mois de juillet, lorsque je fus chargé du service en l'absence de M. Pidoux, je constatai l'état suivant : Intégrité complète des fonctions cérébrales et digestives ; rien d'anormal dans la motilité et la sensibilité des parties supérieures du corps. Sauf le nystagmus déjà mentionné et remontant à l'enfance, il n'y a pas de troubles de la vision, et l'examen ophthalmoscopique ne révèle aucune altération.

L'ataxie locomotrice est limitée aux membres inférieurs. Les cuisses sont très-développées, et contrastent par leur volume avec la maigreur des jambes ; au dire du malade cette disposition est normale et existe aussi chez son frère.

Les muscles sont doués d'une grande énergie de contraction. Mais, sans le secours de la vue, les mouvements sont incohérents, désordonnés ; la conscience musculaire est abolie, et le malade ne se rend plus compte des positions diverses qu'on lui fait prendre à ses jambes. Veut-il les faire agir, il les lance au hasard sans pouvoir les diriger dans le sens qu'on lui indique. En s'aidant de la vue, il fait, sans trop hésiter, tous les mouvements qu'on lui commande.

Il ne peut marcher ; avec le secours d'une personne et l'aide d'un bâton, il réussit à se tenir debout, à la condition expresse de regarder ses jambes ; veut-il fermer les yeux, il chancelle, et tomberait s'il n'était soutenu. S'il essaye de marcher, il roidit ses jambes et les lance en avant ou de côté par des mouvements désordonnés, en frappant violemment le sol avec le talon.

Les crises douloureuses persistent et sont souvent fort aiguës. La sensibilité au toucher est toujours obtuse ; le doigt légèrement appuyé n'est pas senti, tandis que le frottement est douloureux ; la sensibilité à la douleur est notablement diminuée ; ces symptômes sont plus prononcés du côté gauche. La sensibilité thermoscopique est conservée.

Dans les premiers jours d'août, l'état du malade était à peu près le même, lorsque je le soumis au traitement par le nitrate d'argent. Deux pilules de 1 centigramme chacune pendant trois jours, puis trois et enfin quatre à partir du huitième jour, furent bien tolérées et continuées jusqu'au 15 septembre.

A part quelques légères coliques au début, les digestions sont restées bonnes, et après quinze jours de cette médication les douleurs fulgurantes, réfractaires jusque-là aux divers traitements, avaient disparu ; les nuits étaient calmes.

L'hyperesthésie n'existait plus que très-affaiblie sur le membre inférieur gauche, et la sensibilité était un peu moins obtuse.

Vers la sixième semaine, la manifestation d'un liséré argentique autour de la sertissure des dents, des démangeaisons assez vives de la face et de la région épigastrique, bientôt suivies d'une éruption lichénoïde, m'engagèrent à suspendre le traitement.

Il fut repris après dix jours d'interruption et continué à la dose de 4 centigrammes par jour.

Le 15 octobre, après un peu plus de deux mois de traitement, V... est dans un état d'amélioration remarquable. Il n'éprouve plus ces douleurs, ces élancements insupportables, qui l'ont tourmenté pendant plusieurs années. La sensibilité commence à reparaître. Notre malade sent lorsqu'on lui touche les jambes ; la plante des pieds est moins insensible. Les yeux fermés, il place ses jambes dans la direction qu'on lui indique. Il peut s'accroupir et se relever seul ; mais une fois debout, il chancelle et est obligé de s'appuyer. Sans le secours de la vue, il ne pourrait encore marcher, ni se tenir longtemps debout. En se regardant marcher, il projette moins ses jambes, et seul, en s'aidant de la rampe, il est parvenu à monter l'escalier d'un second étage. Seul, à l'aide d'une canne, il a pu, devant nous, et quoique troublé par l'attention dont il était l'objet, faire le tour de la salle.

OVARIOTOMIE.

Kyste uniloculaire de l'ovaire droit, avec tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie dans les parois du kyste. Cinq ponctions et cinq injections iodées pratiquées sans succès. — Ovariotomie. — Guérison radicale.

(Observation recueillie par M. Perret, interne à l'Hôtel-Dieu.)

Une dame de Paris, âgée de trente ans, d'un tempérament très-nerveux, d'une constitution primitivement bonne, mais aujourd'hui affaiblie par la maladie, ressentit il y a trois ans dans le flanc droit de vives douleurs qui durèrent huit jours et ne laissèrent aucune trace. Il y a environ seize mois, vers le mois de mai 1861, elle remarqua que son ventre grossissait, ce qu'elle attribua à de l'embonpoint, sa santé étant très-bonne sous tous les rapports. Son ventre devenant de plus en plus gros, elle consulta un médecin, qui lui dit qu'elle était enceinte, bien que les règles n'eussent pas cessé de paraître régulièrement. Lorsqu'elle crut avoir dépassé le terme de sa grossesse, elle s'adressa à un autre médecin, M. le docteur Delaunay, qui reconnut un kyste de l'ovaire. M. Boinet, appelé en consultation, confirma ce diagnostic et conseilla les ponctions et les injections iodées. La première ponction et la première injection furent faites le 16 janvier 1862 : 18 litres d'un liquide clair, citrin et légèrement filant, furent évacués, et une injection iodée (60 grammes d'eau, 60 grammes de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium) fut pratiquée et laissée pendant huit minutes dans le kyste. Aucun signe de douleur pendant l'opération ni la moindre réaction après.

Au bout de trois jours, la malade reprenait ses occupations ; sa santé était excellente, et toutes les fonctions s'accomplissaient bien. Mais bientôt le liquide se reproduisit peu à peu, et M. Boinet fut appelé pour pratiquer une seconde ponction et une seconde injection le 12 mai 1862. Au moment de cette seconde opération, la malade ressentait depuis une douzaine de jours des douleurs très-vives dans le flanc droit.

Cette deuxième ponction donna issue à 16 litres de liquide de même nature que le premier, et l'injection qui séjourna huit minutes dans le kyste ne produisit ni douleur ni réaction. Comme la première fois, la malade reprit ses occupations ; mais le liquide se reforma avec une rapidité telle, que le 7 juin 1862 il fallut recourir à une nouvelle ponction et à une nouvelle injection. Le tout se passa comme la première fois, et le liquide, dont la quantité était de 12 litres, n'avait été nullement modifié.

Le 30 juin, quatrième ponction et quatrième injection : 11 litres de liquide, séjour de l'injection pendant huit minutes. Déjà la santé générale était moins bonne, la constitution commençait à s'affaiblir, il y avait moins d'embonpoint, et M. Boinet craignait, à cause de la nature du liquide, qui était filant, onctueux, que les injections iodées restassent sans efficacité. Le kyste s'étant rempli, ce chirurgien proposa une cinquième et dernière injection, déclarant que si elle ne réussissait pas, il faudrait recourir à l'ovariotomie.

Le 25 juillet 1862, nouvelle ponction et nouvelle injection iodée, qui reste dans le kyste pendant quatorze minutes sans déterminer la moindre douleur ni la moindre réaction. On avait retiré 12 litres de liquide, toujours le même.

L'impuissance des injections iodées étant bien démontrée dans ce cas, la constitution s'affaiblissant de plus en plus, la santé générale devenant plus mauvaise, la malade n'hésita pas à accepter l'ovariotomie qui lui avait été proposée par M. Boinet, prévenue d'ailleurs que cette opération, dont on lui avait fait connaître toute la gravité, était le seul moyen de la guérir.

Voulant se mettre en garde contre toutes les mauvaises chances hygiéniques, M. Boinet demanda et obtint l'autorisation d'opérer cette malade dans la maison de l'avenue du château de Meudon, louée par l'administration des hôpitaux pour la pratique des grandes opérations.

Le lundi 15 septembre 1862, à dix heures du matin, après quatre jours d'acclimatement dans cette nouvelle résidence, l'opération fut pratiquée de la manière suivante :

D'abord, pour éviter le moindre mouvement à la malade pendant les quatre ou cinq premiers jours qui suivraient l'opération, on avait pris la précaution de provoquer les garde-robes par un lavement émollient ; on fit uriner la malade immédiatement avant l'opération. La température de la chambre où l'opération devait être faite avait été élevée à 24 ou 25 degrés. De l'eau de guimauve chaude, des morceaux de flanelle chaude avaient été préparés, et la malade était enveloppée d'un peignoir de flanelle, ses membres inférieurs étaient entourés également de flanelle sèche, de telle sorte qu'il ne restait à découvert que la partie antérieure du ventre, sur laquelle on devait porter l'instrument. La malade est à jeun, couchée sur un lit de camp placé à côté de celui qu'elle doit occuper après l'opération.

Tous les aides étant disposés, la malade fut soumise au chloroforme, qui ne produisit l'insensibilité que très-difficilement et après une syncope qui ne laissa pas que de donner une certaine inquiétude. Alors M. Boinet fit sur la ligne blanche une incision à 3 centimètres de l'ombilic et lui donna une longueur de 9 à 10 centimètres, procédant lentement et coupant couches par couches la peau, les muscles et l'aponévrose, ayant soin de lier toutes les artérioles qui donnent du sang avant d'ouvrir le péritoine. Tout écoulement de sang ayant complétement cessé, il pince le péritoine avec une pince à griffe, le soulève légèrement et fait avec le bistouri une petite ouverture par laquelle il glisse une sonde cannelée, et qui lui sert à inciser le péritoine en haut et en bas dans toute l'étendue de l'incision faite aux parois de l'abdomen. Le kyste apparaît aussitôt entre les lèvres de la plaie et ferme complétement l'ouverture abdominale. Il est, d'ailleurs, légèrement poussé en avant par les mains des aides qui sont appliquées de chaque côté du ventre, et qui ont pour mission de soutenir le kyste et de le faire saillir entre les lèvres de la plaie. Le kyste est alors ponctionné avec un gros trocart muni d'un long tube en caoutchouc qui conduit le liquide dans un bassin placé auprès du lit de la malade. Le trocart, dont la forme a besoin d'être modifiée, laisse tout d'abord écouler une petite quantité de liquide qui sort entre l'ouverture faite au kyste et la canule du trocart avant que la manœuvre pour dégager le trocart de sa canule et permettre la sortie du liquide soit exécutée. Pendant que le kyste se vide et avant qu'il soit complétement revenu sur lui-même, M. Boinet le saisit avec deux érignes et l'attire sur la canule, à laquelle il l'attache fortement avec un fil ciré, pour éviter que le kyste, en se vidant et en se rétractant, ne puisse abandonner la canule, s'échapper dans le ventre et donner lieu à l'écoulement dans la cavité péritonéale d'une partie de son contenu.

La poche kystique, étant vidée ou à peu près, est saisie avec des pinces plates et attirée doucement au dehors, tantôt avec les mains, tantôt avec des pinces à mors plats. L'extraction se fait d'abord assez facilement ; mais ensuite on éprouve une résistance assez grande due à une tumeur située dans l'épaisseur des parois du kyste, mais qui cède à des tractions faites lentement et d'une manière soutenue. Les doigts, introduits sur les côtés du kyste avant sa ponction, n'avaient signalé aucune adhérence ; aussi n'en rencontre-t-on qu'une seule assez faible, une espèce de ligament ou bride longue et mince, qui paraît très-vasculaire et se rompt facilement. Cette adhérence était placée sur le côté droit du kyste ; elle est liée par mesure de précaution et pour éviter un écoulement de sang qui peut-être n'aurait pas eu lieu, puis elle est coupée entre la ligature et le kyste. Le kyste paraissant extrait en totalité et ne plus adhérer dans la cavité abdominale que par son pédicule, des flanelles chaudes imbibées d'eau de guimauve, mais dont on a pris le soin d'exprimer tout le liquide, sont placées autour du pédicule du kyste et sur l'ouverture abdominale, dont les bords sont toujours maintenus rapprochés par des aides et en contact avec le pédicule, de manière à ne laisser pénétrer dans la cavité péritonéale ni air ni liquide.

Toutes ces précautions étant prises, M. Boinet cherche à reconnaître la position du pédicule, sa forme, sa longueur, et s'il n'existe pas un autre kyste ovarique, si d'autres organes, les intestins, l'utérus, ne peuvent pas être saisis par le clamp qu'il place sur le pédicule après s'être bien assuré qu'il est parfaitement isolé. Le pédicule a une largeur de trois doigts au moins ; il est d'une longueur modérée et renferme de grosses artères qu'on sent battre sous les doigts. Le clamp dont se sert M. Boinet ne ressemble en aucune façon au clamp des Anglais : c'est un instrument particulier, très-simple et très-commode, qu'il a fait construire par M. Charrière. Pour bien saisir le pédicule et rien que le pédicule avec le clamp, le kyste, soutenu au-dessus du ventre par des aides, est soulevé et tiré doucement au dehors de l'abdomen, tandis qu'on déprime légèrement la paroi abdominale au niveau de l'incision pour dégager le pédicule le plus possible et appliquer le clamp plus sûrement. Celui-ci une fois appliqué et étant serré autant qu'il est possible, de nouvelles flanelles chaudes et humides sont placées au-dessous du clamp, afin d'empêcher et le refroidissement du péritoine et la chute dans l'abdomen d'une certaine quantité de liquide qui reste dans le kyste, ensuite toute la partie du kyste placée au-dessus du clamp est coupée avec des ciseaux à environ 2 centimètres de l'instrument. Pendant cette partie de l'opération, il s'écoule encore une certaine quantité du liquide ovarique qui n'était pas sortie par la canule du trocart, et qui est reçue par les flanelles placées au-dessous du clamp et tombe dans le lit en coulant le long des parois abdominales, à droite et à gauche.

La présence du clamp étant une cause de gène assez grande pour suturer la plaie et la réunir d'une manière exacte ; d'un autre côté, son séjour sur le ventre pendant plusieurs jours, une semaine et même plus quelquefois, étant un obstacle pour les pansements et un embarras pour les malades, M. Boinet avait résolu de ne s'en servir que pour maintenir le pédicule du kyste hors de l'abdomen, et faire plus sûrement et plus facilement la ligature du pédicule. En effet, le pédicule étant fixé par le clamp hors de l'abdomen, il passe dans le pédicule, à sa partie moyenne, au-dessous du clamp, deux fortes ligatures en soie, et lie fortement chacune des deux moitiés du pédicule, puis étrangle tout le pédicule avec une autre ligature placée immédiatement au-dessous des deux premières. Ces ligatures posées, on coupe au niveau du clamp tout ce qui reste du kyste et du pédicule, et on l'enlève pour procéder à la suture de la plaie, le pédicule étant maintenu dans l'angle inférieur de la plaie et entre ses lèvres par un aide qui tire doucement sur les ligatures réunies ensemble.

On procède ensuite à la réunion de la plaie par une suture entortillée faite de la manière suivante :

M. Boinet place trois fortes épingles à égale distance les unes des autres, en les faisant pénétrer obliquement à 1 centimètre environ des bords de la plaie extérieure, et en les faisant ressortir du côté de la cavité abdominale, ayant bien soin de comprendre le péritoine dans cette suture et de le traverser à un quart de centimètre environ de son bord incisé. De plus, l'épingle inférieure passe à travers le pédicule, qu'un aide maintenait au niveau de la plaie, de telle sorte que le pédicule s'est trouvé compris dans la suture, et est resté fixé dans la partie inférieure de la plaie. Un fil très-fort a été ensuite passé autour de chacune des épingles et a rapproché fortement les lèvres de la plaie, dont chacun des angles a été réuni par un fil métallique qui ne comprenait dans son anse que les parties superficielles de la paroi abdominale. Une bandelette de diachylon est glissée sous les épingles, dont les pointes ne sont pas coupées, dans la crainte qu'en les retirant elles n'irritent ou n'éraillent le péritoine. Les fils des ligatures sont placés dans une autre bandelette de diachylon, et toute la plaie est recouverte d'une couche épaisse de collodion riciné. Un large cataplasme très-chaud, arrosé de laudanum, est mis sur le ventre, et recouvert lui-même de flanelles chaudes et humides. La malade, enveloppée d'un ample peignoir en flanelle, est ensuite reportée dans son lit préalablement bassiné ; les jambes sont enveloppées de flanelles bien chaudes, et des vases de fer-blanc pleins d'eau chaude sont placés aux pieds et le long des jambes de l'opérée. La chambre est maintenue à une température de 22 à 23 degrés.

L'opération avait duré trois quarts d'heure environ ; mais au commencement il y avait eu du temps perdu à cause de la difficulté de l'anesthésie et des accidents de syncope et des vomissements qui étaient survenus. L'anesthésie n'a pas été continuée toute la durée de l'opération ; la malade s'est réveillée au moment de l'extraction du kyste et a supporté la fin de l'opération avec beaucoup de courage.

Quelques cuillerées de vin de Xérès sont données à la malade, et dans la journée elle prend plusieurs bouillons ; pour boisson, de l'eau sucrée avec un peu de citron et d'eau de fleurs d'oranger. Toutes les heures, une pilule d'extrait thébaïque d'un centigramme. Cathétérisme toutes les quatre heures. Dans la soirée, il y a un peu d'agacement nerveux, mais pas de douleur dans le ventre, pas de nausées. Le pouls est large, et ne dépasse pas 90 pulsations ; la peau est halitueuse. Quelques heures de sommeil dans la nuit.

Le mardi 16 septembre, à cinq heures du matin, vomissements de matière verdâtre (environ un plein crachoir d'hôpital), qui se répètent à six heures du matin, mais survenus sans effort, sans malaise. La figure est bonne, le ventre est souple, non douloureux ; le pouls est toujours large, à 90 pulsations, et rien dans l'état général n'indique le moindre signe de péritonite. On continue l'extrait thébaïque à la dose d'un centigramme toutes les deux heures, des boissons glacées, quelques morceaux de glace de temps en temps et deux bouillons dans la journée. Cathétérisme toutes les quatre heures, cataplasmes sans laudanum sur le ventre, flanelles chaudes et humides, température de l'appartement toujours à 22 degrés.

Le mercredi 17, la peau est chaude, en moiteur. A son réveil, la malade éprouve un léger malaise, comme des envies de vomir ; elle n'accuse de douleur nulle part ; le ventre est souple, déprimé, non douloureux à la pression ; le pouls est large, de 90 à 96 pulsations. Dans la journée, elle ressent un sentiment de bien-être général. Potages, vin de Bordeaux, pilules d'extrait thébaïque ; collodion, cataplasmes, flanelles chaudes et humides ; cathétérisme.

Le jeudi 18, nuit bonne, sommeil. Toujours un peu de malaise au réveil ; état général excellent d'ailleurs ; point de douleur dans le ventre. L'épingle supérieure est retirée, après avoir pris soin de nettoyer la pointe avec de l'éther pour enlever le collodion. Badigeonnage avec le collodion, cataplasmes ; suppression des flanelles humides.

Le vendredi 19, la deuxième épingle placée au milieu de la plaie est retirée avec les mêmes précautions que la précédente. On cesse les pilules d'extrait thébaïque, et une pilule de sulfate de quinine est administrée le soir pour prévenir le retour périodique du malaise qui revient chaque matin.

Le samedi 20 septembre, apparition des règles, que la malade avait eues le 6 septembre. La troisième épingle, celle qui traversait le pédicule, est retirée. La plaie est nettoyée avec de l'éther ; toute la partie de la plaie placée au-dessus du pédicule est réunie, et, pour empêcher l'écartement des bords de cette plaie, une bandelette de diachylon fixée avec du collodion est placée en travers ; toute la plaie est ensuite recouverte de collodion, qui sert en même temps à fixer les fils des ligatures.

Le dimanche 21, pouls à 92, peau normale, fraîche ; café au lait, potages, côtelette, œuf à la coque, bouillon, bordeaux. Un lavement

avec 30 grammes de miel de mercuriale, qui provoque quatre selles dans la soirée.

La malade urine sans être sondée.

Le jeudi 25, état général qui ne laisse rien à désirer; toutes les fonctions s'accomplissent très-bien; l'aspect de la plaie est très-satisfaisant, seulement les fils fixés à la paroi abdominale par le collodion, étant entraînés par le pédicule, qui se rétracte de plus en plus, ont pénétré dans les bords de la plaie à une profondeur de près d'un centimètre. Pour éviter à l'avenir ce petit inconvénient, leur extrémité libre n'est plus fixée à la paroi abdominale. — Même régime, même pansement.

Le 29, M. Boinet retire trois fils. Les ligatures qui lient le pédicule en masse ne cèdent pas à une traction modérée; la plaie se rétrécit de jour en jour.

Le 1er octobre, apparition des règles, qui sont à leur époque; elles durent cinq jours et vont comme d'habitude. Deux des fils qui lient le pédicule sont retirés le 5 octobre, vingt jours après l'opération. La malade va bien et se lève depuis deux jours quelques heures dans la journée.

Depuis le 5 octobre jusqu'au 20, la malade n'a cessé de se lever tous les jours, de se promener au jardin; toutes les fonctions sont normales, et jamais la santé n'a été meilleure. Le dernier fil du pédicule est tombé seul le 17 octobre, et a été retrouvé dans les pièces du pansement. La plaie est presque complétement cicatrisée. Le ventre est souple, non douloureux à la pression, et tout indique une guérison radicale.

Description de la tumeur enlevée. — C'est une poche uniloculaire à parois d'une épaisseur d'un demi à un centimètre, parsemées de plaques dures offrant à l'incision un aspect fibreux lardacé. Sa surface externe est blanchâtre, parfaitement lisse, ne présentant qu'une petite bride adhérente au péritoine, comme nous l'avons dit en décrivant l'opération. Il n'existe aucune trace des cinq ponctions qui ont été faites, et ces ponctions n'ont amené aucune adhérence entre le kyste et la paroi de l'abdomen. La surface interne est ridée, ressemblant assez à la muqueuse de l'estomac. On voit non loin du pédicule, à la base du kyste, une masse molle, fongueuse, de la grosseur d'un œuf d'oie. Examinée au microscope, on croit y constater de nombreux éléments fibro-plastiques, des noyaux embryo-plastiques et une petite quantité d'épithélium cylindrique. Cette poche pèse 540 grammes; elle contenait 7 litres d'un liquide légèrement verdâtre, opaque, non filant, donnant un poids de 7 kilogrammes environ; le poids total de la poche et du liquide est d'environ 7 kilogrammes et demi.

HOQUET ACCOMPAGNÉ DE TROUBLES GRAVES dans la circulation durant douze jours, et guéri subitement par le valérianate de zinc.

Par M. le Dr DANET.

Le 17 décembre dernier, M. D..., rue Royale, 14, éprouve une vive contrariété; il est subitement pris de vomissements et d'une céphalalgie intense.

Une heure après, je vois le malade; il se plaint d'envies de vomir et d'un mal de tête violent; le pouls est petit, faible, la langue couverte d'un enduit jaune verdâtre.

Je crois devoir me contenter de prescrire le repos au lit, quelques tasses d'infusion légère de tilleul orangé et une potion calmante. Rappelé dans la soirée, je trouve l'état du malade plus grave; les envies de vomir ont fait place à un hoquet assez fréquent; le mal de tête est plus fort, la peau brûlante, le pouls plein et lent, le ventre légèrement ballonné, sensible à l'épigastre à droite, la langue épaisse et jaune. Je prescrivis un éméto-cathartique, qui amena promptement des évacuations bilieuses, lesquelles, contre mon attente, durèrent toute la nuit, et ne cessèrent que le lendemain vers midi, pour faire place à un hoquet incessant, ne laissant pas au malade un moment de repos, et prenant d'heure en heure des proportions que je ne connaissais pas jusqu'alors.

Le hoquet, simple au début, fut bientôt accompagné de soubresauts, d'étouffements, de spasmes, de syncopes, de plaintes, puis de cris et enfin de hurlements. Le pouls, petit mais régulier, devint intermittent et rémittent, et bientôt tomba à 34 battements, et, phénomène remarquable, devint isochrone au hoquet, à tel point que M. le professeur Bouillaud, qui avait bien voulu m'honorer de ses conseils, pensa, et moi avec lui, qu'il pouvait bien y avoir une lésion grave des vaisseaux de la circulation abdominale.

Le ventre était souple, mais douloureux. Dès le premier jour j'employai les antispasmodiques et les solanées, la belladone, le datura, l'éther, le chloroforme jusqu'à l'anesthésie, la décoction et la poudre de valériane, le valérianate de Pierlot, l'assa-fœtida, les bains prolongés, l'électricité continue et par induction; enfin un cautère à la potasse, un large vésicatoire et le feu.

Rien n'y fit, et malgré tout cet arsenal de moyens employés, la maladie marchait à grands pas, et je désespérais de sauver mon malade, qui quinze jours auparavant avait échappé à un érysipèle général. Le douzième jour de la maladie, je prescrivis la pilule suivante :

Valérianate de zinc. . . .	5 centigrammes.	
Extrait de belladone. . . .	1	—
Extrait mou de quinquina. .	q. s.	

Une pilule.

Le malade râlait, on lui donne la pilule à huit heures du matin. Je le revois à onze heures, il avait reposé une heure. Je fis prendre une seconde pilule; à trois heures je revins, le hoquet n'avait pas reparu. Je fis donner une troisième pilule, et à six heures j'accordai un bouillon : le malade s'endormit, ne se réveillant qu'à dix heures pour demander un potage qu'on lui donna, et il s'endormit jusqu'au lendemain.

Depuis, M. X... ne s'est jamais ressenti de son accident.

(*Gazette hebdomadaire.*)

HYDROPHOBIE CHEZ UNE FEMME GROSSE.

Par M. le Dr ABBATE, de l'Institut égyptien.

Une jeune dame d'Alexandrie, mariée depuis peu de temps et arrivée au quatrième mois de sa grossesse, se levant un matin et s'approchant de sa toilette, se trouve mal à la vue d'une cuvette pleine d'eau; elle résiste, s'approche plus près, veut prendre un peu d'eau pour se laver, mais un frisson général s'empare d'elle, et des phénomènes convulsifs apparaissent. Cependant elle prend plus tard son café noir avec plaisir, puis du café au lait; mais de toute la journée elle ne boit pas d'eau, et n'en ressent nulle envie.

Une autre fois, elle veut encore se laver sans pouvoir y parvenir, et elle s'aperçoit que la simple vue de l'eau la dégoûte et l'irrite; elle ne fait enfin usage alors pour sa toilette que d'éponges humides. Cette malade toutefois prend des liquides colorés, des glaces, des sorbets et même de la glace en morceaux, quoiqu'elle éprouve une répulsion énergique pour l'eau.

M. Abbate rattache cette hydrophobie à la grossesse, et la considère comme une névrose analogue à tous les phénomènes nerveux qu'on observe assez communément dans l'état de gestation. Il fait remarquer à ce sujet que l'hydrophobie n'est pas un signe pathognomonique exclusif à la rage, et il cite les auteurs qui, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ont admis et décrit des hydrophobies secondaires, dépendant des phrénites, du tétanos, de l'asthme, de la dentition des enfants, de conditions morales même, etc. Pour M. Abbate, il y aurait l'espèce d'hydrophobie avec des variétés hystériques, phrénétiques, etc., suivant les névroses, tout comme l'hydrophobie rabique ou lysique.

M. le docteur Schnepp, présent à la séance de l'Institut égyptien où ce fait a été communiqué, partage l'opinion de M. Abbate sur la valeur de l'hydrophobie dans la rage et dans les névroses; il rappelle que l'horreur de l'eau est un de ces phénomènes qui ne sont pas extrêmement rares chez les femmes enceintes, et il cite un exemple qu'il lui a été donné d'observer pendant son internat à l'hôpital de Lourcine, à Paris.

DE LA DÉRIVATION INTESTINALE dans les cas où une congestion cérébrale est redoutée.

Par M. le docteur V. CHAUMONT.

L'exercice physiologique des différents appareils de l'économie est quelquefois entravé par une cause tout à fait insignifiante en apparence, mais qui la plupart du temps a sa raison d'être dans le défaut d'attention ou l'oubli de quelque précaution utile. L'homme constipé, par exemple, et qui néglige de pourvoir à un malaise qui lui est si familier, finit par éprouver des troubles qu'il ne sait à quoi rattacher, et subit des modifications de caractère qui ne tardent pas à être remarquées. La tristesse, l'ennui, l'irascibilité et la taciturnité, remplacent les dispositions bienveillantes de son esprit, et sa santé, d'autre part, est traversée par des alternatives de céphalalgie, de dyspepsie, de migraines et surtout de tendance à la congestion cérébrale.

Au lieu d'habituer les malades enclins à la constipation et menacés d'afflux sanguins du côté de l'encéphale, à des purgatifs répétés, qui fatiguent extraordinairement les organes et qui finissent par perdre leurs vertus évacuantes, pourquoi ne leur administrerait-on pas tous les jours ou au moins tous les deux jours une substance d'un effet sûr, n'agissant qu'au bout de douze heures, sans secousses abdominales, et suppléant uniquement la nature?

Ce procédé thérapeutique si sage n'est autre chose qu'une indication de l'hygiène la mieux entendue. M. Ch. Favrot, pharmacien très-distingué de Paris et ancien chef des travaux chimiques de l'École impériale des mines, a donc rendu un véritable service à la science et aux malades en perfectionnant les anciennes *pilules de Bontius* ou *grains de vie*, qui jouissaient autrefois d'une grande réputation.

Bontius avait introduit jadis dans ses pilules de la scammonée et du sulfate de potasse; il prescrivait, en outre, de lier la masse avec du vin de Malvoisie et du sirop de roses; mais les auteurs de l'ancien *Codex* d'abord, puis ceux du *Codex* de 1837, ont changé la formule de Bontius, supprimé la scammonée et le sulfate de potasse, et remplacé le Malvoisie et le sirop de roses par du vinaigre! Une heureuse modification dans les procédés employés pour la préparation des pilules de Bontius, modification basée sur la substitution de l'alcool au vinaigre, et fondée sur les observations judicieuses de M. le professeur Guibourt, relativement à la fâcheuse influence du vinaigre sur les gommes résines, a ainsi rendu au médicament son ancienne efficacité.

Le perfectionnement dû à M. Favrot conduit aux résultats les plus satisfaisants. Les principes de ses *grains de vie* étant d'une nature exclusivement végétale, agissent comme toniques ou laxatifs, suivant la dose à laquelle on les emploie. Si l'on prend ces pilules d'une manière habituelle, elles augmentent l'appétit, rétablissent les fonctions de l'estomac lorsque cet organe a été affaibli par de longues maladies, et entretiennent la régularité des exonérations intestinales. Administrées, au contraire, de temps à autre, elles combattent avec un plein succès la constipation la plus opiniâtre, les migraines et la tendance prononcée aux congestions cérébrales.

Le mode d'administration diffère selon le résultat qu'on désire obtenir. S'agit-il de constipations, de migraines ou d'afflux sanguins encéphaliques, on en prend une seule ou deux au plus par jour, au dîner ou au souper, dans la première cuillerée de potage, de bouillon, ou même, au besoin, dans une cuillerée d'eau. L'effet se produit d'une manière insensible mais certaine, et sans aucun trouble, dans la matinée du lendemain. Veut-on déterminer une purgation, on prescrit alors *de 4 à 6 pilules de Bontius perfectionnées*, et on recommande au malade de les prendre en se couchant avec une tasse de thé ou un verre d'eau sucrée. Elles agissent sans interrompre le sommeil, sans fatigue, et produisent au réveil l'effet attendu.

Pour purger les enfants au-dessus de cinq ans, deux pilules suffisent ordinairement, et l'on peut les faire prendre dans une cuillerée de soupe ou de confitures.

Sans parler des observations que nous avons recueillies dans notre pratique médicale, nous pouvons citer les deux faits cliniques suivants, dont l'authenticité est garantie par M. J. G. Jutet, médecin à Lyon, et lauréat de la Société impériale de médecine de cette ville.

1° M. C..., d'un tempérament nervoso-sanguin, âgé de soixante-dix ans, officier en retraite, a fait un grand nombre de campagnes et a reçu en Espagne une blessure très-grave par arme à feu dans la région abdominale. Habituellement constipé, il ne va à la garde-robe que deux fois par semaine et ressent des épreintes très-douloureuses; les efforts de la défécation amènent la chute du rectum et des pertes hémorrhoïdales brusques et assez abondantes.

Ces manifestations sont sous la dépendance d'une gastro-entéralgie négligée depuis une douzaine d'années. Pendant quelques semaines, il a pris tous les deux jours une tasse de thé Saint-Germain, d'après la formule de Hufeland; puis il a bientôt préféré les pilules de Bontius perfectionnées par Favrot. Après l'administration de quarante pilules environ, les digestions sont devenues faciles, la constipation n'a plus reparu, et les épreintes rectales ont cessé. Cet état continue à se maintenir.

2° Mme D..., âgée de trente-huit ans, d'un tempérament très-sanguin, d'une bonne constitution, est veuve depuis dix ans et exerce une profession sédentaire. Après de grands chagrins domestiques et des préoccupations morales extrêmement vives, elle a perdu le sommeil, est devenue gastralgique, constipée, et sujette à des mouvements sanguins vers la tête et la face. Cette tendance congestive a remplacé les épistaxis et les métrorrhagies dont elle avait été atteinte autrefois. Soumise à la médication par les pilules de Bontius perfectionnées, son état s'est rapidement amélioré; les garde-robes sont devenues quotidiennes, la tête s'est dégagée et l'appétit a reparu. La guérison est aujourd'hui complète.

Nous n'avons plus rien à ajouter, sinon que M. le docteur Ratier, ancien interne des hôpitaux de Paris, s'est très-bien trouvé dans sa pratique de l'usage des *grains de vie* de M. Favrot, et que nous engageons en conscience nos confrères à expérimenter un médicament d'un effet aussi sûr et d'une action aussi efficace.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 octobre 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Liny-devant-Dun en 1861 et 1862, par M. le docteur Spiral.

2° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Périgné (Deux-Sèvres) en 1862, par M. le docteur Dusouil. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une nouvelle note de M. le docteur Pons (de Bez), sur les Aphorismes d'Hippocrate.

2° La description d'un appareil pour le traitement de la fracture du maxillaire inférieur, par M. Martinot, dentiste à Colmar.

3° Un deuxième mémoire de M. le docteur Morel-Lavallée, intitulé : *Décollements traumatiques de la peau et des couches sous-jacentes.*

M. Morel-Lavallée avait fait connaître cette lésion sous un autre nom dans son premier mémoire. Il l'appelait *épanchement traumatique de sérosité*. Il a abandonné cette dénomination, parce que ce qui est primitif ici, c'est le décollement, que l'épanchement n'est que la conséquence, et surtout parce que l'auteur a trouvé du décollement sans épanchement.

Ce travail, qui repose sur vingt-six nouvelles observations, n'est que la confirmation et le développement du précédent.

Pour l'étiologie, on trouve la roue de voiture dans presque tous les cas. Une barrique, dont l'action n'est en quelque sorte que l'exagération de celle de la roue, a déterminé en roulant sur un membre un décollement énorme.

L'anatomie pathologique s'est augmentée de l'étude de la lésion à l'état récent. M. Morel-Lavallée a décrit ici des dispositions nouvelles très-curieuses; d'abord des fibrilles nacrées, qui s'entre-croisent dans le foyer, et surtout des décollements sans trace d'épanchement. Enfin, ce qui est plus important encore, des décollements comprenant toute la peau du membre, et ne contenant que quelques grammes de sérosité.

Toutes les couches peuvent être décollées de la peau jusqu'aux os.

Pour les symptômes, c'est toujours la même disproportion de la grandeur de la poche et de la quantité du liquide; les mêmes ondulations, le même tremblotement, etc. M. Morel-Lavallée a découvert deux nouveaux signes :

1° La tension subite; le choc que produit sur la circonférence du foyer le liquide brusquement refoulé du centre par une large pression.

2° Les cercles concentriques que la percussion fait naître sur cette poche, — à demi, ou plutôt au vingtième remplie, — comme la chute d'un grain de sable dans un bassin.

Le diagnostic de ces lésions, qui avait échappé jusqu'ici, est arrivé entre les mains de l'auteur à la plus rigoureuse précision. Dans ces vastes décollements, qui comprennent, par exemple, toute la peau du membre inférieur depuis le bassin jusqu'aux malléoles, il suffit de quelques grammes des liquides ramenés par la position et la pression dans le point de la poche où la peau est le plus mince, pour donner les ondulations révélatrices de la lésion, et ce liquide, refoulé vers la circonférence du décollement, en marque les limites avec une exactitude qui ne permettra plus au couteau à amputation de s'égarer sur des téguments voués à la gangrène.

M. Morel-Lavallée, en exposant le pronostic, montre que cette lésion si simple peut tuer par son étendue même; la mort arrive par la stupeur, comme dans les grands traumatismes. Pas de tendance à la guérison spontanée.

Enfin, M. Morel-Lavallée croit avoir trouvé le traitement des décollements.

Le voici : 1° Ponction évacuatrice avec un trocart explorateur; 2° vésicatoire volant appliqué immédiatement ; 3° enfin, une compression élastique exercée par-dessus le vésicatoire.

Le vésicatoire, aidé de la compression élastique, peut même se passer de l'évacuation du liquide. (Commissaires : MM. Larrey et Gosselin.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. Landouzy, en réponse aux remarques de M. Gibert au sujet de sa précédente communication sur la pellagre :

« D'après vous, dit M. Landouzy en s'adressant à M. Gibert, je me tromperais en prétendant qu'on n'a pas vu avant moi la manie pellagreuse aiguë; or je n'ai jamais rien prétendu de cela. On a tout vu avant moi, comme avant vous, comme avant Hippocrate, mais on n'a pas tout décrit, et je maintiens que la manie pellagreuse aiguë n'est décrite nulle part, quoiqu'elle soit assez fréquente.

» Vous me reprochez aussi d'avoir prétendu qu'on n'a pas vu avant moi le typhus pellagreux; or j'ai précisément déclaré le contraire, car j'ai établi le premier que les Italiens nomment typhus pellagreux, pellagre typhoïde, une affection qui ressemble grossièrement au typhus, et qui d'après mes observations personnelles mérite le nom de pellagre aiguë.

» Vous me reprochez enfin de déclarer que cette forme est fréquente. Or j'ai dit en tout point le contraire, et voici ce qui est sténographié dans ma dernière leçon : « D'après les médecins italiens, » ces cas de typhus pellagreux sont rares, mais je suis convaincu » qu'il en existe plus qu'on n'en voit, et que les cas où la pellagre » aiguë a été confondue avec la fièvre typhoïde, *pour être rares*, ne » sont pas exceptionnels. »

» Vous voyez par les textes que je ne suis pas si coupable que vous l'avez déclaré dans la dernière séance.

» J'apprends du reste avec la plus vive satisfaction, ajoute M. Landouzy, que vous avez vu à Saint-Louis les faits de manie pellagreuse foudroyante et de pellagre aiguë que j'ai vus à Reims, à Milan, à Padoue, à Venise, etc., et qui doivent se voir partout. Mais je ne les ai trouvés mentionnés nulle part dans les annales de la médecine. On n'en trouve aucune trace ni dans la remarquable monographie de M. Brierre de Boismont, ni dans l'excellent travail de M. Roussel, ni dans le compendium si lumineux de M. Bouchard. Strambio et Zanetti, si experts dans la matière, n'en ont pas dit un seul mot. Morelli et Lussana, dans leurs récentes études, ont bien dit quelques mots du *tifo pellagroso*, de la *pellagra tifosa*, mais en les considérant plutôt comme une complication de la forme entéritique que comme une forme particulière, et en insistant d'ailleurs si peu sur ces points, qu'aucun observateur français n'y a fait allusion.

» Pour moi, au contraire, la pellagre aiguë est une forme parfaitement déterminée, distincte de la manie pellagreuse foudroyante, distincte à plus forte raison de la forme chronique, et trop différente des affections typhiques pour recevoir le nom de *pellagra tifoidea*, sous peine d'induire en erreur les praticiens des autres contrées. »

LECTURE.

M. PIORRY, après avoir donné quelques explications sur les motifs qui l'avaient engagé à se servir de la forme de lettre pour la communication qu'il s'est proposé de faire à l'Académie, se conformant au désir du conseil et de l'Académie, donne lui-même lecture de cette lettre, qui est conçue en ces termes :

« Monsieur le Président, au moment de soumettre à l'Académie un mémoire sur la nomenclature médicale, et lorsque naguère elle a bien voulu entendre deux discours que j'ai prononcés sur le goître exophthalmique, je crois qu'il est convenable de choisir la forme épistolaire pour faire part à l'assemblée d'un fait nouveau de plessimétrisme dont la portée thérapeutique me paraît assez grande. Ce fait, le voici :

» Depuis plusieurs années, limitant exactement et dessinant par la médico-percussion et par le crayon la vésicule du fiel, et trouvant presque toujours dans l'ictère ou cholémie cet organe volumineux, j'avais proposé dans ces cas d'exécuter des pressions avec la main sur les points où le plessimétrisme permettait de reconnaître le fond du réservoir de la bile.

» Il m'avait semblé que, sous l'influence de cette compression extérieure, l'état du malade s'était promptement amélioré.

» Les expériences suivantes ont confirmé l'exactitude de ce jugement.

» Dans le courant de 1861 et 1862, j'ai constaté que dans la cirrhose le foie étant devenu beaucoup moins vasculaire que normalement, et ne sécrétant que très-peu de bile, il arrive que cet organe, à l'opposé de ce qui a lieu en santé, augmente fort peu de volume, alors que le malade retient la respiration, et qu'il diminue à peine lorsque le patient exécute des soupirs profonds et répétés. En outre, dans la cirrhose, la vésicule biliaire est presque vide, et par conséquent fort peu développée. De plus, j'avais vu que le plessimétrisme, pratiqué dans la direction du grand axe de la vésicule, donne une telle matité de liquide, qu'il est impossible de ne pas reconnaître par ce moyen la présence de ce réservoir.

» Il y a peu de jours qu'ayant reconnu et démontré la coexistence chez un malade atteint d'hydropéritonie des caractères précédents de la cirrhose, qu'ayant en outre constaté que l'urine prenait une teinte acajou par l'acide azotique (signe précieux de la cirrhose dû à M. le docteur Becquerel, de très-regrettable mémoire), je voulus comparer l'état des voies biliaires chez ce malade à celui que présentaient des hommes dont l'appareil sécréteur de la bile était dans des conditions normales.

» Or, sur trois hommes de la salle Saint-Charles chez lesquels il en était ainsi, je limitai avec un soin extrême le foie et la vésicule biliaire, et chez ces individus la glande hépatique augmenta et diminua énormément de volume à l'occasion de la suspension ou de l'accélération des mouvements respiratoires, et chez eux aussi le fond de la vésicule biliaire appliqué contre les parois abdominales présentait *près de 3 centimètres* dans les diamètres de la circonférence.

» Je voulus alors savoir si par des pressions extérieures, par les contractions du diaphragme et des muscles abdominaux, telles qu'elles ont lieu dans le vomissement, l'effort, la toux, je pourrais faire évacuer la bile contenue dans la poche biliaire, et je vis bientôt qu'après ces manœuvres et ces actions, le son obscur et la matité tactile du réservoir biliaire « étaient complétement disparus et avaient fait place à de la sonorité et à de l'élasticité dues au tube digestif plein de gaz. »

» De ces faits, qui ont eu pour témoins plusieurs médecins ou élèves français et étrangers, on peut déduire les conclusions suivantes :

» 1° Le défaut de variation dans le volume du foie sous l'influence de l'augmentation ou de la diminution de l'acte respirateur, la vacuité de la vésicule du fiel, sont des signes de cirrhose qui ne doivent pas être négligés.

» 2° Des frictions sur le fond de la vésicule du fiel dont la présence est reconnue au moyen du plessimétrisme, et la pression de cet organe par le diaphragme et les muscles abdominaux, sont dans l'ictère des moyens utiles pour vider la poche biliaire du liquide qu'elle contient.

» 3° Ces moyens peuvent forcer la résistance des conduits cystiques et cholédoques rétrécis, et faire évacuer bien plus que la potion de Jurande, les calculs engagés dans ces canaux.

» 4° Les manœuvres dont il s'agit peuvent avoir dans la cholémie et peut-être dans la fièvre jaune de nombreuses applications.

» 5° La vacuité de la vésicule du fiel à la suite des efforts de vomissement *démontre* que les évacuations de bile auxquelles ces efforts donnent lieu, ne prouvent en rien que le malade soit atteint d'*affections dites bilieuses*. Veuillez m'excuser, Monsieur, de l'étendue de cette communication et agréer l'expression de ma déférence complète au jugement de l'Académie sur les travaux qui lui sont soumis.

Colique végétale et tremblement des buveurs. — M. le docteur HOUSSARD (d'Avranches), membre correspondant, donne lecture d'un travail intitulé *Observations pratiques sur l'usage et l'abus du cidre et des liqueurs alcooliques; de la colique végétale et du tremblement des buveurs.*

L'auteur rapporte plusieurs cas d'accidents alcooliques (*delirium tremens*) traités avec succès par l'infusion de quinquina. L'infusion de quinquina, ajoute-t-il, avec la cessation des excès bien entendu, guérit infailliblement en quelques jours le tremblement des buveurs et même des ivrognes, leur rend la force qu'ils avaient perdue en leur redonnant l'appétit. Ses effets sont tellement sûrs et prompts, qu'il considère le quinquina dans ce cas comme un véritable spécifique.

— M. BOINET termine la communication qu'il a commencée dans la précédente séance sur le cas d'ovariotomie qu'il a pratiquée avec succès. (Voir plus haut.)

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur le prix Barbier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 octobre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur pour services rendus à la Vera-Cruz et dans la division navale du Mexique : MM. Legris, Erdinger, de Corsi et Corre, chirurgiens de la marine.

— M. le maréchal Randon, ministre de la guerre, s'est rendu jeudi dernier à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et a visité dans tous ses détails cet important établissement.

Le ministre n'avait pas fait annoncer sa visite, de sorte que les choses se sont présentées à sa haute inspection dans leur état habituel. Il a examiné avec la plus grande sollicitude toutes les parties de l'établissement et toutes les branches de ses divers services : jardins, salles des malades, cuisines, casernement des soldats infirmiers, etc., etc.; il a constaté partout l'ordre le plus parfait et en a témoigné toute sa satisfaction.

Cette visite avait aussi pour objet l'examen des projets d'agrandissement qui doivent être prochainement exécutés au Val-de-Grâce.

— Un concours sera ouvert à Paris le 20 février 1863, pour un emploi de chef de service attaché aux chaires de clinique et de pathologie, à l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

Le programme détaillé des connaissances exigées sera distribué au ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics (division du personnel) et dans les Écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

— Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le lundi 24 novembre prochain, pour deux places d'élèves internes des hôpitaux et hospices de cette ville.

— Deux places d'*interne aliéniste* sont actuellement vacantes à l'asile des aliénés de Saint-Jacques de Nantes.

La Commission administrative des hospices de cette ville fera connaître aux élèves qui les demanderont par lettre affranchie, les conditions exigées pour l'obtention de ce titre et les avantages qui y sont attachés.

— Une décision de M. le gouverneur général de l'Algérie vient de créer près l'École de médecine d'Alger un certain nombre de bourses pour l'entretien des jeunes musulmans, élèves des écoles arabes-françaises, désireux de se vouer aux études médicales.

— Le corps médical anglais vient de faire une grande perte. Le célèbre chirurgien Benjamin Brodie a succombé le 21 de ce mois, à l'âge de quatre-vingts ans.

Chirurgien de la reine Victoria, il avait été chirurgien des rois Georges IV, Guillaume IV, et du prince Albert. Physiologiste très-distingué, opérateur des plus habiles, il avait rapidement conquis la place la plus élevée dans la pratique chirurgicale anglaise. Tous les honneurs académiques lui avaient été accordés; il appartenait comme membre correspondant à nos académies des sciences et de médecine.

Nous rappellerons, à cette occasion, un fait tout récent qui honore ce célèbre chirurgien, en même temps qu'il donne la mesure de son opinion pour la chirurgie française. Le roi des Belges, se trouvant à Londres, réunit en consultation les plus grandes célébrités chirurgicales de ce pays. Il fut décidé que le roi serait opéré, et Benjamin Brodie insista pour que l'opération fût faite par un chirurgien français.

En 1834, il avait été fait *baronnet*. Devenu aveugle, il avait subi sans succès quatre opérations.

— M. le docteur Castex, récemment attaché à la mission de France au Maroc, vient de recevoir la croix de chevalier de l'ordre de Charles III d'Espagne.

L'*Univers illustré* publie en ce moment un nouveau roman d'Henri Conscience, qui obtient un succès tout à fait hors ligne. Il est intitulé le JEUNE DOCTEUR. Dans des scènes d'un naturel exquis et du plus touchant intérêt, l'auteur retrace les débuts presque toujours si difficiles et si pénibles de notre profession. Cet ouvrage est digne en tous points de la plume ingénieuse à laquelle on doit le *Conscrit* et le *Gentilhomme pauvre*.

Les huit numéros qui contiennent le commencement de ce roman ayant été très-vite épuisés, l'*Univers illustré* vient d'en faire faire un nouveau tirage. On peut maintenant les avoir au bureau du journal, passage Colbert, 24, et en province chez tous les libraires. Prix du numéro : 20 c. Abonnement : 10 fr. par an.

L'*Almanach de l'Univers illustré* est en vente chez tous les libraires. Prix : 50 c. Cette année, il n'y a pas d'almanach qui puisse lui être comparé.

Un livre qui, par sa valeur et par la position élevée qu'occupe l'auteur dans le monde politique, a la plus haute et la plus sérieuse portée, est en vente chez l'éditeur H. Plon. Il a pour titre : *Études et portraits politiques contemporains*, par le vicomte A. DE LA GUÉRONNIÈRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Excursions scientifiques dans les asiles d'aliénés, par M. le docteur BERTHIER, médecin en chef des Asiles d'aliénés de Bourg (Ain). Première série, contenant les Asiles du sud et de l'est de la France. Paris, 1862. In-8° Prix : 2 fr. 50 c. Chez F. Savy, 24, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 128. — SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 128. — SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Relation chirurgicale de la visite de M. le professeur Nélaton au général Garibaldi. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 27 octobre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 22 octobre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Traité pratique des maladies des yeux de Warthon Jones.

PARIS, 3 NOVEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

La chirurgie a eu une large part dans cette séance. Deux mémoires y ont été lus, l'un par M. Maisonneuve, le deuxième par M. Morel-Lavallée. Le mémoire de M. Maisonneuve a pour objet d'exposer les résultats des recherches expérimentales auxquelles ce chirurgien s'est livré pour étudier le mécanisme des luxations de la mâchoire et les manœuvres de réduction qu'elles nécessitent. Si nous avons bonne mémoire, nous avons vu plusieurs fois les manœuvres qu'indique M. Maisonneuve échouer contre des difficultés naturelles que ses expériences n'ont sans doute pas pu complétement reproduire. Il n'en faut pas moins enregistrer les faits rapportés dans ce travail comme utiles pour la connaissance des diverses conditions dans lesquelles peuvent se produire ces sortes de lésions, quitte à en appeler de nouveau à l'épreuve clinique pour la vérification de l'efficacité du procédé proposé.

M. Morel-Lavallée, qui avait déjà fait connaître dans un précédent mémoire, sous un nom différent de celui dont il se sert aujourd'hui, le décollement traumatique de la peau et des couches sous-jacentes, s'est proposé dans le nouveau travail qu'il vient de communiquer sur ce sujet à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, de développer en les confirmant les faits contenus dans son premier travail.

On a déjà dû remarquer dans le petit extrait que nous avons publié (voir le numéro de jeudi dernier) que M. Morel-Lavallée a ajouté aux résultats de ses premières recherches la connaissance de dispositions anatomiques très-curieuses, des signes nouveaux qui donnent au diagnostic une précision qui lui manquait encore, et les indications d'un traitement rationnel de la lésion dont il s'agit.

On trouvera dans le compte rendu l'extrait d'une nouvelle communication de M. Boudin, sur la question des mariages consanguins. M. Boudin s'est proposé dans cette nouvelle note de réfuter par des faits la théorie étiologique qui tend à attribuer l'infirmité des enfants à l'hérédité morbide.

— Nous demandons à nos lecteurs la permission de revenir sur une communication de l'une des précédentes séances. Nous avons dit, dans le numéro du 21 octobre, à l'occasion de la lecture de M. le docteur Grimaud (de Caux), sur la présence du carbonate de chaux dans les eaux publiques, que le fait invoqué par notre savant confrère comme exemple de la nocuité de proportions minimes de carbonate de chaux dans les eaux potables, ne nous paraissait pas suffisant pour motiver ses conclusions.

M. Grimaud (de Caux) nous a adressé à ce sujet la lettre suivante :

« Monsieur le Rédacteur,

» C'est à dessein que j'ai cité un fait unique pour démontrer que *la présence du carbonate de chaux dans des* EAUX PUBLIQUES peut être nuisible; mais un fait incontestable, réunissant toutes les conditions d'authenticité et de certitude ; car il est emprunté à un contemporain, à un auteur vivant, à un membre distingué de l'Académie de médecine, à un observateur indépendant, à un praticien estimé et autorisé par des études spéciales, et il a été puisé dans une thèse publique, c'est-à-dire dans un écrit imprimé et, par la nature même de son objet, prédestiné à la discussion.

» C'est encore à dessein que j'ai affirmé qu'un seul fait était suffisant pour la démonstration en pareille matière.

» Il y a, sous cette affirmation, un principe capital dont je tiens à faire ressortir l'importance et la valeur réelle.

» Les *eaux publiques* constituent l'une des plus grosses questions de l'hygiène générale et particulière; peut-être même est-elle la plus grosse. Ce serait là aussi une thèse à soutenir, et à l'appui de laquelle les raisons ne manqueraient pas. En fait d'aliments, on peut tout remplacer, excepté l'eau ; il faut de l'eau pour tous et partout, et il est bien évident que l'on doit préférer la meilleure.

» Si l'eau qu'on me distribue m'incommode, et si, en faisant bouillir cette eau pour en éliminer le carbonate de chaux, elle ne m'incommode plus, je suis autorisé à affirmer que cette eau, telle qu'elle m'arrive et avant que je l'aie fait bouillir, n'est pas une bonne eau pour moi.

» Nierez-vous que ce que je dis pour moi, beaucoup d'autres individus, dans l'ensemble d'une population agglomérée, puissent être dans le cas de le dire aussi pour eux-mêmes ?... Mais une eau destinée à tous, devant être bonne pour tous, je suis donc autorisé à conclure que celle qui n'est pas bonne pour moi, par cela seul qu'elle contient du carbonate de chaux, et pouvant n'être pas bonne pour d'autres, n'est réellement pas bonne pour tout le monde.

» Maintenant, si vous en venez aux conséquences pratiques, le principe n'est pas loin :

» *Quand il s'agit de la santé publique, la constatation d'un danger, éprouvé même une seule fois et par un seul, justifie et prescrit toutes les mesures rationnelles préventives.*

» C'est là de la haute hygiène, vous pouvez m'en croire: il n'y a point ici de place pour les résultats numériques ; de pareilles questions ne se décident point à la majorité des voix.

» La contagion de la fièvre jaune a, dans le temps, beaucoup occupé l'Académie de médecine. M. Chervin avait ramassé les témoignages des médecins de tous les pays où la fièvre jaune avait apparu. Il voulait qu'on supprimât les lazarets, parce que les certificats des médecins contagionistes étaient infiniment moins nombreux que ceux des médecins qui ne croyaient pas à la contagion. Des faits contraires étaient allégués par les opposants de côté et d'autre. — Y a-t-il un seul de ces faits où le développement de la fièvre par contagion *soit douteux seulement?* demanda un académicien. — Si *oui*, la question est jugée. — Et elle le fut en effet dans le sens de la conservation des lazarets et de l'amélioration de leur régime.

» Mais permettez que j'insiste sur le fond même de la question dont cette lettre avait d'abord pour objet un côté seulement.

» Lorsqu'en 1849 M. Dumas créa une commission pour étudier les eaux de la France, le savant ministre eut là une bonne inspiration, une grande inspiration, d'une valeur à la fois scientifique et pratique. A quoi tient-il que le travail de la Commission à laquelle il confia l'exécution de cette tâche éminemment utile, soit demeuré incomplet?...

» Je ne crains pas de vous engager à le reprendre, Monsieur le Rédacteur; vous en avez la possibilité et les moyens. La *Gazette des Hôpitaux* a de nombreux lecteurs dispersés par toute la France, et dans les campagnes autant que dans les villes. Sollicitez de chacun d'eux une note sur les eaux de sa localité.

» Les questions à poser et les procédés d'examen et d'étude à indiquer, sont plus simples qu'on ne se l'imagine. Dans la plupart des cas, un verre d'eau mêlé avec du savon, une simple goutte évaporée dans un verre de montre ou sur une lame de verre, l'application des sens du toucher, du goût et de l'odorat, peuvent suffire pour porter un premier jugement que les analyses chimiques confirment et précisent ensuite, quand la chose devient nécessaire.

» Chargez un de vos zélés collaborateurs de suivre ce travail; stimulez le zèle de vos correspondants en leur montrant son utilité pour eux-mêmes et pour la localité dont leur science est chargée d'entretenir la santé et la salubrité; coordonnez ensuite et classez les documents recueillis, en signalant les concordances et les oppositions qui ont une signification réelle, etc., etc. Avec la carte du dépôt de la guerre qui donne les reliefs et la configuration des lieux; avec la carte géologique de MM. Elie de Beaumont et Dufrénoy qui fait connaître la constitution du sol, un semblable travail amènera infailliblement des résultats d'un ordre supérieur : il mettra sur la voie de la détermination des véritables conditions hygiéniques du pays; car il conduira à la connaissance précise de l'un des trois puissants éléments qui constituent le climat d'Hippocrate.

» Je vous prie, Monsieur le Rédacteur, d'agréer l'expression de tous mes sentiments. » G. GRIMAUD (de Caux). »

Nous prierons notre savant confrère de remarquer que nous n'avons nullement entendu critiquer ni infirmer en quoi que ce soit son raisonnement. Nous sommes, au contraire, parfaitement d'accord avec lui sur ce point fondamental de son argumentation, que, lorsqu'il s'agit d'hygiène publique, il n'est pas nécessaire d'accumuler les preuves de la nocuité d'un agent pour en condamner l'usage ; et l'exemple qu'il emprunte à l'histoire de la contagion est un de nos arguments les plus familiers.

Ce n'est donc que sur la valeur même du fait cité que porte le différend. Ce fait est-il de nature à entraîner une conviction entière et absolue dans les esprits? Nous ne l'avons pas pensé, parce que, à la rigueur, il nous a paru pouvoir s'expliquer par une circonstance individuelle, exceptionnelle, par une idiosyncrasie. Du moment où il y avait place au doute, nous avons cru prudent de surseoir aux conclusions. C'est là tout ce que nous avons entendu objecter à M. Grimaud, et ce que nous croyons devoir maintenir encore après ses explications. Nous nous joignons d'ailleurs

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des yeux de Wharton Jones, traduit de l'anglais avec additions et notes, par M. FOUCHER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux (1).

Depuis trente ans la pathologie oculaire est devenue un sujet d'études sérieuses et approfondies. Les découvertes se multiplient, et la bibliothèque ophthalmologique s'enrichit chaque jour de bons traités et de monographies savantes. Les résultats pratiques deviennent meilleurs.

Mais si l'on doit reconnaître aux spécialistes le mérite d'avoir beaucoup fait pour la thérapeutique des maladies de l'œil, il n'est pas moins évident, à notre avis, que la généralisation des études ophthalmologiques, la part active de la chirurgie générale, qui commente et soumet à l'expérience les procédés nouveaux, ont servi de contre-poids à des élans quelquefois hasardés, et ont comme dirigé la marche du progrès dans la pathologie oculaire.

Au nombre des ouvrages qui contribuent à remplir ce rôle, nous avons un livre de plus à compter, le Traité de Wharton Jones, avec les notes et additions de M. Foucher.

Il s'agit d'un livre pratique émané d'un professeur d'ophthalmologie de Londres. C'est dire déjà la valeur de l'ouvrage. Du reste, M. Wharton Jones n'est pas un inconnu parmi nous : des remarques utiles, un procédé opératoire pour l'ectropion cicatriciel, ont fait connaître le chirurgien anglais depuis 1836.

Il a attaché son nom à une méthode autoplastique par glissement d'un lambeau taillé en forme de V renversé, que l'on fait glisser de haut en bas, de telle sorte que la paupière reprend sa place, le lambeau étant maintenu par la réunion au moyen de suture de la pointe du Λ. Cette opération bien conçue, suivie de succès, est restée dans nos livres classiques, et si elle est un peu oubliée, c'est seulement depuis les remarquables opérations qu'a faites M. Denonvilliers en associant la méthode indienne au procédé avec occlusion des paupières de M. Mirault (d'Angers).

Après des considérations générales sur l'exploration de l'œil, sur les symptômes fournis par les malades, M. Wharton Jones s'occupe des collyres et pommades, des applications de ces remèdes. Nous recommandons ce chapitre. Des additions de M. Foucher sur la ponction de la cornée, la compression de l'œil, complètent le passage de l'auteur anglais. Les praticiens, toujours si embarrassés dans le choix des collyres et pommades, auront un guide pour leur choix. Ils trouveront les modes d'applications réglés; ils verront que la concentration du collyre exige une sobriété relative d'applications, et un procédé d'application approprié.

On retrouve dans le livre de M. Wharton Jones, après des considérations générales sur les ophthalmies, une division déjà ancienne de ces inflammations, la division de Beer, pour laquelle, depuis S. Cooper, les Anglais semblent avoir une prédilection. Les ophthalmies externes, internes antérieures, internes postérieures, comprennent toutes les inflammations du globe de l'œil et de la conjonctive, excepté les blépharo-conjonctivites. Cette division, à part cette exclusion, a l'avantage de ne point créer pour des descriptions de livre, des maladies qui n'existent point telles sur les malades. La kératite isolée est rare, l'aquo-capsulite l'est encore plus. Et lorsque ces lésions existent isolées, elles sont surtout des états consécutifs à des inflammations antérieures. Aussi M. Wharton Jones a-t-il relégué, par exemple, les ulcérations de la cornée, la hernie de l'iris, les synéchies, dans un chapitre à part qu'il désigne par ces mots : *Des divers états qui accompagnent les ophthalmies ou qui en sont les suites.*

Comme Beer, l'auteur subdivise les ophthalmies d'après la cause générale qu'il suppose leur avoir donné naissance. Le cercle arthritique, la phlyctène, le peu d'intensité des symptômes, paraissent à M. Wharton Jones des caractères suffisants d'une ophthalmie arthritique scrofuleuse et catarrhale, de même que le mélange de ces symptômes indique des ophthalmies composées.

Les maladies organiques, parasitaires, du globe de l'œil, la cataracte avec ses divisions, sont exposées avec tous les documents classiques; il en est de même des opérations nouvelles : discision de la capsule de Conradi, extraction des cataractes capsulaires et secondaires. La pupille artificielle, traitée dans le même esprit, est suivie d'un tableau des espèces morbides et des opérations qu'elles réclament. L'amaurose, le glaucome, les troubles fonctionnels de la vision, terminent l'étude des maladies du globe de l'œil. Dans les maladies des paupières, les déviations des paupières sont décrites avec le plus grand soin ; toutes les maladies de cette région ont une exposition claire et succincte. Il serait trop long d'énumérer ici toutes les remarques de M. Wharton Jones. Nous ne ferons que citer la proposition d'exciser les hernies de la cornée et de l'iris ; l'utilité reconnue par l'auteur anglais des collyres à la belladone ; leur emploi dans les cas de conjonctivites antiphlogistiques.

M. Foucher a une large part dans le livre que nous analysons. Il a mis au courant de la science le livre de Wharton Jones. Le chapitre de l'*ophthalmoscopie*, avec commentaires et appréciations, est tout en-

(1) Un vol. in-12, avec 143 figures dans le texte et 4 planches. Paris, 1862, Chamerot, éditeur-libraire.

à lui pour appeler sur ce sujet important les études de nos confrères. — Dr Brochin.

RELATION CHIRURGICALE

de la visite de M. le professeur Nélaton

AU GÉNÉRAL GARIBALDI.

M. le professeur Nélaton, de retour de son voyage à la Spezzia, où il a été appelé pour donner son avis sur l'état de l'illustre général, a bien voulu nous adresser la lettre suivante, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et honoré confrère,

L'intérêt bien naturel qu'a excité dans le public l'état du général Garibaldi, me porte à croire que vous voudrez bien accueillir dans votre estimable journal quelques détails propres à préciser exactement l'état de l'illustre blessé, et à dissiper des doutes que des versions contradictoires ont accrédités depuis plusieurs jours. Je présume d'ailleurs que le public médical, auquel vous vous adressez spécialement, trouvera dans cette relation purement chirurgicale quelques faits dont la connaissance n'est pas sans importance pour la pratique.

Arrivé à la Spezzia avec MM. les docteurs Vio et Maestri, je vis de suite le général, le mardi 28, par conséquent, cinquante-neuf jours après la blessure. Il était entouré de ses médecins ordinaires, MM. Ripari, Albanèse, Prandina, Bazile, qui procédèrent en ma présence au pansement du matin.

Je dois dire d'abord que dès que le membre fut découvert, je fus très-satisfait de sa bonne installation. Il était soutenu dans un de ces appareils à suspension diversement modifiés et améliorés depuis quelques années, qui conviennent parfaitement pour les fractures compliquées de la jambe.

Les diverses pièces de pansement étant enlevées, je procédai à l'examen détaillé du membre. L'aspect général en est satisfaisant, la position est bonne, le pied est à angle droit sur la jambe, et déjà assez fixe pour que le blessé puisse soulever le membre sans éprouver la moindre douleur. La peau a sa coloration normale, excepté dans le voisinage de la blessure, où elle présente une légère teinte rosée. La tuméfaction, qui s'était élevée jusqu'au genou, est maintenant bornée au voisinage de la blessure; elle s'élève à peine à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, et descend dans la même étendue au-dessous de cette articulation.

Du reste, cette tuméfaction ainsi limitée n'est pas très-considérable; elle ne masque ni les saillies malléolaires ni le relief du tendon d'Achille. L'exploration la plus attentive de tout le pourtour de l'articulation du pied ne fait reconnaître qu'une tension œdémateuse; dans aucun point on ne trouve la fluctuation caractéristique de la présence d'une collection de liquide. La pression ne développe aucune douleur, si ce n'est dans le voisinage de la plaie; encore cette douleur est-elle modérée.

Quant à la plaie, elle est située au niveau du bord antérieur de la malléole interne. Elle est de forme ronde; elle a 3 centimètres de diamètre. Sa surface est recouverte par une couche de bourgeons charnus de bon aspect, et laisse apercevoir à son centre une petite dépression, par laquelle s'écoule un pus de bonne nature et en très-petite quantité. En effet, quinze heures s'étaient passées depuis le précédent pansement, et la quantité de ce liquide déposé à la surface des compresses et de la charpie ne dépassait certainement pas une cuillerée à café.

Pour compléter cet examen local, je dus explorer la plaie par l'introduction d'un stylet. Celui-ci pénétra très-facilement sans provoquer la moindre douleur. Le dirigeant transversalement, à 2 centimètres et demi, je fus arrêté par un corps dur, résistant, rendant à la percussion un bruit sourd, bien différent de ce bruit sec qui résulte du contact avec le tissu compacte nécrosé, et ne donnant pas non plus l'idée d'un frottement sur la surface rugueuse du tissu spongieux.

En inclinant légèrement la sonde, elle passa au-dessus du premier obstacle, pénétra à une profondeur de 5 à 6 centimètres, et fut arrêtée dans ce point par une résistance osseuse à peu de distance de la malléole externe. Je répète que cette exploration a été très-facilement supportée, et que pendant toute sa durée, le général nous donnait les indications qu'il supposait pouvoir nous guider.

Pour terminer ce qui concerne l'exposé des symptômes locaux, il faut encore mentionner une tuméfaction, à peine appréciable, du genou droit et du poignet gauche, dernières traces d'une fluxion rhumatismale, dont le malade a depuis bien des années éprouvé souvent les atteintes.

L'état général est aussi favorable que possible, après les accidents sérieux observés au début de la blessure, après de vives douleurs, et surtout après une longue privation de sommeil (près de trente jours). Il n'y a plus de fièvre (75 pulsations); la peau est fraîche; l'appétit est bien développé. Le sommeil est suffisant et réparateur; la physionomie est calme, digne, sans aucune expression de souffrance.

Tel était, mon cher confrère, l'état du général Garibaldi le 28 octobre, lors de ma visite à la Spezzia.

Vous penserez sans doute, comme moi, que le général n'est pas actuellement en danger; qu'il a traversé la période grave des accidents aigus, et par conséquent les phases les plus périlleuses des blessures par armes à feu. Cependant il existe encore certaines complications locales dont il est urgent de tenir compte.

Et d'abord, il est évident que l'articulation a été ouverte, qu'elle s'est enflammée, et que la balle est non pas dans l'articulation, mais dans son voisinage; que le corps rencontré par le stylet à deux centimètres et demi de l'ouverture d'entrée n'est autre que le projectile logé dans la dépression placée au-devant de la poulie de l'astragale, sur le col de cet os. On trouve presque la démonstration de ce fait dans les circonstances de la blessure : direction du coup de feu; forme de la balle, cylindro-conique; perforation de la botte et du bas, dans lesquels la balle n'a pas été retrouvée; issue de fragments de cuir extraits à diverses reprises de la profondeur de la plaie; tuméfaction observée immédiatement après la blessure dans un point presque diamétralement opposé à l'ouverture d'entrée, etc. Enfin, je rappellerai cette sensation particulière, ce bruit sourd développés au contact du stylet, sensations qui peuvent bien laisser quelques doutes dans l'esprit, mais qui, étant rapprochées des autres éléments du diagnostic, me paraissent fournir plus que des probabilités.

Quelle est la conduite à tenir en présence des lésions que je viens de mentionner? Certes, la science possède des exemples de guérison de plaies d'armes à feu des jointures, sans extraction du projectile et avec séjour persistant de la balle dans l'articulation; mais les faits de ce genre sont de rares exceptions; aussi ne faut-il se résigner et renoncer à l'extraction du projectile que quand cette manœuvre doit présenter des difficultés sérieuses et des dangers évidents. Or, dans le cas actuel, nous ne rencontrons pas de semblables contre-indications. Je pense donc qu'il faut extraire la balle. Cette extraction devait-elle être faite immédiatement? Cela était possible sans doute, et cette opération, assez simple d'ailleurs, aurait eu l'avantage de calmer bien des impatiences, de donner satisfaction à bien des aspirations plus généreuses que réfléchies. Un dénoûment longtemps attendu, et obtenu en quelques instants, avait bien quelque chose d'attrayant. Cependant, je crus devoir procéder autrement. En effet, l'extraction immédiate aurait nécessité des incisions, elle eût été très-douloureuse, aurait excité un mouvement fébrile, et, d'ailleurs, rien ne pressait, pour ainsi dire, car depuis quelques semaines l'état du membre et de l'articulation en particulier s'améliorait chaque jour.

Le procédé qui me paraît le plus simple et en même temps le plus exempt de danger, consisterait à dilater graduellement le canal de la plaie jusqu'au point où je suppose qu'est placé le corps étranger, c'est-à-dire deux centimètres et demi; cette dilatation serait obtenue par l'introduction de petits cylindres de racine de gentiane, de volume croissant, auxquels on substituera, dans quelques jours, un fragment d'éponge préparée.

Il est infiniment probable qu'à la faveur de cette dilatation, on pourra voir et toucher du doigt le projectile; que l'on pourra alors le saisir avec une simple pince à anneaux, et l'amener au dehors à travers un canal assez large pour prévenir le froissement des parties molles.

Admettons, contre toute probabilité, qu'après cette dilatation préalable, on reconnaisse que ce corps qui obstrue le canal de la plaie n'est pas le projectile, mais bien un fragment osseux détaché soit du tibia, soit de l'astragale, en un mot, une véritable esquille nécrosée, l'extraction en serait aussi formellement indiquée que celle d'une balle, et pourra ou pourrait se faire immédiatement.

Allons plus loin. Admettons, pour passer en revue toutes les suppositions les moins favorables, que cette esquille continue à vivre et qu'elle soit déjà soudée aux os voisins, il n'est plus dès lors nécessaire de l'extraire. La dilatation préparatoire aura été dans ce cas sans utilité, mais aussi sans danger.

Je ne vois donc aucune objection sérieuse à faire à l'extraction, après dilatation préalable du canal de la plaie.

Telle est la pratique que j'ai conseillée dans la consultation que j'ai rédigée immédiatement. J'ai dû la laisser aux médecins traitants, ne pouvant prolonger mon séjour à la Spezzia jusqu'à la date fixée pour une consultation où devaient se réunir dix-sept médecins, parmi lesquels on comptait les noms les plus justement célèbres chez nos confrères d'Italie.

Je termine cette *note à consulter* en combattant l'idée d'une recherche de la balle qui serait faite sans aucun indice du lieu précis occupé par le projectile. Je dis que ce serait alors le cas de temporiser, d'attendre soit la formation d'un abcès qui viendrait déceler la présence de la balle dans un point du pourtour de la jointure, ou une migration lente qui rendrait accessible ce corps étranger.

Enfin, pour ce qui concerne la proposition d'une amputation, je n'admets cette extrême ressource que pour le cas où, contre toute espèce de probabilité, il surviendrait quelque complication grave, telle qu'abcès profonds, suppuration abondante et intarissable, détérioration évidente de la constitution, en un mot un danger de mort.

Un dernier mot.

Dans ma pensée, le général guérira, mais sa guérison se fera attendre quelques mois encore, et laissera une rigidité de l'articulation du pied, suite inévitable d'une lésion qui a intéressé les surfaces osseuses articulaires, mais cette demi-ankylose ne gênera que faiblement la fonction de ce membre. NÉLATON.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 octobre. — Présidence de M. DUHAMEL.

Luxation de la mâchoire. — M. MAISONNEUVE donne lecture d'un travail intitulé *Nouvelles recherches sur la luxation de la mâchoire.*

Il arrive parfois, dit l'auteur, que sous l'influence de causes très-légères, un simple bâillement, par exemple, la mâchoire inférieure reste tout à coup immobilisée dans une position vicieuse, de sorte que le malade se trouve dans l'impossibilité de parler, de manger, d'exercer aucune des fonctions importantes dévolues à cet organe.

Cet accident, désigné dans la science sous le nom de luxation de la mâchoire, a de tout temps excité l'attention des chirurgiens, non pas seulement à cause de la gravité des accidents qui en sont la suite, mais encore et surtout à cause de l'obscurité dont son mécanisme a toujours été entouré, par suite de cette singularité presque paradoxale qui consiste en ce que cette luxation si fréquente, et qu'un simple bâillement suffit le plus souvent à produire, n'avait jamais pu être reproduite sur le cadavre, et qu'en réalité l'anatomie pathologique de cette lésion n'avait jamais été tracée d'une manière précise.

Plus heureux que nos prédécesseurs, il nous a été donné de reproduire cette luxation avec une facilité extrême, et nous avons pu dès lors en étudier à loisir tous les détails, en spécifier exactement les désordres, et en donner enfin une description positive.

Dans une première série d'expériences, nous avons opéré la luxation sur plus de trente sujets sans avoir échoué une seule fois, et cela en copiant tout simplement le mécanisme de la luxation spontanée. C'est-à-dire :

1° En abaissant fortement le menton;

2° En poussant les condyles en avant par le simple effort des doigts placés derrière ces éminences;

3° Enfin en relevant brusquement la mâchoire au moyen des doigts index et médium de chaque main placés derrière et sous l'angle maxillaire, pour simuler l'action des muscles masséters.

Après avoir ainsi produit la luxation, nous avons procédé à une dissection attentive, et nous avons constaté :

1° En ce qui concerne les parties osseuses, que les condyles de la mâchoire sont portés au-devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, sur la face antérieure de laquelle ils appuient; que les apophyses coronoïdes, complétement enveloppées par le tendon du muscle crotaphite, sont abaissées au-dessous des arcades zygomatiques, qu'elles ne touchent presque jamais, et qu'elles n'opposent aucun obstacle au rapprochement des mâchoires;

tier du fait de M. Foucher. Ce chirurgien se prononce en faveur de l'ophthalmoscope fixe pour les examens minutieux. La partie théorique de l'ophthalmoscope n'a pas été oubliée. La valeur de l'éclairage oblique, la recherche des phosphènes, d'après les préceptes de M. Serres d'Alais, ont été, avec l'échelle de Jæger, ajoutés aux considérations de Wharton Jones sur l'exploration de l'œil.

M. Foucher fait de sages réserves à l'égard des ophthalmies composées de l'auteur anglais. Le cercle arthritique ne paraît pas au premier un caractère spécial, appartenant à une forme isolée d'ophthalmie, puisqu'il existe à des degrés, différents il est vrai, dans beaucoup d'inflammations des parties profondes du globe de l'œil.

L'ophthalmie diphthéritique, dont M. Velpeau a constaté les manifestations sur le bord libre des paupières, a été décrite pour la conjonctive par M. Foucher sous deux formes : l'ophthalmie diphthéritique infiltrée de M. de Græfe, et l'ophthalmie diphthéritique constituée par un dépôt plastique, observée par M. Chassaignac.

Dans les ophthalmies externes postérieures, M. Foucher a donné avec détail les lésions anatomiques inflammatoires de la choroïde et de la rétine. Fournies par les examens ophthalmoscopiques, les choroïdites, les rétinites, complétement étudiées, sont encore des additions importantes de M. Foucher.

Les granulations de la conjonctive ont été l'objet de réflexions personnelles de ce chirurgien; elles lui ont paru devoir être considérées comme des exsudats tendant à s'organiser.

Pour mettre le livre de Warthon Jones au courant de la science, le commentateur ne s'est pas borné à prendre dans son propre fonds, il a mis à profit tous les travaux modernes. Pour les cataractes, il a emprunté à M. Robin ses études anatomo-pathologiques sur cette affection. Il y a joint une discussion sur les variétés de cataractes produites dans les observations et mémoires publiés à notre époque. Pour l'étiologie de la cataracte, M. Foucher se rattache volontiers à l'idée de M. Cusco, à savoir : que la cataracte semble être la conséquence d'une choroïdite pigmentaire. Une note sur l'extraction linéaire de Gibson complète le traitement des cataractes.

Sans rappeler ici toutes les additions de physiologie de M. Foucher, signalons un chapitre très-intéressant, le mécanisme de l'accommodation de l'œil aux distances, suivi d'une étude sur les troubles de cette fonction, puis les considérations sur l'emploi des verres de lunettes, des verres prismatiques, objet d'un travail nouveau de M. Giraud-Teulon, une étude de l'asthénopie et surtout de l'astigmatisme, avec les documents du mémoire de M. Donders. Ces maladies nouvelles ont été aussi clairement exposées que le permet actuellement l'état des connaissances de l'optique oculaire.

L'amaurose, autrefois un trouble fonctionnel, une maladie mal définie, et de laquelle disait un spirituel inconnu auquel Walther a fait un emprunt : C'est une maladie où le chirurgien ne voit pas plus que le malade; devient de plus en plus compréhensible, surtout grâce à l'ophthalmoscope. L'amaurose n'est plus guère considérée que comme une expression symptomatique. Toutes les choroïdites et rétinites, hyperhémie papillaire, hydropisie sous-rétinienne, ont absorbé ce que l'on désignait autrefois sous le nom d'amaurose congective, amblyopie sthénique. Le chapitre de l'amaurose de M. Wharton Jones a été très-augmenté par M. Foucher, et il est terminé par une histoire des traitements variés des amauroses.

Le glaucome, si discuté, et que des opinions personnelles depuis Brineau, Mackensie et beaucoup de modernes, ont différemment envisagé, est pour M. Foucher une scléro-choroïdite. Aux pages de M. Wharton Jones, le chirurgien français a adjoint l'histoire de l'iridectomie de M. de Græfe; les modifications de Hancock, de M. Critchett, c'est-à-dire la section du muscle ciliaire, la section de l'iris attiré par une ponction de la cornée, deux modifications de l'idée mère, l'iridectomie.

M. Foucher a fourni de son propre fonds : la valeur symptomatologique des déformations de la pupille; l'usage des collyres où la glycérine sert de véhicule, appartiennent à notre auteur; des appréciations de faits, de méthodes opératoires, de théories, des troubles visuels, donnent à des notes de plusieurs passages des titres d'originalité.

Au point de vue de l'utilité pratique, les planches et dessins du livre de M. Wharton Jones, auxquels M. Foucher a ajouté des planches très-importantes, fourniront à l'élève une plus grande facilité d'étude. Il faut en dire autant de la synonymie placée à côté du titre de chaque maladie, du glossaire qui est adjoint au livre. Cette prévoyance permet au lecteur de pouvoir lire avec fruit tous les autres ouvrages d'ophthalmologie. Les riches notes bibliographiques, toutes dues à M. Foucher, épargnent au lecteur les longues et consciencieuses recherches que l'auteur a dû faire.

En résumé, les maladies de l'œil exposées d'une façon claire et précise, des indications bibliographiques très-complètes, des indications thérapeutiques empruntées à tous les travaux les plus modernes et à des propositions nouvelles déjà favorablement jugées par l'expérience, tels sont, en dehors des mérites d'invention des deux auteurs, les mérites capitaux du livre que nous analysons.

Il montre de plus, encore une fois, que pour écrire de bonnes et d'utiles pages sur des maladies même spéciales, il n'est plus indispensable de se livrer à la spécialité, et que de sérieuses études sur la chirurgie générale permettent de bien enseigner dans notre art quelque sujet que ce soit. Dr A. DESPRÈS.

2° En ce qui concerne les parties ligamenteuses, que la capsule articulaire était fortement tendue, sans toutefois être déchirée; que le ligament externe, dont la direction normale est oblique d'avant en arrière, devenait oblique d'arrière en avant, et participait à la tension de la capsule; que les ligaments sphéno et stilo-maxillaires étaient aussi fortement tendus;

3° En ce qui concerne les parties musculaires, nous avons vu que le muscle crotaphite était allongé, mais que son tendon n'offrait aucune déchirure; que les muscles ptérygoïdien externe et masséters étaient aussi dans un état de tension prononcée, mais que la direction générale de leurs fibres donnait toujours une résultante qui passait au-devant des condyles luxés, et non pas en arrière, comme le pensait J. L. Petit.

Dans une deuxième série d'expériences, nous avons coupé les apophyses coronoïdes à leur base sans que cette section ait en rien modifié la résistance à la réduction.

Dans une troisième série, nous avons coupé les arcades zygomatiques sans toucher aux apophyses coronoïdes, et la luxation s'est maintenue de même.

Dans une quatrième série, nous avons ouvert en avant les capsules articulaires sans que cette ouverture ait jamais permis de produire l'accrochement des apophyses coronoïdes.

Dans une cinquième série, nous avons divisé seulement les ligaments stilo et sphénico-maxillaires, ainsi que les fibres postérieures du ligament externe, et la luxation a cessé d'exister, c'est-à-dire que la moindre pression pouvait la réduire.

Dans une sixième série d'expériences, nous avons pris une tête sèche, sur laquelle nous avons simulé simplement les ligaments par des liens de fil et les muscles par un ressort à boudin, et nous avons pu reproduire ainsi et rendre palpable tout le mécanisme de la luxation.

Enfin, dans une septième série, nous avons expérimenté les différents procédés de réduction, et nous avons constaté que le plus efficace et le plus simple consistait à abaisser doucement le membre et à pousser en même temps la mâchoire en arrière, au moyen des pouces introduits dans la bouche et portés sur le sommet des apophyses coronoïdes.

Conclusions. — De ces faits, que chacun peut répéter facilement, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que la luxation de la mâchoire inférieure résulte du glissement anormal des condyles de cet os au-devant de la racine transverse de l'arcade zygomatique;

2° Que la fixité de cette luxation ne dépend ni de l'accrochement des apophyses coronoïdes, comme l'admettaient Fabrice d'Aquapendente, Mouro, Hoswip, et plus récemment MM. Nélaton, Denonvilliers et Gosselin, ni du transport de la résultante des forces élévatrices derrière les condyles luxés, ainsi que le pensait J. L. Petit, mais qu'elle résulte uniquement de l'engrènement des condyles au-devant des racines transverses, et que cet engrènement est lui-même maintenu par la combinaison de la résistance passive des ligaments et de la contraction énergique des muscles élévateurs;

3° Que le procédé le plus efficace pour la réduction consiste à abaisser doucement le menton pour relâcher les ligaments et à pousser fortement les condyles en arrière, en appuyant sur les apophyses coronoïdes au moyen des pouces introduits dans la bouche.

(Commissaires : MM. J. Cloquet et Jobert (de Lamballe).)

Décollement traumatique de la peau et des couches sous-jacentes. — M. MOREL-LAVALLÉE lit un mémoire sur le décollement traumatique de la peau et des couches sous-jacentes (voir le *premier-Paris* et le numéro de jeudi dernier).

Mariages consanguins. — M. BOUDIN adresse sur ce sujet la communication suivante :

« Je crois avoir démontré par des faits aussi nombreux que péremptoires, dit l'auteur, que les mariages entre consanguins favorisent manifestement le développement de la surdi-mutité chez les enfants, et que la tendance au développement de cette infirmité *croît avec le degré de la consanguinité.*

» Il résulte en effet de mes recherches que si l'on représente par 1 le danger de procréer un enfant sourd-muet dans un mariage non-consanguin, ce danger s'élève à 16 pour les mariages entre cousins germains, à 37 pour les mariages entre oncles et nièces, à 70 pour les mariages entre neveux et tantes.

» Rien ne semble *à priori* faire prévoir une différence entre les deux derniers genres de mariages; cependant il est digne de remarque que le Lévitique, qui interdit les mariages entre neveux et tantes, tolère néanmoins les mariages entre oncles et nièces.

» La loi canonique seule interdit les mariages jusqu'au *quatrième degré inclusivement*, c'est-à-dire jusqu'aux *enfants des cousins issus de germains.*

» Toutefois, il paraît bien avéré maintenant que le danger est déjà moindre pour les cousins *issus de germains*, et, à plus forte raison, pour leurs enfants, que pour les cousins germains.

» Bien que le développement de la surdi-mutité et de diverses autres infirmités sous l'influence des mariages consanguins soit désormais irrévocablement acquis *comme fait* à la science, on me paraît faire fausse route dans l'interprétation *de la cause*, en attribuant le fait dont il s'agit à une prétendue *hérédité morbide*, hérédité contre laquelle protestent à la fois et la santé parfaite des parents examinés des sourds-muets, et la difficulté reconnue à faire produire à des parents sourds-muets *non consanguins* des enfants atteints de la même infirmité.

» L'observation suivante, qui m'est communiquée par le docteur Perron (de Besançon), constitue un nouvel argument contre la prétendue hérédité morbide dont il s'agit :

« Les deux frères Valet sont originaires de la haute montagne; » ils sont grands, magnifiquement constitués, et ayant joui l'un et » l'autre d'une santé jusqu'ici parfaite. Ils ont épousé les deux sœurs, » *leurs cousines germaines.*

» L'aîné habite encore la montagne; il a eu plusieurs enfants, » dont l'aîné seul, âgé présentement de vingt ans, est *sourd-muet.*

» Le cadet est employé du chemin de fer depuis six ans; il charge » le coke sur les tenders au dépôt de Besançon. Il a eu jusqu'ici six » enfants.

» Le n° 1, fille de douze ans, délicate, petite, timide à l'excès, » entend bien.

» Le n° 2, fille de dix ans, vigoureuse, élancée, est *sourde-muette*; » on vient d'obtenir son admission à l'établissement des sourds-» muettes de Besançon.

» Le n° 3, mort jeune, entendait bien.

» Le n° 4, garçon de sept ans, robuste, grand et fort, est *sourd-» muet.*

» Le n° 5, petite fille de quatre ans et demi, est fort petite; elle » parle mal, mais elle entend bien.

» Le n° 6, âgé de trois mois seulement, paraît peu sensible au » bruit qu'on fait autour de son berceau. Je ne saurais dire cepen-» dant s'il échappera à cette loi d'alternance que semblent établir » d'autres faits analogues à ceux-ci. »

» Cette observation prouve de nouveau que la surdi-mutité se produit dans les mariages consanguins, malgré la plus parfaite constitution des parents, et combien est insoutenable la théorie étiologique qui tend à attribuer l'infirmité des enfants à une prétendue hérédité morbide. » (Commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Rayer, Bernard, Bienaymé.)

Pellagre des aliénés. — M. BILLOD adresse de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes, près Angers, un résumé de ses *Recherches sur quelques points de l'histoire de la pellagre en Lombardie, en Vénétie, dans les Landes et dans les asiles d'aliénés.* Il y joint trois observations de fièvre typhoïde avec pellagre, et une image photographique représentant l'érythème pellagreux chez un de ces trois malades.

Ces pièces, conformément à la demande de l'auteur, seront jointes aux précédentes communications qu'il a déjà adressées au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1862.

M. ALBERT GEOFFROY SAINT-HILAIRE adresse la seconde partie du tome IIIe de l'*Histoire naturelle générale des règnes organiques* de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

« Ce deuxième fascicule complète le volume et termine presque l'étude et la discussion de la question de l'espèce; il comprend, dit M. Albert Geoffroy-Saint-Hilaire, jusqu'aux dernières lignes sorties de la main de mon père. »

M. CHEVALIER (Arthur) présente des épreuves photographiques agrandies de six à huit fois au moyen d'un appareil optique construit par son père et modifié par lui. Parmi ces épreuves se trouvent des images de pièces anatomiques qui peuvent, pour un cours public, venir en aide aux démonstrations du professeur, les détails y étant amplifiés au point d'être distincts même du pourtour de l'amphithéâtre.

En s'occupant des moyens d'obtenir ces images agrandies et nullement défigurées, M. Chevalier songeait surtout au parti qu'on en pourrait tirer pour l'enseignement de l'anatomie et de l'histoire naturelle, et il avait mentionné expressément ce but de ses recherches dans une note déposée sous pli cacheté le 2 juin 1862.

Ce paquet est ouvert sur sa demande, et il est donné lecture de la note qui y était incluse.

La série d'images agrandies présentées par M. A. Chevalier est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Babinet et Velpeau.

L'instrument au moyen duquel a été opéré le grossissement est mis sous les yeux de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 octobre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. GIRALDÈS. Je me suis absenté au moment où M. Blot a présenté un enfant ayant une tumeur de la région cervicale postérieure. Je dois à la Société de formuler mon opinion sur le diagnostic de cette tumeur. On n'a accepté qu'avec réserve l'existence d'un spina-bifida. Quant à moi je n'ai aucun doute à cet égard, et je n'hésite pas à affirmer radicalement que cet enfant est atteint de spina-bifida. Je me fonde sur plusieurs motifs :

1° Le siége de la tumeur; en effet, quand on voit sur le trajet de la colonne vertébrale une tumeur globuleuse, fluctuante, on doit toujours penser à un spina-bifida;

2° C'est le propre des spina-bifida de s'affaisser quelques jours après la naissance. Un kyste congénital reste toujours tendu, il ne s'affaisse pas.

C'est donc un spina-bifida, mais avec un pédicule très-étroit, ce qui a permis un déplacement par en bas de la masse de la tumeur. Il n'est pas rare de voir des spina-bifida pédiculés subir ces déplacements, de sorte que leur point d'implantation ou d'émergence est situé plus haut que la tumeur de deux ou trois vertèbres. Les méningocèles que l'on voit à la surface du crâne subissent la même modification dans quelques circonstances, parce qu'elles offrent quelquefois un pédicule très-mince.

Quant au traitement conseillé pour ce cas, consistant dans des ponctions capillaires avec application de collodion après la ponction, je l'approuve d'autant mieux que j'ai été le premier à le conseiller pour cet enfant. J'ai du reste obtenu un très-beau succès avec ce traitement. Quand les premières ponctions ne réussissent pas à faire disparaître complétement la tumeur, je le recommence au bout de huit jours.

COMMUNICATION.

Kyste de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison. — M. BOINET. J'ai l'honneur de présenter la dame que j'ai opérée d'un kyste de l'ovaire. Cette dame est âgée d'environ trente ans. Elle a eu d'abord un enfant quelque temps après son mariage. Rien de particulier ne se passa à cette grossesse et les suites de couche furent naturelles. Il y a deux ans, cette dame vit son ventre se développer, on crut à une grossesse, puis plus tard on s'aperçut que c'était un kyste de l'ovaire. Il y avait, en effet, une fluctuation tellement franche, évidente, que l'on reconnut un kyste uniloculaire. Ce kyste avait acquis un volume très-considérable, quand je fus appelé pour l'examiner.

Je conseillai alors les injections et j'en fis sept à divers intervalles. La première ponction fit sortir dix-huit litres de liquide, puis les ponctions suivantes donnaient de moins en moins de liquide. C'est ainsi que j'avais successivement vu la quantité descendre à 16, à 14, à 12 litres. Cependant si le liquide diminuait, je remarquais dans les derniers mois qu'il se reproduisait avec une grande promptitude. En même temps, cette dame s'affaiblissait de jour en jour et maigrissait considérablement. Comme cet état m'inquiétait, je conseillai l'ovariotomie, qui fut acceptée.

Voici d'abord la pièce anatomique. Elle se compose d'une seule poche, au fond de laquelle on voit une sorte de tumeur aréolaire que le microscope a reconnue être composée par du tissu fibro-plastique. Cependant cette tumeur n'était pas assez grosse pour empêcher le retrait de la poche kystique. J'ai remarqué qu'après chaque ponction la fluctuation diminuait, ce que j'expliquais par l'épaississement des parois revenues sur elles-mêmes. J'ajoute que la face externe de la poche avait contracté quelques adhérences molles avec les parties ambiantes. J'ai détruit ces adhérences en les liant et en coupant au-dessous de la ligature.

Voici les détails relatifs à l'opération que j'ai pratiquée : J'ai d'abord donné du chloroforme, mais avec réserve, parce que cette malade était rebelle à cet agent. Pendant les premiers moments elle est tombée tout à coup dans l'insensibilité la plus complète, si bien que j'ai eu quelques craintes; mais le pouls battait encore, ce qui me rassurait. On a remédié à ces premiers accidents, puis des vomissements bilieux se sont déclarés. Quand tout a été calmé, j'ai redonné du chloroforme, mais avec la plus grande réserve. La malade a été anesthésiée, et elle ne s'est réveillée qu'au moment de l'extraction du kyste. Quand le sommeil anesthésique a été établi, j'ai fait sur la ligne médiane une incision de 10 centimètres environ, partant de 3 centimètres au-dessous de l'ombilic et allant se terminer au-dessus du pubis. Quelques artérioles ayant été ouvertes dans cette incision des parois, j'en ai fait la ligature avant d'aller plus loin, afin d'être assuré que rien ne pouvait tomber dans la cavité péritonéale. Alors j'ai soulevé le péritoine et je l'ai incisé sur une sonde cannelée. Le kyste s'est présenté de lui-même vers cette ouverture; mais pour favoriser son expulsion en même temps que pour empêcher l'introduction de liquides dans le péritoine, j'ai fait exercer par des aides une compression modérée sur les parois latérales de l'abdomen. Tout étant ainsi disposé, j'ai pratiqué une ponction avec un trocart conique qui m'a paru avoir sur les autres l'avantage de prévenir l'issue du liquide entre ses parois et l'ouverture qu'il fait. Quand le kyste a été vidé à moitié, je l'ai fixé sur le trocart, puis j'ai achevé de le vider. C'est alors que je l'ai saisi avec des pinces érignes et avec des pinces plates pour ne point le déchirer; je l'ai soulevé et je l'ai attiré au dehors. Comme mon incision était un peu étroite, j'ai eu quelques difficultés pour faire l'extraction de la masse kystique, surtout quand il a fallu faire sortir la tumeur aréolaire contenue dans les parois de la poche principale. Quand le kyste a été sorti du ventre, j'ai garni le pédicule avec de la flanelle, et j'ai appliqué le clamp modifié par moi. J'ai fait l'excision de la poche, puis j'ai fait quelques ligatures d'artères contenues dans le pédicule, et après cela j'ai ôté le clamp, parce qu'il gêne, masque la plaie, empêche l'application des sutures. J'ai été obligé de pratiquer trois ligatures dont une en masse, parce que des artères volumineuses se trouvaient dans le pédicule. Pendant qu'un aide tenait les fils et le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie de l'abdomen, j'ai réuni cette plaie avec des épingles et la suture entortillée, en ayant soin de comprendre le péritoine dans la suture. L'épingle inférieure a été passée en même temps dans l'épaisseur du pédicule, afin d'empêcher que celui-ci ne rentre dans l'abdomen.

Après l'opération, j'ai prescrit des cataplasmes laudanisés, des flanelles chaudes, du vin de Xérès, du bouillon et des potages. La première journée a été parfaite, le pouls est resté à 90, il y a eu du sommeil. J'ai appliqué une couche de collodion sur la plaie. Le lendemain matin il y a eu des vomissements bilieux, mais sans péritonite; je savais que la malade vomissait facilement. J'ai continué le même traitement et j'ai permis des aliments solides.

Le quatrième jour, la malade a mangé une côtelette; le collodion a été enlevé, et j'en ai fait une seconde application. Il y avait à peine de la suppuration. Les ligatures sont tombées le 1er octobre. La ligature en masse est restée trente jours.

Aujourd'hui, mon opérée ne souffre plus; elle n'a pas de tuméfaction dans le ventre; les règles sont revenues, elles ont duré cinq jours comme auparavant; la plaie abdominale est bien cicatrisée.

DISCUSSION.

M. BOUVIER. M. Boinet parle de cicatrice. Il est bien convenu que cette expression n'est pas rigoureuse, car il y a encore une plaie, et l'angle inférieur est en suppuration.

M. HOUEL. Je crois que le fait communiqué par M. Boinet est intéressant en ce qu'il est un des cas rares d'ovariotomie pratiquée avec succès en France.

Quant au kyste, je dois faire remarquer qu'il est uniloculaire, et par conséquent très-favorable pour le succès de l'opération. En effet, quand le kyste est uniloculaire, il suffit de pratiquer une très-petite incision pour extraire la masse kystique, préalablement vidée et réduite à un très-petit volume. J'ai déjà examiné plusieurs kystes ovariens extraits; je citerai entre autres ceux de M. Nélaton, de M. Demarquay, et quelques-uns venus d'Angleterre; je dois dire que tous ces kystes différaient notablement de celui qui nous est présenté par M. Boinet.

En voyant cette petite masse, j'ai été un peu surpris, et j'ai cru au premier abord que le kyste n'avait pas été enlevé. Les kystes que j'ai vus jusqu'ici étaient encore volumineux et d'un poids très-grand.

Il y a donc là une circonstance très-favorable, qui explique le succès obtenu par M. Boinet. Si ce kyste était plus simple, il faut le faire remarquer, pour bien se rendre compte des conditions qui ont amené ce résultat favorable.

Quant au procédé de ligature du pédicule de la tumeur, il n'est pas nouveau. Spencer Wells l'avait déjà mis en usage.

M. DEMARQUAY. J'ai été très-heureux d'apprendre le succès obtenu par M. Boinet. Notre collègue attribue la réussite de son opération aux diverses précautions qu'il a prises; je ne crois pas qu'il en soit réellement ainsi. Je les ai toutes employées, et cependant je n'ai pas réussi. J'ai assisté à trois opérations faites en Angleterre, les kystes se sont rompus, le liquide s'est épanché dans la cavité péritonéale; le liquide épanché a été enlevé; le péritoine a été lavé, essuyé soit avec la main, soit avec une éponge, et malgré cela, les malades ont guéri.

A côté de cela, si l'on considère que chez une malade de M. Nélaton le kyste était uniloculaire, que l'incision a été petite, très-simple, qu'il n'y a pas eu d'épanchement dans le péritoine, et que cependant la mort est survenue, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'en dehors des soins les plus attentifs, il existe des conditions à nous inconnues, qui font réussir dans un cas et échouer dans un autre, en apparence plus favorable. M. Boinet pense qu'il faut se garantir de l'épanchement, tout le monde est de son avis; et cependant, eu égard à ce point, il existe encore un doute, puisque quelques chirur-

giens prétendent que la présence d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine est une condition de succès. Il semblerait alors que le péritoine est en quelque sorte macéré, et désormais exempt d'inflammation traumatique. La présence de ce liquide indique aussi qu'il n'y a point d'adhérences.

Quant à la forme du clamp, je la crois à peu près sans importance. Spencer Wells se sert tantôt d'un clamp, tantôt d'un autre, indifféremment.

Quant à la ligature du pédicule faite simplement, sans clamp, elle a été employée par Smith, et sur douze opérations il a eu neuf succès. Je reconnais cependant que ces succès plus fréquents s'expliquent parce que ce chirurgien opère seulement en ville. J'ai assisté à une de ses opérations, il y eut rupture du kyste, dont les parois étaient très-friables; l'extirpation se fit par petits fragments, et néanmoins, quand je quittai la malade quelques jours après, son état était assez satisfaisant. Spencer Wells a vu un cas semblable dans sa pratique.

Quant aux suites de l'opération, je crois que si elles n'ont pas amené une mort prompte, elles sont plus tard très-heureuses. Les vomissements bilieux ne sont pas toujours l'indice d'une péritonite. Pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'ils s'accompagnent de ballonnement du ventre.

M. GIRALDÈS. M. Demarquay a touché une question capitale relativement au traitement des kystes uniloculaires et multiloculaires. M. Houel semblait dire que M. Boinet s'était trouvé à son insu dans les meilleures conditions de réussite en traitant un kyste uniloculaire. Mais ces sortes de kystes ne sont pas rares; Spencer Wells en a publié plusieurs cas, M. Backer-Brown en a opéré, et l'on peut en trouver dans les musées.

M. Demarquay a abordé une autre question, à savoir : la différence qu'il y avait entre les sujets, ou, en d'autres termes, les conditions inconnues du succès ou de l'insuccès. Je dois dire que j'ai assisté à une opération de Backer-Brown; je l'ai vu éponger le péritoine, introduire dans sa cavité une flanelle, frotter sa surface, mais la malade a eu une péritonite promptement mortelle. Je sais aussi que ces manœuvres ont quelquefois amené le tétanos.

J'ajouterai en terminant que, tout en reconnaissant qu'il y a des indications qui autorisent l'ovariotomie, il faut savoir se retenir, car cette opération n'est pas sans inconvénient, et elle a dans ces derniers temps encore procuré huit morts sur vingt-quatre opérées. Je crois, par exemple, qu'à l'âge de quarante ans il faut déjà mûrement réfléchir avant d'opérer. L'ovariotomie est indiquée si la tumeur est tellement gênante qu'elle empêche la malade de se livrer à ses occupations usuelles. Si la femme a plus de quarante à quarante-cinq ans, il faut s'abstenir. C'est alors qu'il faut avoir recours à la ponction simple faite tous les six mois, tous les ans, tous les deux ans et même tous les douze ou quinze ans, comme cela s'est vu. N'oublions pas que dans les hôpitaux de Londres l'ovariotomie n'a pas encore donné un seul succès.

M. DEMARQUAY. Personne n'a dit que l'ovariotomie était innocente. Pour tous, elle est très-grave. Les chirurgiens anglais obtiennent des succès parce qu'ils sont circonspects; ils n'opèrent que dans certaines conditions déterminées; ils choisissent leurs malades. Je sais qu'il y a quelques abus : ainsi j'ai vu pratiquer une ovariotomie pour un kyste uniloculaire très-simple; je trouve cela mauvais. Dernièrement j'ai refusé l'opération, parce que la femme était âgée, épuisée. Je crois que plus tard on connaîtra mieux les questions de diagnostic, et que l'on opérera avec plus d'autorité et de certitude.

M. BOINET. Ma réponse à M. Houel a été faite par M. Demarquay. C'est, en effet, toujours très-grave quand on ouvre le péritoine, qu'il s'agisse d'un kyste uniloculaire ou d'un kyste multiloculaire. Je n'ai jamais prétendu qu'il fallait enlever les kystes uniloculaires simples; celui que je présente aujourd'hui rentre dans la classe des kystes multiloculaires. J'avais fait cinq injections iodées, il y avait affaiblissement et amaigrissement progressifs; il fallait prendre un parti, car sans cela la malade serait morte. Je reconnais que nous avons encore beaucoup à étudier les indications et les contre-indications de l'ovariotomie. C'est une étude à poursuivre. J'étais sûr qu'il n'y avait pas d'adhérences, parce qu'à chaque ponction le kyste s'était rétracté, si bien que, dans les derniers temps, il formait une petite tumeur vers la fosse iliaque droite. Les ponctions faites avant l'ovariotomie me paraissent avantageuses à plusieurs points de vue :

1° Elles diminuent le volume du kyste, ce qui rend l'opération plus facile;

2° Elles favorisent l'épaississement des parois du kyste, ce qui évite leur rupture pendant l'extirpation;

3° Elles aident à poser le diagnostic sur la forme du kyste et sur ses adhérences.

M. Houel a dit que le volume considérable du kyste est une condition d'insuccès; je ne crois pas que cela soit bien jugé; il faut encore voir s'il y a là une contre-indication réelle.

M. DEMARQUAY. Le signe de la rétraction du kyste donné par M. Boinet pour juger si le kyste est uniloculaire, n'est pas suffisant pour les kystes multiloculaires. Ainsi, chez ma dernière opérée, il y avait eu réduction incomplète: c'était un kyste multiloculaire. Il serait très-important d'établir le diagnostic des adhérences. A cet égard, de nombreuses observations m'ont prouvé que l'existence du liquide dans le péritoine pouvait faire croire à l'absence d'adhérences superficielles. Mais il existe quelquefois des adhérences profondes dans le petit bassin; or celles-ci sont très-graves.

M. VELPEAU. Je ne veux pas entrer dans la discussion générale de l'ovariotomie; il y a quelque vingt ans que la même discussion s'est élevée sur cette opération. A cette époque aussi, les uns faisaient et les autres s'abstenaient. J'ai écrit alors que l'ovariotomie est plus ou moins bien indiquée quand il s'agit d'un kyste multiloculaire. Depuis que cette discussion a été de nouveau soulevée, j'observe, j'écoute et j'attends, pour voir s'il y a lieu de modifier les opinions que j'ai émises en premier lieu.

Abordant seulement quelques points de détail, je demanderai donc à M. Boinet quelques renseignements sur le diagnostic des adhérences. M. Boinet a dit qu'il a reconnu l'absence d'adhérences, parce que les ponctions étaient suivies de rétraction du kyste. J'avoue ne pas bien comprendre cette rétraction. Comment! voilà un kyste contenant dix-huit litres de liquide, vous le ponctionnez, et vous dites qu'il se rétracte! Mais les kystes aussi larges ne reviennent pas sur eux-mêmes, et surtout séance tenante. Après la cinquième injection, le kyste contenait encore huit litres de liquide; il avait donc mis cinq mois au moins à se rétracter ainsi. J'ai de la peine à m'expliquer comment il était arrivé à former une tumeur dans la fosse iliaque droite.

M. BOINET. Ce n'est pas le jour même de la ponction, mais bien au bout de huit à dix jours, que j'ai constaté la rétraction du kyste. Ce n'est pas non plus à la première ponction, ni à la seconde, mais bien à la cinquième, lorsqu'il s'est agi de l'ovariotomie, que j'ai constaté la tumeur dans la fosse iliaque droite. Dans ces conditions, j'ai cru qu'il n'y avait pas d'adhérences.

M. VELPEAU. J'insiste, parce qu'il s'agit d'une question importante de diagnostic. Les kystes de l'ovaire ne se rétractent qu'avec la plus grande lenteur après la ponction. Chez les femmes qui guérissent après l'issue du liquide, les parois du kyste restent flasques, molles, et elles n'offrent pas de rétraction bien apparente. La tumeur que M. Boinet a trouvée dans la fosse iliaque n'était autre que la tumeur que l'on voit dans le fond du kyste. Quant au véritable sac, il était resté flottant, affaissé, non rétracté dans la cavité abdominale. Je ne crois donc pas que le signe donné par M. Boinet soit péremptoire.

M. GIRALDÈS. A l'appui de l'opinion émise par M. Velpeau, je citerai un fait que j'ai observé à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, qui m'avait confié une malade atteinte d'un kyste de l'ovaire. J'avais fait chez cette malade plusieurs injections iodées.

Après que la malade eut guéri, nous fîmes attentivement l'exploration du ventre, et nous ne trouvâmes pas que les parois du kyste fussent rétractées. Ce n'est qu'au bout de deux ans que j'ai trouvé dans la fosse iliaque une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus. Il y a mieux; j'ai vu dans le même service de M. Rayer, une malade qui avait subi une injection iodée et était morte d'apoplexie quinze jours après. L'examen du kyste montra qu'il y avait affaissement, mais non rétraction. Je pense donc qu'il ne faut pas admettre la rétraction des kystes uniloculaires, et encore moins en faire un signe de diagnostic pour les adhérences.

M. BOINET. Il y a eu confusion. Je n'ai pas dit que le kyste revenait sur lui-même le jour de la ponction; c'est après cinq mois qu'il a constitué une tumeur dans la fosse iliaque droite. J'ai opéré beaucoup de kystes de l'ovaire, et je déclare que quelquefois, au bout de trois mois ou même de cinq mois, je les trouvais rétractés dans une des fosses iliaques. Quand un kyste doit guérir, on voit se manifester promptement ce retrait; quand, au contraire, il ne doit pas guérir, il s'affaisse, et le liquide se reproduit incessamment et le dilate de nouveau.

— La Société nomme au scrutin la commission pour le prix Duval. Cette commission se compose de MM. Trélat, Dolbeau, Verneuil, Marjolin, Larrey.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 20 octobre dernier, ont été nommés présidents :

De la société de secours mutuels des médecins du département d'Ille-et-Vilaine, à Rennes, M. le docteur Pinault, chevalier de la Légion d'honneur, en remplacement de M. Guyot, décédé;

De la société de secours mutuels des médecins de Maine-et-Loire, à Angers, M. Daviers, professeur à l'École préparatoire de cette ville.

— Le ministre de l'instruction publique et des cultes ayant résolu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de clinique d'accouchements (cours annuel) vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 9 novembre, à midi :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur en médecine;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs ouvrages ou de leurs travaux.

— Un concours pour deux emplois de répétiteur à l'école du service de santé militaire de Strasbourg s'ouvrira le 5 janvier prochain à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Un de ces emplois se rapporte à l'enseignement de la chirurgie, et l'autre à l'enseignement de la physique et de la chimie médicale.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon s'est terminé le 29 octobre par la nomination de MM. Bianchi, Schaack, Marduel, Beraud, Tripier, Crolas, Bozonet, Mourgues, Rouby, Rondet, Bouvier et de Darvien.

Les questions avaient été les suivantes : *Dissection*. Des nerfs de la main. — *Anatomie*. Des muscles de l'avant-bras. — *Chirurgie*. Des fractures du péroné. — *Questions médico-chirurgicales*. Des accidents de la saignée; de l'hémoptysie et de son traitement; diagnostic différentiel de la gale et du prurigo.

M. le président du concours, en remettant à l'élève Bianchi le *prix Bonnet* (une trousse d'honneur), a fait ressortir par quelques mots pleins d'un heureux à-propos, l'importance de cette distinction également chère à ceux qui ont à la décerner et à ceux qui la reçoivent.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier aura lieu le 15 novembre. M. Courty, chargé du discours d'usage, prononcera l'*Eloge du professeur Lallemand*.

— La Société anatomique reprendra ses séances vendredi prochain, à trois heures.

— M. le docteur Duplan (de Tarbes), membre correspondant de l'Académie de médecine, vient de mourir.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 5 NOVEMBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'hier a été en grande partie occupée, comme la précédente, et comme le sera probablement la prochaine, par la lecture en comité secret des rapports sur les prix. La discrétion à cet égard a été extrême jusqu'à présent. Rien n'a transpiré des futures largesses de l'Académie, ni des noms des lauréats. Nous nous résignerons à les apprendre avec tout le monde dans la séance publique.

Un mot sur ce qui s'est passé en séance publique.

On se rappelle que M. le docteur de Pietra-Santa a fait demander à l'Académie, par le ministre d'État, des instructions relatives à une mission scientifique ayant pour objet d'étudier les diverses stations du midi de la France, au point de vue de l'influence du climat sur les maladies de poitrine. Un premier rapport a été remis par l'auteur au ministre et soumis au jugement de l'Académie. C'est sur ce rapport que la Commission, par l'organe de M. Barth, a émis hier un avis motivé.

D'après la teneur de cet avis, le travail de M. de Pietra-Santa serait moins une réponse aux diverses questions proposées dans l'instruction rédigée par la commission, qu'une sorte de programme nouveau ou de plan d'études dont une faible partie seulement a pu être réalisée.

Il est vrai de dire que pour satisfaire à toutes les questions formulées dans l'instruction de la commission, il n'eût pas fallu moins que plusieurs années passées dans chacune des stations, et le concours d'observations météorologiques multipliées, avec une étude clinique assidue et indéfiniment prolongée.

La durée du séjour de M. de Pietra-Santa dans le Midi ne pouvait pas permettre d'espérer qu'il eût suivi de point en point et accompli ce programme. Mais si nous en jugeons par le rapide exposé de M. Barth, le rapport de M. de Pietra-Santa contiendrait des appréciations pratiques utiles, et signalerait des améliorations notables à réaliser, des institutions nouvelles à étudier. La publicité qui sera donnée sans doute à ce rapport permettra d'apprécier plus complétement les résultats des études de M. de Pietra-Santa, et de juger la valeur des propositions qu'il soumet à l'autorité. — Dr Brochin.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 9 de l'arrêté du 20 prairial an XI;

Vu les propositions du doyen de la Faculté de médecine de Paris;

Vu le rapport du vice-recteur de l'Académie de Paris;

Considérant que, depuis le rétablissement de l'exigence du baccalauréat ès lettres à l'entrée des études médicales, la composition *écrite en latin* du cinquième examen de doctorat a perdu le caractère d'utilité qu'elle pouvait présenter;

Considérant d'ailleurs que l'expérience a démontré que cette épreuve est loin de réaliser les avantages qu'on en espérait,

Arrête :

Art. 1er. A l'avenir, dans les trois Facultés de médecine de l'Empire, la composition exigée pour le cinquième examen de doctorat sera *écrite en français.*

Art. 2. Le vice-recteur de l'Académie de Paris et les recteurs des Académies de Strasbourg et de Montpellier sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 4 novembre 1862. ROULAND.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu le décret en date du 18 juin 1862, qui règle les conditions du stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine;

Vu l'arrêté du 1er juillet 1862 déterminant les dispositions réglementaires propres à assurer l'exécution du décret ci-dessus visé;

Vu l'arrêté du 19 août 1862 relatif aux internes des asiles d'aliénés;

Considérant qu'il importe dans l'intérêt du service des hôpitaux de favoriser autant que possible le recrutement des élèves internes nommés au concours, et d'encourager ces élèves à prolonger leur temps d'internat;

Considérant qu'il y a lieu, sans abréger en rien le temps exigé par les études scolaires, de tenir compte dans une certaine mesure de l'expérience acquise par les aspirants au doctorat, qui, pour se dévouer au service de l'internat, reculent le terme de leur scolarité à laquelle ils ajoutent par ce fait même un utile complément d'études pratiques;

Considérant que le service de l'internat dans les asiles publics d'aliénés est digne d'un intérêt tout particulier;

Arrête :

Art. 1er. Le temps de service dans un hôpital près d'une Faculté ou d'une Ecole préparatoire de médecine, accompli, à titre d'interne nommé au concours, par un étudiant en médecine, aspirant au doctorat, en dehors du temps de la scolarité exigée par les règlements, sera compté à cet étudiant en compensation d'un temps égal de stage près la Faculté où il termine ses études, à moins qu'il n'ait préalablement profité de cette compensation près une Ecole préparatoire.

Ces dispositions sont applicables aux internes des asiles publics d'aliénés.

Art. 2. Tout aspirant au doctorat, élève d'une Ecole préparatoire de médecine ou de pharmacie, qui, pendant la période de la scolarité comprise entre la quatrième inscription validée et la quatorzième inclusivement, comptera deux années de services non interrompues en qualité d'interne nommé au concours dans un hôpital placé près l'Ecole, sera, par cela même, dispensé de tout nouveau stage dans la Faculté où il ira achever ses études.

Art. 3. Les recteurs des Académies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 4 novembre 1862. ROULAND.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. BLOT, suppléant.

Des indications et des contre-indications de l'accouchement prématuré artificiel, et des procédés qui en assurent l'exécution.

M. Blot, chargé du cours de la clinique d'accouchement pendant le dernier exercice, a eu l'occasion d'examiner devant ses élèves, dans l'une de ses dernières leçons, la question des indications et des contre-indications de l'accouchement prématuré artificiel dans les cas d'angustie du bassin, opération considérée à juste titre comme l'une des plus belles conquêtes de l'art moderne.

Nous empruntons au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* la rédaction de cette leçon, dans laquelle les principes qui régissent ce point important de pratique obstétricale nous ont paru parfaitement formulés.

Ce qu'il importe de bien connaître avant tout dans cette question, c'est le degré de rétrécissement du bassin chez la mère et le volume de la tête chez l'enfant. Il faut donc d'abord se rappeler les dimensions normales du diamètre bi-pariétal qui correspond à la partie la plus étroite du bassin. Or, à sept mois, en moyenne, ce diamètre est de 7 centimètres; à huit mois, il est de 8 centimètres; à huit mois et demi, de 8 centimètres et demi; à neuf mois, de 9 centimètres. Rien de plus facile à retenir que ces chiffres.

Quant au degré de rétrécissement, quelle devra être sa limite légale? ou, en d'autres termes, à quel degré de rétrécissement sera-t-on autorisé à provoquer le travail?

Toutes les fois, dit M. Blot, que le diamètre le plus rétréci aura 9 centimètres, et à plus forte raison 9 centimètres et demi, on ne sera pas autorisé à faire l'opération. Cependant, si à 9 centimètres il y a eu antérieurement des accouchements très-difficiles et qu'il y ait lieu de supposer une tête volumineuse, on sera autorisé à provoquer l'accouchement quinze jours avant le terme. Mais ce cas est exceptionnel, car à 8 centimètres et demi on peut à la rigueur accoucher naturellement, et il y a eu entre autres, à la Clinique, une femme placée dans ces conditions, qui, par une chance rare, est accouchée spontanément à terme, grâce au peu de développement de la tête, qui n'avait que 8 centimètres et demi.

C'est qu'en effet le diamètre bi-pariétal pouvant se réduire de 4 à 5 millimètres, on comprend que l'accouchement à terme puisse se faire spontanément sans dommage pour l'enfant. Seulement il faut ne pas perdre de vue qu'outre l'angustie du bassin on doit encore tenir compte de sa configuration.

Voilà pour la limite supérieure : voyons la limite inférieure.

M. Blot, avec les Allemands, aime mieux anticiper que tarder. Et, en effet, l'expérience lui a appris que ses habiles maîtres de la Clinique et de la Maternité ont souvent procédé trop tard à la provocation de l'accouchement. L'enfant étant viable à sept mois, on peut, avec un bassin de 6 centimètres et demi, se rapprocher de cette époque et avoir un enfant qui vivra; car à sept mois la tête a 7 centimètres, mais les sutures sont larges et le volume de la tête réductible. Aussi, pour M. Blot, les deux termes de la limite inférieure seraient 6 centimètres et demi d'angustie, et sept mois et quelques jours pour l'âge du fœtus. Maintenant, en dehors des rétrécissements du bassin, est-on autorisé à pratiquer l'accouchement prématuré par certaines maladies de la mère compromettant la vie de celle-ci ou celle de l'enfant? M. Charles Dubreuil l'a fait avec succès pour une affection grave du cœur. M. Dubois a signalé également comme autorisant l'accouchement prématuré artificiel, la chorée intense; on a cité encore le vomissement incoercible, l'asthme, des tumeurs, etc.

Voilà les indications provenant de la mère, voyons celles afférentes au fœtus.

Lorsque, dans des grossesses antérieures, des femmes ont mis au monde des enfants très-volumineux, on s'est demandé s'il n'était pas convenable de provoquer l'accouchement. M. Chailly l'a fait deux fois; dans un premier cas il a eu recours au forceps, dans le second la terminaison a été naturelle, mais l'enfant est mort avec des convulsions.

M. Blot y regarderait à deux fois si le bassin avait de neuf à neuf centimètres et demi d'avant en arrière. Au-dessous il agirait, si les enfants étaient du même père.

On a considéré aussi les tumeurs fœtales comme une indication de l'accouchement prématuré; mais comment les diagnostiquer avant le travail? Il en est de même des monstruosités. L'hydramnios ne paraît pas constituer une indication dans l'espèce, la nature en pareil cas prenant les devants.

Passons aux contre-indications. En premier lieu, M. Blot a cité les maladies intercurrentes, pendant lesquelles on compromettrait l'art et la malade, ces maladies aggravant l'état puerpéral et en recevant un accroissement de gravité. Vient ensuite l'affaiblissement constitutionnel excessif. M. Villeneuve (de Marseille) rapporte un cas de ce genre où il s'abstint, le sthétoscope ayant déjà démontré que l'enfant avait cessé de vivre; la femme mourut deux jours après.

Les présentations vicieuses ne sont pas des contre-indications à l'accouchement prématuré artificiel, dès l'instant qu'elles n'exercent aucune influence sur les diamètres. A ce sujet, M. Blot a rapporté l'histoire très-intéressante d'une femme du nom de Cuny, chez laquelle M. Dubois avait dû recourir à la céphalotripsie lors du premier accouchement de cette femme. Une seconde grossesse étant survenue et ayant presque atteint son terme, M. Blot, chargé du service, pratiqua l'accouchement artificiel. C'était l'épaule qui se présentait; M. Blot fit la version, et aujourd'hui l'enfant a dix-neuf mois; il était, comme nous l'avons dit, presque à terme; le crâne dut être un peu déprimé, et quoique l'un des pariétaux conserve encore la trace de cette dépression, cet enfant n'en est pas moins aussi agile et aussi intelligent que n'importe quel enfant du même âge. Chez la même femme, devenue enceinte pour la troisième fois, M. Tarnier, chef de clinique actuellement en exercice, n'a pas attendu aussi longtemps; il a provoqué l'accouchement à huit mois et demi. Cette fois encore l'enfant se présentait par l'épaule. M. Blot a fait la version et obtenu un enfant très-vivant. Voilà donc des faits qui prouvent qu'une présentation vicieuse n'est pas une contre-indication à l'accouchement prématuré. Il y a plus, remarque M. Blot, c'est peut-être une condition favorable, car, a-t-il dit, si la tête se fût présentée, j'aurais appliqué une fois, deux fois, trois fois le forceps, et peut-être en serais-je venu à la céphalotripsie. Au lieu de la tête j'ai rencontré l'épaule; j'ai fait alors comme M. Simpson et j'ai réussi. L'enfant pesait 200 grammes de moins que le second; les os étaient moins ossifiés, et il n'y a pas eu de dépression persistante. On a bien entendu un craquement, et l'on a constaté une dépression momentanée; mais tout cela est fort compatible avec la vie, et c'est même une chose incroyable que le peu d'importance de ces lésions, dont MM. Simpson, Danyau et autres accoucheurs ont montré nombre de fois la bénignité.

Une question qui en matière d'accouchement prématuré divise les accoucheurs, est la primiparité.

M. Blot est en désaccord avec ses maîtres sur ce point, et sa conviction s'est faite ici au lit des malades. On a dit : Comme nous ne pouvons bien connaître les difficultés de l'accouchement que par la notion d'un accouchement antérieur, nous ne sommes pas autorisés à intervenir prématurément chez une primipare. Ce raisonnement, selon M. Blot, est spécieux. On dit : Nous avons vu des femmes dont le bassin n'avait que 8 centimètres et demi, accoucher naturellement. On a dit aussi : Nous ne connaissons pas le volume de la tête; on a aussi ajouté : Nous

ne connaissons pas la configuration du bassin ; mais en supposant qu'un premier enfant ait passé, il ne s'ensuit pas que dans de telles conditions un second enfant puisse passer, surtout s'il n'est pas du même père que le premier ; alors en vous abstenant vous condamnez ce second enfant à une mort certaine. Et pourquoi ? parce que l'enfant ne se présente pas de la même façon, surtout si la femme est rachitique ; il peut y avoir eu, la première fois, chance, bonheur ; donc il n'est pas sage de s'en fier à la nature dans une deuxième grossesse, surtout quand il s'agit de moyens aussi inoffensifs que ceux qui nous occupent. C'est par des motifs analogues que Dezeimeris voulait deux accouchements antérieurs, tandis que d'autres, plus exigeants, en voulaient trois, quatre : c'était ridicule. Pour M. Blot, la primiparité n'est pas une contre-indication de l'accouchement prématuré. Lorsque la mensuration a fait reconnaître un bassin de 7 à 8 centimètres, il y a lieu de pratiquer l'accouchement prématuré.

A quelle époque doit-on faire cette opération ? La conduite de l'accoucheur doit être subordonnée ici à la notion du volume de la tête aux diverses phases de la grossesse, et au degré de l'angustie pelvienne. On sait, par exemple, qu'à sept mois le diamètre bipariétal a 7 centimètres, et que ce diamètre acquiert 1 centimètre par mois jusqu'à la fin de la grossesse. Connaissant, d'autre part, le degré du rétrécissement, on agira en conséquence. Ainsi, par exemple, si le bassin a 8 centimètres, il faudra provoquer l'accouchement à huit mois moins une semaine. C'est en anticipant ainsi de huit jours que les Allemands obtiennent plus de succès que les autres. L'enfant, il est vrai, est moins viable, mais de si peu de chose, qu'il vaut mieux, dans son intérêt comme dans celui de la mère, hâter d'une semaine l'accouchement. Il y a une autre condition dont il faut tenir compte : quoique l'on ne puisse pas diagnostiquer le volume de la tête, on peut du moins pressentir qu'une femme aura un enfant volumineux à l'aide du palper abdominal. Si donc l'enfant est très-gros, il faut agir plus tôt ; s'il est petit, on se presse moins.

Un mot, en finissant, des procédés opératoires à l'aide desquels on provoque l'accouchement. Ils sont excessivement nombreux, et peuvent être classés en deux catégories : procédés dont l'emploi conserve jusqu'à la fin du travail l'intégrité de l'œuf ; procédés qui détruisent cette intégrité dès le début du travail.

Disons de suite que la première de ces catégories est préférable à la seconde.

Autrefois on avait l'habitude des moyens préparatoires, laquelle était basée sur cette idée, encore prédominante dans le monde, que certains moyens, comme les bains, assouplissant les organes, disposent favorablement les choses pour l'accouchement spontané. C'est là plutôt une idée théorique qu'un fait démontré. La nature fait mieux ici que les bains, en produisant une hypersécrétion folliculeuse qui ramollit le col ; et comme dans les conditions où il s'agit de hâter l'accouchement, rien ne saurait produire cette hypersécrétion, on perdrait son temps à préparer les malades, alors qu'il importe le plus ordinairement de se hâter. On a cru aussi à l'action spéciale de l'ergot de seigle pour provoquer l'accouchement ; mais il résulte des recherches faites par MM. Dubois et Dubreuil fils que cet agent n'excite point les contractions avant le début du travail, et de plus qu'il est dangereux pour l'enfant. Quant aux moyens locaux à l'adresse du col ou des mamelles, ils sont également d'une action médiocre et ne méritent pas d'être cités.

Ce qu'il fallait faire ici, c'était d'imiter les modifications qui s'opèrent dans la dernière quinzaine de la grossesse du côté du col et du segment inférieur de l'utérus, en respectant l'œuf jusqu'au dernier moment.

Ainsi M. Blot repousse la perforation des membranes, qui a mille inconvénients avant la dilatation. Mais sans les rompre, on peut décoller ces membranes ; ce procédé a eu beaucoup de succès. Si le doigt ne suffit pas, dans ce cas on a recours à des sondes d'abord petites, puis plus volumineuses. M. Dubois s'est servi de ce moyen dans un cas de vomissements incoercibles ; ce procédé a été perfectionné par Cohen (de Hombourg), qui s'est servi de liquide injecté entre l'utérus et l'œuf à l'aide d'une petite canule. Il poussait 70 à 80 grammes d'eau de goudron dans cet espace, et on a pu avec cette petite quantité d'eau provoquer huit ou neuf fois l'accouchement prématuré avec un plein succès.

Depuis six ans, M. Blot a injecté ainsi des litres d'eau, soit avec une petite pompe, soit avec un irrigateur à double courant. Il a eu six cas au moins dans lesquels l'œuf a été décollé d'une manière suffisante, et sur ces six cas deux fois seulement les malades ont eu de petits frissons au début, sans autres accidents. Il n'y a donc point eu de ces effets que l'on redoutait de la part des injections intra-utérines, et dans les six cas le travail a été provoqué instantanément, car dans le dernier il a suffi pour atteindre le but d'une injection de cinq à six secondes de durée.

Aussi M. Blot insiste-t-il sur l'action excessivement rapide de ce procédé, et croit-il qu'il importe d'autant mieux de se le rappeler que la douche vaginale a échoué plusieurs fois. M. Blot a cité entre autres un cas dans lequel douze douches n'avaient rien produit, et où 40 grammes de liquide injecté ont amené le résultat voulu.

Outre le décollement des membranes, on a conseillé l'éponge préparée (méthode de Kluge). On taille un cône de cette substance, qu'on introduit dans l'orifice utérin, et que l'on maintient à l'aide d'un tampon, ou mieux d'une vessie Gariel. Mais avec l'éponge les contractions ne viennent pas si vite, à beaucoup près, que par le décollement suivi de l'injection de liquide. Il faut sept à huit jours, donc c'est un mauvais procédé si l'on est pressé d'agir.

Le moyen le plus récemment employé est l'instrument de M. Tarnier, c'est-à-dire la sonde à boule. Il paraît satisfaisant ; mais en attendant qu'il se vulgarise par la gravure, on s'en tiendra longtemps encore aux douches vaginales de Kivisch ; qui ont l'avantage très-grand de s'appliquer à tous les cas. Il suffit d'un seau d'eau à 30 ou 35 degrés Réaumur suspendu à la muraille et d'un siphon. On donne trois douches d'une demi-heure par jour. Au lieu du siphon, un irrigateur de dix litres atteindra de même très-bien le but, si l'on a la précaution préalable de le purger d'air.

En résumé, pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, c'est la douche vaginale ascendante qui constitue le moyen le plus généralement applicable et le plus inoffensif ; mais si elle échoue, c'est au décollement suivi de l'injection (méthode de Cohen) que les praticiens devront avoir recours.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Leçons cliniques sur les différentes applications de la méthode galvano-caustique oculaire (1).

(Deuxième article sur les tumeurs et fistules lacrymales.)

Je viens de dire que les guérisons les plus probantes, en fait de tumeurs et de fistules lacrymales, étaient les plus anciennes. Tous les praticiens savent, en effet, que les médications antérieures ne sont pas sans fournir un certain nombre de guérisons temporaires ; que le séton, le clou, la canule, etc., comptent également des succès de quelques mois, voire même de plusieurs années.

Ces succès accidentels et momentanés n'ont pour nous rien d'insolite ou d'extraordinaire ; ils viennent à l'appui de notre doctrine au lieu de lui être contraires ; car ils s'expliquent à merveille, et comme point de départ et comme durée, si l'on songe que « la tumeur lacrymale étant le résultat d'un désaccord organique survenu entre les propriétés chimiques des larmes et les propriétés physiologiques de la muqueuse naso-lacrymale », toutes les causes susceptibles d'abréger le séjour des larmes dans le sac, comme les injections, par exemple, ou de faire plus ou moins obstacle à leur pénétration dans ce réservoir, à l'instar du séton, du clou ou de la canule, sont, par cela même, autant de causes passagères de guérison.

Relativement aux guérisons définitives obtenues dans quelques cas par l'un des moyens que nous venons de rappeler, elles s'expliquent et se justifient d'elles-mêmes : chez les enfants, par un retour de la muqueuse naso-lacrymale à sa vitalité physiologique sous des influences exceptionnelles qui n'existent plus chez les adultes ; et chez les adultes, par le séjour même dans les voies lacrymales, pendant six ou douze mois, d'un corps étranger susceptible de transformer et de désorganiser la muqueuse avec laquelle il se trouve en contact.

A ce titre, je conçois les succès réalisés par Scarpa à l'aide de son clou de plomb laissé à demeure pendant une année. Je comprends également les guérisons obtenues par le séton continué pendant la même période de temps ; et pour ce qui est de la canule, dont la cavité est bientôt obstruée et dès lors inutile, on sait que son action est encore plus défectueuse, par la raison qu'elle agit peu sur le sac lui-même, tandis que les deux autres moyens précédents sont susceptibles de provoquer à la longue une oblitération définitive de l'extrémité inférieure des conduits lacrymaux avec lesquels ils se trouvent être plus directement en contact.

Pour nous, qui atteignons d'emblée le but qu'il faut atteindre dans tous les cas pour obtenir la guérison de la tumeur ou de la fistule lacrymales, il ne saurait y avoir, à dire vrai, de guérisons momentanées et distinctes des guérisons définitives.

En effet, lorsque l'état phlegmasique des voies lacrymales cède de lui-même, sans traitement approprié et sous la seule influence de l'occlusion des conduits, n'est-il pas évident que la dacryocystite se placerait sous le coup de l'arbitraire le plus inouï, si après avoir cédé spontanément par la soustraction seule du contact des larmes, elle récidivait, alors que ce contact reste supprimé par l'occlusion définitive de ces mêmes conduits lacrymaux ?

Il n'y a pas de maladies qui guérissent sans raison ou qui reviennent sans motifs. Or, si dans l'espèce la suppression des larmes n'est pas la cause première, la cause unique des succès que nous constatons tous les jours, que l'on veuille bien m'en indiquer une autre ?

GUÉRISONS ANCIENNES DUES A L'OCCLUSION DES CONDUITS LACRYMAUX.

Nous rangeons dans cette catégorie les malades guéris depuis quatre, six ou huit années. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici d'un relevé statistique comprenant tous nos opérés pendant une période de temps déterminée ; nos chiffres restreints l'indiquent assez. Nous n'avions à tenir compte, dans l'espèce, que des sujets que des circonstances favorables nous ont permis de revoir ou sur lesquels des renseignements très-précis nous ont été fournis. Dans ces limites mêmes, et eu égard principalement au point de vue nouveau sous lequel nous envisageons la question, les observations que nous allons résumer méritent de fixer l'attention des praticiens.

(1) Voir le numéro 123, p. 490.

Obs. Ire. — *Fistule lacrymale de l'œil droit. Guérison datant de quatre ans.*

Mme C. D..., vingt-huit ans, à la Chapelle, nous est adressée par M. Renault, pharmacien à Paris. La maladie remonte à trois ans, et la fistule a suivi très-rapidement l'apparition de la tumeur. Depuis cette époque, il est survenu plusieurs inflammations intercurrentes, à peu près deux par an, au dire de la malade.

Au-dessous du tendon de l'orbiculaire et en regard du sac lacrymal, se rencontre un boursouflement de la peau amincie et croûteuse. Là existe un orifice fistuleux donnant passage à un stylet recourbé qui pénètre dans le sac.

Le 4 juillet 1858, je procède à l'occlusion des conduits, qui est complète le douzième jour. Le trajet fistuleux se cicatrise, et la guérison a persisté depuis lors.

Obs. II. — *Fistule lacrymale de l'œil droit. Guérison datant de quatre ans.*

Mme J. R..., âgée de soixante ans, de la Rochefoucauld, près d'Angoulême, fut opérée par moi le 19 août 1858, chez son gendre, qui habite Paris. Le 3 septembre, la guérison était complète. J'ai revu dernièrement le gendre de Mme J. R..., qui m'a renseigné sur son état actuel. Il n'est survenu aucune rechute et le larmoiement est lui-même peu prononcé.

Obs. III. — *Fistule lacrymale de l'œil droit. Guérison datant de cinq ans.*

M. D..., agriculteur à Fougerolles (Haute-Saône), vint réclamer mes soins en mai 1857. Je l'opérai le 14, avec l'assistance de M. le docteur Perrier (de la Nièvre). Le 22, l'occlusion de l'un et de l'autre conduits était obtenue, et la fistule, maintenue un instant dilatée, ne fournissait plus de suppuration. Le 25, le malade quittait la capitale. Il m'a depuis confirmé la persistance de sa guérison.

Obs. IV. — *Tumeur lacrymale de l'œil gauche. Guérison datant de cinq ans.*

Mme M..., âgée de quarante ans environ, a été traitée inutilement par les sangsues, les injections, les collyres. Je l'ai opérée le 7 août 1857, avec le concours de M. le docteur A. Veyne. La guérison, obtenue en quelques jours, a persisté depuis sans larmoiement appréciable.

Obs. V. — *Tumeur lacrymale de l'œil droit. Guérison datant de cinq ans.*

Mme F..., âgée de trente-six ans, de la Ferté-sous-Jouarre, m'est adressée par M. le docteur Guillemeau, qui avait pratiqué la dilatation par les bougies pendant trois mois. Ce mode de traitement ayant été reconnu insuffisant, l'opération fut pratiquée le 7 avril 1857. Une amélioration très-grande en fut le résultat le plus immédiat. Néanmoins, le conduit lacrymal supérieur était resté en partie perméable ; je fis pour y remédier une opération complémentaire le 29 janvier 1858, laquelle fut suivie d'une guérison définitive, ainsi que l'une de ses parentes, qui habite Paris, m'en a donné l'assurance dernière.

Obs. VI. — *Tumeur lacrymale de l'œil gauche. Guérison datant de six ans.*

Mme P..., âgée de cinquante-neuf ans, de Vermart (Seine-et-Oise), m'est adressée par le docteur Valleix, son médecin ordinaire. Aucune médication très-active n'a été mise en usage. L'opération, pratiquée le 1er décembre 1856, n'offrit rien de particulier à noter. Le huitième jour, la malade quittait Paris. Je l'ai revue plusieurs fois depuis cette époque, et aucune rechute n'a eu lieu.

Obs. VII. — *Tumeur lacrymale de l'œil droit. Guérison datant de six ans.*

Mme D..., rue des Saints-Pères, âgée de soixante-neuf ans, est affectée depuis quatre ans d'une tumeur lacrymale qui a été le siége de deux ou trois dacryocystites aiguës. Cinq ou six fois par jour, Mme D... vide le sac par les conduits lacrymaux.

Le 22 septembre 1856, je procédai à l'occlusion des conduits, aidé de M. Borrani, libraire. La guérison était complète le 10 octobre, et elle n'a pas cessé de l'être depuis cette époque.

Obs. VIII. — *Fistule lacrymale de l'œil droit. Guérison datant de sept ans.*

M. G..., manufacturier à Mouy (Oise), âgé de quarante ans, me fut adressé, à la fin d'août 1855, par le docteur J. Cantrel. Son affection remonte à six mois seulement, et la fistule a succédé rapidement à la tumeur. J'opérai ce malade au mois de septembre, et le revis ensuite de temps en temps. La guérison obtenue a persisté jusqu'à ce jour, ainsi que je m'en suis assuré lors d'un voyage tout récent à Mouy.

Obs. IX. — *Fistule lacrymale de l'œil gauche. Guérison datant de sept ans.*

Mme D..., de Saint-Félix (Oise), est affectée depuis dix-huit mois d'une tumeur, puis d'une fistule lacrymale de l'œil gauche. Des érysipèles très-nombreux sont survenus à différentes époques de la maladie. J'ai revu assez souvent Mme D..., que j'ai opérée en septembre 1855, en même temps qne le malade précédent. Sa guérison a toujours été parfaite. Une tumeur lacrymale, survenue du côté opposé, a nécessité son retour à Paris en janvier 1862.

Je l'ai opérée, à cette date, de l'*œil droit* par la méthode galvano-caustique, en présence de MM. le professeur Gosselin et le docteur Termonia ; ce qui m'a fourni l'occasion de faire remarquer à nos confrères le succès obtenu précedemment *sur l'œil gauche*.

Enfin, le 21 septembre dernier, me trouvant à Mouy, j'ai mis à profit et la voiture et la société amicale du docteur J. Cantrel pour visiter Mme D..., qui demeure à quelques kilomètres de là. Nous avons constaté l'un et l'autre la guérison de l'œil gauche, qui remonte à 1855, et celle de l'œil droit, qui date de janvier 1862.

Obs. X. — *Tumeur lacrymale de l'œil gauche. Guérison datant de huit ans.*

M. R..., rentier, âgé de soixante-dix-huit ans, rue Mabillon, 40,

été traité d'abord par l'incision du sac et la dilatation temporaire jointe à des cautérisations. Il n'y eut qu'une guérison temporaire de trois ou quatre mois. C'est alors que j'eus recours à l'occlusion des conduits, qui fut pratiquée le 17 novembre 1854.

Ce malade a été revu par moi à différentes reprises, et revu parfaitement guéri.

Je l'ai fait venir plusieurs fois au dispensaire Saint-Côme pour l'examen des élèves, et dernièrement encore je l'ai rencontré dans un état absolu de guérison. Il n'a jamais existé de larmoiement appréciable à la suite de cette opération, ce qui tient sans doute à l'âge du sujet.

Des phénomènes consécutifs à l'occlusion des conduits lacrymaux.

En 1854, lors de nos premières applications de la méthode par occlusion des conduits à la cure radicale des tumeurs et des fistules lacrymales, nous procédions par tâtonnements ; plus d'une inconnue restait à dégager, et quoique bien convaincu que le succès serait au bout de nos tentatives, nous ignorions encore, avec tout le monde, ce qu'il fallait retrancher ou conserver des médications adjuvantes préconisées jusqu'alors.

Cela explique comment plusieurs des malades dont je viens de parler ont subi, en même temps que le traitement principal, divers traitements accessoires, ainsi que je l'ai rapporté dans ce journal même, en 1856.

Comment pouvais-je supposer, en effet, *à priori*, que la suppression brusque du cours des larmes suffirait pour arrêter court, pour juguler en quelque sorte une inflammation purulente du sac existant parfois depuis plusieurs années ?

Pourquoi aurai-je pu admettre que ce sac, fermé par en haut, après la suppression des conduits, plus ou moins fermé par en bas par le rétrécissement du canal nasal, ne deviendrait pas un obstacle péremptoire au succès de nos opérations ?

L'expérience a depuis longtemps tranché toutes ces questions, et les médications accessoires ont été supprimées dès qu'il m'a été démontré que l'occlusion des conduits suffisait seule à la guérison des tumeurs et des fistules lacrymales.

Quelques mots serviront à faire comprendre comment les choses se passent après l'opération réduite à l'état de simplicité que je viens faire connaître.

Trois cas peuvent se présenter, et se sont offerts, en effet, à notre observation.

1° Il s'agit, je suppose, d'une tumeur lacrymale ordinaire, avec reflux du muco-pus par les conduits lacrymaux, et obstruction plus ou moins prononcée du canal nasal. Voici ce qui a lieu après l'occlusion des conduits lacrymaux :

La sécrétion du sac se trouve, à l'instant où les conduits cessent de fonctionner, modifiée profondément et en quantité et en qualité : en quantité, elle est réduite au quart environ ; en qualité, elle devient séro-muqueuse, albuminiforme, de mucopurulente qu'elle était. Dès lors, et dans ces conditions nouvelles, il est facile de concevoir comment elle trouve une issue à travers le canal nasal encore perméable : l'état de la narine correspondante, qui redevient aussi humide que l'autre, atteste assez comment les choses se passent.

Le plus souvent, le malade ne s'aperçoit même pas d'une plénitude accidentelle du sac, qui se vide peu à peu et de la manière que je viens d'indiquer. Dans quelques cas cependant cette distension peut être constatée pendant les premiers jours qui suivent l'opération ; elle cesse ensuite d'elle-même, soit sous l'influence d'une diminution graduelle dans la sécrétion du sac, soit par le fait de la dilatation du canal nasal due à l'espèce de cathétérisme forcé pratiqué par le mucus emprisonné qui tend à s'échapper au dehors.

2° J'ai une seule fois observé le fait suivant, à la suite de l'occlusion des conduits pratiquée sur une malade dont les voies lacrymales étaient encore le siége d'un état phlegmasique assez aigu : le sac s'est enflammé de nouveau, et un petit abcès furonculeux s'est ouvert à l'extérieur. Sa guérison s'est faite en quelques jours, et la cure radicale de la tumeur lacrymale n'en a été entravée en rien, tout s'étant ensuite passé très-régulièrement.

3° J'ai vu enfin dans deux ou trois cas de fistules lacrymales, en même temps que la guérison la plus complète persistait, une fistulette microscopique, donnant à peine passage à la pointe d'une aiguille, survenir à la partie antérieure du sac, et livrer issue de temps en temps à une mince gouttelette de sérosité.

Cet état accidentel du sac, transformé en quelque sorte en follicule sébacé, n'a rien qui mérite de fixer l'attention. Une couche de collodion est encore ce qu'il y a de mieux à lui opposer, si l'on ne veut pas attendre sa disparition spontanée.

En résumé, il résulte de tout ce qui précède que les phénomènes consécutifs à l'occlusion des conduits sont aussi simples et aussi naturels que possible ; qu'aucun d'eux ne mérite le nom d'accident ou de complication, et que s'il est bon de les connaître à l'occasion, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper dans la pratique.

NOTE SUR LA TRACHÉOTOMIE,

Par M. le docteur Legros, d'Aubusson (Creuse).

Je fus appelé le 21 février 1859 auprès de la petite fille des époux N..., âgée de quatre ans. Cette enfant était prise depuis trois jours d'accès de toux et de suffocation qui devenaient de plus en plus graves. Très-intelligente, elle avait attribué ces accidents, dès le début, à l'introduction d'un pois haricot dans les voies aériennes.

Un homœopathe avait été appelé en mon absence et avait diagnostiqué une angine croupale, malgré les renseignements positifs fournis par l'enfant.

A mon arrivée, je trouvai la pauvre malade dans l'état le plus alarmant. La dyspnée était extrême, et l'oreille, appliquée sous la région du cou, percevait un râle muqueux ayant son maximum d'intensité au niveau du tiers inférieur de la trachée-artère ; ce râle était produit par les mucosités sécrétées autour du corps étranger.

Ai-je besoin d'ajouter qu'il n'y avait pas de fausses membranes dans l'arrière-gorge, et que l'angine croupale n'existait que dans l'imagination de l'homœopathe ?

Toutefois, je ne révélai pas aux parents cette étrange erreur, et j'envoyai le père de l'enfant prier M. X... de venir en consultation avec moi. Je fus bien mal récompensé de cet acte de déférence : le disciple d'Hahnemann ne daigna pas quitter son cabinet. Heureusement le docteur Vergne, chirurgien en chef de l'hospice d'Aubusson, n'eut point le même dédain pour son jeune confrère, et il consentit à m'assister dans l'opération de la trachéotomie, que les circonstances réclamaient impérieusement.

La trachéotomie fut faite selon les règles posées par M. le professeur Trousseau, et que tout le monde connaît. Le ténaculum cricoïdien de M. Chassaignac me fut très-utile pour fixer la trachée, et pour servir de conducteur au bistouri quand ce conduit fut découvert.

Je dois insister sur le moyen que j'employai pour pénétrer dans la trachée-artère sans intéresser l'isthme du corps thyroïde. Chez cette enfant, l'isthme était très-volumineux, et j'avoue que je n'osais pas l'inciser, comme le conseillent nos ouvrages classiques.

J'eus l'idée séance tenante de me servir du bec de la sonde cannelée pour le décoller, le soulever, et l'attirer de haut en bas, de manière à découvrir les premiers anneaux de la trachée ; puis je plongeai mon bistouri dans la rainure du ténaculum, et j'incisai facilement quatre anneaux du conduit aérien. L'opération fut faite presque à sec, car deux ou trois petits vaisseaux qui donnaient du sang furent immédiatement saisis avec les serre-fines de Vidal.

Une fois l'incision faite et les lèvres écartées avec une pince recourbée, le pois sortit immédiatement avec des mucosités jaunâtres, et au bout de quelques jours la guérison était parfaite.

Je n'ai pas publié cette observation à l'époque où je fis ma trachéotomie, contrairement à l'usage des jeunes médecins, qui se hâtent un peu trop d'entretenir le public médical de leurs succès. Je voulais savoir si ce décollement d'une portion de la thyroïde ne serait pas suivi de quelque accident ; mais il y aura quatre ans bientôt que mon opération a été pratiquée, et l'enfant est remarquable par sa beauté et par sa santé ; il ne reste qu'une légère cicatrice verticale, qui tend de plus en plus à disparaître.

Je me suis donc décidé à appeler l'attention de mes confrères sur cette modification, qui me paraît constituer un excellent moyen d'éviter l'hémorrhagie thyroïdienne. La trachéotomie est une opération usuelle à notre époque, et tout ce qui peut la rendre plus facile, plus sûre, plus inoffensive, mérite d'être bien accueilli.

HÉMORRHAGIE DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE, supplémentaire du flux menstruel.

Par M. le Dr Guépin.

Voilà un fait curieux et peut-être unique dans la science. On peut en rapprocher le cas d'une hémorrhagie dans le corps vitré, publié par le docteur Colasimo dans les *Annales d'oculistique* (1856, t. XXXV, p. 291), bien que l'interprétation de ce dernier fait soit peut-être un peu moins simple que celle de l'observation de M. Guépin. Voici cette observation dans les termes mêmes de l'auteur.

Mlle X..., institutrice, s'est présentée à ma consultation le 25 mai 1861. Elle m'apprend que depuis le 18 avril son œil est atteint d'une rougeur qui empêche la vision. Elle n'a, du reste, aucune douleur, et si la conjonctive est enflammée, cela tient aux cautérisations faites avec le nitrate d'argent sur cette membrane. Cette rougeur de l'œil, disons-le tout de suite, cet *hypohéma* s'est produit instantanément, a rempli les chambres de l'œil. Voici dans quelles circonstances :

Le 18 au matin, l'écoulement menstruel parut. C'était en effet à cette époque qu'on l'attendait. Pendant deux heures, il y eut un léger écoulement sanguin qui s'arrêta. L'arrêt des menstrues ne fut pas suivi d'une épistaxis, comme cela se produit ordinairement chez notre malade, et dans la soirée l'hémorrhagie supplémentaire se produisit. On appliqua de l'eau froide sur l'œil, on mit les pieds dans l'eau.

A l'interrogatoire, Mlle X... fut plus explicite. Voici les renseignements que nous avons obtenus. Elle est âgée de dix-huit ans, d'une bonne constitution ; la peau est fine et délicate, les tissus un peu mous, la face peu colorée, un peu jaune, les lèvres pâles ; elle a facilement des battements de cœur. C'est il y a trois ans que les règles apparurent pour la première fois ; depuis lors, l'écoulement sanguin a été à chaque période menstruelle suivi d'épistaxis supplémentaires. Les menstrues ont été régulières tous les trente ou trente-deux jours, mais en revanche la quantité de la perte varie énormément. Quelquefois l'époque dure un jour, d'autres fois cinq ou six, souvent trois. Suivant que l'écoulement est plus ou moins considérable, l'épistaxis est plus ou moins abondant. Une fois l'épistaxis a manqué, c'est le jour de l'accident.

A l'examen de l'œil, on voit un épanchement sanguin à cheval sur le bord libre de l'iris, et qui remplit toute la partie inférieure de la chambre antérieure. La pupille est ouverte et libre, et la vision serait possible sans une tache blanche qui existe vis-à-vis de la pupille, sur la membrane de Descemet. La conjonctive est le siége d'une inflammation occasionnée par le caustique lunaire. A l'examen du cœur, nous trouvons un souffle doux au premier temps. Ce souffle existe dans les carotides.

Tel était l'état de notre malade. Nous lui conseillâmes des fomentations sur l'œil, de temps en temps quelques gouttes d'un collyre à l'atropine, l'exercice au grand air et un peu de fer à l'intérieur.

Sous l'influence de cette thérapeutique, l'état général s'améliora, et la maladie oculaire se simplifia d'autant mieux que l'inflammation de la conjonctive tomba peu à peu.

Dix jours après, la malade, améliorée, retournait chez elle, et devait nous prévenir s'il survenait le moindre accident. Depuis nous n'en avons plus entendu parler. (*Montpellier méd.*)

ZONA. — PERCHLORURE DE FER.

Le mode d'action du perchlorure de fer sur les tissus muqueux et cutanés, ainsi que sur leurs sécrétions, a porté M. le docteur Baudon, de Mouy (Oise), à en étudier les effets sur la marche du zona. Les résultats qu'il en a obtenus lui ont paru assez remarquables pour l'engager à appeler sur eux l'attention de ses confrères.

Chez trois malades dont il relate l'observation, la guérison a été obtenue beaucoup plus promptement qu'elle n'aurait pu l'être par toute autre médication.

Les deux premiers, dont l'affection était au début, présentaient, au troisième jour du traitement, une peau lisse, nette, d'un rouge assez intense, mais saine, et ils ne ressentaient plus de douleurs. Un badigeonnage avec le perchlorure de fer liquide avait été pratiqué trois fois par jour sur la partie malade, qui avait été recouverte, après chaque pansement, d'une couche épaisse de ouate.

Dans la troisième observation, l'éruption était au cinquième, la guérison n'eut lieu qu'après quatre jours de traitement ; le perchlorure de fer fut ici mélangé avec un tiers de glycérine et avec du laudanum. L'auteur résume ainsi sa pratique :

Je crois, dit-il, qu'il est préférable d'appliquer le perchlorure de fer pur ; mélangé avec la glycérine, il a une action beaucoup moindre ; le laudanum seul peut y être joint quand les douleurs sont très-fortes ; ainsi :

1° Au début de l'affection, larges applications de perchlorure de fer liquide, répétées trois fois par jour, afin de faire avorter l'éruption commençante ;

2° Si les vésicules sont formées, ouvrir les plus grosses, donner issue à la sérosité et faire pénétrer un pinceau en blaireau, bien imbibé du médicament, à l'intérieur de la poche, puis extérieurement. C'est ici que l'addition de laudanum est utile, à cause de la douleur que provoque cette application à vif du sel de fer. (*Bull. gén. de thérap.*)

DIARRHÉE OPINIATRE. — AZOTATE D'ARGENT.

Quand une diarrhée chronique est entretenue par une affection organique du gros intestin, et en particulier du rectum, la thérapeutique ne peut guère qu'en pallier les effets pénibles ; mais il est de nombreux cas où la maladie intestinale est exclusivement bornée à la muqueuse, qui est ulcérée, et alors on parvient souvent à guérir cette lésion superficielle à l'aide des moyens suivants, dont nous empruntons l'énumération à une prescription de M. le professeur Trousseau :

1° Tous les jours administrer un lavement avec un peu de bouillie de bismuth, que l'on mélangera avec de l'eau mucilagineuse très-épaisse : bouillie de sous-azotate de bismuth de Quesneville (un flacon dont on mettra une cuillerée à café dans un quart de lavement).

2° Deux fois par jour, au commencement des repas, donner une cuillerée à café de cette même bouillie délayée dans un peu d'eau de Seltz.

3° Si la diarrhée ne se modifie pas, faire prendre de temps en temps, pendant quatre ou cinq jours de suite, deux ou trois fois par jour et pendant l'intervalle des repas, une des pilules ci-après :

Azotate d'argent.	0,20 centigr.
Eau distillée et gomme arabique en poudre.	āā q. s.

4° Si l'estomac peut le supporter, donner du sirop de citrate de fer ammoniacal à la dose de 1, 2, 4 cuillerées à dessert par jour.

5° Sirop de ratanhia, de monésia, etc.

6° Alimentation légère. (*Journal de méd. et de chir.*)

CARIE DENTAIRE. — NARCOTIQUE.

M. Bcoquet emploie la préparation suivante pour rendre le nerf dentaire insensible dans les cas de carie :

Arsenic.	4
Morphine.	2
Créosote.	q. s.

Mêlez.

« On introduit cette pâte dans la dent cariée, préalablement » nettoyée, et on la recouvre de mastic en larmes. Au bout de » vingt-quatre heures, la dent est devenue et reste insensible. » (*Bull. de la Soc. de méd. de Besançon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 novembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un premier cahier d'observations médicales présenté par M. le docteur Finaz, médecin inspecteur des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), pour l'année 1862.

2° Un rapport de M. le docteur Perrier, sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault (Allier), pendant l'année 1862.

3° Un mémoire de M. le docteur Laurès, sur l'hôpital thermal des eaux minérales de Néris (Allier). [Commission des eaux minérales].

4° Deux rapports de M. le docteur Lacaze, médecin des épidémies, à Montauban. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Houssard (d'Avranches), qui sollicite le titre de membre associé.

2° Une lettre de M. le docteur Billod, de Sainte-Gemmes, en réponse à la dernière note de M. Landouzy, sur la pellagre. (Commissaires, MM. Jolly et Baillarger).

3° Une communication de M. A. Legrand, sur le *traitement médical du cancer du sein*.

— M. MICHEL LÉVY dépose sur le bureau une note complémentaire de la deuxième observation d'ovariotomie pratiquée avec succès par M. le docteur Kœberlé (de Strasbourg). Cette note est accompagnée de dessins et d'une photographie.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale une lettre de M. le docteur Gallard, relative à l'emploi du lait à haute dose dans le traitement de l'empoisonnement par la strychnine.

Voici le contenu de cette lettre :

« Monsieur le Président,

» Le jour même où j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie la deuxième partie de mon *Mémoire sur l'empoisonnement par la strychnine*, plusieurs personnes dont l'opinion est à mes yeux de la plus grande valeur, m'ont reproché d'avoir omis de citer le lait au nombre des antidotes possibles de ce terrible poison. J'aurais pu répondre que j'avais compris le lait dans cette partie de mes conclusions : « Nous » éviterons de perdre notre temps à administrer des substances insi- » gnifiantes ou presque nulles. » Mais la vérité est qu'en écrivant cette phrase je n'avais songé qu'au beurre et à la graisse. Aussitôt que j'ai pu me procurer des animaux, je me suis empressé d'instituer les expériences auxquelles on me conviait.

» 1° J'ai essayé de faire prendre de la strychnine en solution dans une soupe au lait, mais l'amertume du mélange était telle que les chiens, après y avoir goûté, refusaient immédiatement d'en manger davantage, même quand ils avaient jeûné un jour entier et alors qu'on ne leur donnait pas d'autres aliments.

» 2° J'ai incorporé de la strychnine à des boulettes de viande hachée, et quelque soin que j'aie pris pour bien envelopper la strychnine, j'ai eu beaucoup de peine à faire manger ces boulettes.

» Un chien les a refusées obstinément après y avoir goûté; un autre, qui avait pris environ 4 centigrammes de strychnine en une boulette, a ensuite refusé de boire du lait. (C'était un de ceux auxquels on avait présenté antérieurement la strychnine en solution dans de la soupe au lait.) Deux enfin se sont décidés à manger à eux deux cinq boulettes renfermant ensemble 5 centigrammes de strychnine. C'étaient deux chiens de petite taille; le plus gros a pris environ 3 centigrammes du poison et l'autre 2 centigrammes. On leur a ensuite, immédiatement après l'ingestion du poison et avant même l'apparition des premiers symptômes d'empoisonnement, donné du lait en aussi grande quantité qu'ils en ont voulu boire, ce qui ne les a pas empêchés de succomber très-rapidement.

» Le plus, gros; qui avait pris le plus de strychnine, a présenté les premiers symptômes de l'empoisonnement au bout de vingt-huit minutes, et a succombé vingt-quatre minutes après (soit cinquante-deux minutes après l'ingestion du poison). Le plus petit, qui a absorbé la moins grande quantité de strychnine, a été pris des premiers accidents à la trente-deuxième minute seulement, mais il était mort seize minutes après (quarante-huit minutes après l'ingestion de la strychnine.)

» Ces expériences suffisent, je crois, pour établir que le lait n'exerce aucune action spécifique contre l'empoisonnement par la strychnine, et s'il peut quelquefois retarder la manifestation des accidents caractéristiques de l'empoisonnement, ce n'est que comme le ferait tout autre aliment ingéré en grande quantité dans l'estomac, soit avec la substance toxique, soit immédiatement après elle.

» J'ai l'honneur, etc. »

— M. TARDIEU présente au nom de M. le docteur Émile Chauffard un ouvrage intitulé *Principes de pathologie générale*. M. Tardieu, en faisant cette présentation, s'exprime en ces termes :

L'ouvrage que je signale à l'attention de l'Académie, j'ose dire à sa sympathie, est pour le fond et pour la forme une œuvre tout à fait hors ligne. La tradition médicale dans ce qu'elle a de plus élevé et d'éternellement vrai; l'étude et la connaissance de la vie données pour bases à celles de la pathologie et de la thérapeutique ; la doctrine du pus vitalifère régénéré au souffle de la science moderne, voilà pour le fond. Quant à la forme, je ne crains pas d'avancer que dans toute notre littérature médicale, il est bien peu de livres qui puissent être comparés à celui de M. Émile Chauffard pour l'éclat, la force et la solidité du style.

M. TARDIEU présente ensuite un *Mémoire sur la prostitution*, de M. le docteur Jeannel, de Bordeaux. Ce mémoire, dit-il, mérite à à tous égards d'être recommandé à la Compagnie. Il renferme des vues très-pratiques et extrêmement utiles sur la prophylaxie de la syphilis. M. Jeannel a montré que la statistique des services de vénériens des hôpitaux militaires pouvait fournir un excellent moyen d'apprécier les progrès ou le déclin des maladies vénériennes, et de juger les mesures destinées à les prévenir et à les éteindre.

— M. LARREY fait hommage, au nom de M. Wecker, d'un premier fascicule du tome Ier d'un ouvrage intitulé *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie les pertes qu'elle vient de faire de deux de ses membres, M. Benjamin Brodie, membre associé, et M. Duplan, membre correspondant.

RAPPORT.

Influence du séjour dans le midi de la France sur les maladies de poitrine. — M. BARTH, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Louis et Regnault, lit en réponse à une demande de M. le ministre d'État, un avis motivé de l'Académie sur un rapport de M. le docteur de Pietra-Santa, relatif à une mission scientifique ayant pour objet d'étudier, au point de vue de l'influence du climat sur les maladies de la poitrine, le séjour du midi de la France.

Il résulte, dit M. Barth, du rapport de M. de Pietra-Santa, que l'auteur, parti de Paris le 1er février 1862, a, dans l'espace de quelques mois, visité non-seulement les stations d'Hyères, Cannes, Nice et Menton, mais encore une suite d'autres localités du littoral de la Méditerranée jusqu'à Livourne et Pise. Dans ce court espace de temps, il n'a pu recueillir de documents nouveaux ou plus précis que ceux qui sont consignés dans la science; il se borne à signaler, comme tous ses devanciers, les avantages incontestés du séjour des phthisiques dans les pays méridionaux pendant l'hiver; à proclamer, comme tout le monde, l'utilité de faire cette émigration le plus tôt possible, dès les premières apparitions du mal ; à subdiviser ces stations en celles du littoral même et celles des collines, les premières plus favorables aux cas de phthisie avec prédominance lymphatique, les secondes plus appropriées aux tubercules avec éréthisme; à rappeler l'importance universellement admise et prescrite de limiter la journée du malade à cette période comprise entre sept heures du matin et quatre heures du soir ; à émettre le vœu qu'il soit fourni de nouvelles instructions formulées par l'Institut ou par l'Observatoire de Paris sur les meilleures conditions dans lesquelles doivent être faites les observations météorologiques ; à demander des instruments précis contrôlés et comparés avec ceux de l'Observatoire, et à proposer la création de médecins inspecteurs des stations du midi de la France, qui seraient spécialement investis de la mission de faire les relevés concernant les diverses conditions météorologiques, de solliciter des municipalités des statistiques mortuaires, et de correspondre avec l'Académie et le comité consultatif d'hygiène.

La commission propose de répondre à M. le ministre d'Etat que le rapport de M. de Pietra-Santa contient des appréciations pratiques d'une utilité incontestée, qu'il signale des améliorations locales matérielles dont la réalisation ne peut avoir pour les malades et pour les localités elles-mêmes que des résultats avantageux; qu'il émet des vœux sur lesquels l'Académie n'a point à se prononcer, et qu'il ne fournit aucun résultat statistique nouveau capable de faire mieux apprécier les avantages comparatifs des stations d'Hyères, de Cannes, de Nice et de Menton, quant à leur influence sur les affections chroniques de la poitrine.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Analyse de l'artichaut. — M. CHATIN, au nom d'une commission composée de MM. Guibourt et Chatin, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Guitteau, préparateur à la Faculté des sciences de Poitiers, ayant pour titre : *Analogie frappante entre l'extrait de feuilles d'artichaut et l'aloès du commerce*. Le résultat des recherches de M. Guitteau est que le principe amer des feuilles d'artichaut est analogue, sinon identique, avec celui de l'aloès ; c'est du moins ce que tendent à établir, à ses yeux, les propriétés comparées de ces deux substances.

M. le rapporteur, après avoir exposé ce travail, entrepris, dit-il, sur un aperçu ingénieux, suivi avec intelligence et méthode, enrichi de plusieurs observations nouvelles, mais encore incomplet, ainsi que l'auteur le déclare lui-même, propose pour conclusion de remercier M. Guitteau de sa communication, et de l'engager à poursuivre et compléter ses recherches, tant au point de vue chimique qu'à celui des essais cliniques. (Adopté.)

LECTURE.

M. TARNIER commence la lecture d'un travail sur l'accouchement prématuré artificiel. Cette lecture sera continuée dans la séance prochaine.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 20 octobre, M. le docteur Thiberge, ancien président du conseil général de la Haute-Marne, a été nommé président de la Société médicale et de secours mutuels de ce département.

— Par arrêté du 31 octobre, MM. les agrégés en activité, Kirschleger, 1re section; Strobl, 2e section; Wiegel, 3e section; Bach, 4e section; Held, 4e section, sont maintenus dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Strasbourg jusqu'au 1er novembre 1863.

MM. les agrégés stagiaires, Schützenberger, 2e section; Engel, 2e section; Spielmann, 3e section; Aubenas, 4e section, sont appelés à entrer en exercice à partir du 1er novembre 1862 jusqu'au 1er novembre 1871.

— Les médecins italiens, membres aujourd'hui d'une grande et même famille politique, ont voulu resserrer encore davantage les liens de l'unité de la patrie en se réunissant dans une vaste association qui embrassera bientôt toute la Péninsule. Depuis deux ans surtout, à l'exemple de ce qui s'était fait parmi nous, des associations médicales s'étaient formées dans les principales villes de l'Italie. Il y a peu de jours, le comité central provisoire de Milan, présidé par M. Luigi Gianelli, a adressé au corps médical de la Péninsule l'invitation de se réunir en une association générale dont il présentait un projet de règlement. Ce qui n'était qu'un projet est devenu bientôt une réalité, et nous trouvons aujourd'hui dans la *Gazetta medica italiana* le statut fondamental de l'Association. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Un nouveau journal de médecine vient de paraître à Milan. Il est intitulé l'*Igea*, et est consacré exclusivement à l'hygiène et à la médecine préventive. Il paraît deux fois par mois. Son rédacteur en chef est M. le professeur P. Manteguzza (de Pavie).

— M. le docteur Fernando Castresana a entrepris, à Madrid, la publication d'un journal sous le nom de *Répertoire de médecine*. Nous souhaitons longue et heureuse existence à ce nouvel organe de la presse scientifique espagnole.

— L'*Espana medica*, de Madrid, annonce qu'on lui demande souvent des médecins pour donner des soins à l'équipage de navires marchands pendant leur traversée pour l'île de Cuba. Le trajet est d'environ trois mois. Les appointements sont de cinq mille réaux. Les médecins ainsi embarqués ont à bord la ration de capitaine.

— Ceux de nos confrères qui auront à faire des communications directes au rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, voudront bien s'adresser désormais au nouveau domicile de M. Brochin, boulevard Sébastopol (rive gauche), n° 7.

— Dans notre dernier numéro, page 511, 12e alinéa, *au lieu de* M. Nélaton, *lisez* Backer-Brown.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Recherches sur la syphilis. — Cancer de la langue; ablation avec l'écraseur linéaire; hémorrhagie; ligature de la carotide externe. — Erysipèle intestinal concomitant à un érysipèle de la face, etc. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 29 octobre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Situation de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Recherches sur la syphilis.

Toutes les questions relatives à la syphilis ont à la fois un intérêt pratique et un intérêt doctrinal auquel aucun médecin ne saurait rester indifférent.

Voici sur ce sujet un document considérable, un véritable monument de travail et de recherches (1), qui nous est envoyé de Christiania par un laborieux savant, M. le professeur Boeck, dont on peut ne pas accepter toutes les opinions sur plusieurs points de la spécialité qu'il professe, mais dont on ne saurait, du moins sans injustice, se dispenser de louer le zèle et l'ardeur scientifiques. Dans la pensée, qui ne manque assurément pas de justesse, qu'on n'a encore qu'une connaissance très-incomplète de l'action que peut exercer la syphilis sur les organes après une longue série d'années et qu'on n'est même pas exactement fixé sur les résultats du traitement le plus ordinaire de cette affection, M. le professeur Boeck s'est proposé de réunir sur ces divers points le plus grand nombre d'éléments possibles, à l'aide de la statistique, mettant à profit cette circonstance que, dans un pays aussi circonscrit que celui où il exerce, il lui a été presque toujours possible, pendant une période de trente années, de suivre dans toutes leurs phases, depuis leur origine jusqu'à leur dernière période, les nombreux cas d'affections syphilitiques qu'il a eu à traiter, soit dans la population civile, soit dans les hôpitaux de Christiania.

Nous emprunterons à cette importante enquête clinique quelques-uns des faits nouveaux qu'elle renferme. Nous commencerons aujourd'hui par exposer les résultats comparatifs des divers modes de traitement des accidents syphilitiques primitifs.

Voici quels ont été, d'après M. Boeck, les résultats du traitement mercuriel :

Par le mercure soluble d'Hahnemann ont été traités pour première affection primaire, 348 hommes en 20,203 jours, ce qui donne un temps moyen de 58 jours (nous négligeons les fractions), et 101 femmes en 6,869 jours, ce qui donne un temps moyen de 68 jours de traitement.

Le chiffre total des individus traités d'une affection primaire par le mercure soluble d'Hahnemann comme premier remède est par conséquent de 449, et le temps du traitement de 27,072 jours; or, le temps moyen du traitement est de 60 jours.

Ont été traités par le même remède pour une deuxième ou suivante affection primaire, 24 individus en 1,247 jours, ce qui donne un temps moyen de 51 jours de traitement.

Le chiffre total des affections primaires traitées par le mercure soluble d'Hahnemann est par conséquent de 473, le temps moyen du traitement de 59 jours.

Ont été traités par le calomel pour première affection primaire, 385 hommes en 22,827 jours, ce qui donne un temps moyen de 59 jours de traitement, et 81 femmes en 5,763 jours, ce qui donne un temps moyen de 71 jours de traitement.

Chiffre total des individus traités d'une affection primaire par le calomel comme premier moyen, 466; temps moyen du traitement, 61 jours.

Ont été traités par le calomel pour une deuxième ou suivante affection primaire, 33 individus en 1,755 jours, ce qui donne un temps moyen du traitement de 53 jours.

Chiffre total des affections primaires traitées par le calomel, 499; temps moyen du traitement, 60 jours.

Ont été traités par le proto-iodure de mercure pour première affection primaire, 46 hommes en 2,797 jours, ce qui donne un temps moyen de 60 jours de traitement, et 20 femmes en 1,710 jours, ce qui donne un temps moyen de 85 jours de traitement.

Chiffre total des individus traités d'une affection primaire par le proto-iodure de mercure comme premier moyen, 66; temps moyen du traitement, 66 jours.

Ont été traités par le proto-iodure de mercure pour une deuxième ou suivante affection primaire, 10 individus en 544 jours, ce qui donne un temps moyen de 54 jours.

Chiffre total des affections primaires traitées par le proto-iodure de mercure comme remède premier, 76; temps moyen du traitement, 66 jours.

Ont été traités par la cure de Dzondi pour une première affection primaire, 19 individus en 1,329 jours, ce qui donne un temps moyen de 69 jours de traitement.

La cure de Dzondi appliquée pour une deuxième ou suivante affection primaire à 8 individus, a nécessité 480 jours; moyenne du traitement, 60 jours.

Chiffre total des affections primaires traitées par la cure de Dzondi comme remède premier, 27; temps moyen du traitement, 67 jours.

On voit par cet exposé que, partout où le mercure a été employé pour la deuxième affection primaire, le temps moyen du traitement a été plus court que pour la première affection primaire, et, en prenant les cas isolément, il en ressort comme règle que si le mercure a été employé pour la première affection, le temps du traitement de la deuxième affection primaire, quand celle-ci est également traitée par le mercure, est plus court; si, au contraire, la première affection a été traitée sans mercure, le temps du traitement devient plus long quand la suivante est traitée par le mercure.

Voyons maintenant quels ont été les résultats du traitement sans mercure.

149 individus ont été traités par le sulfate de magnésie joint à des remèdes extérieurs, pour première affection primaire, en 5,398 jours, ce qui donne un temps moyen de 36 jours.

Ont été traités par le même agent pour une deuxième ou suivante affection primaire, 26 individus en 806 jours; temps moyen du traitement, 31 jours.

Chiffre total des affections primaires traitées par le sulfate de magnésie comme premier remède, 175; moyenne de la durée du traitement, 35 jours.

Ont été traités par l'iodure de potassium pour première affection primaire, 20 individus en 1,489 jours, ce qui donne un temps moyen de 74 jours de traitement.

Le même moyen pour une deuxième affection n'a été employé que chez 2 individus seulement en 57 jours; moyenne, 28 jours.

Chiffre total des affections primaires traitées par l'iodure de potassium comme remède premier, 22; moyenne du traitement, 70 jours.

344 individus ont été traités par des remèdes extérieurs seulement, sans emploi d'autres moyens; la durée moyenne du traitement a été de 42 jours.

Chez 72 individus traités pour la deuxième et suivante affection primaire, le temps moyen du traitement a été de 31 jours.

Chiffre total des affections primaires traitées seulement par des remèdes extérieurs, 416; temps moyen de traitement, 40 jours.

Un relevé semblable à celui qui précède, et comprenant les sujets traités de bubons suppurés, prouve également que le traitement des bubons suppurés par le mercure exige plus de temps que le traitement sans mercure.

— M. Boeck ne s'en est pas tenu seulement à la supputation de la durée du traitement. Une question de plus haute importance était de savoir si un traitement quelconque est capable de prévenir le développement de la syphilis constitutionnelle, et dans ce cas quel est ce traitement. Voici ce qu'a montré à cet égard la statistique :

Parmi les 1,008 individus traités par le mercure, 242 ont été frappés de la syphilis constitutionnelle, c'est-à-dire 24 p. 100; sur 522 traités sans mercure, 77, c'est-à-dire 14 p. 100, ont eu la syphilis constitutionnelle.

Les différentes préparations mercurielles ont donné, à cet égard, les résultats suivants :

La syphilis constitutionnelle a frappé 112 individus sur les 449 traités par le mercure soluble d'Hahnemann, soit 24 p. 100.

95 sur les 466 traités par le calomel (20 p. 100);
25 sur les 66 traités par le proto-iodure de mercure (37 p. 100);
6 sur les 19 traités par la cure de Dzondi (31 p. 100);
18 sur les 149 traités par le sulfate de magnésie (12 p. 100);
4 sur les 20 traités par l'iodure de potassium (20 p. 100);
55 sur les 344 traités par des remèdes extérieurs seuls.

Il résulterait donc de ces tableaux statistiques, que le mercure, loin de faire du bien dans les cas primaires, serait plutôt nuisible; que le temps du traitement est plus long, et que la syphilis

(1) *Recherches sur la syphilis*, appuyées de tableaux de statistique tirés des archives des hôpitaux de Christiania, par W. Boeck, professeur de la Faculté de medecine de cette ville. Ouvrage publié en français par les ordres et aux frais du gouvernement de la Norvége. Grand in-4° de 510 pages. Christiania, chez H. J. Bensen, 1862.

SITUATION DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

« La quatrième année de notre Association a pleinement continué la troisième et satisfait à nos espérances, » a dit M. Rayer dans l'allocution qu'il a prononcée à l'assemblée générale du 26 octobre. C'est ce que nous allons essayer de traduire en fait, en exposant sous les yeux de nos lecteurs la situation actuelle de l'Association d'après les documents empruntés aux rapports des secrétaires.

Nous commencerons par le compte rendu des actes de la commission administrative de la Société centrale, fait par le secrétaire de cette commission, M. le docteur Legouest.

La Société centrale, dont le personnel s'élevait déjà au chiffre de 472 après la première année de son existence, compte aujourd'hui 661 membres, civils ou militaires, répartis de la manière suivante :

Médecins de Paris.	479
Médecins de l'armée.	178
Médecins en mission à l'étranger. . . .	4

Jusqu'à l'année dernière, la Société centrale, enchaînée par la teneur de ses statuts, n'avait encore pu venir en aide à ses membres frappés par l'adversité. Il a été accordé des secours pour toutes les demandes qui ont été adressées cette année.

La situation financière de la Société, déjà florissante l'année dernière, s'est encore améliorée par l'adjonction de nouveaux membres, par les largesses de plusieurs sociétaires et par les dons de quelques confrères, qui, sans inscrire officiellement leurs noms dans les cadres de la Société, ont voulu s'unir à elle par leurs bienfaits.

Voici quelle est cette situation au 22 octobre 1862 :

Recettes.

1° Solde restant en caisse le 1er janvier 1862. .	1,464 fr. 29 c.
2° Reçu depuis le 1er janvier pour admission et cotisation.	9,497 »
3° Dons.	220 »
Total.	11,181 fr. 29 c.

Emplois et dépenses.

1° Dépenses d'administration.	1,050 fr. 70 c.
2° Versements à la caisse de l'Association générale.	2,100 »
3° Secours accordés à des sociétaires ou à leurs familles.	1,600 »
4° Fonds placés à la caisse des dépôts et consignations.	6,000 »
5° Reste en caisse le 22 octobre.	548 59
Total égal.	11,181 fr. 29 c.

L'avoir particulier de la Société centrale au 22 octobre se compose de :

1° Sommes versées à la caisse des dépôts et consignations en 1860.	6,000 fr. » c.
2° — — en 1861.	6,800 »
3° — — en 1862.	6,000 »
4° Solde en caisse le 22 octobre 1862.	430 59
Total.	19,230 fr. 59 c.

L'avoir total de la Société centrale, au 22 octobre 1862, s'élève donc à la somme de 19,230 fr. 59 c.

Passons maintenant aux actes et travaux de l'Association générale, exposés par M. le secrétaire général A. Latour.

12 sociétés locales nouvelles ont été fondées pendant le dernier exercice.

Cette adjonction élève aujourd'hui le nombre total des sociétés locales à 79, réparties entre 65 départements.

Le personnel de ces sociétés a suivi également une progression ascendante.

Dans 36 sociétés, le chiffre des sociétaires a reçu une augmentation plus ou moins notable; 14 sociétés ont vu diminuer le nombre de leurs membres, mais dans des proportions insensibles, et presque toujours à cause du vide fait dans leurs rangs par la mort.

Le chiffre du personnel général de l'Association, qui était l'année dernière de 4,316 sociétaires, s'élève aujourd'hui à 4,987, — augmentation sur le précédent exercice de 671 sociétaires nouveaux.

La situation financière de l'œuvre se traduit par les chiffres suivants, d'une éloquence qui n'a pas besoin de commentaires :

Recettes pendant l'exercice actuel.	95,846 fr. 10 c.
Dépenses.	40,805 06
Avoir en caisse ou placé selon les prescriptions de la loi.	211,258 20

Voici dans quelle proportion figurent les éléments divers dans cet avoir de l'Association :

Caisse générale.	68,587 fr. 43 c.
Société centrale.	19,230 39
Sociétés locales.	123,440 38

constitutionnelle se déclare plus souvent quand on s'est servi du mercure que quand on ne l'a point employé.

Nous nous abstenons pour le moment de toute réflexion sur ces résultats assurément inattendus, que nous nous bornons à signaler à la méditation de nos lecteurs. Nous poursuivrons dans une des prochaines *Revues* l'analyse de quelques autres parties de ce vaste travail.

Cancer de la langue : ablation avec l'écraseur linéaire ; hémorrhagie ; ligature de la carotide externe.

Nous assistions, il y a quelques jours, à une opération qui s'est compliquée de l'un de ces accidents qui peuvent compromettre immédiatement la vie du malade, si le chirurgien ne sait pas trouver un remède prompt et efficace.

Un homme, couché au n° 17 de la salle Sainte-Marthe, dans le service de M. le professeur Laugier, suppléé par M. Foucher, était affecté d'un cancer de la langue. La maladie occupait le côté droit de l'organe, s'étendant d'une part jusque vers la ligne médiane, et de l'autre, assez près de la base de la langue. Toute l'épaisseur de la langue était envahie, aussi l'articulation des sons et la mastication étaient-elles singulièrement gênées. M. Foucher, prenant en considération l'étendue du mal, qui devait en rendre l'ablation totale extrêmement difficile, eut d'abord l'intention de s'abstenir de toute opération ; mais quelques jours plus tard, cédant aux sollicitations pressantes du malade, il prit le parti de faire l'opération, qui fut pratiquée de la façon suivante :

Une incision de 4 centimètres environ fut d'abord faite dans la région sus-hyoïdienne, sur la ligne médiane, et servit à introduire un trocart courbe, qui vint sortir au milieu de la base de la langue, en avant de l'épiglotte. Un fil, entraînant la chaîne de l'écraseur, fut passé dans le trocart, qui, après avoir été retiré, fut introduit de nouveau par la plaie sous-hyoïdienne, en avant de la langue et sur la ligne médiane. De cette façon, la chaîne de l'écraseur embrassa dans son anse la partie médiane de la langue d'avant en arrière.

La chaîne d'un second écraseur fut introduite de la même façon sur le côté droit de la langue, de manière à comprendre le plancher buccal d'avant en arrière et le long du maxillaire inférieur.

Les deux instruments furent manœuvrés en même temps à raison d'un cran par minute, et au bout de cinquante minutes, on eut produit deux sections antéro-postérieures : l'une interne, séparant la langue, d'avant en arrière, en deux moitiés ; l'autre externe, séparant la langue du plancher buccal. Il ne restait plus, pour achever la séparation de la partie malade, qu'à embrasser avec la chaîne de l'écraseur la base ou racine du segment ainsi formé. Mais à peine les sections antéro-postérieures furent-elles achevées qu'une hémorrhagie assez abondante se manifesta : le sang coulait en nappe de presque toute la surface de la plaie, mais plus particulièrement de celle produite par la section externe.

La compression exercée au moyen de tampons de charpie imbibée de perchlorure de fer modéra assez l'écoulement sanguin pour permettre de passer la chaîne de l'écraseur en travers sur la base de la langue. La troisième section, qui devait comprendre l'artère linguale, fut faite très-lentement, à raison d'un cran *toutes les trois minutes*. Cependant le sang continuait à couler, et lorsque la partie malade fut complétement détachée, le perchlorure fut tout à fait impuissant à arrêter l'hémorrhagie devenue abondante.

M. Foucher fit faire immédiatement la compression de l'artère carotide ; cette compression, fort bien faite par M. Polaillon, interne du service, donna le temps de faire chauffer le cautère actuel. Une cautérisation au fer rouge de toute la surface de la plaie, répétée deux fois et rendue énergique surtout dans les points qui fournissaient le plus de sang, ne parvint pas à arrêter l'écoulement de sang ; le malade s'affaiblissait rapidement et éprouvait par moments de véritables accès de suffocation.

Ce fut alors, qu'en présence d'un danger imminent, M. Foucher se décida à lier promptement l'artère carotide externe. Il fit donc à la peau une incision longue d'environ 7 centimètres, commençant en haut, en arrière et au niveau de l'angle de la mâchoire, et descendant le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané se présenta la veine jugulaire externe, qui fut écartée en arrière. Le muscle peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle étant incisés, le chirurgien découvrit deux gros ganglions lymphatiques, qui furent repoussés l'un en arrière, l'autre en avant. Le feuillet superficiel de l'aponévrose profonde fut déchiré avec précaution au moyen de la sonde cannelée, et l'on eut sous les yeux l'anse du nerf hypoglosse et un tronc artériel qui fut isolé dans une certaine étendue.

Après avoir constaté que de ce tronc partait une branche collatérale (ce qui permettait de conclure que l'on avait affaire à la carotide externe), un fil fut passé sous l'artère, au-dessous de la branche collatérale, et la ligature fut complétée, l'opération n'ayant duré en tout que 6 ou 7 minutes. L'hémorrhagie cessa immédiatement.

Nous avons revu le malade le cinquième jour après l'opération, son état était très-satisfaisant, et la ligature de la carotide externe ne semblait avoir produit aucune complication.

Nous avons rappelé ce fait, non pas pour engager nos lecteurs à perdre la confiance qu'ils peuvent avoir dans l'écraseur linéaire, mais afin qu'ils soient bien prévenus qu'il faut éviter de céder au désir si légitime d'abréger les souffrances du patient, en hâtant la manœuvre qui doit toujours être conduite avec une extrême lenteur. Enfin, ce fait montre encore comment, dans une situation presque désespérée, le chirurgien peut encore trouver le remède efficace et parer aux accidents les plus sérieux.

Erysipèle intestinal concomitant à un érysipèle de la face; évacuation de productions membraniformes et gélatiniformes, résultant d'une desquamation épithéliale de l'intestin.

Nous avons plusieurs fois signalé à nos lecteurs l'existence d'érysipèles internes ayant envahi soit primitivement, soit secondairement, des régions plus ou moins voisines des orifices muqueux.

Nous ne connaissions pas jusqu'à présent d'exemple bien authentique au moins d'érysipèle intestinal. Nous avons pensé qu'on lirait avec intérêt le fait suivant, communiqué récemment par M. le docteur Vidal à la Société de biologie, dans lequel des signes non douteux d'un érysipèle intestinal, — comme on en pourra juger, — ont suivi de près la manifestation d'un érysipèle de la face.

Une femme de chambre, âgée de trente ans, d'une bonne santé habituelle, fut prise, le 11 mars dernier, d'un malaise général, de nausées, de céphalalgie sus-orbitaire, frissons et fièvre. Le lendemain matin, douleur tensive à l'angle de la mâchoire du côté droit ; le soir, la narine droite, dont l'orifice depuis quelques jours était le siége de pustules d'impétigo, devient douloureuse, rouge et tuméfiée.

Le 13, M. Vidal constate un érysipèle bien caractérisé, envahissant le nez et une partie de la joue droite, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires. Anorexie, langue saburrale, pouls fébrile.

Les jours suivants, l'érysipèle s'étend et gagne de proche en proche toute la face et le cuir chevelu, malgré le soin que l'on avait pris de recouvrir le front d'une couche de collodion.

Cet érysipèle, de moyenne intensité, s'arrête le huitième jour ; la fièvre tombe, l'appétit renaît, et tous les accidents semblent conjurés.

Le 20, la malade est en convalescence. Toutefois, un peu de trouble de la vue, et M. Vidal constate une iritis double. La pupille droite surtout est déformée, et une exsudation plastique débordant le plan inférieur de cette membrane, envahit une portion de l'orifice pupillaire. La pupille gauche est à peine déformée et la coloration de l'iris est moins foncée que celle du côté droit.

Pendant la durée de l'érysipèle, la liberté du ventre avait été entretenue par un verre de limonade au citrate de magnésie, dont l'administration réitérée tous les deux jours procurait deux ou trois évacuations. Une pilule contenant 5 centigrammes de calomel et 5 centigrammes d'aloès avait été prise chaque matin, pendant trois jours (du 22 au 25).

Le 26, l'iritis était en voie de résolution. La journée avait été très-bonne, et la malade avait pu prendre quelques aliments légers, lorsque pendant la nuit il survint des coliques avec épreintes et ténesme, et, après une dizaine d'évacuations diarrhéiques, la malade rendit une petite quantité de mucus sanguinolent. Cette excrétion se renouvela une douzaine de fois pendant la journée, et le soir M. Vidal constata la nature dyssentérique des évacuations. Elles contenaient quelques matières fécales et une certaine quantité de mucus glaireux, coloré en rouge par du sang assez intimement mélangé. Une potion opiacée additionnée de bismuth et des lavements de décoction de graine de lin calmèrent les violentes coliques dont se plaignait la malade.

La nuit suivante fut assez calme et le flux intestinal s'arrêta.

Dans la journée du lendemain 27, quelques coliques légères précédèrent l'évacuation de matières glaireuses et d'un long ruban rougeâtre membraniforme d'une longueur de près de 60 centimètres. Quelques débris analogues, mais moins longs, furent expulsés à trois ou quatre reprises pendant la soirée.

Dans la matinée du 30, quelques lambeaux de même nature sont encore rendus à la suite de l'administration d'un lavement émollient.

Quelques coliques légères se font encore sentir le jour suivant.

Les 1er et 2 avril, la malade rend de nouveaux fragments, dont les plus grands n'ont pas plus de 3 à 4 centimètres.

Les 3 et 4, une évacuation régulière le matin entraîne encore quelques débris membraniformes ; les coliques ont complétement cessé et le rétablissement de la malade semble complet.

Voici maintenant quel a été le résultat de l'examen de ces productions membraniformes :

La plus grande, d'une longueur d'au moins 60 centimètres, est rubanée dans la plus grande partie de son étendue ; elle forme cependant, vers sa partie moyenne, un cylindre dans lequel sont renfermées des matières fécales.

Ses parois ont près de 5 millimètres d'épaisseur ; elles sont rougeâtres, semblent formées de fibrilles longitudinales et d'un mucus concret ; elles sont assez résistantes, ne se dissocient pas dans l'eau et ont un aspect très-différent de celui des rubans de mucus glaireux assez concret dont plusieurs masses allongées ont été également rejetées par l'intestin.

Ces masses gélatiniformes, examinées au microscope, ont été trouvées très-analogues d'aspect à l'albumine de l'œuf, et M. Vidal a reconnu qu'elles étaient formées de mucus concret contenant, outre des cellules de mucus, de nombreuses cellules de l'intestin déformées et divers débris étrangers produits du résidu de la digestion.

Quant aux productions membraniformes, dont l'apparence aurait pu faire croire à une structure organisée dans laquelle, à une simple vue, on aurait cru retrouver des fibrilles musculaires, elles sont constituées :

1° Par du mucus concret dont l'albumine se présente en bien des points sous l'apparence fibrillaire;

2° Par une énorme quantité de cellules épithéliales déformées, les unes irrégulièrement agglomérées, les autres groupées

---

La comparaison de l'avoir de l'exercice actuel avec celui du dernier exercice donne en faveur de l'exercice actuel un excédant de 50,500 fr. 90 c.

Les dons et legs faits aux divers éléments de l'œuvre figurent dans les recettes pour une somme importante. Ils s'élèvent :

Pour la caisse générale à.	7,586 fr.
Pour la Société centrale à.	220
Pour les Sociétés locales à.	3,959
Total général.	11,765 fr.

L'Association générale a consacré, dans le présent exercice, une somme de 6,232 fr. 75 c. à secourir les infortunes qui lui ont été signalées. C'est à peu près le double du chiffre relevé l'an dernier.

L'Association générale, on le sait, ne se borne pas à secourir de ses deniers ceux de ses membres qui tombent dans le malheur, elle leur donne aussi au besoin son assistance morale.

Voici entre autres un fait d'appui moral, qui prouve l'influence qu'elle a déjà su acquérir. Nous laissons parler M. le secrétaire général :

« Un modeste et honorable praticien se trouve en présence d'un de ces cas d'obstétrique désolants et terribles où toute la science humaine ne peut conjurer une catastrophe ! Il est traduit en justice pour dommages-intérêts. Comme toujours, l'opinion publique, ignorante et prévenue, le condamne. Heureusement pour lui, la justice consulte officiellement trois membres de la commission administrative de la Société locale; la Société elle-même intervient officiellement, et le tribunal rend un jugement qui sauve à la fois la réputation et l'avenir de cet estimable praticien, en déclarant qu'il a tenu la conduite la plus irréprochable. »

L'Association générale, dans ses rapports avec les pouvoirs locaux, a su déjà acquérir une influence et une autorité morale qui se sont traduites dans plusieurs circonstances par des actes dont peut justement s'honorer notre profession. Tel est, en particulier, le concours aussi dévoué qu'utile que la société locale de l'île de la Réunion a prêté, au milieu d'une grave épidémie, aux gouvernements et au corps médical des îles voisines. Nous regrettons de ne pouvoir citer plus au long cet épisode vraiment touchant de l'histoire encore si jeune de nos associations.

Le chapitre de la moralisation est très-court, il ne contient qu'un seul fait d'application de la pénalité la plus rigoureuse des statuts à un des membres de l'Association ; ce qui a inspiré à M. le rapporteur la réflexion suivante :

« L'Association réalise, et sous sa forme la plus confraternelle, les idées et les espérances de moralisation déposées dans ses statuts. Chaque commission administrative de nos sociétés locales devient, par la seule force des choses, non pas un conseil de discipline dont le nom répugne à beaucoup d'entre nous, mais un véritable conseil de famille, qui acquiert tous les jours plus de confiance et plus d'autorité. »

L'exposé des actes de l'Association pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, constitue un des chapitres les plus étendus du rapport. Il comprend les poursuites dirigées contre les empiriques, les actes de l'Association à l'égard des pharmaciens et des sages-femmes, les démarches de l'Association auprès des autorités ecclésiastiques pour réprimer le zèle de quelques prêtres et de certaines congrégations religieuses.

Rien de charmant, pour le dire en passant, comme le tableau que M. A. Latour a tracé à cette occasion du médecin rural, pour qui, plus que pour tout autre, l'exercice illégal de la médecine est un sujet continuel de déboire et d'amertume !

D'autres questions importantes et qui ne touchent pas moins aux intérêts les plus légitimes de la profession, telles que celles du service médical dans les Sociétés de secours, le projet de révision du tarif des honoraires médicaux en justice, ont été traitées dans les rapports spéciaux lus dans la séance du 27 octobre. Nous n'en connaîtrons le contenu que lors de la publication du prochain *Annuaire*, auquel nous aurons, sans aucun doute, de nouveaux emprunts à faire.

Tel est le bilan abrégé de la situation actuelle et des actes de l'Association générale pendant le dernier exercice. On reconnaîtra sans doute, à ce rapide exposé, qu'elle n'a failli à aucune de ses promesses, et qu'à plusieurs égards peut-être elle a même dépassé nos prévisions et nos espérances. Aussi croyons-nous devoir exprimer ici, au nom de tous nos confrères, notre sentiment profond de reconnaissance pour le conseil général tout entier, qui a si dignement répondu à la confiance du corps médical français, et en particulier pour son éminent président et son zélé et infatigable secrétaire général, à qui nous sommes redevables du présent et de l'avenir de l'Association, si cet avenir n'était désormais dans sa propre force.

Dr Brochin.

et stratifiées, représentant les gaines des glandes de Lieberkun, d'autres formant un réseau dont les aréoles indiquent les orifices de ces glandes.

Nulle part on ne trouve d'éléments organisés, ni tissu conjonctif ni fibres musculaires.

Ces lanières et ces tubes, d'apparence membraneuse, sont donc un produit de desquamation épithéliale de l'intestin.

M. Vidal se demande si ces exsudats résultent d'une desquamation épithéliale de la muqueuse survenue accidentellement à la suite de l'administration des purgatifs, ou bien s'il convient de les rattacher à un érysipèle intestinal concomitant à l'érysipèle de la face. Il penche vers cette dernière opinion, qui nous paraît aussi d'autant plus probable qu'elle a en sa faveur l'analogie avec quelques-uns des faits de ce genre que nous avons déjà fait connaître.

On aura remarqué, parmi quelques autres particularités de cette observation, ce fait assez rare, sur lequel M. Vidal a également appelé l'attention de ses collègues, d'une iritis survenue sous l'influence d'un érysipèle de moyenne intensité et qui n'avait produit qu'un gonflement modéré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 octobre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. Giraldès écrit à M. le président pour le prier d'annoncer à la Société la mort de sir Benjamin Collins Brodie.

Ce chirurgien est mort le 21 de ce mois, à l'âge de quatre-vingts ans. Il avait été : président de la Société royale de Londres, dignité qui n'a été remplie que par très-peu de médecins; président aussi du Collége royal des chirurgiens de l'Angleterre; président de la Société royale de médecine et de chirurgie; président du Conseil général d'éducation médicale; chirurgien de l'hôpital Saint-Georges; professeur d'anatomie et de chirurgie au Collége des chirurgiens; membre correspondant de l'Institut de France; associé de l'Académie impériale de médecine; docteur en droit civil de l'Université d'Oxford (*ad hon.*).

Sir Benjamin Brodie a publié des travaux nombreux et variés :

Des *Recherches physiologiques sur l'action des centres nerveux sur la génération et la chaleur animale.*

Recherches sur la chirurgie des articulations; livre qui a atteint cinq éditions.

Recherches sur les maladies des voies urinaires.

— *sur les affections nerveuses.*

Des *Contributions à la pathologie chirurgicale.*

Enfin, deux volumes : *Recherches psychologiques.*

Voilà en résumé les principaux travaux de l'illustre défunt.

— Après avoir exprimé les regrets que la Société éprouve, M. le président remercie M. Giraldès de cette lettre et de la notice qui l'accompagne.

— M. le président annonce à la Société que M. le professeur Vanzetti (de Padoue), et M. Prestat (de Pontoise), membres correspondants, assistent à la séance.

COMMUNICATION.

M. LEGOUEST fait une communication sur la résection totale de la malléole, et présente en même temps un malade sur lequel il a fait cette opération. Il remet la note suivante, dans laquelle se trouve le résumé de sa communication.

La résection totale de la malléole externe, nécessitée par une affection organique de l'extrémité inférieure du péroné, est assez rare pour que je puisse me permettre d'appeler un instant l'attention de la Société sur un militaire à qui j'ai pratiqué cette opération.

Le nommé R... (Jean), âgé de vingt-cinq ans, né à Saint-Pierre d'Albigny, près Chambéry (Savoie), aujourd'hui soldat aux guides de la garde impériale, appartenait en 1859 aux lanciers du Piémont. Il était en vedette, quelques jours avant la bataille de Montebello (20 mai 1859), lorsque son cheval s'abattit; il eut la jambe droite prise sous l'animal.

Étant seul, il ne se releva qu'avec beaucoup de peine, regagna difficilement en boitant le gros de son corps, et remonta à cheval deux ou trois heures après son accident. Il continua son service, et fit toute la campagne d'Italie, souffrant de temps à autre, et éprouvant un sentiment de piqûre brusque et vive vers l'extrémité de la malléole externe du côté droit, lorsqu'en descendant de cheval il posait le talon à terre, lorsqu'il heurtait de la pointe du pied ou du talon une aspérité du sol, ou qu'il pressait sur la cheville.

Passé au régiment des guides en mai 1860, après l'annexion de la Savoie à la France, il essaya de faire son service, mais la malléole avait grossi; elle était le siége de douleurs dans la marche, et le malade, obligé de renoncer à l'usage des bottes, ne pouvait porter que des souliers dont il coupait le quartier. Il entra à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans mes salles, en novembre 1860.

La malléole externe de la jambe droite avait au moins doublé de volume; elle était partout également dure et semblait présenter une certaine élasticité. La pression avec le doigt déterminait une douleur aiguë et de peu de durée. Les téguments étaient parfaitement sains; l'articulation intacte conservait tous ses mouvements; la flexion forcée était un peu douloureuse.

Je pensai avoir affaire à un enchondrome, et je proposai au malade une opération qu'il refusa. Espérant vaincre sa répugnance et le persuader qu'aucun traitement ne saurait le guérir, sinon celui qu'il rejetait, je le gardai néanmoins jusqu'en mai 1861, époque à laquelle il rejoignit son régiment. Son affection n'avait pas fait de progrès sensibles pendant son séjour à l'hôpital.

R... rentra dans mes salles en mars 1862 dans l'état suivant :

La tumeur a beaucoup augmenté de volume; elle est grosse comme un œuf de dinde. La dureté n'est plus la même : solide en certains points, elle présente dans d'autres une élasticité manifeste, et se laisse même un peu déprimer. Elle est le siége de douleurs continues, qui deviennent plus intenses sous la pression du doigt. Les téguments sont sains, souples, mais amincis et colorés en rouge-brun sur toute l'étendue de la malléole. L'articulation est toujours intacte, ses mouvements faciles et libres; la flexion ou l'extension exagérées du pied sur la jambe sont seules douloureuses. La santé générale est excellente.

Je diagnostiquai un cancer de la malléole externe, et je proposai de nouveau une opération, qui fut acceptée par le malade à la condition que je lui conserverais la jambe.

Je me décidai à enlever la malléole externe. L'opération fut des plus simples. Une incision longitudinale, longue de 10 centimètres, permit de disséquer l'os, de le scier avec une scie à chaîne, et de l'enlever.

L'examen de la tumeur fit reconnaître qu'elle était formée, aux dépens de toute la malléole, par une coque osseuse du volume d'un gros œuf de poule, encore très-solide dans certains points, amincie et perforée dans d'autres, particulièrement sur le côté externe. L'intérieur de cette coque était tapissé par une membrane épaisse, très-peu adhérente à l'os et constituant un véritable kyste dans lequel était contenue une matière de consistance et d'aspect caséux, homogène et reconnue cancéreuse dans toutes ses parties par le microscope.

Le membre placé dans une gouttière en fil de fer fut soumis aux irrigations continues d'eau froide pendant six semaines environ. A cette époque, des accidents inflammatoires de la dernière gravité se déclarèrent, déterminèrent une suppuration des plus abondantes autour de l'article et jusqu'à la partie supérieure de la jambe. De nombreuses et profondes incisions furent faites aux environs de l'articulation et sur la partie interne du membre; deux séquestres provenant de l'extrémité inférieure du tibia, larges et épais comme une pièce d'un franc, furent extraits; deux autres plus petits sortirent spontanément. Pendant toute cette période, le membre avait été recouvert de cataplasmes et maintenu dans l'immobilité absolue : on avait toujours eu soin de tenir le pied à angle droit sur la jambe.

Les accidents, après plusieurs phases d'exacerbation et de rétrocession, se calmèrent peu à peu; aujourd'hui le malade est dans l'état suivant :

Une cicatrice large de 3 centimètres et longue de 10, ferme et solide, occupe la place de l'incision nécessitée par l'opération; une dépression régulière a remplacé la saillie malléolaire en dehors; deux très-petites plaies fistuleuses siégent au niveau de l'interligne articulaire tibio-astragalien, et donnent lieu tous les deux ou trois jours à l'écoulement d'une petite cuillerée de pus.

Sur la face interne de la jambe, on rencontre deux cicatrices résultant de l'ouverture d'abcès; en avant et en arrière de la malléole interne existent les traces de deux autres incisions par lesquelles des séquestres ont été enlevés; sur la malléole même, un peu plus volumineuse et plus saillante que d'habitude, et recouverte de tissus minces d'un rouge sombre, on voit un petit point fistuleux qui s'est fermé et rouvert plusieurs fois.

Néanmoins l'aspect de l'article est très-satisfaisant; il n'y a point de gonflement; les tissus ont repris leur couleur et leur consistance normales, sinon au voisinage des plaies fistuleuses. Il existe une ankylose incomplète du pied, resté à angle droit sur la jambe et légèrement renversé en dehors. Cette disposition prouve que l'ablation de l'extrémité tarsienne du péroné n'entraîne pas la résection du tibia, avec lequel le pied conserve ses rapports à peu près normaux. Les orteils sont en situation régulière, c'est-à-dire sur le même plan que la plante du pied; mais ils ne peuvent être relevés sur la face dorsale; le gros orteil est moins mobile encore que les autres. Le malade communique de légers mouvements de flexion et d'extension à l'articulation tibio-tarsienne; il marche avec des béquilles et commence à poser le pied à terre. Au résumé, tout fait espérer une guérison prochaine, que complétera sans doute l'élimination nouvelle de quelques parcelles d'os nécrosés.

J'aurais voulu vous présenter ce malade totalement guéri; son impatience de retourner dans ses foyers ne me l'a pas permis. Tel qu'il est, il peut être considéré comme certain de guérir; mais aujourd'hui qu'il est hors de danger, si je me félicite de lui avoir conservé sa jambe, j'ai regretté bien souvent, lorsqu'il était en proie aux accidents dont je vous ai parlé, de ne pas l'avoir amputé, et j'ai été tenté de le lui proposer.

Dans un mémoire dont M. Houel vous a rendu compte le 15 février 1854, Tharsyle Valette, notre collègue, de regrettable mémoire, donne la préférence à l'amputation de la jambe dans les cas où une affection organique de l'extrémité inférieure du péroné exige l'ablation totale de la malléole externe. A l'appui de son opinion, il rapporte deux observations où l'extraction de la malléole nécessita dans un cas l'amputation de la jambe, et dans l'autre occasionna la mort. Alors même que la résection réussirait, il en conteste l'utilité, en raison de l'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne et de la rétraction des orteils vers la plante du pied, rétraction qu'il attribue à la section du nerf interosseux pendant l'opération, et qu'il semble considérer comme inévitable.

Cependant les annales de la science renferment un certain nombre de cas de résections totales ou partielles de l'extrémité inférieure des os de la jambe, la plupart pratiquées pour des luxations compliquées de fractures, cas dans lesquels les malades ont non-seulement guéri, mais ont pu même faire de longues marches. L'ankylose de l'articulation du cou-de-pied n'est donc point un obstacle à la marche; elle peut même être considérée comme une heureuse terminaison de l'opération, lorsque le pied est en bonne situation, puisqu'elle lui donne une fixité et une solidité précieuses. Il n'en est pas de même de la rétraction des orteils vers la plante du pied. Ce dernier phénomène ne nous paraît pas dépendre de la section du nerf tibial antérieur, mais de la soudure et de la rétraction des tendons des fléchisseurs dans leurs gaînes envahies par l'inflammation ou au voisinage desquelles les tissus ont pendant longtemps suppuré. Il peut être prévenu, comme nous l'avons fait, par les soins qu'on apporte pendant toute la durée du traitement à maintenir la bonne direction du pied et des orteils.

Dans les résections qui portent sur l'articulation tibio-tarsienne et sur celle du poignet, toutes deux entourées de nombreux tendons et d'un appareil fibreux considérable, il faut s'attendre à voir survenir l'impotence des orteils et des doigts si l'opération ne guérit pas rapidement et sans accidents.

J'ai fait, il y a deux ans, la résection des extrémités inférieures du cubitus et du radius atteints de carie, et que je mets sous vos yeux : mon opéré guérit sans accidents, mais lentement; tous les doigts de la main restèrent roides, immobiles et tout à fait inutiles, comme on peut le voir sur le moule en plâtre que voici.

Cette circonstance appelle de nouvelles observations et de nouvelles recherches sur l'utilité des résections du poignet et du cou-de-pied. S'il était prouvé que les membres restent la plupart du temps impotents, il n'est pas douteux que la résection, dont les dangers prochains sont peut-être plus graves ici que ceux de l'amputation, ne dût être rejetée et remplacée par cette dernière opération.

Le résultat que j'ai obtenu sur l'opéré que j'ai l'honneur de vous présenter est loin de trancher cette question : il y a tout lieu de croire que mon malade pourra marcher un jour; l'ankylose est incomplète, le pied est solide et peu dévié en dehors, les orteils ne sont pas fléchis vers la plante de l'organe; mais les dangers qu'il a courus et les accidents auxquels il a échappé sont certainement plus grands que ceux auxquels l'amputation l'eût exposé.

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je tiens à faire une petite remarque à l'appui d'une opinion que j'ai déjà soutenue, à savoir : l'extrême gravité des plaies de l'articulation tibio-tarsienne, soit à la suite de fractures, soit à la suite des amputations.

J'ai déjà dit que l'irrigation appliquée à ces plaies était insidieuse; que dans les premiers temps tout allait assez bien, mais qu'au bout d'un mois on voyait des accidents formidables se déclarer, parmi lesquels il suffit de citer le phlegmon diffus, la gangrène, accidents qui forcent de recourir à l'amputation, quand ils n'entraînent pas immédiatement une issue funeste. L'exemple que nous fournit aujourd'hui M. Legouest vient à l'appui de ce que j'ai soutenu autrefois. Son malade n'est pas mort, il est vrai, mais il aurait bien pu succomber à la suite des accidents qu'il a eu à traverser.

Quand nous avons émis cette opinion, nous avons été en minorité dans la discussion. Il est juste de dire que nous nous basions sur ce qui a lieu dans les hôpitaux; peut-être qu'il n'en est plus de même pour les malades de la ville, que l'irrigation réussit mieux et que ces plaies offrent moins de gravité.

M. GUERSANT. Je désire savoir comment l'irrigation a été faite. Cette méthode est très-bonne, mais à la double condition d'être bien appliquée et de ne la cesser que graduellement.

M. LEGOUEST. Les irrigations ont été faites avec le plus grand soin et par la méthode généralement suivie. Je ne partage pas la confiance de M. Guersant sur les irrigations continues : souvent elles cachent des accidents graves; mais c'est là une question à part que je ne veux pas soulever maintenant.

COMMUNICATION.

Anévrysmes traités par la compression digitale. — Résultats divers. — M. VANZETTI. J'ai communiqué, il y a quatre ans, les résultats de ma pratique dans le traitement des anévrysmes par la compression digitale. Depuis cette époque, j'ai fait de nouvelles observations que je viens soumettre à votre appréciation.

OBS. I. — *Anévrysme poplité. Compression digitale intermittente; insuccès de cette méthode. Ligature de la fémorale; guérison lente.*

Au mois de novembre 1859, j'ai reçu dans mon service un postillon qui était affecté d'un anévrysme volumineux occupant l'angle supérieur du creux poplité. Le côté malade offrait en circonférence 11 centimètres en plus que le côté sain. Je fis la compression digitale intermittente; c'est-à-dire que le jour seulement le malade était soumis à cette méthode, tandis que la nuit on ne faisait rien. Cette compression était exercée par les élèves attachés au service. Cet anévrysme a été opiniâtre, il a résisté à ce mode de traitement. Un mois s'était passé sans que nous eussions rien obtenu de bon. Au bout d'un mois et demi, il s'échauffait de temps à autre; il se manifestait des douleurs. Puis il survint des spasmes très-violents de la cuisse, et pendant ces spasmes l'anévrysme durcissait par suite de la compression musculaire. Voyant que la guérison ne survenait pas, je me décidai alors à faire la ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa, sans me dissimuler les doutes que j'avais sur l'efficacité de cette méthode appliquée dans ces conditions. Après cette ligature, les pulsations cessèrent; mais ce fut tout. Au bout d'un an, la poche n'était pas encore solidifiée. J'ai cependant suivi ce malade, et ce n'est qu'au bout de trois ans que l'anévrysme a disparu. Aujourd'hui le creux poplité présente à peine les traces de l'anévrysme. J'ajouterai que pendant plusieurs mois après la ligature, le patient a éprouvé une sensation très-pénible de brûlure au niveau des orteils.

Ainsi voilà donc un cas dans lequel la compression digitale n'a pas réussi, et dans lequel la ligature elle-même n'a produit la guérison qu'au bout d'un temps très-long.

OBS. II. — *Anévrysme poplité. Compression digitale; insuccès. Ligature; mort.*

Le second cas est très-curieux, quoiqu'il ait été suivi d'une issue funeste. Un chirurgien de Chiozza me fit part d'un cas d'anévrysme qu'il avait dans son service, et qui ne s'améliorait pas par la compression digitale. Je me rendis dans cette ville, et j'y vis un malade qui offrait une grande analogie avec le mien, quoique dans un état un peu plus grave. L'anévrysme occupait chez lui toute l'étendue du creux poplité. J'engageai mon confrère à continuer la compression digitale. Au bout d'un mois, on fut convaincu de l'inutilité de cette méthode, et l'on fit la ligature au sommet du triangle de Scarpa. Un mois après, on m'écrivit que le malade était sorti guéri de l'hôpital. Ce résultat me surprit un peu, et je demandai des renseignements plus précis, voulant savoir si la tumeur était molle ou dure. On me répondit que la tumeur était encore très-apparente; que si elle était un peu diminuée de volume, elle présentait encore de la mollesse; que, du reste, le malade marchait et se trouvait mieux. Mais au bout de deux mois ce malade s'alita; la tumeur s'enflamma, s'abcéda et s'ouvrit. Il y eut une hémorrhagie foudroyante, qu'on arrêta heureusement au moyen d'un tamponnement. Le malade fut envoyé à l'hôpital et confié de nouveau au chirurgien de Chiozza. Là la suppuration continua, le malade s'épuisa et mourut.

Voilà donc un second cas dans lequel la compression digitale a été suivie d'insuccès. Dans ce cas aussi la ligature a échoué; la poche s'est enflammée, et la mort a eu lieu. Je vais maintenant vous parler de deux faits intéressants qui ont été au contraire suivis de succès.

Obs. III. — *Anévrysme du pli du bras. Compression digitale : guérison.*

Un chirurgien de Venise m'écrivit qu'il avait dans son service un malade octogénaire affecté d'un anévrysme du pli du bras survenu à la suite d'une saignée malheureuse, et sur lequel il avait déjà appliqué sans succès la compression digitale. Je me rendis à Venise. Là, je pus constater que cet anévrysme avait une forme singulière ; il avait le volume et la forme d'un œuf de poule, et il portait à son point le plus culminant une proéminence, une sorte de dé fort saillant ayant une base assez résistante, mais une extrémité libre très-molle. En appliquant la pulpe du doigt sur cette saillie, on la faisait disparaître par une pression peu considérable ; elle était dépressible dans la tumeur, sur laquelle elle proéminait. Je constatai, en outre, tous les symptômes d'un anévrysme traumatique, mais sans communication avec les veines ; celles-ci n'étaient, en effet, ni variqueuses ni dilatées. C'était donc un anévrysme simple. On fit la compression digitale avec le plus grand soin, d'après mes conseils et mes indications. Quelque temps après je revins à Venise, et, malgré la compression, l'anévrysme n'était pas guéri. Je le trouvai plus solidifié, plus résistant dans sa masse totale ; mais la petite tumeur qui le surmontait était restée molle. Quand je comprimais cette tumeur, je ne constatais cependant plus de frémissement comme autrefois. Cela me fit bien augurer de la méthode. Pour faciliter la solidification, je pris une boulette de cire, je l'appliquai sur la petite tumeur, et je l'y maintins avec une bandelette de diachylon faisant le tour du coude sans exercer une compression trop forte. En même temps, on fit la compression digitale sur l'artère humérale. Au bout d'un mois, cet anévrysme était bien guéri ; sa solidification était complète.

Ainsi la compression digitale a été, dans ce cas, suivie d'un succès complet.

Deux ans après sa guérison, cette femme, qui était très-âgée, mourut. On fit l'autopsie, et on trouva que l'artère était perméable dans toute sa longueur. On conserve la préparation de cette artère dans la collection de notre hôpital.

Obs. IV. — *Anévrysme du pli du bras. Compression digitale. Guérison.*

En 1860, j'ai reçu dans ma clinique un malade âgé de soixante ans, très-robuste, qui, après une saignée, eut un anévrysme du pli du bras. Cette saignée avait été suivie d'un phlegmon de tout le bras qui masqua d'abord la lésion ; mais quand le gonflement fut en partie dissipé, on s'aperçut de l'anévrysme. Quarante jours environ après la saignée, il me fut alors confié ; il portait encore les traces de son phlegmon ; le bras était volumineux, les doigts rigides. On constata dans le pli du coude une tumeur pulsative et offrant tous les symptômes qui caractérisent un anévrysme. La compression digitale étant impossible à exercer sur le bras gonflé, fut faite dans la région sus-claviculaire. Après quelques jours de ce traitement, il y eut une diminution très-notable du gonflement du bras, ce qui nous permit désormais de faire la compression digitale sur l'artère humérale elle-même. Les élèves du service chargés de cette compression se remplaçaient toutes les deux heures.

Cinq jours se passèrent, puis dix, puis douze, et cependant tous les symptômes persistaient ; peut-être y avait-il un peu plus de dureté dans la poche, mais voilà tout.

Nous étions arrivés au quatorzième jour sans avoir encore rien obtenu ; les élèves commençaient à être fatigués, et ils doutaient. Déjà leur zèle se ressentait de leur doute, et ils désespéraient aussi bien que le malade. Dans ces dispositions, je ne me décourageai pas ; j'annonçai à mes élèves que je ferais la ligature le surlendemain, voulant essayer moi-même, avec mon aide, de faire la compression pendant 24 heures. A midi, mon aide et moi nous nous mîmes à l'œuvre. Nous faisions la compression à tour de rôle, et nous remplaçant tous les quarts d'heure. Cette compression était continue et complète autant que possible. Quand nous cédions notre place, nous avions bien soin de ne pas laisser le vaisseau perméable.

A quatre heures du soir, je voulus voir s'il y avait modification ; nous cessâmes la compression ; il n'y avait plus de frémissement, et l'auscultation ne nous faisait percevoir qu'un bruit lointain. Je fus encouragé par ce résultat ; nous reprîmes la compression digitale dans les mêmes conditions.

A neuf heures du soir, un de mes collègues examinait la tumeur et ne constatait plus de bruit de souffle. A minuit, la tumeur était solidifiée ; l'anévrysme était guéri.

Cet homme vit encore ; il ne présente plus de traces de son anévrysme. Ce fait me fit réfléchir, et je pris la résolution de ne jamais faire la ligature pour un anévrysme avant d'avoir exercé moi-même la compression digitale.

Obs. V. — *Anévrysme poplité. Compression digitale. Guérison en 150 minutes.*

Au mois de mars 1861, le même chirurgien de Venise m'envoie une femme âgée de soixante-six ans, portant un anévrysme du creux poplité battant depuis huit mois, volumineux, à pulsations visibles à la première vue. Cet anévrysme paraît avoir débuté de la manière suivante :

Un jour de fête, cette femme étant assise dans sa chambre, c'est-à-dire au repos, sentit tout à coup une douleur très-violente dans le creux poplité. On la mit au lit et la douleur cessa ; mais lorsqu'elle se leva elle éprouva de la gêne dans les mouvements et elle s'aperçut d'une tumeur. Ce même accès de douleur lui revint tous les huit jours assez régulièrement pendant plusieurs fois. Elle négligea de se soigner pour cette maladie ; mais à la fin elle consulta un médecin qui reconnut la nature du mal.

Le lendemain de son entrée dans mon service, sans traitement préalable, je commençai moi-même la compression digitale à onze heures du matin. Une heure, deux heures se passent sans que l'anévrysme soit modifié. Mon aide étant fatigué, j'appliquai mon doigt sur l'artère fémorale, pendant que mon autre main était sur l'anévrysme, afin d'être bien sûr que la compression arrête le cours du sang. Au bout de quelque temps, je suis fatigué, et je fais appliquer les doigts de mon aide sur mon doigt pour être bien assuré que le sang ne circule plus. Cette compression sur mon doigt me fait perdre la sensibilité tactile, de sorte que je ne savais plus si j'étais bien sur l'artère ; mais ma main placée sur la tumeur ne perçoit aucun battement, ce qui m'indique que la compression est bien faite.

Cependant, au bout de quelques instants, il me semble bien constaté que mon doigt n'est plus sur l'artère, et néanmoins la poche anévrysmale ne bat plus. Je cesse toute compression ; j'examine la tumeur, et elle était solidifiée. La compression avait duré 150 minutes, et elle avait suffi pour amener la guérison !

Voilà un brillant succès dû à cette méthode. J'ai revu cette femme il n'y a pas longtemps, et le succès ne s'est point démenti.

Voilà, Messieurs, les faits que je voulais vous communiquer, bien convaincu que vous les accueilleriez avec la même bienveillance que les premiers.

(Tout l'auditoire fait suivre cette communication d'une salve d'applaudissements.)

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je ne veux demander qu'un simple renseignement. L'anévrysme de la deuxième observation était-il diffus? le sac avait-il été rompu préalablement? S'il en était ainsi, je pourrais rappeler le fait que nous a communiqué M. Bourguet (d'Aix), offrant avec celui-là la plus grande analogie.

Il s'agissait, en effet, d'un anévrysme diffus, traité sans succès par la compression digitale, soumis ensuite à la ligature et suivi de mort.

M. VANZETTI. Quand je l'ai vu, il n'était pas diffus ; il n'était pas énorme ; il avait pris la forme du losange, circonscrit par le creux poplité. Je dirai à cet égard qu'il n'est pas toujours très-facile de juger si un anévrysme est diffus ou circonscrit. J'ai seulement pensé que dans ce cas il n'était pas diffus. Il y a une question que je voudrais voir examiner, à savoir : si lorsque la compression digitale échoue, la ligature est susceptible de solidifier un anévrysme.

M. VERNEUIL. J'ai communiqué à la Société un cas dans lequel la compression digitale avait échoué. La ligature a été faite ensuite, et elle a été suivie de tous les résultats classiques connus ; la guérison n'a pas tardé à se manifester. Le malade qui portait cet anévrysme était facteur à la poste ; il a repris ses occupations sans inconvénients.

M. VANZETTI. J'apprends avec plaisir ce résultat heureux, parce qu'il est susceptible de me faire modifier la gravité du pronostic que je portais dans ces circonstances.

M. BROCA. L'insuccès de la compression digitale doit faire diminuer l'espoir que l'on met dans la ligature. En effet, quand la compression digitale échoue, il existe une disposition peu favorable à la coagulation du sang. La ligature pourra bien peut-être encore amener cette coagulation, parce qu'elle intercepte mieux que la compression le cours du sang, mais il n'y a pas beaucoup de probabilité qu'il en sera ainsi. Au reste, dans ce cas, le caillot sera passif et quelquefois suffisant pour amener la solidification, mais moins favorable qu'un caillot actif. Dans le premier cas de M. Vanzetti, il y a eu caillot passif ; il est resté une tumeur qui a fini par s'affaisser peu à peu. Dans la seconde observation, nous voyons un cas malheureux qui vient s'ajouter à tant d'autres connus, cas dans lesquels il y a formation d'un caillot passif, qui, agissant comme corps étranger, enflamme, ulcère le sac et le perfore. J'ai cité beaucoup d'exemples de cette terminaison dans mon *Traité des anévrysmes*. Quand le caillot est passif, la récidive se fait plus facilement, parce que le caillot se dissout au contact du sang ramené par les collatérales qui se dilatent, ou par le bout inférieur.

J'ai relaté vingt-quatre observations de récidives arrivées dans ces conditions.

M. DEMARQUAY. J'ai obtenu une guérison complète d'un anévrysme poplité au moyen de la ligature, bien que la compression eût été préalablement employée. Il est vrai qu'à cette époque, la compression digitale n'étant pas connue, j'avais eu recours à la compression mécanique. Le malade a guéri, mais lentement ; son anévrysme était encore assez gros. Au bout de trois ans, l'état du malade était très-satisfaisant, et je n'ai plus rien trouvé dans son creux poplité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris aura lieu lundi 17 novembre. Les cours commenceront le 18, et le registre des inscriptions, ouvert le 2 novembre, sera fermé le 15 courant.

Si nous sommes bien informés, le discours d'usage sera prononcé par M. le professeur Gosselin, qui fera l'éloge de M. Moreau.

— Le concours pour les prix à décerner aux internes des hôpitaux de Paris a commencé hier par la première épreuve écrite.

Les questions suivantes sont tombées au sort :

1re division (internes de 4e et de 3e année) : *Structure de la moelle; de la paraplégie.*

2e division (internes de 2e et de 1re année) : *Crosse de l'aorte; anévrysmes de l'aorte.*

— Nous sommes autorisés à annoncer que, d'ici à peu de jours, un décret sera rendu, qui laissera les aspirants au titre de docteur libres de faire imprimer leur thèse dans une imprimerie de leur choix, en s'astreignant, pour le format et pour le caractère, aux prescriptions du règlement qui sera publié ultérieurement. (*Gaz. hebd.*)

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité le mercredi 19 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine. Visite des malades tous les matins à huit heures.

Erratum. — Il s'est glissé dans le dernier numéro, dans le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine, une erreur typographique qu'il importe de rectifier. A la 2e colonne de la page 516, 8e ligne, *au lieu de* ces mots : la doctrine du pus vitalifère régénéré, *lisez :* la doctrine du pur vitalisme régénéré.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Mémoire sur la prostitution publique, et parallèle complet de la prostitution romaine et de la prostitution contemporaine, suivis d'une étude sur le dispensaire de salubrité de Bordeaux, etc., par le docteur J. Jeannel, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Bordeaux. Un volume in-8°. Prix : 3 fr. 50 c. Chez Germer Baillière, éditeur, rue de l'Ecole de Médecine, 17, à Paris.

Bulletin de la Société anatomique de Paris. 36e année, 1861. Un fort volume in-8°. Prix : 7 fr. Chez V. Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine, 17.

Maladies des femmes, métrite chronique, par P. Bouffier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et Mme Bouffier, sage-femme de 1re classe. In-8°. Prix : 1 fr. 25 c. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils, libraires.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 131. — MARDI 11 NOVEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 10 NOVEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous déplorions amèrement la pénurie où nous réduit depuis quelque temps le silence des Académies et cherchions vainement à combler le vide de la dernière séance de l'Institut, lorsque la Providence, sous la bienveillante figure de notre savant et bon confrère M. Duchenne (de Boulogne), est venue déposer sur notre bureau un exemplaire d'un magnifique ouvrage, ouvrage presque sans précédent, sinon par son but, du moins par les moyens mis en œuvre pour l'atteindre, et qui est le complément, — nous aurions dit volontiers le couronnement, si nous n'avions à espérer bien d'autres travaux encore de notre confrère, — des belles recherches électro-physiologiques que tout le monde connaît. Nous voulons parler du *Mécanisme de la physionomie humaine, ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions applicable à la pratique des arts plastiques* (1). On ne s'attendra pas ici à une analyse, pour laquelle nous serions d'ailleurs pris à dépourvu de temps. Mais désireux d'accuser immédiatement réception, nous n'avons pas voulu ajourner plus longtemps l'indication de l'objet de ce beau travail. C'est à la Préface même de l'auteur que nous l'empruntons.

M. Duchenne cite d'abord et prend pour texte cette belle phrase de Buffon sur le langage de la face humaine :

« Lorsque l'âme est agitée, la face humaine devient un tableau » vivant où les passions sont rendues avec autant de délicatesse que » d'énergie, où chaque mouvement de l'âme est exprimé par un trait, » chaque action par un caractère, dont l'impression vive et prompte » devance la volonté, nous décèle, et rend au dehors, par des signes » pathétiques, les images de nos plus secrètes agitations. »

Puis M. Duchenne s'exprime ainsi :

« L'âme est donc la source de l'expression ; c'est elle qui met en jeu les muscles et qui leur fait peindre sur la face, en traits caractéristiques, l'image de nos passions. En conséquence, les lois qui régissent l'expression de la physionomie humaine peuvent être recherchées par l'étude de l'action musculaire.

» C'est un problème dont je cherche la solution depuis bien des années, provoquant, à l'aide de courants électriques, la contraction des muscles de la face, pour leur faire parler le langage des passions et des sentiments « L'expérience, dit Bacon, est une sorte de question appliquée à la nature, pour la faire parler ». Cette étude attentive de l'action musculaire partielle m'a révélé la raison d'être des lignes, des rides et des plis de la face en mouvement. Or ces lignes et ces plis sont justement les signes qui, par leurs combinaisons variées, servent à l'expression de la physionomie. Il m'a donc été possible, en remontant du muscle expressif à l'âme qui le met en action, d'étudier et de découvrir le mécanisme, les lois de la physionomie humaine.

» Je ne me bornerai pas à formuler ces lois ; je représenterai par la photographie les lignes expressives de la face pendant la contraction électrique de ses muscles.

» En résumé, je ferai connaître par l'analyse électro-physiologique, et à l'aide de la photographie, l'art de peindre correctement les lignes expressives de la face humaine, et que l'on pourrait appeler *orthographe de la physionomie en mouvement.* »

C'est, comme on le voit, sur le terrain mixte de l'art, de la science et de la psychologie, que s'est placé M. Duchenne, et c'est avec le concours des éléments empruntés à ces trois grands modes de manifestation de l'esprit humain, qu'il a accompli ce travail. Nous nous bornons pour aujourd'hui à cette simple indication, nous proposant de revenir prochainement sur ce sujet, à l'occasion de la nouvelle édition du grand ouvrage d'électro-physiologie dont nous avons aussi à rendre compte. — Dr Brochin.

(1) Un volume in-8°, format jésus (premier fascicule), avec atlas de 70 photographies et texte explicatif. Librairie Ve J. Renouard, rue de Tournon, 6.

M. Husson, directeur de l'Assistance publique, vient d'adresser aux médecins et aux chirurgiens en chef des hôpitaux la circulaire suivante, qu'il suffit de mettre sous les yeux des lecteurs pour faire apprécier les sentiments qui l'ont dictée :

Paris, 6 novembre 1862.

Monsieur le docteur,

Un de vos collègues m'a informé qu'un de nos meilleurs élèves externes venait de succomber, à la suite d'une maladie grave et rapide, dans une chambre d'hôtel où il vivait isolé, loin de sa famille, qui habite la province.

Bien que cet infortuné jeune homme, entouré de ses camarades et soigné par deux de nos plus habiles chefs de service, n'ait manqué de rien d'essentiel, cependant j'ai appris, non sans émotion, que le malade n'avait point trouvé dans l'installation du logement qu'il habitait tout le bien-être désirable, et que son isolement, dans la position si pénible où l'avait plongé tout à coup la maladie, avait pu jeter dans son âme le trouble et le découragement.

J'ai vivement regretté de n'avoir pas été informé en temps utile d'une situation si digne d'intérêt, car j'aurais pris immédiatement des mesures pour que notre élève obtînt tous les soins matériels et moraux que réclamait sa position.

Mais ce cas, heureusement rare, peut se présenter de nouveau, et je viens me concerter avec vous, Monsieur le docteur, pour que nos élèves séparés de leurs familles puissent désormais, s'ils sont gravement malades, trouver dans l'administration à laquelle ils appartiennent l'aide efficace et l'appui sympathique dont ils peuvent avoir besoin.

Si donc dans votre service un élève interne non logé ou logé d'une manière insuffisante pour le traitement, si un externe logé en garni ou trop étroitement venait à tomber gravement malade sans que sa famille pût pourvoir immédiatement à tous ses besoins, je vous prierai, Monsieur le docteur, d'en avertir aussitôt le directeur de l'hôpital ou de l'hospice. Cet agent supérieur visitera sans aucun délai le malade, autant que possible avec le médecin qui sera chargé du traitement, et il m'en référera sur-le-champ. Je prendrai dès le jour même des mesures pour qu'une garde soit placée près du malade s'il désire rester dans sa chambre, et pour qu'il soit d'ailleurs entouré de tous les soins matériels qui puissent aider au succès du traitement. Si, d'après l'avis du médecin, le malade ne peut sans inconvénient être maintenu dans le local qu'il occupe, il sera transféré là où des soins plus complets pourront lui être assurés.

L'élève sera visité fréquemment par le directeur de son hôpital ; je le visiterai moi-même, et je ne négligerai rien pour qu'au dévouement de ses camarades et à la sollicitude de son chef de service viennent se joindre les sympathies actives et les encouragements de notre administration.

Nous aurons ainsi, Monsieur le docteur, remplacé près de quelques-uns de nos élèves malheureux la famille absente, et montré une fois de plus que l'administration hospitalière est animée de sentiments paternels pour les élèves qui s'attachent à elle et se dévouent, dans la mesure de leurs forces, au service des malades.

Agréez, Monsieur le docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le directeur de l'administration de l'Assistance publique,
A. HUSSON.

HOSPICE DES MÉNAGES. — M. POTAIN.

Hypertrophie du cœur ; — dilatation partielle de la pointe ; — rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche ; — pneumonie terminale.

Le fait suivant que M. le docteur Potain a présenté à la Société anatomique dans l'une des séances dont les comptes rendus viennent d'être tout récemment publiés (1), nous a paru mériter d'être porté à la connaissance de nos lecteurs comme susceptible de jeter quelque jour sur l'une des questions les plus vivement discutées des lésions organiques du cœur.

Mme L..., pensionnaire à l'hospice des Ménages, âgée de soixante et

(1) *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 37e année, 2e série, t. VII, mars et avril 1862 ; rédigé par M. le docteur E. Simon, secrétaire. Paris, Victor Masson et fils, 1862.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Cicéron médecin. Étude médico-littéraire, par P. MÉNIÈRE, médecin de l'Institution impériale des sourds-muets (1).

La veille de sa mort, Ménière corrigeait encore les dernières épreuves de ce livre, et sa plume, toujours élégante, en adressait la dédicace à M. le ministre de l'instruction publique. Notre savant confrère a été précipité dans la tombe de la façon la plus inattendue, mais son dernier ouvrage nous reste, et le voici sous nos yeux.

Ménière, persuadé que la médecine et les médecins ont beaucoup à gagner dans l'étude des œuvres de l'antiquité, avait entrepris la renaissance tardive des lettres latines dans la société médicale moderne.

Après avoir achevé ses *Etudes médicales sur les poëtes latins*, il voulut choisir parmi les prosateurs celui qui, par la variété de ses écrits, pouvait être considéré comme étant la fidèle représentation des meilleurs travaux de la grande époque littéraire. C'était d'avance jeter son dévolu sur Cicéron, car nul autre écrivain de l'ancienne Rome n'offre au même degré la science et l'imagination, le talent et la grâce. L'histoire, la philosophie, la morale, l'ont occupé tour à tour ; il a parcouru d'un pas également sûr les diverses branches des connaissances humaines, et en a notablement reculé les limites. Dans sa longue correspondance, Cicéron parle de sa santé, de celle de sa femme et de ses enfants ; il montre la plus tendre sollicitude pour ses amis malades ; il leur donne des conseils, disserte sur les causes de leurs infirmités, sur les remèdes capables de les guérir, et l'on trouve qu'il poussa si loin ce goût pour la médecine, que l'on a pu, à juste titre, le désigner sous le nom de « *Cicero medicus.* »

A une époque où l'art de guérir n'avait à Rome que peu de représentants officiels, où les médecins vraiment dignes de ce nom étaient encore rares, où chacun se traitait un peu à sa guise, les connaissances médicales révélées par les écrits de Cicéron durent paraître étonnantes, et l'on ne peut que savoir un grand gré à Ménière d'avoir voulu nous fixer sur ce point.

Bien qu'il fût d'abord d'une constitution délicate, ainsi qu'il l'a dit lui-même, Cicéron avait fini par prendre le dessus, et sa santé générale était devenue assez bonne. L'ensemble de sa correspondance dénote cependant un bon nombre d'indispositions, et il est curieux de voir avec quelle sagacité il s'efforçait d'y remédier. Les hommes les plus intelligents ne sont pas toujours ceux qui ont en médecine les idées les plus saines. Les plus absurdes préjugés médicaux ne sont pas le partage exclusif de l'ignorance, et tel individu aux talents duquel tout le monde rend hommage, n'a plus le sens commun dès qu'il s'agit de sa santé.

Cicéron, nous devons l'avouer, ne faisait pas de théorie : il observait avec soin, enregistrait ses remarques, en tirait des conclusions raisonnables, et les appliquait avec une vive sollicitude au soulagement des personnes qu'il aimait. Qu'y a-t-il de plus charmant et de mieux senti que le mot suivant : « Ayez bien soin, je vous prie, de notre Cicéron (son neveu) ; il me semble que je serai malade avec lui », *et nos συννοσεῖν videmur*. On a beaucoup loué chez Mme de Sévigné cette jolie phrase : « J'ai mal à votre poitrine » ; mais à qui la priorité ? Ce sont des mots qui partent du cœur, et qui peignent ce cœur mieux que les dissertations des panégyristes.

On peut être un grand orateur, un grand politique, un grand philosophe, mais on n'en est pas moins homme : on a par conséquent sa part dans les misères dévolues à la pauvre humanité ; on souffre, on est malade, on éprouve le besoin de se plaindre non moins que celui d'être guéri, et de là des lettres pleines de détails intéressants.

Cicéron était en rapport direct et habituel avec des gens de l'art. Or l'influence exercée par l'élément médical sur une société jusque-là un peu sauvage a dû être considérable, et un esprit de la trempe de Cicéron n'a pas dû se soustraire au reflet éclatant des doctrines hippocratiques apportées à Rome par les médecins grecs, qui ont propagé tant de connaissances utiles et transmis des idées justes à un monde encore ignorant. La Grèce ne répandit pas seulement dans l'univers la poésie et l'éloquence : la médecine fit pour l'humanité ce qu'Homère et Démosthène avaient fait pour les intelligences. De nouvelles lumières devaient jaillir de ce foyer.

A part l'ordre assez peu méthodique du livre, M. Ménière a fait preuve de goût, et son *Cicéron médecin* est un véritable objet d'art. Sans doute nous avons un peu l'habitude de ranger ces sortes d'objets d'art parmi les superfluités bibliographiques ; mais c'est là un tort, car le mérite des œuvres de notre temps n'affaiblit pas cette joie pure que l'on éprouve à vivre dans un passé glorieux, en compagnie d'un des plus grands hommes de l'antiquité.

(1) Paris, 1862. Un vol. de 376 pages, chez Germer Baillière.

Bulletin de l'Institut égyptien, 1859-1862 (1).

La terre des Pharaons est redevenue un centre scientifique. Grâce à l'Institut égyptien, la fertile vallée du Nil est reliée aux autres contrées de l'ancien et du nouveau monde par les rapports de l'intelligence, comme elle l'est aussi par ses relations commerciales. Bien qu'Alexandrie ne possède plus, comme au temps des Ptolémées, son musée et sa bibliothèque si célèbre ; bien que la découverte du cap de Bonne-Espérance lui ait fait perdre depuis trois siècles le prestige que son fondateur rêvait pour elle, lorsqu'il la proclama la reine de l'Orient et de l'Occident, elle s'est néanmoins relevée de sa chute, et

(1) Sept livraisons ; chez L. Leclerc, libraire, rue de l'Ecole de Médecine, 14.

onze ans, avait eu, le 31 décembre 1860, une attaque apoplectiforme avec perte complète de connaissance, hémiplégie du côté droit et déviation de la bouche à gauche. La connaissance était revenue dans la journée, et le soir même l'hémiplégie avait presque disparu à la suite d'une saignée et d'un purgatif. Le lendemain, il n'en restait pas d'autre trace qu'un peu de faiblesse.

Trois jours après, on constatait, avec un état fébrile très-caractérisé, de la matité et du râle crépitant à la base du poumon gauche. Sous l'influence d'une seconde saignée et de 15 centigrammes d'émétique, ces nouveaux symptômes se dissipaient à leur tour rapidement; mais dès cette époque on constatait l'existence d'une affection organique du cœur, sur l'origine de laquelle on ne pouvait obtenir aucun renseignement satisfaisant.

Les signes par lesquels cette affection se manifestait étaient la fréquence et l'irrégularité du pouls variant de 100 à 120, avec augmentation très-notable de la matité précordiale, sans déplacement très-marqué de la pointe qui se sentait dans le cinquième espace intercostal, avec une impulsion modérée; le timbre parcheminé et dur des divers bruits du cœur; le dédoublement très-accusé et constant du second; une grande tendance à l'oppression et à l'essoufflement sans palpitation.

Le repos et la digitale ralentirent le pouls jusqu'à 84, calmèrent le malaise, et la malade put retourner à son dortoir dans les premiers jours de mars.

Depuis cette époque, elle fut plusieurs fois reprise d'accès, d'oppression avec battement tumultueux du cœur, et l'on put, à diverses reprises, constater la persistance des mêmes signes cardiaques, en particulier du dédoublement du deuxième bruit.

En juillet 1861, il survint de l'œdème des membres inférieurs, qui se dissipa bientôt.

En janvier 1862, une nouvelle recrudescence des accidents se manifesta avec plus d'intensité. Le pouls était remonté à 121; les deux bruits dédoublés.

Au bout de quelques jours, la digitale ayant abaissé le chiffre des pulsations à 84, on constatait l'existence d'un souffle qui suivait immédiatement le deuxième bruit du cœur, se prolongeant pendant une grande partie du grand silence.

Le souffle s'entendait à la pointe du cœur et disparaissait vers la base; il était faible, sourd, profond, lointain, et, surajouté au bruit normal, donnait lieu à ce que M. Bouillaud désigne habituellement sous le nom de *bruit de bouche*.

A cette époque, la matité précordiale avait évidemment augmenté et mesurait, pour la partie verticale du cœur, 9 centimètres verticalement et transversalement. La pointe se faisait sentir dans le sixième espace intercostal, fort en dehors du mamelon.

Dans le courant de février, les accès d'oppression revinrent plus fréquents et plus intenses; les membres inférieurs devinrent le siége d'un œdème très-dur, et l'on constata l'existence d'une assez grande quantité d'albumine dans l'urine. La digitale cessa d'être tolérée; il fallut la suspendre; le pouls reprit sa fréquence, son irrégularité, et l'on cessa d'entendre le souffle du cœur: le dédoublement du deuxième bruit persista seul constamment.

Alors survint un épanchement assez abondant dans la plèvre droite; puis une somnolence presque continuelle; enfin, le 10 mars, on trouvait sur la clavicule gauche de la matité avec souffle mélangé de crépitation attestant la présence d'une hépatisation du sommet de ce poumon. 28 inspirations; pouls 100. En même temps on entendait au cœur un souffle rude interne, accompagnant et suivant le premier bruit, et dont le maximum était vers le milieu de la région précordiale. Ce souffle disparaissait le lendemain pour reparaître le 12 avec une grande intensité, en même temps que le deuxième bruit s'effaçait, prenant un timbre voilé, et que le pouls devenait petit, faible, irrégulier, quoique lent.

Après diverses alternatives de prostration profonde, de somnolence et de délire léger, la malade succombait dans la journée du 13.

Autopsie le 15, trente-six heures après la mort.

Cavité crânienne. — Sérosité en quantité modérée dans la cavité de l'arachnoïde. Pas de teinte louche des méninges. Sur les parties latérales des deux hémisphères, teinte rosée assez vive en différents points, dans une étendue mal limitée de quelques centimètres. La pie-mère se détache facilement.

A la surface des circonvolutions, dans les points correspondant aux rougeurs des membranes, léger pointillé rougeâtre, et sur la crête de quelques-unes de ces circonvolutions, petites surfaces rugueuses, comme érodées ou excoriées très-superficiellement, dans l'étendue de quelques millimètres seulement.

Consistance du cerveau faible partout, sans aucun point spécial de ramollissement. Rien de notable pour les corps striés et couches optiques, la protubérance ni le bulbe.

Cavité thoracique. — Pas de liquide en quantité notable dans la plèvre gauche. Dans la droite, deux litres environ d'un liquide louche. A la surface du poumon, dépôt pseudo-membraneux, mou, récent, facile à détacher.

Poumon droit flasque, affaissé, peu crépitant à sa base, un peu œdémateux, mais contenant peu de sang. Pour le poumon gauche, hépatisation rouge, grenue, de tout le lobe supérieur.

Dans le péricarde, une petite quantité de sérosité citrine un peu louche, dans laquelle on trouve au microscope une grande quantité de cellules épithéliales pavimenteuses desquamées, dont quelques-unes avec un contenu granulo-graisseux.

Le péricarde adhère à la pointe du cœur, dans une étendue circulaire de 3 centimètres de diamètre environ, par un tissu fibreux difficile à rompre, mais lâche et filamenteux. Autour de la partie adhérente, il existe à la surface du cœur des dépôts pseudo-membraneux en couches minces, molles, grisâtres, faciles à détacher. Au-dessous, le feuillet viscéral du péricarde est dépoli, un peu grenu, avec une injection vasculaire très-fine et d'un rouge assez vif.

En différents points de la surface des ventricules, et sur la face postérieure des oreillettes, on remarque de larges plaques blanches opaques, sans saillie.

Le cœur est très-notablement hypertrophié, et surtout remarquablement allongé. La mensuration donne les résultats suivants:

Les parois ventriculaires de consistance assez ferme et de coloration normale. Colonnes charnues en général très-développées.

Oreillette droite très-spacieuse; cavité de l'auricule de ce côté en particulier, notablement plus grande qu'à l'état normal, et traversée de nombreux trabécules. Orifice auriculo-ventriculaire droit très-dilaté, sa circonférence ayant 144 millimètres au lieu de 104, qui est sa dimension habituelle.

Valvule tricuspide souple, un peu épaissie seulement à son bord libre, et assez large pour fermer l'orifice.

Orifice et valvules de l'artère pulmonaire sans altération notable.

Oreillette gauche peu spacieuse, beaucoup moins que le ventricule correspondant et que l'oreillette du côté opposé; parois peu épaisses, souples; surface interne lisse, peu de colonnes charnues saillantes. L'auricule, assez développée, l'est beaucoup moins cependant que celle du côté droit.

L'orifice auriculo-ventriculaire gauche a 104 millimètres de circonférence au niveau de la zone fibreuse, ce qui est au-dessus de la moyenne habituelle (96), quoique relativement moins que pour l'orifice droit; mais, en réalité, il se trouve extrêmement rétréci par la disposition des deux lames de la valvule mitrale, lesquelles, épaissies et indurées, adhèrent l'une à l'autre par leur bord libre dans une assez grande étendue, près des commissures, pour réduire l'espace libre au point de n'admettre guère que le passage d'un doigt. De plus, les cordes tendineuses qui s'y insèrent sont rétractées, raccourcies, mesurent au plus un centimètre et limitent leur écartement. Les colonnes charnues qui les supportent sont, au contraire, fermes, rigides, volumineuses et longues, et atteignent presque jusqu'au bord de la valvule.

La cavité du ventricule gauche est beaucoup plus spacieuse que celle du ventricule droit, et surtout beaucoup plus allongée, en sorte que le premier dépasse celui-ci à la pointe de 3 centimètres au moins.

Dans cette portion de la cavité ventriculaire se voit une dépression en forme de cupule, large de 4 centimètres environ, occupant exactement la pointe du ventricule. La surface en est unie, dépourvue de toute saillie, de toute colonne charnue. La paroi ventriculaire, extrêmement amincie à ce niveau, n'ayant guère plus de 2 à 3 millimètres, est réduite à des couches fibreuses superposées, un peu rougeâtres, et parmi lesquelles on trouve à peine, à l'aide du microscope, quelques traces de fibres musculaires striées dont la vue simple ne laisserait même pas soupçonner l'existence. A l'extérieur, cette dépression correspond au point de la surface du cœur où le péricarde est adhérent. A l'intérieur, sa cavité est occupée par un caillot très-adhérent du volume d'une fort grosse pomme d'api. En fendant ce caillot, on reconnaît qu'il est formé d'une couche extérieure assez résistante, rougeâtre, mince, en forme de poche close ou de kyste. C'est cette poche qui adhère à la dépression cardiaque, de façon à n'en pouvoir être détachée que par un raclage très-attentif, laissant une surface un peu rugueuse où demeurent toujours quelques débris de coagulum, sans ulcération ni aucune solution de continuité apparente. Dans cette espèce de kyste, on trouve, presque complétement isolée, une masse fibrineuse rougeâtre, du volume d'une très-grosse noix, déprimée en forme de cupule du côté qui regarde la cavité ventriculaire, assez ferme et résistante, et présentant à la coupe un aspect un peu aréolaire. L'espace libre entre cette masse et la poche qui l'enferme est rempli par un liquide diffluent d'un gris rougeâtre, dans lequel on constate, à l'aide du microscope, de nombreux globules rouges de sang, une énorme quantité de fines granulations moléculaires qui paraissent être de la fibrine désagrégée, et des globules blancs en quantité presque égale à celle des globules rouges. Ces globules, très-inégaux en volume, varient de 0mm 008 à 0mm 012, arrondis, faiblement grenus, la plupart sans noyau apparent, avec un seul noyau, semblent devoir être rapportés aux globules blancs du sang.

Rien de notable dans les viscères abdominaux, si ce n'est un infractus jaunâtre de l'un des reins.

En mettant sous les yeux de ses collègues le cœur de cette femme, M. Potain a appelé l'attention sur deux points importants de cette observation:

1° La manifestation d'un souffle au deuxième temps coïncidant avec le rétrécissement auriculo-ventriculaire;

2° La dilatation de la pointe du cœur et de ses particularités anatomiques.

Le souffle du second temps, ayant son maximum à la pointe, mérite attention, parce que sa valeur séméiologique a été contestée et parce que les partisans d'une théorie, qu'il gêne, le considèrent comme devant être ou le symptôme d'une insuffisance aortique concomitante, ou le fait d'une erreur d'observation. Or, il est constant que dans le fait actuel les valvules aortiques étaient suffisantes, et l'on peut affirmer hardiment ne s'être pas trompé en plaçant le souffle au second temps. L'attention était parfaitement fixée sur les difficultés de la question et a été tout particulièrement dirigée sur ce point; et d'ailleurs les conditions du fait rendirent ce diagnostic facile en raison de la lenteur du pouls et du dédoublement du deuxième bruit, qui ne permettait pas de le confondre avec le premier. Inutile d'insister sur les caractères très-précis qui permettaient d'affirmer que c'était le second et non le premier bruit qui se dédoublait.

On pourrait objecter que la péricardite, dont on a trouvé des traces à l'autopsie, a pu donner lieu à des bruits de frottement susceptibles d'être pris pour un souffle. Mais le caractère de ce bruit, qui était sourd, profond, éloigné de l'oreille, commençant nettement avec le deuxième claquement valvulaire, ne s'accorderait pas avec cette supposition.

Quant à l'inconstance du bruit anormal qui a disparu après s'être manifesté d'une façon transitoire, elle n'a rien qui ne soit en accord avec ce qu'on sait des bruits anormaux du cœur, d'autant que son existence a coïncidé avec le ralentissement et l'énergie plus grande des battements du cœur, tandis qu'il a cessé quand la systole a reparu.

Quant à la dilatation de la pointe, ce qu'elle offre de plus remarquable est l'absence de toute trace de rupture de la membrane interne qui la rapproche des anévrysmes vrais, et le coagulum assez volumineux qui s'y trouvait, bien qu'elle ne format pas une poche isolée séparée par un collet rétréci, ce qui prouve que la coagulation du sang s'y est faite sous une autre influence que la stagnation.

---

elle a reconquis son blason du moyen âge. L'initiative ardente et sagace d'un médecin français, de M. le docteur Schnepp, a puissamment contribué à la réhabilitation académique de l'Égypte.

L'Institut s'occupe de toutes les questions de linguistique, d'art et de science, principalement relatives à l'Egypte, et se compose de cinq sections: lettres et histoire, arts, sciences physiques, sciences naturelles, sciences médicales.

En parcourant les documents intéressants et parfois fort curieux qui sont insérés dans les *Bulletins*, nous n'avons rencontré que les communications suivantes ayant trait à notre art: Un mémoire de M. le docteur Gastinel, professeur à l'Ecole de médecine du Caire, sur les *eaux sulfuro-alcalines d'Hélouan*, très-utiles dans les affections de la peau et la scrofule; des réflexions de M. Colucci-Bey sur le choléra qui sévit au Caire en 1850 et en 1855; des observations de hernie étranglée par MM. les docteurs Ori et Ogilvie; un travail de M. Schnepp sur le mouvement de la population égyptienne et sur sa mortalité; une note de M. le docteur Chafey-Bey sur la médecine empirique qui avait cours en Egypte avant l'introduction dans ce pays de la médecine rationnelle; un mémoire de M. le docteur Nicod sur les *maladies des yeux*, dans lequel l'auteur attribue les nombreuses affections de l'œil en Orient au narcotisme et à l'alcoolisme; une observation de maladie cutanée indéterminée chez un barbarin du Dongolah, par M. Schnepp; un rapport sur l'*hygiène navale des anciens*, par M. Espinassy-Bey; un travail de M. Gastinel sur deux nouvelles préparations arsenicales, l'*arséniate de caséine* et l'*acide tanno-arsénieux*, proposées comme anti-périodiques; une discussion sur la *longévité en Egypte*, à laquelle ont pris part MM. Colucci-Bey, Grégoire et Schnepp; une relation de la constitution médicale d'Alexandrie, par M. le docteur Pensa; un mémoire sur les *eaux salines d'Aïn-Syra*, par M. Gastinel; une note de M. Pensa sur le *diagnostic des maladies;* une observation d'*hémorrhagie passive*, liée aux conditions atmosphériques, par M. le docteur Abbate, médecin particulier du harem du vice-roi; une étude sur *les fièvres typhiques et l'apparition du typhus exanthématique en Egypte*, par M. Schnepp, et une autre sur l'*ophthalmie d'Egypte et sa spécificité*, par M. Abbate; la statistique des cas de rage de 1851 à 1861; et enfin un mémoire sur les *maladies prédominantes parmi les populations indigènes de l'Egypte*, par M. Schnepp.

C'est une belle pensée que d'avoir créé sur ce sol classique, qui fut l'un des premiers berceaux de la civilisation et des sciences, et où l'esprit humain s'est à plusieurs époques élevé si haut, un foyer d'études et de recherches. Nous formons des vœux sincères pour la continuation de la prospérité scientifique de l'Institut égyptien, et nous terminerons en disant que parmi les membres honoraires ou correspondants de cette savante Compagnie, nous avons remarqué les noms de MM. Andral, Cl. Bernard, Flourens, Littré, Rayer, Boudin, Mélier, Larrey, Michel Lévy, Périer, Yvan, Béclard, Davaine et Moreau (de Tours). La France ne pouvait être mieux représentée.

Traité élémentaire et pratique des maladies mentales, par M. H. Dagonet, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg (1).

Il y a vingt-quatre ans, un grand praticien parvenu au terme d'une longue et glorieuse carrière, publiait son testament scientifique. Le *Traité des maladies mentales* d'Esquirol resta longtemps le seul ouvrage classique sur la matière; mais que nous sommes déjà loin de 1838 et de son monopole aliéniste! Aujourd'hui une laborieuse phalange d'hommes spéciaux travaille sans relâche à l'élucidation des nombreux problèmes qu'a fait surgir la pathologie de l'esprit, et parvient à soulever chaque jour un coin du voile. Voici, par exemple, un livre qui n'est point à proprement parler une œuvre originale, mais qui, sous une forme concise, résume assez bien l'état actuel de science. Narrateur exact, historien fidèle, M. Dagonet a dressé l'inventaire de nos connaissances; or, pour qui se donnera la peine de le parcourir, il devra résulter cette conviction que l'étude de la folie est résolûment entrée dans une phase de progrès persévérants, et que ce n'est plus maintenant au frontispice de nos établissements d'aliénés que l'on pourrait graver la fameuse inscription de l'enfer du Dante. La proportion des guérisons dans les formes *curables* de l'aliénation mentale s'accroît sans cesse, et une thérapeutique intelligente a succédé aux préjugés, aux pratiques grossières et parfois brutales, ainsi qu'aux vaines données du dégradant empirisme encore en vigueur il y a soixante ans.

M. Dagonet s'est adjoint trois collaborateurs, MM. les docteurs Barth, Kœberlé et Renaudin: l'un s'est chargé de la rédaction du chapitre consacré à l'imbécillité et à l'idiotie; l'autre a entrepris la difficile étude du crétinisme, et le dernier, administrateur aussi habile que médecin distingué, a enrichi l'ouvrage de considérations fort importantes sur la direction des asiles d'aliénés.

Peut-être aurions-nous désiré trouver dans le livre de M. Dagonet des observations cliniques en plus grand nombre, un peu moins d'idées allemandes et un peu plus de faits pratiques empruntés aux auteurs français contemporains; mais ces reproches sont rachetés par des qualités sérieuses et qui permettront à l'œuvre du savant médecin de Strasbourg de parcourir une honorable carrière.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

(1) Paris, 1862, un vol. de 816 pages, chez J. B. Baillière et fils.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours de médecine populaire, par Manuel Chann, docteur en médecine et rédacteur de la *Bibliothèque des sciences médicales de Saint-Pétersbourg*. Première et deuxième livraisons. Prix de la livraison: *franco* 2 francs. Paris, 1863, J. B. Baillière et fils.

FOLIE ATTRIBUÉE A UNE FRACTURE DU CRANE.

Trépanation. — Mort.

Par M. B. CHOPIN, de Canandaigua (New-York).

L'opération du trépan, peu employée, trop peu employée peut-être en France, l'est plus fréquemment en Angleterre; elle l'est trop souvent en Amérique, si l'on en juge par le cas suivant :

B..., âgé de vingt-quatre ans, fermier, reçut à l'âge de quatorze ans un coup de pied de cheval qui lui fit une fracture comminutive du frontal. Quelques esquilles furent enlevées, et il resta une dépression linéaire oblique allant de la bosse frontale droite au sourcil gauche. Le caractère du blessé se modifia, il devint irritable, mais il resta un homme très-intelligent. Il y a huit ans, il eut un accès de folie qui dura six semaines, et reparut avec une durée moindre six ans après.

Le 27 juillet 1860, il entra dans la maison de santé du docteur Chopin. Sous l'influence du calme extérieur et de l'emploi des bains et de la jusquiame, les accidents disparurent.

Le 19 octobre, ses amis l'engagèrent à quitter la maison de santé pour subir une opération qui lui donnait l'espoir d'une guérison permanente. Le frère du malade, médecin lui-même, fit part au docteur Chopin du triste succès du traitement employé.

On trépana le frontal à l'endroit de l'ancienne fracture, et l'on trouva la dure-mère très-adhérente à la face profonde des fragments. Les trois premiers jours se passèrent bien; le quatrième, il y eut une violente réaction, et la mort arriva le cinquième jour après l'application du trépan. (*American Med. Times.*)

Si l'on peut souvent discuter sur l'opportunité d'une trépanation dans les cas de fracture du crâne récente avec enfoncement des fragments et hémiplégie, si l'on peut quelquefois même regretter que ce moyen soit trop abandonné en France, on ne saurait trop s'élever contre des opérations comme celle que nous rapportons. Elle nous paraît intéressante surtout comme indiquant à quel excès d'imprudence peut arriver la hardiesse de la chirurgie américaine; car, dans ce cas, ce n'est pas un médecin ignorant, et par cela même hardi, mais ce sont les amis et le frère du malade qui le poussent à subir sans nécessité comme sans raison une opération trop souvent et ici même mortelle. (*Gaz. hebdom.*)

TUBE A TRACHÉOTOMIE TOMBÉ DANS LA BRONCHE GAUCHE.

Par M. SPENCE.

Un homme opéré de la trachéotomie il y a quelques années par M. Edwards, portait depuis un tube à canule double. En montant à cheval, et sous l'influence des secousses, le tube, qui peu à peu s'était dessoudé de la plaque, se détacha, et le malade le sentit pénétrer « dans la poitrine ». Il se rendit chez M. Edwards, et en son absence son aide replaça un autre tube, et envoya le patient à l'hôpital.

M. Spence, dans le service duquel il fut placé, voyant la respiration s'exécuter facilement et ne trouvant des deux côtés du thorax aucune différence à l'auscultation, crut à une erreur. Cependant il introduisit une sonde d'abord dans la bronche droite (celle où généralement tombent les corps étrangers), mais ne sentit rien, puis dans la bronche gauche, où il constata la présence de la canule. Il chercha à l'extraire sans agrandir la plaie; mais ne pouvant y parvenir, il endormit le malade, coupa deux ou trois anneaux de la trachée, et avec une pince courbe parvint à opérer l'extraction du corps étranger.

Nous ne connaissons pas d'autre exemple de ce fait, mais il doit engager les fabricants d'instruments à apporter le plus grand soin dans la soudure des différentes parties qui composent les canules à trachéotomie. (*Edinb. Med. Journ.* et *Gaz. hebd.*)

DE LA MÉDICATION ANTI-CATARRHALE.

Par M. le docteur Alb. PASQUIER.

Les premiers brouillards de l'automne sont prématurément venus retentir sur la muqueuse des voies respiratoires, et déjà commence la longue série des amygdalites, des angines, des bronchites, des catarrhes pulmonaires et des broncho-pneumonies. Les substances pectorales, délaissées depuis six mois, redeviennent à la mode; mais, en présence de leur multiplicité, le médecin et le malade ne peuvent qu'éprouver de l'embarras. Fixons donc sur ce point l'opinion.

Sans vouloir rappeler ici quelle était la pratique des Grecs et des Romains, — que l'on a maintenant la prétentieuse habitude de faire intervenir dans toutes les questions scientifiques, — nous dirons que les médecins de la fin du siècle dernier admettaient dans leur matière médicale une classe d'agents qu'ils désignaient sous le nom de *médicaments béchiques* ou *pectoraux*. Dans les nouveaux traités de thérapeutique, cette classe a disparu. La part la plus large est faite aux émollients, aux narcotiques ou aux stimulants; mais les béchiques, si justement préconisés autrefois et si usités, n'existent plus qu'à l'état de lointains souvenirs. Cependant leur action pour combattre la toux est bien manifeste.

La toux pouvant du reste dépendre d'un grand nombre d'affections dont elle n'est que le symptôme, il est évident que tel médicament n'est pas susceptible de guérir toutes les espèces de toux, depuis la toux sèche du pleurétique ou la toux grasse du catarrheux, jusqu'à la toux si variable et si protéiforme du phthisique. Aussi les auteurs en réhabilitant les béchiques ont-ils fait de sages réserves, et donné seulement ce nom aux préparations destinées à combattre principalement la toux occasionnée par les bronchites à quelque période qu'elles soient, et par l'irritation ou l'inflammation grave ou légère de la muqueuse des voies aériennes.

Parmi ces dernières, celles qui ont leur siége dans la partie tout à fait supérieure, la trachéite, les trachéo-bronchites, les laryngites, cèdent de préférence et avec le plus de rapidité à l'emploi des médicaments béchiques, et notamment du *sirop pectoral de Lamouroux*.

Après avoir fait un très-long usage de ce sirop dans notre pratique médicale, nous ne craignons pas de le recommander en toute conscience, car il réunit en lui plusieurs des qualités les plus recherchées dans un médicament : au début des lésions phlegmasiques de l'appareil respiratoire, par exemple, pendant les périodes de tension, de sécheresse, de chaleur et de douleur, il agit activement au moyen des émollients qui entrent dans sa composition et qui s'associent avantageusement aux tisanes ou infusions adoucissantes. Vienne le moment où, par suite d'une excitation prolongée, il se produit un éréthisme nerveux particulier, sur lequel les simples émollients n'auraient plus de prise, et les éléments sédatifs et calmants du *sirop de Lamouroux* entrent alors en jeu, déterminent une réaction salutaire et conduisent aux résultats les plus sûrs.

D'après notre expérience personnelle, cette préparation béchique type possède à un degré des plus élevés la propriété incisive ou *expectorante*, en vertu de laquelle la muqueuse pulmonaire, sollicitée d'une manière spéciale, expulse avec plus de facilité les matières contenues dans les tuyaux bronchiques.

Pendant l'hiver de 1861-1862, alors que la grippe sévissait épidémiquement dans Paris, nous rencontrions constamment des confrères, et nous leur demandions à quelle thérapeutique ils s'arrêtaient de préférence : les uns, dans l'espérance de plaire aux malades, conseillaient des sirops nouvellement préconisés; d'autres ouvraient la veine ou faisaient vomir, mais aucun ne nous paraissait avoir en main un remède d'une efficacité vraiment supérieure. Nous leur racontâmes alors que sur vingt-deux personnes qui, dans notre clientèle, venaient de payer leur tribut à la constitution médicale régnante, nous avions eu recours, comme base de notre médication, au *sirop de Lamouroux*, et que nous avions constamment réussi à déterminer une prompte et solide guérison. Ce fait les frappa vivement, et nous apprîmes bientôt que notre traitement ordinaire était devenu le leur.

Le sirop béchique que nous préconisons a reçu la plus flatteuse approbation de nos confrères les plus distingués, de nos maîtres vénérés, Chomel, Louis, Gendrin, etc., qui le recommandent dans leurs ouvrages, dans leurs leçons cliniques, dans leur pratique particulière, et qui ne cessent de s'applaudir de ses effets. Disons enfin que l'un des professeurs les plus renommés et les plus compétents de la Faculté de médecine de Paris, ancien pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, dont personne ne suspectera à coup sûr l'impartialité, n'a pas craint d'imprimer dans son *Formulaire* qu'il n'était pas de réputation mieux établie que celle du sirop de Lamouroux.

Les malades que leurs occupations au dehors ou une certaine répugnance pour les sirops en général empêcheraient de se traiter par ce moyen, pourront employer avec avantage la pâte béchique et calmante qui a été composée avec les mêmes éléments que le sirop. Nous conseillons principalement l'usage de cette pâte aux personnes qui souffrent d'irritations passagères, mais très-fréquentes, de la gorge. En thérapeutique, les minuties ont une valeur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 novembre. —Présidence de M. DUHAMEL.

M. DESPRETZ présente, au nom de M. Remak, professeur de médecine à l'université de Berlin, la Note suivante, concernant une *pile galvanique portative* dont il fait usage.

Pour faciliter les applications médicales du courant galvanique constant, que j'ai introduit dans la pratique depuis 1856, j'ai imaginé une pile de Daniell portative composée de petites *assiettes* de zinc et de cuivre (de 3 à 4 pouces de diamètre) *superposées* les unes aux autres et séparées par des assiettes d'argile et par deux couches de laine mouillées d'acide sulfurique, étendu du zinc, et d'une solution de sulfate de cuivre du côté du cuivre. On pourra aussi bien arranger d'après cette méthode une pile de Bunsen et de Grove, et utiliser ces *piles d'assiettes portatives* pour différentes circonstances.

Cette Note, conformément au désir exprimé par l'auteur dans sa lettre à M. Despretz, sera réservée pour la commission chargée de décerner le prix concernant l'application de l'électricité à la thérapeutique, prix qui ne sera donné qu'en 1865.

Proportions du corps humain. — M. FLOURENS met sous les yeux de l'Académie plusieurs séries de dessins adressés par M. Fock, d'Utrecht, et se rattachant à ses précédentes communications sur les *proportions du corps humain*, proportions qui selon lui doivent être fixées, non d'après des moyennes provenant de mesures d'un nombre plus ou moins grand d'individus pris au hasard, mais d'après l'observation des types dont la beauté est universellement reconnue.

Dans le présent envoi, en même temps qu'il donne pour des déterminations dont il s'était déjà occupé des éléments nouveaux, il aborde certaines questions qu'il n'avait fait encore qu'effleurer. Ainsi il s'attache particulièrement à la tête osseuse (crâne et face), et prenant pour type la belle tête grecque, il s'attache à faire voir que l'appareil masticateur y est disposé de telle sorte qu'on ne pourrait le modifier sans le rendre un peu moins propre à l'accomplissement de la fonction : les muscles prennent leur attache juste aux points qui doivent rendre leur action plus efficace, les dents sont implantées dans la direction de la mâchoire, elles sont rapprochées de l'articulation, de manière que leur action trouve le moins de résistance possible. On peut suivre les dégradations successives de cette partie dans une série d'images photographiques, qui, commençant par celle d'une divinité produit de l'art grec, présente ensuite des têtes de la race blanche, de la jaune, de la noire.

Ces pièces seront soumises à la commission nommée pour les précédentes communications de M. Fock, commission qui se compose de MM. Serres, Flourens et de Quatrefages, en remplacement de feu M. Magendie.

— M. BUGNARD, principal du collége de Saint-Flour (Cantal), transmet une observation qu'il a eu occasion de faire sur lui-même, concernant l'action heureuse du lait froid pris en boisson durant un accès de colique néphrétique.

La correspondance imprimée comprend, entre autres pièces, *Des considérations sur le traitement de la fièvre jaune chez les Européens récemment débarqués sous les tropiques*, par M. le docteur Guyon, et un *Rapport sur sept mémoires présentés au concours pour le prix offert par le docteur P. Strada sur la question concernant la meilleure organisation uniforme des études médico-chirurgicales et sciences accessoires dans le nouveau royaume d'Italie*; rapport fait par une commission de l'Institut lombard, composée de MM. les docteurs Verga, Griffini et Gianelli, rapporteur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 29 octobre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

COMMUNICATION.

Résection totale du calcanéum : guérison ; résultats ultérieurs — M. VANZETTI. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux des membres de la Société le moule en plâtre d'une jambe et d'un pied sur lequel j'ai extirpé tout le calcanéum.

Il s'agit d'un garçon de quatorze ans qui avait reçu, en jouant, un coup sur la région du calcanéum. Il était survenu à la suite un abcès, puis des ulcères et des sinus fistuleux tout autour du calcanéum. Le stylet faisait constater un ramollissement du tissu osseux. Toutes ces lésions pouvaient faire penser à l'amputation du pied; mais voyant que toute la partie antérieure du pied était bonne, que l'articulation tibio-tarsienne était saine, j'ai fait seulement l'extirpation totale du calcanéum en employant le procédé suivant :

Incision médiane sur la face postérieure et inférieure du talon, suivant son axe longitudinal ; j'ai ainsi formé deux lambeaux latéraux que j'ai rapprochés après l'extirpation. Les suites de l'opération furent assez simples, et la cicatrisation arriva, quoique lentement. Un mois après, le malade a pu marcher sur le pied, qui ne diffère de l'autre qu'en ce qu'il est un peu dans la flexion, sa pointe portée en haut : ce qui s'explique par l'action des muscles antagonistes du tendon d'Achille. Du reste, cette légère déviation est à peine apparente, et lorsque le pied est dans la chaussure, elle disparaît tout à fait.

Quelques chirurgiens pensent que dans ces cas l'amputation est préférable ; l'exemple que je montre n'est pas favorable à cette manière de voir.

DISCUSSION.

M. DEBOUT. Je désire savoir combien de temps ce jeune homme peut marcher sans se fatiguer et sans souffrir.

M. VANZETTI. C'est un garçon pétulant, sans cesse en mouvement; il monte, il descend les escaliers. Quand il était à l'hôpital, il était toujours sur ses jambes. Quelquefois il marchait en s'appuyant sur une canne; mais aujourd'hui il marche, il court, une bonne partie de la journée. Dans la marche, il fait porter le talon et élève u peu la pointe du pied.

M. LE PRÉSIDENT. Je veux joindre mes applaudissements à ceux de mes collègues ; je félicite M. Vanzetti de ses beaux succès, et je le remercie de son intéressante communication.

De la fracture des deux rotules chez le même individu. Nouvel appareil pour traiter ces fractures. — M. TRÉLAT. Il existe dans la science des observations de fracture des deux rotules chez le même individu, mais non simultanément produites. M. Malgaigne signale ce fait, et cite les cas de Meuschner, de Bromfield, de Camper d'A. Cooper; il attribue la seconde fracture à une cause toute mécanique. Voici les expressions qu'il emploie : « La faiblesse de la jambe blessée engage le malade à reporter instinctivement sur l'autre tout le poids du corps, surtout dans les efforts énergiques; la rotule saine se fatigue à la longue, et finit elle-même par se rompre. »

J'ai eu l'occasion de recueillir tout récemment une observation curieuse, qui me paraît en opposition avec cette manière de voir. Pour plus de simplicité, je rapporte les faits non dans l'ordre où je les ai connus, mais dans leur ordre chronologique.

Deux frères, robustes, vigoureux, n'ayant jamais eu d'affections diathésiques, ont eu chacun une double fracture de rotule. Les deux parents, aujourd'hui vivants, se portent bien, et n'ont pas eu de fracture rotulienne. Le frère aîné se brisa la rotule droite à l'âge de vingt-trois ans, en descendant d'un trottoir sur le sol; la marche était peu élevée, il la croyait haute; un mouvement d'extension trop énergique détermina l'accident. Deux ans après, fracture de la rotule gauche en glissant sur une marche dans un escalier. Cette double fracture intéressa vivement les chirurgiens qui soignaient le malade, Thierry et Lisfranc; ils se renseignèrent sur l'état de santé antérieur, et voulurent voir le père et la mère. Leur curiosité eût été bien plus excitée s'ils avaient pu prévoir la suite de l'observation ! Ce malade a deux cals fibreux très-courts, de 6 ou 7 millimètres, qui permettent la marche et la station prolongée.

Le plus jeune frère, non moins robuste que son aîné, avait vingt-huit ans quand il se brisa la rotule gauche; c'était en juillet 1860. Le corps penché en avant, et voulant placer une planche sur un large ruisseau, il se sentit glisser, et l'effort qu'il fit pour se retenir produisit la fracture. Il tomba assis sur le sol, le genou très-fléchi, et ne put se relever qu'avec l'aide des assistants. Un cal fibreux, court et solide, est le résultat de cette fracture.

Le 18 octobre dernier, le malade, qui avait repris toutes ses habitudes, à la sortie d'un théâtre, veut retenir une personne qui manque de tomber devant lui : il trébuche, résiste, et tombe assis sur la marche de l'escalier; sa rotule droite était rompue.

Le lendemain, à ma visite, il y avait un peu d'épanchement; pu-

d'ecchymose; une douleur très-modérée; un écartement de 2 centimètres environ.

En tenant compte séparément de chacun des deux individus, il me semble difficile de faire intervenir la faiblesse de la jambe blessée, car le cal des premières fractures était court, solide, et la marche était aussi facile qu'avant l'accident; on ne peut donc pas dire que le membre sain supportait seul tout le poids du corps. Mais cette hypothèse me paraît perdre toute chance de probabilité, si on considère que les quatre fractures se sont produites chez deux frères, dans des conditions très-analogues, à peu près au même âge et à peu près aussi au même intervalle. Vraisemblablement il y a là plus qu'une coïncidence, et je ne vois nulle difficulté d'admettre une prédisposition tenant à l'énergie du système musculaire et peut-être aussi à une faiblesse relative du squelette.

On comprend qu'une seule observation ne permette pas de juger la question; mais, malgré mes recherches dans les auteurs anciens et modernes, je n'ai rien trouvé de semblable au court récit qu'on vient de lire. En tout cas, et quelle que soit la conclusion qu'on en tire, le fait méritait d'être signalé.

J'ai employé pour mon malade un appareil très-simple et que je crois très-efficace. Voici en quoi il consiste :

J'applique sur chacun des fragments une plaque de gutta-percha longue de 12 centimètres, que je moule très-exactement en la ramollissant dans l'eau chaude. Le moulage terminé et les plaques durcies en les plongeant dans de l'eau très-froide, je les maintiens en position par une bandelette de diachylon placée à l'extrémité la plus éloignée du genou. Puis j'opère le rapprochement des plaques et des fragments qu'elles embrassent de la manière la plus étroite, à l'aide de la griffe de M. Malgaigne. La vis porte ce rapprochement au degré qu'on veut. Le membre est ensuite maintenu dans une gouttière inclinée à 45° environ.

Cet appareil (1), facile à construire, peu douloureux pour le malade, permet de surveiller constamment la fracture; il rapproche avec force les fragments, et ce qui à mes yeux constitue un de ses avantages les plus réels, il s'oppose à l'inclinaison en avant des surfaces de fracture, ce qui a lieu chaque fois que la pression porte sur les bords de l'os, comme dans la plupart des appareils à pression concentrique.

DISCUSSION.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai employé le même moyen il y a plus d'un an. Pour cela, je me sers d'une gouttière, sur les parties latérales de laquelle je place des bandes élastiques transversales, que je réunis au moyen de bandelettes semblables disposées longitudinalement. Par cet appareil, je parviens à affronter les fragments avec tant d'exactitude et de facilité, que dans quelques cas j'ai vu les fragments chevaucher.

J'ai dans ce moment un malade dans mon service sur lequel j'ai pu ainsi produire ce chevauchement. J'ai pu guérir avec mon appareil quatre fractures de rotule, et sur trois j'ai obtenu une réunion osseuse.

Dans mon service à l'hôpital Beaujon, j'ai actuellement quatre fractures de rotule que je traite suivant les mêmes principes. Je pense qu'avec son appareil M. Trélat obtiendra les mêmes résultats favorables.

M. TRÉLAT. Il existe dans la science un si grand nombre d'appareils pour la fracture de la rotule, qu'il me semble impossible que l'on ne se rencontre pas dans les principes de leur exécution. Quant au chevauchement, il me paraît difficile de l'obtenir; mais, en tout cas, il ne faut pas le chercher; l'affrontement des fragments suffit.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA. Il s'est formé à Londres une Société dite du cancer; dans cette Société, l'on professait que le cancer ne s'était jamais montré chez un individu affecté d'ulcère à la jambe. Je viens présenter des pièces qui montrent que cette opinion n'était pas fondée.

Un malade portait un ulcère à la jambe survenu à la suite d'une plaie, et datant de 1813. Cet ulcère avait fini par se fermer en 1821, et il était resté dans cet état jusqu'en 1858; depuis cette époque, il s'est ouvert et fermé deux ou trois fois. Depuis ces dernières années, il s'était couvert de végétations fongueuses offrant çà et là des cavités remplies de matière caséeuse qui, en sortant, présentait tout à fait l'aspect des *vers du nez*. Ces ouvertures étaient inégales : les unes avaient un demi-centimètre, arrondies; les autres, plus petites, aplaties, donnaient à la matière une forme rubanée. A l'origine de ce mal, je n'eus pas d'inquiétude, parce que l'observation d'un cas semblable m'avait démontré qu'il n'y avait pas d'accidents à redouter. Je savais, d'un autre côté, que la matière blanchâtre était de l'épithélium produit dans les anfractuosités. Cependant, chez ce dernier malade, l'affection ne tarda pas à s'aggraver. Le tibia se prit, il se perfora, et des trous faisaient communiquer le canal médullaire avec le dehors. Ces trous ressemblaient à de petites couronnes de trépan. C'est sur ce malade que j'ai observé les pulsations dont j'ai entretenu la Société il n'y a pas longtemps. En cinq ou six semaines, le tibia était détruit presque en entier dans son quart inférieur. Dans toute l'étendue de l'ulcère, il y avait des foyers d'épithélium; il y en avait aussi dans le tibia, dans le périoste; de sorte que ces foyers pouvaient être pris pour des masses tuberculeuses ou cancéreuses.

Le second malade, que j'ai observé du reste en premier lieu, a été vu aussi par M. Bauchet. Il se nomme B... (Joseph), et est âgé de 67 ans; il était contre-maître dans les filatures. A dix-huit ans, il a eu une arthrite rhumatismale suivie d'ankylose de l'articulation coxo-fémorale. L'ulcère a débuté, il y a trente ans, par une petite écorchure. Pendant les dix ans qui suivent, l'ulcère s'ouvre et se cicatrise alternativement pendant deux ou trois mois. La plaie a commencé par la malléole interne de la jambe gauche. Dès le début, il y avait en même temps des varices. Depuis vingt ans l'ulcère ne s'est pas fermé. Alors apparut dans l'aine la pléiade ganglionnaire qu'on observe encore aujourd'hui, et qui est restée stationnaire. Le malade a eu à différentes reprises des érysipèles, dont le point de départ était l'ulcère. Les ganglions inguinaux n'ont jamais été douloureux et n'ont pas suppuré. Il y a quatre ans, la surface de l'ulcère commença à bourgeonner, et par la pression on faisait sourdre de toute la surface ulcérée de petits cylindres d'épithélium.

On peut voir encore sur la pièce que je présente l'aspect qu'offrait cet ulcère, constitué par une sorte de gazon touffu et entourant presque toute la partie inférieure de la jambe. Plusieurs fois Desprès avait abrasé cette surface et pratiqué des cautérisations. La suppuration était très-abondante et très-fétide, à cause de l'épithélium qui se putréfiait. Quelques hémorrhagies s'étaient manifestées et avaient été arrêtées par le chlorure de zinc. Il s'était formé dans les bourgeons un petit anévrysme caractérisé par des battements et qui fut détruit par la cautérisation.

A la suite de ces traitements, la surface ulcérée avait pris un meilleur aspect, la cicatrice avait marché, et l'ulcère était devenu simple.

Cette année, ce malade est entré à l'infirmerie dans le mois de septembre, et M. Jamain, chargé du service, voyant chez lui une grande débilité, lui avait proposé l'amputation, qui fut refusée. Quand j'ai repris le service, j'ai fait la même proposition, qui a reçu le même refus. J'ai alors fait une nouvelle application de chlorure de zinc, mais déjà le tibia était dénudé dans une assez grande étendue, et quelques jours après il survint de la gangrène.

Comme cette complication faisait chaque jour des ravages nouveaux, j'insistai sur l'amputation, qui fut acceptée.

L'amputation a été faite immédiatement. Le trait de scie a porté sur le tibia dans un point non altéré. J'ai constaté que cet os n'était pas attaqué, que l'articulation tibio-tarsienne était ankylosée; le squelette était ramolli dans le bas de la jambe. La peau était très-mince, brunâtre. L'amputation a été faite suivant la méthode à lambeaux. Les muscles ne se sont pas rétractés, ce qui m'a beaucoup gêné pour la réunion.

Je tiendrai la Société au courant de ce fait. L'examen de la pièce a montré de l'épithélium jusque dans l'épaisseur du périoste.

DISCUSSION.

M. HOUEL. Je veux faire remarquer que cette affection a été figurée par M. Jules Cloquet depuis 1815. J'ai reçu de M. Lherminier (de la Guadeloupe) dix-huit pièces prises sur des nègres portant des ulcères de la jambe, offrant cette même complication. J'ai encore les pièces dans le Musée Dupuytren. Quelques-unes présentent des ostéites, des altérations osseuses profondes très-analogues à celles que nous montre M. Broca. D'après le nombre de pièces que j'ai reçues, il semblerait que cette affection n'est point rare parmi les nègres.

L'examen au microscope n'a pas été fait, de sorte qu'on ne peut pas dire qu'il y avait de l'épithélium, mais il est fort probable que l'affection était la même. Du reste, pour juger de la ressemblance, on peut encore examiner une pièce en cire de M. Jules Cloquet : on y trouvera le même aspect qu'à celle de M. Broca.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

(1) On en trouvera une description plus détaillée et une figure dans le numéro de décembre du *Bulletin de thérapeutique.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Ministère de la guerre. — Liste par ordre de mérite des élèves admis à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg :

Candidats à quatre inscriptions. — MM. 1 Eustache, 2 Mounier, 3 Derazey, 4 Kiéner, 5 Tessier, 6 Long, 7 Liénard, 8 Vieusse, 9 Leclerq, 10 Lelorrain, 11 Douat, 12 Charton, 13 Gerber, 14 Carlus, 15 Bizos, 16 Rochet, 17 Merly, 18 Trastour.

Candidats sans inscriptions. — MM. 1 Claudot, 2 Boncour, 3 Marvaud, 4 Delmas, 5 Simonnot, 6 Sorel, 7 Lereboullet, 8 Mabboux, 9 Desprez, 10 Lux, 11 Charpentier, 12 Bourgois, 13 Lepage, 14 Margerie, 15 Dumas, 16 Moret, 17 Rouflay, 18 Gerby, 19 Vigenaud, 20 Foulquier, 21 Florance, 22 Odin, 23 Rousseau, 24 Clarenc, 25 Blaise, 26 Bartbès, 27 Caron, 28 Guilhem, 29 Bouloumié, 30 Letellier, 31 Evrard, 32 Guillé, 33 Annequin, 34 Rouget, 35 Lorber, 36 Tachard, 37 Crussard, 38 Tuefferd, 39 Bidalot, 40 Claude, 41 Cuq, 42 Ramonet, 43 Lecadre, 44 Vincens, 45 Barlet, 46 Piales d'Astrex, 47 Ribes, 48 Meyer, 49 Waltber, 50 Marcailhou, 51 Rosié, 52 Hutin, 53 Boppe, 54 Machizot de Clairval, 55 Gass, 56 Loewel, 57 Triaire, 58 Bedoin, 59 Breton, 60 Laurent, 61 Mouton, 62 Debout.

Les élèves ci-dessus dénommés recevront incessamment à domicile leurs lettres de service.

— Un concours pour onze places d'élèves internes (quatre chirurgiens et sept pharmaciens), à l'hôpital civil d'Alger, s'ouvrira dans cette ville, pour les internes chirurgiens, le vendredi 21 novembre, et pour les internes pharmaciens, le mardi 25 du même mois. Les internes en chirurgie et pharmacie reçoivent un traitement annuel de 1,000 fr., qui pourra ultérieurement être porté 1,200 fr. pour ceux qui auront mérité par leurs services d'être promus à la première classe. Ils sont nourris à l'hôpital les jours de garde.

— M. le docteur Sauveur, membre de l'Académie royale de Belgique (section des sciences mathématiques et physiques), du conseil supérieur d'hygiène publique, de la commission centrale de statistique, secrétaire de l'Académie de médecine, inspecteur général du service sanitaire civil près le ministère de l'intérieur de Belgique, vient de mourir à Liége.

Fils d'un professeur de médecine à l'Université de Liége, M. Sauveur a publié, soit dans les bulletins des corps savants dont il faisait partie, soit en dehors de ces recueils périodiques, de nombreux et utiles travaux sur la flore fossile des terrains houillers de la Belgique, sur les épidémies et les eaux minérales, sur la statistique des sourds-muets et des aveugles, enfin un catalogue, curieux au double point de vue de l'hygiène publique et de la statistique, des phénomènes météorologiques, des disettes et des maladies épidémiques observées dans l'ancien pays de Liége depuis les temps les plus reculés jusqu'à la fin du dix-huitième siècle. M. Sauveur était âgé de 64 ans.

— M. Fort, interne à l'hôpital de la Charité, recommencera son cours d'anatomie et de physiologie le mardi 18 novembre, à quatre heures, et le continuera tous les jours, à la même heure, dans son amphithéâtre, rue de l'École-de-Médecine, 62.

Le cours de pathologie sera commencé le même jour, à deux heures, et continué tous les jours, à la même heure.

— M. Emile Goubert, professeur dans un des lycées de Paris, ouvrira, le 27 du courant, dans son laboratoire, un cours spécial préparatoire au premier examen de fin d'année, et un autre pour le troisième examen de doctorat.

Ce cours sera continué tous les jours, de sept heures et demie à neuf heures et demie du soir, et comprendra l'étude complète de la chimie, de la physique et de l'histoire naturelle médicales. Des excursions au Muséum, et des conférences faites d'après un recueil des questions adressées dans ces dernières années à la Faculté, auront pour but de préparer pratiquement les élèves aux examens.

On peut s'inscrire tous les soirs chez M. Emile Goubert, rue Contrescarpe, 18 (Panthéon).

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 132. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 132. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 12 NOVEMBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a pu continuer ses travaux habituels de fin d'année, sans trop préjudicier à l'intérêt de la séance publique et des communications scientifiques. On a pu entendre, en effet, avant le comité secret, qui clôt invariablement presque toutes les séances du mois de novembre, la fin de la lecture de M. Tarnier sur un nouveau moyen de provoquer l'accouchement prématuré; une lecture de M. le docteur Abbat, d'Alexandrie, sur la néokératopsie ou vision par une cornée artificielle; un rapport officiel de M. Vernois sur divers travaux de statistique mortuaire de M. le docteur Marmisse, de Bordeaux, et une communication de M. Trousseau, relative à l'emploi de l'acuponcture comme moyen de déterminer une adhérence protectrice entre le kyste et la paroi abdominale, dans un cas de kyste ovarique qu'il a eu à traiter dans son service. Voilà, on en conviendra, un assez joli contingent pour une demi-séance.

Le nouveau moyen de provoquer l'accouchement prématuré dont M. Tarnier a entretenu l'Académie, et qu'il a été conduit à rechercher par les difficultés ou les insuccès qui accompagnent l'application de l'éponge préparée et les dangers graves causés par les douches utérines, consiste à se servir d'une sonde dont l'extrémité coiffée d'un tube de caoutchouc peut se dilater en boule quand on y pousse une injection. Cet instrument, porté dans la cavité même de l'utérus, s'y trouve maintenu par le fait seul de l'ampliation qu'il acquiert à la suite de l'injection, et il ne tarde pas, par sa seule présence, à faire naître des contractions énergiques et tous les phénomènes du travail.

L'auteur cite, à l'appui de l'efficacité de ce moyen, dix observations, qui démontrent, dit-il, qu'avec ce dilatateur on provoque l'accouchement prématuré plus facilement qu'avec tout autre procédé. Dix observations! c'était bien assurément le meilleur argument qu'on pût invoquer. Mais les indications de l'accouchement prématuré sont donc bien fréquentes?

Le sujet de la lecture de M. Abbat nous a paru assez digne d'intérêt pour nous faire désirer que les commissaires désignés pour en faire l'examen nous fassent prochainement connaître leur opinion sur les ingénieuses tentatives de notre confrère égyptien.

Nous renvoyons à samedi la publication du fait communiqué à l'Académie par M. Trousseau. — Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. DESORMEAUX.

Plaie de l'appareil cristallinien.

(Observation recueillie par M. Em. GOUBERT).

Le 24 septembre dernier, un homme de vingt-neuf ans, fort, bien portant, entre à l'hôpital pour une plaie de l'œil. La veille, en cassant des pierres siliceuses pour le macadam, il avait reçu un très-petit fragment de silex dans l'œil gauche. Il vit alors, dit-il, comme une étincelle lui monter à l'œil. Un médecin, qui l'examina quatre heures après l'accident, constata déjà, au milieu du cristallin, l'opacité que nous constatons aujourd'hui; la cornée présentait une très-petite plaie à lambeau, de la grosseur d'une petite tête d'épingle; quand on pressait sur la paupière supérieure, on voyait un peu d'humeur aqueuse sortir par la plaie.

Le lendemain, à la visite, M. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, remplaçant momentanément M. Desormeaux, assure que le corps étranger n'a pas pénétré dans l'œil, mais que la cristalloïde antérieure a été un peu déchirée par contusion, par contre-coup, et que l'opacité du cristallin est due dès lors à l'action de l'humeur aqueuse sur cette lentille localement dénudée.

Le malade souffre d'ailleurs fort peu: la lumière ne l'incommode guère. Il présente une assez forte conjonctivite, et les vaisseaux commençant à gagner la cornée, il y a un peu de kératite. — Prescription: quatre sangsues autour de l'œil; compresses d'eau fraîche; instillation de sulfate d'atropine.

Le 25, même état; la conjonctivite diminue, la kératite reste très-superficielle. — Même prescription, et remplacer l'eau par de l'eau laudanisée, pour éviter, s'il se peut, les accidents inflammatoires qui nécessiteraient une ponction.

Le 29, l'œil n'est pas douloureux: la cornée est tendue; le cristallin, tout entier opaque, a quitté en grande partie l'enveloppe entr'ouverte de la cristalloïde, et il fait une hernie volumineuse dans la chambre antérieure, où il se trouve gonflé par l'action de l'humeur aqueuse. Peut-être se résorbera-t-il? — Continuer le laudanum et le sulfate d'atropine.

Le 2 octobre, le malade a souffert un peu hier soir: six sangsues à l'œil. Il continue à bien voir de l'œil sain.

Le 3, l'œil a encore été douloureux: trois sangsues, calomel. La conjonctive est très-injectée; légère kératite.

Le 4, incision linéaire avec le couteau lancéolaire sur la circonférence de la cornée en dehors. Le cristallin ramolli est enlevé tout entier avec la curette de Schufpt.

Les 6, 7, 8, l'œil va beaucoup mieux, il n'est plus douloureux. Le malade entrevoit malgré le manque de cristallin, de lunettes. (Compresses permanentes d'eau laudanisée.) Il reste seulement un peu de kératite superficielle, par suite de laquelle on a différents cercles de diffusion de rayons lumineux.

Le 9, l'œil va de mieux en mieux; la plaie de la cornée est fermée depuis longtemps, mais a laissé une petite tache blanchâtre superficielle verticalement oblongue. Dans le milieu de la pupille paraît en outre en ce moment une fausse membrane blanche de peu d'étendue. — Compresses laudanisées.

Le 10, le malade entrevoit mieux encore; la pupille s'éclaircit; il verra certainement, mais sera myope d'un œil, presbyte de l'autre, à moins qu'il ne s'astreigne à porter des lunettes convexes d'un côté et planes de l'autre; il s'habituera du reste facilement à cette portée inégale de ses deux yeux.

Du 12 au 17, compresses d'eau sur l'œil, frictions avec l'onguent mercuriel belladoné. Rien à noter.

Du 17 au 25, l'œil est complétement guéri et aussi clair que l'œil sain. Le malade sort, bien que la vue soit encore un peu trouble, ce qui paraît tenir à l'absence du cristallin, et plus encore à l'altération de forme de la cornée, par suite de la saillie de la cicatrice et des parties les plus voisines.

DE LA VALEUR DE L'EXPECTATION

dans le traitement de la pneumonie

Par M. le docteur A. LEGRAND, membre de la Société de médecine pratique.

(Mémoire lu à cette Société dans sa séance du 4 septembre 1862.)

Je n'ai certainement pas l'intention de parcourir dans ce mémoire tout le cadre nosologique; je ne veux que comparer la médecine militante à la médecine expectante, au point de vue de la pneumonie; seulement je l'examinerai chez l'adulte aussi bien que chez l'enfant, à l'aide de faits peu nombreux sans doute, mais offrant un caractère bien tranché.

OBS. I. — Le 2 mai 1862, je fus appelé auprès de M. G..., âgé de soixante-sept ans, et que je soignais depuis plus de deux ans pour un catarrhe pulmonaire fort ancien déjà et compliqué de fréquents accès d'asthme. Je le trouvai en proie à une fièvre violente qu'avaient précédée un frisson prolongé et des envies de vomir. L'état fébrile se compliquait d'une grande oppression avec coloration des pommettes, mais surtout de la droite, et le malade accusait dans la région du foie une douleur poignante qui rendait sa toux fort pénible. A l'auscultation, je constatai l'imperméabilité de la base du poumon droit et un bruit de souffle bien prononcé. Je prescrivis immédiatement une application de douze sangsues *loco dolenti*, et le lendemain matin un grand vésicatoire sur les piqûres. Le même soir, je constatai dans l'état de mon malade une grande amélioration caractérisée par moins de fièvre, moins d'oppression et le retour de l'air dans le poumon, s'accompagnant de ronchus de toute nature, mais se compliquant, comme symptôme pathognomonique, d'une expectoration abondante et facile de crachats fortement rouillés. Je facilitai cette sécrétion avec un looch additionné d'oxyde blanc d'antimoine, et dès le 4 je me hâtai d'alimenter mon malade, vu son état cacochyme, qui n'aurait jamais permis une diète un peu longue. Dès ce moment, et malgré la prolongation de l'expectoration sanguinolente, la convalescence suivit son cours normal, malgré l'événement que je vais dire et qui aurait pu la compromettre.

OBS. II. — En effet, le soir de ce même jour, marqué par l'entrée en convalescence du mari, je fus prié de venir voir Mme G..., qui avait été prise de douleurs générales, mais plus prononcées dans la région de la poitrine, où elles paraissaient apporter un véritable obstacle à la respiration. Mme G... était âgée de soixante et onze ans, ne toussait généralement pas, mais n'offrait cependant pas des conditions physiques beaucoup plus favorables que celles de son époux. Elle prétendit être sujette *à ce genre d'indisposition* (ce furent ses expressions), et ne consentit qu'à boire un peu d'infusion de tilleul avec du sirop de gomme. Cet état se prolongea pendant trois jours sans grande aggravation; mais le 9, il se caractérisa mieux. En effet, toutes les douleurs s'étaient pour ainsi dire concentrées à la base du poumon droit, et ce n'était plus qu'une seule douleur et une douleur pongitive, qui rendait la respiration fort pénible. La percussion me fournit un son tout à fait obscur en arrière, et je ne réussis à constater aucun bruit attribuable à la pénétration de l'air dans le poumon; aussi l'oppression était-elle grande et s'accompagnait-elle d'un souffle bronchique encore plus prononcé que chez le mari. La malade continuait à s'opposer à toute médication active, et ne consentit qu'à prendre un looch additionné d'oxyde blanc d'antimoine. L'oppression continua d'aller en augmentant, et Mme G... mourut le 13, dans un véritable état d'asphyxie, sans presque jamais avoir toussé ni surtout expectoré.

Aurais-je donc été plus heureux si j'avais administré à cette dernière malade l'*aconitum* à la dose d'un millionième de grain (4e dilution), ou la *bryonia* à celle d'un milliardième de grain (7e dilution)? Ce que j'ai eu l'occasion d'observer depuis quelques années me donne le droit d'en douter.

Entre autres faits assez nombreux et peu favorables à cette méthode, je citerai le cas d'un maître d'hôtel, âgé de soixante ans à peine, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, qui, à la suite d'un refroidissement suivi d'un frisson violent et prolongé, offrit les symptômes les plus caractéristiques d'une pneumonie double. Il fut traité par la *bryonia* d'abord, parce que le symptôme dominant était un point de côté, puis saigné par l'*aconitum*. Ces deux médicaments furent donnés aux doses homœopathiques indiquées plus haut. Il succomba le huitième jour.

Il en fut de même d'un concierge de mon quartier, âgé aussi de soixante ans, offrant des conditions constitutionnelles aussi favorables que le précédent, mais n'ayant que le poumon droit envahi par le travail phlegmasique. Il n'en succomba pas moins le quatrième jour, malgré la bryonia et l'aconitum.

M. le docteur Collin a obtenu de meilleurs résultats de l'émétique à haute dose, aidé trois fois d'une saignée du bras: dans huit cas, il a obtenu huit guérisons. (*Gaz. des Hôpitaux*, année 1862.)

OBS. III. — Je me rappelle encore qu'à une certaine époque où l'on avait exalté l'influence de la position pour dissiper certaines stases sanguines ou autres, une femme âgée d'environ soixante ans, offrant du reste toutes les apparences d'une bonne et forte constitution, que l'âge n'avait point encore altérée, se présenta à la consultation d'un de nos grands hôpitaux. Admise dans les salles d'un de nos meilleurs cliniciens, son interne, qui est devenu depuis un chirurgien distingué, reconnut une pneumonie qui siégeait à la base du poumon gauche.

Le chef de service, après avoir lui-même constaté la maladie, mais faisant exception à ses habitudes militantes, dit à cette femme qu'il ne lui prescrivait pour toute médication (avec la tisane pectorale) *que de rester couchée jour et nuit sur le côté droit*. Ce conseil fut suivi scrupuleusement et par la malade et par l'interne chargé de la surveiller.

Le cinquième ou le sixième jour de l'invasion, la malade succombait, et le lendemain l'autopsie venait confirmer l'exactitude du diagnostic.

Ce n'est pas la conduite que j'ai tenue dans l'observation suivante, où je me suis bien trouvé d'une médication fort active et variée selon les diverses indications:

OBS. IV. — Je fus appelé le 3 août 1862 auprès d'un cocher de mon quartier, le nommé G..., âgé de trente-six ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin. Il toussait depuis huit jours environ, et était soumis à une médication fort insignifiante. Je le trouvai en proie à une grande oppression (32 inspirations par minute), à une toux incessante, mais sans expectoration. Le pouls donnait 96 à 100 pulsations; la peau était chaude et couverte d'une moiteur qui n'était point en rapport de température avec la chaleur de la peau. Le visage était généralement très-animé. La percussion, pratiquée en arrière, ne donnait point un son bien satisfaisant, et l'air, qui ne pénétrait qu'à peine dans le poumon gauche, ne faisait entendre aucun murmure vésiculaire à droite; il était remplacé partout par un bruit de souffle qui, surtout de ce dernier côté, remplissait l'oreille.

Je pratiquai immédiatement une saignée du bras, qui me fournit du sang noir comme de l'encre, et me donna le soir un caillot très-volumineux, consistant, et recouvert d'une couenne inflammatoire à bords relevés, épaisse de 4 ou 5 millimètres.

Le 4 au matin, je renouvelai la saignée, qui fut aussi bien supportée que la première, mais qui me donna une couenne inflammatoire bien moins épaisse. J'avais été déterminé à la faire par cette considération que la respiration n'était nullement améliorée. Le soir, je prescrivis, au lieu d'un looch simple additionné de 2 grammes d'oxyde blanc d'antimoine, qui avait été pris jusqu'alors, une potion de 150 grammes (eau simple, eau distillée de tilleul, sirop de pavot blanc, ãã P. E.) avec 25 centigrammes de tartre stibié.

Le 5 au matin, je trouvai l'état de M. G... bien amélioré, puisque la respiration était tombée à 28 et la toux notablement diminuée, mais toujours sans expectoration. Les deux premières cuillerées de potion avaient procuré plusieurs évacuations par haut ou par bas; ensuite elle avait été bien tolérée, et le malade en éprouva un grand bien-être. Elle fut continuée le 6, avec une augmentation de 5 centigrammes pour le tartre stibié.

Mais si l'élément inflammatoire avait été heureusement combattu par la saignée et l'émétique à haute dose, restait l'élément catarrhal, qui n'offre plus les mêmes conditions franchement phlegmasiques, et contre lequel les émissions sanguines peuvent bien rester impuissantes. Aussi lui opposais-je un large vésicatoire volant entre les deux épaules, qui, dès le 9, avait amené dans la toux une notable diminution, mais qui ne fut que momentanée; de sorte qu'il fallut le 17 revenir au même moyen, exclusivement pour le côté droit, qui était le siége d'une bronchite capillaire, caractérisée par des râles sibilants, qui compliquaient déjà le double bruit de souffle signalé au début de la double pneumonie. J'administrai en même temps les purgatifs, les calmants, et plus tard les incisifs et les toniques.

Le 15 août, quoique toujours toussant, mais expectorant enfin, et de plus en plus facilement (sans jamais avoir offert de crachats colorés par la présence du sang), G... commençait à prendre des bouillons, et le 20 des aliments solides. Je continuai cependant de le voir jusqu'à la fin du mois d'août, époque où il attendait avec impatience le moment de remonter sur son siége.

C'est surtout pour l'enfance qu'on a exalté les avantages de l'expectation dans le traitement de la pneumonie, et j'ai hâte de dire que c'est avec plus de raison. Cependant, examinons, toujours à l'aide des faits, si dans cette dernière condition de l'enfance, toujours si favorable, l'expectation n'a pas aussi ses dangers.

Obs. V. — Je fus appelé le 14 avril 1862, à cinq heures du matin, pour voir l'enfant d'un des concierges de l'immense square que j'habite. *Je le trouvai dans la dernière période de l'asphyxie!* C'était un enfant de deux ans, issu de parents bien constitués, fort sains, vivant régulièrement, et n'ayant lui-même jusqu'alors jamais été malade. Il avait été visité la veille par un médecin d'un mérite incontestable, mais qui paraissait avoir tenu assez peu de compte de l'oppression avec coloration d'une des pommettes, qui était venue compliquer une toux incessante, datant déjà de quarante-huit heures; aussi n'avait-il prescrit qu'une infusion pectorale. Les parents avaient eu le tort de ne pas l'avoir appelé de nouveau quand ils avaient vu que vers le soir la toux et l'oppression augmentaient. L'enfant passa la nuit dans une agitation extrême, et quand je l'auscultai le matin, je constatai dans toute l'étendue des deux poumons, en avant comme en arrière, l'absence absolue du plus léger murmure vésiculaire, de toute espèce de râle. Il n'existait qu'un bruit de souffle à chaque expiration : c'était une véritable apoplexie pulmonaire! L'enfant expira une heure après ma visite.

Aurait-on donc eu un résultat aussi malheureux, si on avait combattu la maladie à son début, c'est-à-dire dès le 12, soit par un vésicatoire, soit par le kermès minéral, si favorable dans la pneumonie des enfants et toujours sans inconvénient? Le fait suivant permettra du moins d'en douter.

Obs. VI. — Je fus appelé le 31 mai 1862, à une heure fort avancée de la soirée, pour aller voir une petite fille âgée de quatre ans, d'une nature très-vive et très-excitable. Dans la matinée on l'avait laissée s'exposer à un froid humide, alors qu'ayant beaucoup joué, elle était en moiteur. Elle fut peu de temps après prise d'un frisson qu'on combattit en la mettant au lit, mais qui ne s'en prolongea pas moins assez longtemps. A ce frisson succéda une fièvre violente, qui détermina les parents à me faire appeler.

Je trouvai l'enfant en proie à une grande agitation, avec une oppression très-significative, sans grande toux cependant; les pommettes, mais surtout la droite, étaient très-rouges, et le pouls battait 140 fois par minute. A la percussion, je trouvai la sonorité diminuée à droite, en la comparant à celle du côté gauche, et l'on entendait dans la fosse épineuse un bruit de souffle bien caractérisé, tandis que le murmure vésiculaire, toujours si prononcé chez l'enfant, se percevait à peine. Je prescrivis une application de quatre sangsues dans l'intérieur de la cuisse droite au-dessus du genou, avec recommandation d'en faire saigner les piqûres indéfiniment.

Le lendemain matin, je trouvai ma petite malade bien empirée. A la vue des sangsues elle avait poussé des cris aigus, avait eu presque des convulsions, et son aïeule ne les lui avait pas posées. Aussi les deux poumons avaient-ils été envahis par le travail phlegmasique dans leur bonne moitié supérieure (*pneumonie double du sommet*), où le bruit de l'expansion pulmonaire était remplacé par un bruit de souffle très-prolongé. A la vue d'une oppression telle que la suffocation paraissait imminente, je songeai à l'enfant de mon voisinage mort six semaines auparavant dans des conditions presque identiques, et, ne devant plus songer à tirer du sang, je fis appliquer un large vésicatoire entre les deux épaules, et je prescrivis une potion gommeuse où s'associait le kermès au calomélas.

A midi, l'enfant n'était pas plus mal; le soir, je levai le vésicatoire qui avait fourni une cloche immense, et le pansai avec la pommade de concombres. Je trouvai une diminution dans la fréquence du pouls, qui de 160 pulsations était revenu à 140. Le kermès avait été bien supporté, et le calomélas avait procuré une évacuation abondante.

Le 2, après une nuit passable, je constatai une telle amélioration dans les conditions de la respiration, que je compris que je touchais à une entrée en convalescence, qui ne fut plus douteuse le 3, et le rétablissement fut si rapide, que je cessai le 5 de voir cette enfant, qui a eu, dans les premiers jours de juillet 1862, la rougeole la plus bénigne qu'on puisse voir.

Maintenant, ai-je voulu conclure de ce qui précède qu'on doit toujours faire de la médecine active dans la pneumonie, dans celle de l'enfance comme dans celle de l'adulte? Non certes, et surtout chez l'enfant, où elle passe si souvent inaperçue. Mais je crois pouvoir dire que c'est une méthode dont il faut se méfier, puisqu'elle peut vous donner de cruels mécomptes et faire regretter au médecin de ne point avoir agi, surtout dans une de ces maladies où la médecine militante fournit de si beaux résultats. Cette manière de procéder offrira encore bien plus de périls pour l'adulte, quoique je reconnaisse sans difficulté que, même chez lui, la pneumonie abandonnée à elle-même peut fort bien guérir. *J'en suis une preuve.*

Obs. VII. — Vers la mi-décembre de 1860, étant en moiteur et ne trouvant ni voiture ni place dans un omnibus, je montai dessus, et je ne tardai point à y ressentir un léger frisson. Cependant je continuai de voir mes malades et je me couchai le soir après avoir à peine dîné, et ressentant à la base du poumon droit un point de côté que je baptisai de *pleurodynie*. Et cela malgré un vomissement que j'avais eu et un mouvement fébrile très-marqué. Après une nuit fort agitée, troublée par des frissons alternant avec des chaleurs brûlantes, je me levai, et malgré ma *pleurodynie* qui persistait, je repris le cours de mes visites. Mais dans la matinée je dus bien me rendre à l'évidence, car je commençai à expectorer des crachats rouillés d'abord, puis entremêlés de sang pur. Je me couvris avec plus de soin, je me mis à une diète relative, je bus en abondance de l'infusion de racine de guimauve miellée et chaude, me couchai plus tôt, me levai plus tard; *mais je ne m'arrêtai point un instant.*

Vers la fin du mois, j'avais cessé de cracher du sang et j'étais entré en pleine convalescence, quand je fus obligé d'aller à un enterrement par un temps froid et humide. La nuit, je fus repris de ma douleur de côté, sur laquelle cette fois je ne m'abusai plus; d'un frisson violent et prolongé, qui fut heureusement suivi (grâce à un demi-litre d'eau gommée très-chaude que j'avalai rapidement) d'une sueur abondante qui *jugea* cette rechute.

Le lendemain matin, je n'en crachai pas moins de nouveau du sang et continuai d'en cracher huit jours encore. Mais enfin je guéris et n'eusse sans doute pas moins guéri si j'avais pris l'aconit ou la bryone de messieurs les homœopathes.

Quant à ma conduite, qui me fut du reste commandée par les circonstances, fut-elle bien prudente? Un jeune et fort habile chirurgien des hôpitaux, à qui j'en parlai dans des termes un peu en contradiction avec l'esprit de cette note, n'a-t-il pas eu raison de me dire « que je lui rappelais un homme qui » s'était jeté en bas des tours de Notre-Dame dans l'intention de » se tuer, *et qui n'y avait pas réussi!* »

NOUVELLE VARIÉTÉ DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

ou grossesse du col;

Par M. le docteur Al. Chavanne, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il semble impossible de signaler une nouvelle variété de grossesse extra-utérine, après les recherches anatomo-pathologiques si minutieuses de MM. Velpeau, Dubois, et surtout de Dezeimeris. C'est cependant un fait de ce genre que je me propose de vous communiquer (1).

On dit que la grossesse est extra-utérine toutes les fois que le produit de conception s'est développé au sein de l'organisme en dehors de la cavité utérine.

Dans tous les points du trajet que parcourt l'œuf fécondé, depuis l'ovaire d'où il part jusqu'à la cavité de la matrice où il doit arriver, on a trouvé le produit de conception exceptionnellement greffé et développé. On l'a même rencontré à cet état, en dehors de sa voie, soit dans l'épaisseur des ligaments larges, soit dans l'intérieur même du péritoine : d'où les grossesses extra-utérines dites ovarique, tubaire, tubo-utérine, utéro-tubaire ou interstitielle, sous-péritonéo-pelvienne et intra-péritonéale. Dezeimeris, à qui on doit le travail le plus complet sur ce sujet anatomo-pathologique, en a admis jusqu'à dix variétés.

Dans tous ces cas, l'œuf a pris racine avant son arrivée dans l'utérus. Mais peut-il, d'autre part, traverser cette cavité sans s'y implanter, et venir se greffer dans une autre cavité qui en dépend, je veux dire dans l'intérieur du col, et constituer en cet endroit une grossesse extra-utérine, qu'on pourrait appeler *grossesse du col?* On ne s'est point, à ma connaissance, posé cette question, quoique l'induction eût permis à la rigueur une réponse affirmative provisoire. Les faits seuls pouvaient la résoudre. Ces faits ont-ils manqué, ou plutôt, je suis tenté de le croire, ont-ils échappé jusqu'à ce jour à l'observation? Quoi qu'il en soit, il m'a été donné tout récemment d'en observer un cas assez bien caractérisé pour rendre désormais non douteuse l'existence de cette anomalie de la grossesse, et en faire connaître au point de vue clinique les symptômes et un des modes, sinon le seul mode probable de terminaison.

Voici la relation de ce fait, avec tous les détails que j'ai pu recueillir.

Mme X..., âgée de vingt-deux ans, bonne constitution, menstruation régulière, mais souvent douloureuse. Elle est mariée depuis un an et demi. Quelque temps après son mariage, sans cause appréciable, fausse couche à deux mois de conception. A la suite, le repos général et local n'ayant pas été suffisamment observé, métrite subaiguë du col, pour laquelle je suis appelé. Guérison par les moyens ordinaires.

Un an après, c'est-à-dire au mois de janvier dernier, Mme X... vient me consulter de nouveau, se croyant encore atteinte de la maladie dont je l'avais traitée antérieurement.

Depuis un mois environ, douleurs lombaires presque permanentes, diminuant par le repos, douleurs plus vives depuis quelques jours dans le petit bassin, revenant par accès, et ayant tous les caractères des coliques utérines; sensation de pesanteur et de gêne dans cette région; difficulté très-grande d'aller à la garde-robe; envies fréquentes d'uriner; pas de leucorrhée. Les règles n'ont pas paru depuis deux mois; pas de vomissements, mais quelques irrégularités dans les digestions. La malade se « croirait enceinte, dit-elle, si elle souffrait moins », car elle n'a rien éprouvé de semblable à sa première grossesse.

Je pratiquai le toucher vaginal, et voici ce qu'il me fit connaître : A peu de distance de la vulve, le doigt explorateur rencontre tout de suite une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de poule, dont le grand axe est en rapport avec celui du vagin; on dirait un polype, mais je reconnais bien vite que ce n'est autre chose que le col utérin lui-même, fortement modifié dans ses dimensions et sa conformation. Le corps de l'utérus examiné avec soin ne me paraît point partager cet état anormal; il semble avoir son volume et sa mobilité ordinaires. La ligne de démarcation qui sépare le corps de la matrice du col est nettement tranchée; il y a là comme un rétrécissement circulaire remarquable; on le sent avec facilité en refoulant tout autour le cul-de-sac vaginal. La surface libre du col est lisse, sans bosselure; la pression n'en est pas douloureuse. Elle permet de percevoir en différents points des battements artériels qu'on pourrait comparer pour leur amplitude à ceux de l'artère radiale. Les deux lèvres du col sont effacées, et cette extrémité de l'ovoïde se termine par une petite ouverture circulaire très-serrée.

Je ne laissais pas que d'être embarrassé sur le diagnostic de l'état anormal que je viens de décrire scrupuleusement. Je n'y trouvais pas les symptômes locaux de l'inflammation du col, comme je l'avais antérieurement constaté à l'état classique chez Mme X... Je ne m'arrêtai pas davantage à l'idée d'une dégénérescence. L'hypertrophie de cet organe, toujours lente à se produire, affecte plus particulièrement les lèvres du museau de tanche, et même l'une des deux seulement. Mais dans les deux cas, cette altération, loin de rétrécir l'orifice externe, en exagère les dimensions.

L'idée d'une production polypeuse développée dans la cavité cervico-utérine se présentait plus naturellement à l'esprit. Cependant il est bien rare qu'un polype arrive à ce degré de développement sans déterminer de fréquentes hémorrhagies. Enfin une agglutination de l'orifice externe retenait-elle enfermées dans la cavité des mucosités anormalement sécrétées, ou du sang menstruel, comme pouvaient le faire supposer l'aménorrhée existant depuis deux mois et les douleurs hystéralgiques qu'accusait la malade?

Quoi qu'il en fût, je suspendis mon jugement et prescrivis à Mme X..., de grands bains et des lavements laudanisés, me proposant d'essayer ensuite, au moins comme moyen d'exploration, le cathétérisme du col.

Deux jours après ce premier examen, et au milieu de la nuit, je suis mandé auprès de Mme X... Je la trouve en proie à des douleurs très-vives, comparables à celles de l'enfantement; elles siégent dans le petit bassin; elles durent depuis deux heures, mais ne sont pas continues; elles reviennent par accès toutes les cinq ou six minutes. Pendant l'accès, cris, agitation, anxiété, indocilité extrême, envies de vomir, ténesmes rectal et vésical; néanmoins pouls normal, chaleur de la peau naturelle; ventre souple et non douloureux à la pression.

Dans l'intervalle des accès, calme subit; tout semble rentrer dans l'ordre, et malgré ses inquiétudes, la malade reprend presque son enjouement habituel.

Je pratique le toucher vaginal, et je retrouve le même état de choses que j'avais observé deux jours auparavant et que je viens de décrire. Pendant que je procédais à cette exploration, je sens soudain sous mon doigt la tumeur ovoïde formée par la totalité du col se durcir et s'allonger de la manière la plus évidente; en même temps la patiente manifesta de vives douleurs, et me repoussant violemment, elle ne me permit pas de continuer cet examen.

Cependant je venais d'acquérir la certitude que le col se contractait réellement, comme un utérus en miniature, sur un produit quelconque à expulser, et je me bornai à attendre, comptant, pour hâter ce résultat s'il tardait trop, plonger la malade dans un bain et enduire le col d'une pommade fortement belladonée.

Au bout d'une demi-heure, c'est-à-dire après cinq ou six douleurs séparées par des intervalles de quelques minutes, la patiente éprouva tout à coup un grand soulagement, disant qu'elle se sentait mouillée. C'était, en effet, une certaine quantité de sang qui s'écoulait de la vulve, et au milieu duquel nous trouvâmes comme un caillot du volume d'une noix; cette façon de caillot n'était autre chose qu'un œuf avec ses membranes intactes.

Je me hâtai de pratiquer le toucher, malgré une certaine résistance de la malade, et je trouvai le col dans un état bien différent de celui qu'il affectait tout à l'heure. Il ressemble maintenant à celui d'une multipare au septième mois de sa grossesse; il a repris à peu près sa longueur normale; il est épais et mou; son orifice externe est béant; le doigt indicateur, pénétrant dans sa cavité infundibuliforme, arrive jusqu'à l'orifice interne fermé. La plus grande partie de sa surface inférieure, surtout à la face postérieure, est irrégulière, comme fongueuse; partout ailleurs elle est relativement lisse. Je ne doutai plus que l'œuf qui venait d'être expulsé s'était développé dans la cavité même du col, où il s'était greffé, et que les rugosités spongieuses qui tapissaient cette surface n'étaient autre chose que les débris du tissu placentaire maternel. Si je n'avais constaté avec soin ces vestiges de l'implantation de l'œuf, j'aurais pu croire que celui-ci, détaché de la cavité utérine, s'était arrêté quelque temps dans le col, avant d'être définitivement expulsé. Cependant, dans cette hypothèse, il eût été difficile d'expliquer l'absence complète d'hémorrhagie avant l'expulsion, les attaches placentaires étant déjà rompues.

L'œuf que j'avais sous les yeux était du volume d'une noix; les deux tiers de cette petite sphère étaient constitués par une substance placentaire très-manifeste, et le reste par des membranes. J'incisai celles-ci, et il s'écoula de la cavité une petite cuillerée environ d'un liquide blanchâtre, trouble, au milieu duquel nageaient des grumeaux solides, ressemblant à de l'albumine coagulée. Pas d'autres traces d'embryon ni de cordon ombilical. Le fœtus s'était-il de bonne heure désagrégé? N'était-ce qu'un faux germe, ce qu'on a appelé môle charnue, môle placentaire? Peu importe; c'était un produit de conception.

Les suites de ce singulier avortement n'offrirent rien de particulier. Ni douleurs ni fièvre. L'écoulement sanguin, qui fut très-modéré, cessa à peu près vers le cinquième jour. Les seins se tuméfièrent légèrement à l'époque ordinaire. Je parvins à faire garder à ma malade le repos absolu au lit pendant douze jours; mais elle se refusa à une nouvelle exploration. Elle eut bientôt repris sa santé habituelle. Mme X., que je revis deux mois après, ne se ressentait plus de son accident.

(1) Ce travail, lu à la Société impériale de médecine de Lyon, a été reproduit par la *Gazette médicale de Lyon*.

Le fait clinique qui précède, observé sans idée préconçue et dégagé de complication, démontre franchement, ce me semble, que l'œuf fécondé peut, après avoir traversé la cavité utérine, s'arrêter dans l'intérieur du col, s'y insérer et s'y développer; qu'arrivé à un certain degré d'accroissement, le produit de conception est chassé par les contractions propres du col; qu'enfin les phénomènes généraux qui accompagnent cette sorte d'avortement ne diffèrent pas de ceux de l'avortement ovulaire ou embryonnaire.

Des recherches minutieuses faites dans les publications périodiques et dans les travaux spéciaux, ne m'ont point fait découvrir d'exemples de ce genre. Celui que je viens de vous communiquer n'est pas sans doute le premier. Les autres ont échappé probablement à l'observation. Il est rare que l'avortement, lorsqu'il a lieu à une époque si rapprochée du début de la grossesse, ne soit déjà effectué à l'arrivée de l'accoucheur, et puis celui-ci, quand il a constaté au milieu du sang écoulé la présence de l'œuf, néglige le plus souvent l'examen local. Or, cet examen pourrait seul lui faire connaître l'état particulier du col que je signale dans mon observation.

La qualification de grossesse extra-utérine que j'ai cru devoir appliquer à cette anomalie, peut paraître ambitieuse; cependant elle n'a rien que de conforme à la définition classique de la grossesse extra-utérine. Le col aussi bien que la trompe ne sont que des dépendances de l'utérus. Si celle-ci en est le canal d'entrée, celui-là est le canal de sortie; que l'œuf séjourne et végète dans l'un ou dans l'autre, le siége qu'il aura choisi sera toujours en dehors de la cavité de la matrice, c'est-à-dire extra-utérin.

Au point de vue anatomique et physiologique, le col utérin jouit pour ainsi dire d'une certaine autonomie que nous retrouvons en pathologie et même en obstétrique. Il la conserve jusqu'à la fin de la grossesse, et ce n'est que pendant l'accouchement qu'il s'efface, comme on dit, pour se reformer immédiatement après.

Nous avons vu dans notre observation ses contractions propres prises sur le fait. On a bien dit que dans la grossesse tubaire le tissu musculaire de la trompe pouvait donner lieu par ses contractions à la rupture du kyste. D'ailleurs, en raison de l'analogie presque complète de sa structure avec celle de l'utérus lui-même, la cavité du col est loin d'offrir à l'insertion et au développement de l'œuf des conditions aussi peu favorables que l'ovaire, la trompe ou le péritoine.

Grâce aux connaissances ovologiques devenues si précises depuis les travaux de M. Coste, il est possible de se rendre compte, sans trop d'hypothèses, de ce qui se passe dans le cas qui nous occupe.

Une fois la fécondation opérée, la membrane caduque qui se produit à la face interne de l'utérus se prolonge comme la muqueuse qui tapisse cette cavité dans les trompes et dans le col, disposition que Hunter avait déjà démontrée. L'ovule arrivant dans cette cavité, s'arrête bientôt près de l'orifice interne de la trompe qui lui a donné passage, dans un des nombreux replis que forme la membrane caduque. Celle-ci ne tarde pas à végéter autour de l'ovule, à l'enchatonner, et enfin à l'environner en entier d'une nouvelle enveloppe, ou caduque fœtale. Mais le germe ne s'arrête pas toujours vers le fond de la matrice; quelquefois, sous l'influence de causes qui nous échappent, il vient se fixer sur un des points du segment inférieur de cet organe, et même jusque sur les bords de l'orifice interne du col (implantation du placenta sur le col). De là à pénétrer dans le col il n'y a pas loin. La caduque qui s'y prolonge offre à l'ovule, là aussi bien qu'ailleurs, un siége propice à son implantation.

Il est une autre explication que je n'ose pas même proposer, car elle ne s'appuie que sur la supposition d'une monstruosité dont on n'a pas d'exemple authentique; je veux parler d'un oviducte qui, au lieu de s'ouvrir dans un angle supérieur de l'utérus, parcourrait l'épaisseur de la paroi latérale de cet organe et viendrait aboutir dans le col. C'est par cette voie que le germe arriverait dans ce séjour illégitime.

Quoi qu'il en soit, une fois parvenu dans ce point, si l'avortement n'a pas lieu tout de suite, ce qui est peut-être le cas le plus fréquent, l'ovule commence les phases de son évolution. Il se produit alors dans le col les mêmes phénomènes que dans l'utérus. Son orifice supérieur ou interne se ferme plus complétement aussi bien que son orifice externe; ses parois s'épaississent; des vaisseaux sanguins volumineux s'y développent, surtout au point d'implantation du placenta naissant. On se souvient que dans notre observation le doigt explorateur percevait dans les parois du col des battements artériels insolites. Il se passe là en un mot tous les phénomènes intimes de la grossesse normale à son début. Le col représente bientôt, comme je l'ai dit, un utérus gravide en miniature, et l'expulsion du produit de conception arrivé à un certain degré d'accroissement, représente aussi en petit le travail de l'accouchement naturel. Nous avons vu, en effet, le col se contracter comme l'utérus d'une manière intermittente, et ses contractions s'accompagner de douleurs très-vives.

Le corps de la matrice cependant reste-t-il inactif?

Dans la plupart des grossesses extra-utérines où ces recherches ont été faites, on a trouvé l'utérus turgescent, sa cavité tapissée d'une caduque plus ou moins complète, et son tissu musculaire pris de contractions expulsives, soit au terme de la grossesse, soit au moment de la rupture du kyste. Il est probable que les choses se sont passées ainsi dans le cas que je rapporte, quoique je n'aie pas pu le constater. Les contractions synergiques du corps accompagnant celles du col, ont dû contribuer à la vivacité des douleurs ressenties à ce moment par la patiente.

Quant aux vomissements provoqués par le travail, on peut les rapporter à la dilatation difficile du col, comme on l'observe dans beaucoup d'accouchements ordinaires.

Si, au point de vue du pronostic, cette grossesse anormale est sans danger pour la mère, il n'en est pas de même pour le produit. Outre que la région s'y opposerait, le col ne peut pas se prêter à un développement considérable. Son élasticité et sa contractilité propres entrent de bonne heure en jeu pour expulser le contenu. Dans notre observation, la grossesse était arrivée au deuxième mois.

Eu égard à ce dernier caractère, c'est-à-dire à sa terminaison fatale pour le germe, le fait que j'ai eu l'honneur de vous signaler doit aussi trouver sa place dans l'histoire de l'avortement.

La connaissance de ce fait a, ce me semble, plus d'importance sous le rapport du diagnostic. On se rappelle par quels tâtonnements nous avons dû passer, et à quelle réserve nous nous sommes trouvé réduit. Cependant, les symptômes assez caractéristiques que j'ai signalés dans l'observation qui fait le sujet de cette note, et sur lesquels je ne reviendrai pas ici, me paraissent propres à éclairer à l'avenir l'observateur en face d'un cas de ce genre.

Enfin, la question thérapeutique offre peu d'intérêt. L'espoir de conserver la grossesse est impossible. L'avortement est inévitable. Rarement on aura besoin de le favoriser. Le plus souvent il s'effectuera de lui-même. Si on en juge par ce que j'ai observé, la perte de sang n'aura jamais de proportions inquiétantes. Les suites de couches, plus simples même que dans un avortement embryonnaire, ne présentent pas d'indications spéciales. Néanmoins, malgré la bénignité de cet état, je crois qu'il est prudent de faire observer à l'accouchée un repos horizontal un peu prolongé, de peur que le col, dont la vascularisation a été singulièrement accrue, ne reste engorgé ou ne devienne le siége d'une lésion inflammatoire dont la résolution est toujours lente à obtenir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 novembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'Etat adresse une demande d'instructions pour une mission médicale confiée à M. le docteur Dumont, et ayant pour objet d'étudier la fièvre jaune au Mexique. (Commissaires, MM. Louis, Mélier et Trousseau).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Paul Blondeau, pharmacien à Paris, prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté. Le dépôt est accepté.

— M. Trousseau dépose sur le bureau un travail manuscrit intitulé : *Aphorismes sur la nature médicatrice*, par M. le docteur Olof Bang (de Copenhague).

— M. Larrey présente une observation d'ovariotomie pratiquée avec succès par M. le docteur Desgranges (de Lyon). (Renvoi à la commission de l'ovariotomie).

— M. le Dr Halléguen communique la relation d'un cas d'invagination intestinale guérie depuis dix ans avec expulsion de 75 centimètres d'intestin grêle.

— M. Ricord fait un rapport verbal sur une communication de M. le docteur Cazenave, de Bordeaux, ayant pour titre : *Nouvelles observations de coryza chronique et de punaisie non vénérienne.*

LECTURE.

M. Tarnier termine la lecture de son travail intitulé : *Description d'un nouveau moyen de provoquer l'accouchement prématuré.*

Ce travail se résume dans les propositions suivantes :

1° Les difficultés et les insuccès qui accompagnent l'application de l'éponge préparée, et les dangers graves causés par les douches utérines, justifient la recherche d'un nouveau procédé pour l'accouchement prématuré artificiel.

2° Le dilatateur intra-utérin que je propose peut être utilisé dans ce but. Il se compose d'une sonde, dont l'extrémité coiffée d'un tube de caoutchouc peut se dilater en boule quand on y pousse une injection. Un robinet empêche le reflux du liquide.

3° Cet instrument est porté dans la cavité même de l'utérus, et quand il y a été gonflé, il se trouve retenu par l'orifice interne et reste en place sans aucun bandage contentif.

4° Son application est facile et ne cause aucune douleur; elle se fait sans amener la rupture des membranes, et paraît exempte de tout danger.

5° Ce procédé diffère des moyens précédemment employés en ce qu'il permet d'introduire dans l'utérus un corps solide volumineux, qui par son séjour y fait bientôt naître des contractions énergiques et tous les phénomènes du travail.

6° Les observations (au nombre de dix) recueillies jusqu'à présent, semblent démontrer qu'avec ce dilatateur on provoque l'accouchement prématuré plus facilement qu'avec tout autre procédé.

Vision par une cornée artificielle. — M. le docteur Abbat, d'Alexandrie (Egypte), lit un travail intitulé *De la nékératopsie ou de la vision par une cornée artificielle.*

Après avoir démontré que la kératoplastie et les divers procédés de prothèse cornéale proposés ou usités jusqu'ici ne peuvent remplir le but qu'on en attend, M. Abbat s'est proposé de trouver une cornée artificielle qui se prêterait en quelque manière au travail de cicatrisation concentrique de la coque oculaire, par laquelle on éviterait toute cause possible d'irritation par les points de suture ou toute autre espèce de danger de la part des agents extérieurs. Il propose à cet effet une cornée artificielle formée de deux substances différentes : un petit verre de l'épaisseur de la cornée normale, d'un quart de ligne sur un diamètre de 10 millimètres, légèrement concave en dedans et convexe en dehors. Tout autour, dans l'épaisseur de presque 2 millimètres, y est collé exactement un diaphragme en gutta-percha, dont le bord libre est de 2 millimètres et demi, qui forme en tout, avec la lentille, le diamètre total de la cornée, c'est-à-dire 15 millimètres environ. Cette plaque artificielle doit s'adapter et être collée à la circonférence du petit bord libre de la cornée par une substance agglutinative qui doit l'y retenir et l'y coller d'une manière rapide et permanente.

M. Abbat, après avoir essayé plusieurs substances homogènes aux tissus animaux, s'en est tenu à la caséine, qui lui a le mieux réussi.

Ses expériences, en nombre répété sur des lapins et des chiens, et sur les bords mêmes du staphylome après l'opération sur l'œil humain, lui ont assuré et confirmé qu'une couche très-mince de gutta-percha, collée avec la caséine sur les bords de la plaie cornéale, ne produit aucune irritation consécutive, que non-seulement elle y est supportée sans aucun inconvénient, mais qu'elle y forme une adhérence très-difficile à détruire.

Le mémoire de M. Abbat est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Larrey, Denonvilliers et Malgaigne.

RAPPORT.

Statistique mortuaire. — M. Vernois lit un rapport officiel sur un volume intitulé *Essai analytique de statistique mortuaire pour la ville de Bordeaux*, et sur un travail manuscrit ayant pour titre : *Mortalité par affection diphthéritique* dans la même ville, par M. le docteur Marmisse, en réponse à une demande de M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Le travail que M. Marmisse a fait parvenir à M. le ministre est un essai analytique de statistique mortuaire de la ville de Bordeaux, expliquant les causes naturelles, accidentelles et morbides des décès, avec les influences générales qui les régissent (âge, sexe, misère, aisance, mois, saison, professions, etc.).

La notice manuscrite sur la mortalité par affection diphthéritique (angine et croup) dans la ville de Bordeaux pendant les années 1858, 1859, 1860 et 1861, n'est pour ainsi dire qu'un chapitre plus détaillé de la statistique mortuaire. Elle donne une idée exacte de la constitution médicale de cette ville, par rapport à l'angine couenneuse et au croup.

Les travaux que M. le docteur Marmisse a soumis au jugement de l'Académie, dit M. le rapporteur en se résumant, portent le cachet d'un esprit sérieux et intelligent. L'objet dont ils s'occupent est pour ainsi dire à l'ordre du jour, et ils méritent d'être encouragés. Il propose de répondre au ministre que l'Académie a examiné ces mémoires avec l'intérêt dont ils étaient dignes, en a ordonné le dépôt dans ses archives, et a décidé qu'une lettre de remercîments serait adressée à l'auteur. (Adopté.)

COMMUNICATION.

M. Trousseau communique de vive voix la relation d'un cas de kyste ovarique dans lequel il a mis en usage l'acuponcture multiple, dans le but de produire une adhérence de la paroi kystique avec la paroi abdominale, et de faciliter ainsi les injections et l'écoulement des liquides kystiques au dehors.

Nous publierons cette observation dans le prochain numéro.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les prix.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 4 septembre 1862. — Présidence de M. Dupertuis, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance comprend :

Un Mémoire de M. Chrestien, de Montpellier, membre correspondant, sur le meilleur moyen d'employer la belladone pour la réduction des hernies et éviter toute opération. (M. Guersant.)

— M. A. Legrand lit un travail sur la valeur de l'expectation dans le traitement de la pneumonie aiguë. (Voir plus haut.)

— M. Labalbary adresse à la Société la note suivante :

« L'extraction des dents doit être considérée, au point de vue de l'art aussi bien qu'au point de vue légal, comme une opération chirurgicale. »

S'il est vrai qu'il n'y a pas de petites opérations en chirurgie, et que toute tentative entreprise par l'art sur l'être humain est une porte ouverte au trépas, sera-t-on autorisé à soutenir que l'extraction des dents n'est pas une opération délicate, exigeant une connaissance précise de l'anatomie de la bouche, ainsi que des notions de physiologie, d'hygiène et de mécanique, et partant devra-t-on laisser à des mains ignorantes ou inexpérimentées une opération dont les dangers sont plus grands qu'on ne le suppose communément? Qui ne se rappelle avec effroi cette jeune fille morte dans le service de Dupuytren d'une hémorrhagie dentaire dont on ne put se rendre maître? Supposez que cet accident fût survenu entre les mains d'un humble praticien de campagne, et osez dire que sa réputation n'eût pas été compromise sans retour! De tels faits inspirent de sérieuses réflexions, et m'expliquent assez les craintes d'un praticien distingué affirmant un jour « qu'il préférait dans l'intérêt de sa réputation, pourtant bien établie, l'amputation d'un membre à l'extraction d'une dent ».

La *Gazette des Hôpitaux* du 12 août dernier renferme un article dans lequel l'auteur, après avoir discuté la question au point de vue légal, conclut que : *toute personne initiée à l'extraction des dents a le droit de pratiquer cette opération sans avoir de diplôme.*

Les autorités sur lesquelles s'appuie l'auteur de cet article, assurément fort compétentes en cette matière (Coffinières, Briand et Chaudé, Cunin-Gridaine), affirment catégoriquement que l'extraction des dents exige des connaissances spéciales; que cette opération peut donner lieu à des accidents plus ou moins graves : fracture de l'alvéole, fracture du maxillaire inférieur, du sinus maxillaire, luxation de la mâchoire, hémorrhagie, tous accidents qui réclament les secours d'un homme de l'art, et ces auteurs concluent « que cette opération constitue une véritable opération chirurgicale, et qu'elle rentre à ce titre dans l'une des branches de l'art de guérir. »

Or, je le demande, comment se fait-il qu'une opération qui peut

occasionner tant d'accidents ne soit pas rangée parmi les opérations chirurgicales, alors qu'une foule d'opérations moins importantes (ventouses sèches et scarifiées, moxas, cautères, etc.) en font partie? N'y a-t-il pas là une anomalie flagrante, un antagonisme évident entre la pratique et la loi?...

Que si l'on doit admettre que l'extraction des dents constitue une opération chirurgicale, tant au point de vue de l'opération elle-même qu'à cause des accidents auxquels elle peut donner lieu, n'est-il pas conforme à la logique et à la saine raison d'affirmer que cette opération *ne doit pas être exclue de l'art de guérir*, et que l'art. 1er de la loi du 19 ventôse an XI doit lui être appliqué?

L'auteur de l'article cité plus haut conclut des décisions de la Cour d'Amiens et du Tribunal de Boulogne que : « Toute personne initiée » à l'extraction des dents a le droit de pratiquer cette opération sans » avoir de diplôme. »

Ne vaudrait-il pas autant dire qu'un garçon d'amphithéâtre, mécaniquement initié à l'art des ligatures ou des amputations, a le droit de s'intituler praticien et de se mettre en besogne sans se préoccuper de la question de légalité? Il me semble qu'il eût mieux valu poser des conclusions tendant à faire rentrer cette opération dans le domaine de la loi, afin de sauvegarder les intérêts des particuliers; c'eût été, si je ne m'abuse, la meilleure manière d'envisager la question et d'en provoquer la solution de la part de l'autorité compétente.

Qu'il me soit permis de citer un fait tiré de ma pratique personnelle, et qui prouvera le danger que peut entraîner à sa suite l'extraction d'une dent.

Le 20 mai dernier, Mlle M... (d'Antony) se fit transporter chez moi, réclamant des soins empressés pour une hémorrhagie consécutive à l'avulsion d'une dent molaire. Elle me raconta qu'elle était allée à Paris, qu'elle s'était fait arracher une dent à midi, et qu'un quart d'heure après cette opération, une hémorrhagie incoercible était apparue.

Il était six heures du soir lorsque cette jeune personne vint me trouver. Pendant six heures consécutives elle avait perdu du sang. Elle était pâle, exsangue et incapable de se tenir debout. J'appliquai des tampons de charpie saupoudrée d'alun, puis imbibée d'eau de Rabel, de perchlorure de fer. Aucun de ces hémostatiques ne fut assez puissant pour arrêter le jet sanguin. Je fis alors rougir au feu un morceau de fer cylindrique et recourbé, et le portai chauffé à blanc sur le point d'où le sang s'échappait. Le jet fut interrompu. Je coupai alors des rondelles d'amadou que je superposai les unes aux autres, et les ayant trempées dans du perchlorure de fer, je les appliquai en forme de coin dans l'alvéole vide de la dent. L'hémorrhagie ne reparut plus.

Si Mlle M... n'eût pas reçu des soins immédiats, nul doute pour moi qu'elle n'eût succombé à cette hémorrhagie; chose d'autant plus probable que cette jeune personne était prédisposée à l'hémorrhagie en vertu d'une diathèse, car quelques mois auparavant on avait eu beaucoup de peine à étancher son sang s'échappant d'une blessure qu'elle s'était faite avec un couteau.

Voilà un des mille accidents qui peuvent compliquer l'opération si simple en apparence de l'extraction des dents. Je me demande donc s'il ne serait pas sage de faire rentrer cette opération dans le manuel chirurgical, et s'il n'y a pas imprudence et incurie à la laisser pratiquer par le premier venu. Je livre sans commentaires cette réflexion à l'appréciation de mes confrères.

M. DUHAMEL ne croit pas que les accidents dont parle M. Labalbary soient dus à la maladresse du dentiste. L'hémorrhagie, par exemple, peut ne survenir que quelques heures après l'avulsion d'une dent. Il a été appelé il y a quelques mois auprès d'une de ses clientes qui fut prise d'hémorrhagie abondante à la suite de l'avulsion d'une molaire. Une boulette de cire bouchant hermétiquement l'alvéole, suffit pour maîtriser l'hémorrhagie.

Vice de conformation des organes génito-urinaires; imperforation du vagin; opération; guérison. — M. BEYRAN lit une observation sur ce sujet.

M. BOINET. Les atrésies du vagin sont de plusieurs espèces. Les unes sont dues à la présence d'une membrane qui constitue un obstacle non invincible; si elles sont molles, une excision suffit pour les faire disparaître. Les autres sont la conséquence d'inflammation ou d'ulcérations du vagin. Il en est qui sont dues à une constriction du vagin.

Il y a deux ans, M. Boinet a vu avec M. le docteur Mesnet une jeune femme mariée. La sensibilité du vagin était telle, qu'il y avait impossibilté absolue de toucher la malade; les rapports sexuels étaient devenues impossibles. La malade fut éthérisée; un spéculum dilatateur put être introduit, et fit reconnaître l'existence d'une légère vaginite. Des mèches enduites de belladone furent introduites pendant quelque temps; la malade guérit et devint enceinte peu de temps après.

Dans ces derniers temps, M. Boinet a soigné avec M. Trousseau une dame âgée de vingt-cinq ans, veuve depuis deux ans, ayant été trois fois mère. La sensibilité des parties était portée au plus haut degré, et il y avait une impossibilité absolue d'introduire le spéculum et même le doigt. On eut recours au chloroforme, et M. Boinet pratiqua la dilatation forcée; la malade guérit.

Le traitement des atrésies du vagin, ajoute M. Boinet, est variable. Dans les cas où le rétrécissement serait situé à une certaine profondeur, il faudrait procéder avec prudence, et pour ainsi dire couche par couche, afin d'éviter des fistules.

Le secrétaire annuel, Dr MILON.

ADDITION A LA SÉANCE DU 7 AOUT.

Incision de l'iris dans la kératotomie supérieure. — M. COURSSERANT. Tous ceux qui ont fait des opérations de cataracte par kératotomie supérieure (lambeau cornéen supérieur), savent avec quelle peine on fait parfois sortir le cristallin, et ils n'ignorent pas non plus les tentatives réitérées de pression sur le globe, etc., par lesquelles on cherche à provoquer la sortie de la lentille, sortie à laquelle s'opposent soit un spasme de l'iris, soit des adhérences plus ou moins résistantes entre l'iris et la capsule (adhérences invisibles quand elles existent à la face postérieure du voile iridien, à quelque distance du limbe pupillaire). Dans ces circonstances exceptionnelles je fais l'incision de l'iris en haut, c'est-à-dire du bord pupillaire vers l'attache ciliaire.

Ce procédé, déjà mis en pratique huit fois par moi avec un succès complet au point de vue de la guérison de la cataracte, et sans qu'il soit survenu la moindre inflammation soit de l'iris, soit des membranes internes, présente deux particularités dignes de remarque :

1° L'absence complète de douleur éprouvée par le malade au moment où l'iris, interposé entre les branches des ciseaux courbes, est incisé dans toute l'étendue de son diamètre vertical;

2° L'absence absolue de tout écoulement sanguin, soit pendant, soit après l'opération, phénomène qui a lieu d'étonner, surtout si on songe à la riche vascularisation de l'iris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons un triste accident arrivé aujourd'hui à M. A. Brongniart. Le savant professeur s'est fracturé le péroné. M. Velpeau, appelé sur le champ, a appliqué le premier appareil.

— Les journaux des départements nous apportent le récit des rentrées des Écoles préparatoires de médecine.

A Angers, M. le docteur Jouvet, directeur de l'École, a fait connaître la situation exacte de l'établissement.

Son rapport net et précis, où sont consignés avec un soin minutieux les résultats du travail des élèves, toutes les notes de leurs examens et de leurs concours, atteste une fois de plus que la solide instruction donnée par cette École justifie pleinement la confiance des départements voisins. Espérons, avec M. Jouvet, que les générations nouvelles voudront continuer les traditions de leurs aînées, et maintenir intacte la vieille renommée de l'École d'Angers.

Les lauréats sont :

Première année. — Prix : M. Drouet.

Troisième année. — Prix : M. Émile de Lens.

Prix de l'administration. — Ces prix sont décernés aux élèves qui, pendant le cours de l'année, ont rempli leurs fonctions avec le plus de zèle et de dévouement :

1er prix : M. Caternault; 2e prix, *ex æquo* : M. Bellanger et M. Creuzé.

A Amiens, M. le docteur Tavernier a félicité l'Ecole des succès qu'elle a obtenus aux derniers examens des officiers de santé (sur vingt candidats un seul ajournement). Puis il s'est étendu sur les avantages que procurera désormais à la science l'étude de la médecine comparée. Pour lui, la fondation de cette nouvelle chaire, et la nomination de M. Rayer au décanat de la Faculté de médecine de Paris, sont le signal de nouveaux progrès et de nouvelles mesures dans l'intérêt des études.

Après la lecture de ce discours, qui a été fort applaudi, M. le secrétaire de l'Administration des hospices a publié la liste des lauréats du service de santé de l'Hôtel-Dieu d'Amiens; ce sont :

1er prix : M. Challier de Grandchamps; 2e prix : M. Paradis.

Une mention honorable a été accordée à M. Geffroy.

— M. le docteur Carlo Esterle, chirurgien en chef de l'hôpital de Novare, professeur d'obstétrique à l'École provinciale, vient de mourir en cette ville à l'âge de quarante-quatre ans. Médecin et chirurgien également habile, Esterle avait conquis, par ses publications sur l'art des accouchements, une véritable autorité en obstétrique. Député de Trente, sa patrie, au parlement de Francfort, il y protesta énergiquement contre les tendances ultra-germaniques de cette assemblée célèbre, et maintint les droits du Tyrol italien. Le triomphe de la réaction autrichienne avait contraint Esterle à s'expatrier.

— Une question difficile à résoudre vient de se présenter à l'appréciation du sénat de l'Université d'Edimbourg.

Une jeune dame, miss Elisabeth Garret, née de parents jouissant d'une fortune indépendante et qui depuis longtemps manifestait le désir d'étudier les secrets de la médecine, s'était fait inscrire à l'Université de Saint-André. Deux professeurs n'hésitèrent pas à lui délivrer une carte d'admission, et la jeune personne signa, comme les autres étudiants, le livre d'inscription et l'engagement de satisfaire aux statuts universitaires.

La formalité remplie, des doutes se sont présentés à l'esprit de ces professeurs, qui se demandèrent si dans certains cas, sur les bancs du cours d'anatomie, par exemple, la présence d'une jeune femme ne serait pas un grave inconvénient. La question fut soumise à l'appréciation du sénat académique, qui décida que dans l'espèce la remise d'une carte d'admission ne constituait pas un droit suffisant de fréquentation, et qu'il était nécessaire avant d'admettre la récipiendaire, de prendre l'opinion des autres universités et des légistes.

Le *Scotsman*, auquel nous empruntons quelques-uns de ces détails, émet l'opinion que l'humanité aurait beaucoup à gagner aux secours de médecins du sexe faible, naturellement meilleur appréciateur que les hommes des faiblesses et de la sensibilité de l'organisation féminine. Il incline à penser que la présence de jeunes dames de mœurs honnêtes, et assez maîtresses d'elles-mêmes pour ne pas reculer devant les expériences les plus délicates, ne serait pas un obstacle à l'excellence et à la bonne tenue d'un cours.

Au point de vue légal, ce journal est d'avis qu'il n'existe aucun motif pour ne pas admettre les deux sexes à l'enseignement universitaire, qui, étant soutenu par les fonds de l'Etat tout comme les écoles ordinaires, ne saurait en droit repousser l'inscription des femmes. Si des inconvénients se présentaient, il serait toujours temps de prendre des mesures pour les combattre.

— Le cours d'histologie de la Faculté, professé par M. Robin, aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, de midi à une heure. Il commencera le mercredi 19 novembre à midi.

— M. le docteur Mattei commencera un cours public et complet d'obstétrique, le lundi 17 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

La première leçon sera consacrée à l'histoire de l'obstétrique.

— M. le docteur Hiffelsheim recommencera son cours public d'électricité médicale vendredi 21 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis et vendredis suivants.

Le professeur démontrera les *appareils électriques* et leur mode d'*application*, en décrira les propriétés *physiologiques* et les indications *thérapeutiques*.

— M. Jules Talrich, modeleur d'anatomie en cire de la Faculté de médecine de Paris, ouvrira le 20 novembre un cours pratique de moulage orthopédique qui mettra MM. les docteurs et élèves en médecine à même de mouler sur le malade les difformités et autres cas pathologiques qu'ils seront appelés à traiter.

On s'inscrit, jusqu'au 18 novembre, rue de l'Ecole-de-Médecine, 41.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 133. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 133. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois.. 16 » Un an... 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale du mois d'octobre.

M. Lailler a fait comme d'habitude, dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, son rapport mensuel sur les maladies régnantes. Voici quelle a été pour le mois dernier (octobre) la situation sanitaire des hôpitaux de Paris :

Les maladies les plus fréquentes ont été, comme pour le mois de septembre, des fièvres typhoïdes d'un caractère généralement bénin et dont l'issue a été presque toujours favorable. Nous disons *presque* toujours et non pas *toujours*, parce que depuis le rapport de M. Lailler nous avons eu connaissance de quelques cas plus graves et dont l'issue a été funeste. Nous tenons de M. Trousseau qu'il a vu tout récemment en ville une sorte de petite épidémie circonscrite dans une famille, qui n'a pas présenté tout à fait ce caractère de bénignité; et nous-même avons été appelé à voir hier un cas très-grave, et qui nous donne à craindre une issue fatale.

Les rapports partiels mentionnent un assez grand nombre de rhumatismes, de pneumonies et de pleurésies. Les malades les plus nombreux partout, sont les tuberculeux. Quelques services, dit le rapport, en sont littéralement encombrés. Dans les salles de M. Boucher de la Ville-Jossy à Saint-Antoine, ils occupent à eux seuls plus d'un quart des lits.

Les renseignements ont manqué pour ce mois sur les hôpitaux d'enfants, ce qui paraît tenir à l'absence de maladies prédominantes, et même au petit nombre de sujets admis dans ces établissements.

Il résulte, en effet, des renseignements fournis de vive voix par M. Roger, pour l'hôpital des Enfants-Malades, et par M. Barthez, pour l'hôpital Sainte-Eugénie, qu'il y a dans ces deux maisons peu de malades et pas de maladies spéciales. Dans ces derniers temps, cependant, après avoir vu longtemps la moitié des lits vides et le reste occupé par des malades chroniques, M. Barthez a vu survenir quelques cas de croup et d'angine couenneuse de mauvaise nature. Ce médecin ajoute qu'il n'a rien noté de particulier cette année sous le rapport des affections diphthéritiques. 23 croups sur 50, dont 20 avaient été opérés, ont guéri dans son service.

M. Blache a eu dans son service plus de malades que ses collègues. Il a vu surtout, dit-il, dans le cours d'octobre, des rougeoles graves compliquées de pneumonie, et des scarlatines bénignes, avec bon nombre de méningites tuberculeuses. Dans ces jours derniers (premiers jours de novembre), il a observé, ajoute-t-il, beaucoup de croups graves. Enfin, les trachéotomies pratiquées dans son service ont été cette année presque toutes funestes, contrairement à ce qui avait eu lieu auparavant à cet égard. Sur 30 opérations, il n'a obtenu que trois guérisons. En revanche, il a eu six guérisons de croup sans opération.

M. Blache fait la remarque que ces croups dont l'issue a été funeste, étaient généralement consécutifs à des rougeoles.

Beaucoup de ses petits malades ont présenté la paralysie diphthéritique vers le sixième jour, c'est-à-dire à une époque beaucoup plus rapprochée du début qu'on ne l'observe d'habitude.

Des taches bleues dans la dothinentérie.

La tache bleuâtre ou bleue est un symptôme assez commun de la dothinentérie. On l'observe surtout sur la paroi abdominale et sur la naissance des cuisses, où elle se manifeste sous forme d'une tache arrondie, de la largeur de l'ongle, ne disparaissant pas par la pression, et marquée dans toute sa surface, qui est d'un bleu pâle, par une dépression très-légère, mais sensible, de la peau.

On l'observe dans les cas peu graves de dothinentérie; et pour cette raison, des médecins ont voulu que ces cas fussent d'une espèce complétement différente de la fièvre typhoïde.

Ces taches bleues ou bleuâtres se montrent dans d'autres maladies que la dothinentérie. Dernièrement, on les a observées dans le service de M. Beau, chez un jeune homme qui a succombé très-rapidement à une néphrite purulente accompagnée de symptômes ataxiques, mais pure de toute complication dothinentérique.

Deux ou trois jours auparavant, on en observait également dans un autre service de la Charité, sur un homme atteint de pneumonie simple.

M. Beau faisait remarquer, à propos du malade qui a succombé à la néphrite, et d'un autre malade qui est dans son service pour une dothinentérie légère marquée par la présence des taches bleues, que ces taches se voient beaucoup plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

Hypertrophie de la portion palpébrale de la glande lacrymale.

Il existe plusieurs exemples d'hypertrophie vraie de la glande lacrymale; il suffit de citer les faits rapportés par Ph. J. Roux (*Mélanges de chirurgie et de physiologie*, p. 160, Paris, 1809), par Gluge (*Annales d'oculistique*, 1850, t. XXIII, p. 146), par Lebert (*Anatomie pathol. générale*, pl. XII, fig. XIX-XXII). Il n'en est pas de même de l'hypertrophie circonscrite à la portion palpébrale de la glande. Cette variété signalée par Mackensie (*Traité des maladies de l'œil*, 4e édition, trad. Warlomont et Testelin, t. Ier, p. 118), sous le nom d'hypertrophie des *glandules conglomérées*, ne semble avoir été vue par lui que cliniquement, sans que l'examen *anatomique* de la tumeur ait révélé la véritable nature du mal.

Un fait recueilli tout récemment à la clinique de M. Fano, lui a permis de combler cette lacune. Une tumeur occupait la place où existe à l'état normal la portion palpébrale de la glande lacrymale; elle a été enlevée avec la petite portion de conjonctive correspondante à laquelle elle adhérait. A l'examen à l'œil nu, elle était évidemment formée d'un tissu glandulaire dont on distinguait facilement les granulations. Le microscope a confirmé cette appréciation, en démontrant qu'il s'agissait bien d'une véritable hypertrophie glandulaire, sans mélange d'aucun autre élément anormal.

Voici ce fait :

M..., âgé de vingt ans, opticien, se présente à la Clinique de notre confrère, le 7 octobre dernier, se plaignant d'éprouver depuis quatre ans de la douleur vers la partie externe de la paupière supérieure droite. Il a remarqué qu'il était pris de larmoiement de l'œil droit seul, toutes les fois qu'il regarde soit le soleil, soit la lumière d'un bec de gaz, soit la lumière d'une lampe ordinaire. Ce larmoiement cessait dès que le patient ne fixait plus l'une des trois sources lumineuses précédentes.

M. Fano constate que lorsque M... porte l'œil droit fortement en bas et en dedans, et qu'on relève aussi haut que possible la paupière supérieure, pendant qu'on abaisse l'inférieure, il existe au niveau de la partie externe du cul-de-sac supérieur de la conjonctive, précisément à l'endroit où se trouve à l'état normal la portion palpébrale de la glande lacrymale, une tumeur du volume d'un petit haricot flageolet. Cette tumeur est d'une consistance moyenne; la portion de conjonctive qui la recouvre n'est pas mobile sur elle; la muqueuse est très-injectée non-seulement à ce niveau, mais encore dans le voisinage. Dès qu'on cesse de maintenir la paupière fortement relevée, la tumeur disparaît, ou tout au moins se cache.

Séance tenante, notre confrère procède à l'extirpation de la petite tumeur. Les paupières étant convenablement écartées par un aide, au moyen d'une pince à griffes, il saisit la portion de conjonctive qui recouvre la production morbide, et excise celle-ci avec des ciseaux.

Le lendemain, la conjonctive est à peine injectée; il y a une légère ecchymose de la paupière supérieure.

Le 11 octobre, il existe une exsudation blanchâtre à l'endroit où la conjonctive a subi une perte de substance.

Dès le 13, cette exsudation diminue; la conjonctive oculaire est médiocrement injectée dans les divers points de son étendue; l'ecchymose palpébrale est résorbée.

Le 15, la plaie conjonctivale est cicatrisée; la vascularisation de la muqueuse oculaire a diminué. M. Fano engage le patient à reprendre ses travaux d'opticien.

Le 23, il vient lui rendre compte de l'effet produit par l'exercice des yeux. Il affirme ne plus souffrir et ne plus être pris de larmoiement lorsqu'il travaille à la lumière du gaz. La conjonctive reste à peine injectée aux environs de la cicatrice.

La tumeur est formée d'une série de granulations de couleur grisâtre, du volume d'un grain de chènevis, nettement séparées les unes des autres, mais adhérentes à la petite portion de conjonctive qui a été enlevée. M. le docteur Ordoñes, ayant fait, sur la demande de M. Fano, l'histologie de cette tumeur, a reconnu qu'elle était formée par une hypertrophie glandulaire.

Voici la note rédigée par cet habile micrographe :

« La masse de la tumeur est constituée par un grand nombre d'acini glandulaires, entourés d'une trame assez serrée de tissu fibrillaire (cellulaire) dans laquelle se trouvent plusieurs capillaires sanguins de nouvelle formation. Les culs-de-sac glandu-

FEUILLETON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'YONNE.

Nous recevons d'un de nos plus dignes et respectables confrères, M. le docteur Bally, la note suivante sur la dernière séance de la Société médicale de l'Yonne; nous mettons avec grand plaisir sous les yeux de nos lecteurs ce petit travail d'un de nos anciens, qui, comme il le dit très-allégrement dans sa lettre d'envoi, court au grand galop dans sa quatre-vingt-huitième année.

Puissent tous nos lecteurs arriver comme lui, sans infirmités, à cet âge !

La Société médicale du département de l'Yonne, réunie le 6 novembre, a été fort nombreuse. Les distances et la mauvaise saison n'ont pu ralentir le zèle.

Dans son allocution, le président a rendu compte des travaux précédents, qui seront insérés dans le *Bulletin*, qui est sous presse.

Il s'est attaché à stigmatiser le charlatanisme, dont il reconnaît deux classes : le charlatanisme à brevet, l'autre sans titre.

Parmi les pires espèces, il classe les diplômés qui se font un jeu de calomnier leurs confrères, ou de déprécier ceux qui, par leur savoir et leur expérience, ont mérité et conquis la confiance. Il demande dans quel rang placer celui qui, comme la grenouille de la fable, se boursoufle de manière à finir comme elle.

M. Roché, ancien médecin des armées, s'est attaché aussi à poursuivre ces espèces de charlatans; mais il a fait observer avec dignité qu'il ne convient pas aux médecins honnêtes de jouer le rôle de délateurs; lorsqu'il y a des infractions à la loi, c'est aux officiers de la police judiciaire qu'il appartient de poursuivre.

Une belle mission à remplir, a dit cet honorable confrère, c'est de solliciter la révision des deuxième et troisième alinéas de l'article 36 de la loi du 10 mars 1806.

M. Roché a déposé sur le bureau un arrêté d'un ancien préfet, M. de Gasville, tellement sévère que tous les rebouteurs et consulteurs d'urine de son temps avaient disparu de son département.

M. Bally neveu, médecin à Villeneuve-sur-Yonne, a lu un excellent mémoire sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, dont la plus grande fréquence et la gravité sont attribuées par quelques personnes à la vaccine; il a combattu ces prétentions avec une grande puissance de logique.

L'auteur de cette notice se fait sans cesse cette question : Si le virus introduit dans la circulation de l'enfance tue l'adolescence, comment concilier cette singulière pensée avec l'augmentation de la population dans les pays où l'on vaccine, comme en France, où, parmi nous, l'augmentation annuelle est de 160,000 ?

M. Daisse, pharmacien chimiste, a communiqué l'analyse qu'il a faite des eaux de l'Auxerrois. Celle du canton de Villeneuve-sur-Yonne avait été communiquée par le président dans la séance du mois d'août. Les eaux de ces deux cantons émergeant de terrains calcaires, donnent peu de traces de sels magnésiens ou autres, et sont parfaitement salubres.

L'Association fait poursuivre le même travail dans tous les autres cantons du département, et en publiera les résultats.

Les hommes qui travaillent dans les champs sont souvent exposés à une exubérance fongueuse que l'on appelle ongle incarné, et qui exige une extraction bien douloureuse. M. Duché, secrétaire général de la Société, a eu de fréquentes occasions de traiter ce mal. Il s'applaudit de l'application du caustique de Vienne, qu'il applique sur toute l'étendue de l'ongle, à trois ou quatre reprises différentes, et pendant un quart d'heure, livrant la personne à la marche et au travail ordinaire. L'ongle est ensuite enlevé sans la moindre difficulté ni douleur.

Un autre membre a employé le même caustique, qui a produit de vives douleurs. Mais on lui a fait observer qu'avant de l'appliquer, il avait aminci l'ongle au point de dénuder l'orteil, et que le caustique touchait immédiatement les parties sensibles.

M. le docteur Gilet voudrait que l'on procédât toujours par l'extraction, méthode qu'il a constamment employée, en incisant l'ongle pour extraire successivement les parties.

Le caustique de Vienne a été modifié avec avantage par M. Filhos et M. Boudet. La formule donnée par le professeur Bouchardat con-

laires présentent *un volume au moins double de celui de l'état normal.* La paroi propre de ces culs-de-sac glandulaires est fortement distendue par la pression qu'exerce de dedans en dehors *la grande quantité de cellules d'épithélium nucléaire* développée dans leur cavité, de manière que celle-ci en est *entièrement comblée.* La même *hypergénèse cellulaire* s'observe dans les canaux excréteurs de ces glandes. La distension de la paroi propre des culs-de-sac glandulaires est telle, qu'en faisant des préparations microscopiques, la paroi se crève facilement par l'action des aiguilles à dissection. On peut alors constater que la *cavité des culs-de-sac est comblée par la multiplication des cellules d'épithélium nucléaire ;* que l'enveloppe épithéliale est convertie en une masse de cellules conservant la forme du cul-de-sac. Les cellules ne présentent aucune déformation. »

Voilà bien un cas d'hypertrophie glandulaire pure constatée à l'œil nu, et vérifiée par l'inspection microscopique. Au point de vue clinique, il existait plusieurs signes de nature à faire reconnaître l'espèce de tumeur : le siége, précisément au niveau de la partie du cul-de-sac conjonctival, où se trouve à l'état normal la portion palpébrale de la glande lacrymale ; le larmoiement, du côté affecté seulement, chaque fois que le patient s'exposait à l'action d'une lumière vive, phénomène purement réflexe et dénotant un surcroît d'action de la glande lacrymale droite.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DOLBEAU.

Polypes fibro-muqueux des fosses nasales. — Diagnostic complexe. Opération. — Mort.

(Communiqué à la Société de chirurgie.)

R... (François), âgé de quarante et un ans, est entré le 22 mars 1862 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin.

Homme de petite taille, bien constitué, mais conformé à la manière des singes ; les membres thoraciques sont d'une longueur considérable, les mains arrivent jusqu'au niveau des genoux. D'une intelligence très-peu développée, cet individu passe dans sa famille, et à juste titre, pour un de ces idiots qui sont plus gênants qu'utiles à la société. Depuis plusieurs années, il a été placé à la Roquette pour y faire la surveillance des petits enfants.

Cet homme, outre son intelligence obtuse, est affecté d'une surdité presque complète ; aussi est-il impossible d'obtenir de lui aucune réponse touchant la maladie qui l'amène à l'hôpital. Les quelques renseignements qui vont suivre ont été fournis par une de ses sœurs.

Depuis deux ans, on a remarqué une déformation du nez et un nasonnement très-notable. Dès l'âge de trente ans, c'est-à-dire depuis dix à douze ans, R... était sujet à des épistaxis fréquentes. Progressivement il était devenu sourd, et l'on avait remarqué que sa voix était modifiée en même temps que sa respiration très-embarrassée. Il se plaignait souvent de douleurs de tête.

Depuis son entrée à l'hôpital, on a fait la remarque que R... dormait souvent dans le jour, et que les maux de tête étaient fréquents. Enfin, à deux reprises différentes, il est tombé dans les cours privé de sentiment, mais cependant sans être agité de mouvements convulsifs.

Etat actuel le 10 septembre 1862, jour où l'opération doit être pratiquée. — La physionomie est celle d'un être presque dépourvu de raison ; le malade rit et paraît très-heureux qu'on s'occupe de lui ; il demande qu'on le guérisse.

Les yeux sont très-saillants, surtout celui du côté gauche ; la vision est intacte.

Le nez est très-élargi, déformé ; les narines sont repoussées au dehors par des masses molles et rougeâtres qui remplissent toutes les fosses nasales. Ces tumeurs saignent facilement ; aussi peut-on difficilement les explorer.

La bouche est constamment ouverte ; on constate de suite que la respiration s'exécute seulement par cet orifice. Du reste, on peut dire que tout le visage offre un aspect vraiment caractéristique, et tel qu'on le retrouve dans tous les cas de polypes remplissant les fosses nasales.

Malgré la saillie des globes oculaires, il est facile d'établir que l'orbite ne renferme pas de tumeur.

Enfin les sinus maxillaires ne sont pas déformés, et il est évident que le polype n'a pas pénétré dans leur intérieur.

L'examen de la bouche et de l'arrière-gorge permet de constater les particularités suivantes :

La voûte palatine est très-excavée, elle forme une sorte de dôme très-élevé au-dessus du niveau des arcades dentaires ; ses dimensions transversales semblent petites.

Le voile du palais est repoussé en avant, et surtout à gauche. Il est facile de reconnaître qu'une tumeur de l'arrière-gorge a refoulé ce voile, en même temps qu'elle descend plus bas. On trouve, en effet, une masse grosse comme un petit œuf, bilobée, recouverte par une muqueuse saine, le tout d'une couleur blanc rougeâtre. Le doigt introduit passe en arrière de la tumeur, qui est d'une densité fibreuse ; en la contournant et en la pressant, on rend plus saillantes les tumeurs qui sortent en avant de la narine. L'exploration permet, en outre, d'établir que la colonne vertébrale n'a pas de connexions avec le produit morbide. Le doigt passe facilement ; mais arrivé vers l'orifice postérieur des fosses nasales, il n'y a plus moyen de préciser les implantations du polype, car tout l'espace est rempli par la tumeur.

Il n'y a pas de symptômes généraux. Le malade est sans fièvre ; on a remarqué que l'appétit diminuait, que depuis son entrée il maigrissait un peu ; enfin, que tous les troubles dus à la présence de la tumeur allaient en augmentant.

Le diagnostic est le suivant : Polype naso-pharyngien de nature fibreuse, s'implantant à la base du crâne et envoyant des prolongements dans les deux fosses nasales et un peu dans la fente ptérygo-maxillaire, ce qui expliquerait l'exophthalmie du côté gauche.

L'opération qu'on se propose alors, et qui a été exécutée, est la suivante :

1° Ouvrir une voie par une opération préliminaire ;

2° Extirper la masse et détruire ses implantations.

L'opération préliminaire a consisté à abaisser la voûte palatine d'un côté en la laissant adhérente au voile du palais, après l'avoir rendue libre en dedans et en haut, ainsi que cela a été indiqué par M. le docteur Désanneaux. A ce sujet, nous dirons que cette opération nous a donné peu de jour, et que nous eussions été fort gênés si la masse à extirper avait été plus considérable, et surtout si l'implantation avait été à la base du crâne.

Ce premier temps exécuté, il fut facile de constater que les fosses nasales étaient remplies par des polypes fibro-muqueux à implantations variées ; enfin que l'un de ces polypes, plus volumineux que les autres, s'insérait sur les côtés du vomer et remplissait le pharynx, tout en rejetant en avant le voile du palais. Ces différentes tumeurs ont été extirpées ou plutôt arrachées avec des pinces à polypes. Quant à ceux de la fosse nasale droite, ils sont arrachés également, mais par la narine, ainsi que cela se fait ordinairement pour les polypes muqueux des fosses nasales.

L'opération préliminaire a été exécutée le malade étant soumis au chloroforme ; puis, revenu à lui, on l'a fait asseoir sur une chaise, et on a terminé. L'ensemble des manœuvres a duré une demi-heure ; le malade a perdu peu de sang. Aucun vaisseau, sauf la labiale, n'a été sectionné. Une seule ligature a été placée. La voûte palatine a été réunie et fixée à sa place au moyen de fils métalliques, puis on a fait la suture de la lèvre. A ce moment, le sang ne coulait plus.

Le malade a été remis au lit avec des compresses d'eau fraîche sur la face.

La journée et la nuit du 12 septembre se passent bien ; le malade prend du bouillon et du vin avec plaisir.

Le matin du 13, au moment de la visite, on constate que la lèvre est soudée ; les fils sont enlevés ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie ; l'état général est bon, le pouls assez petit.

Le 14, tout va toujours bien. Le malade s'est trouvé assez bien pour écrire une lettre à sa sœur : il lui annonce qu'il va bien. — Bouillon ; potages ; vin.

Le 15, à six heures du matin, le malade, qui quelques heures avant avait bu seul, pris et remis en place son urinoire, s'affaiblit tout à coup et succombe sans présenter aucun phénomène saillant.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Rigidité cadavérique très-prononcée. La lèvre supérieure est soudée. La voûte palatine est agglutinée, mais toujours mobile.

Les méninges et le cerveau ne sont le siége d'aucune vascularisation ; bien au contraire, ils se présentent avec tous les caractères d'une anémie très-prononcée. Il n'y a pas d'épanchement dans les ventricules.

La base du crâne est parfaitement normale. Le seul fait digne de remarque, c'est l'amincissement des parois des sinus frontaux et ethmoïdaux, lesquels sont distendus par des masses polypeuses d'un blanc rosé, en tout semblables à celles qui ont été extraites par l'opération. Dans tous ces points, pas la moindre injection ni la moindre trace de traumatisme.

Les fosses nasales sont vides. Du côté droit, on constate que l'arrachement n'a pas été aussi complet que du côté gauche, ce qui tient à la différence des conditions dans lesquelles on a opéré la destruction des polypes. Toutes les cavités nasales sont revêtues par une sorte de membrane plastique infiltrée de sang coagulé.

Les poumons et le cœur sont parfaitement sains. L'estomac et les intestins sont presque vides. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie interne.

Quant aux polypes eux-mêmes, l'examen microscopique y démontre des éléments de tissus conjonctif et élastique, la plupart du temps plongés au milieu d'une matière amorphe de faible consistance. Dans certains points, au contraire, ces éléments sont condensés, et la consistance devient fibreuse. Çà et là on retrouve quelques éléments fibro-plastiques. Ces divers polypes sont d'ailleurs recouverts d'une couche d'épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Si nous revenons sur les points importants de cette observation, nous devons nous arrêter relativement à la question du diagnostic, et dire quelque chose de la mort survenue dans des conditions si singulières.

Vous vous le rappelez, les premiers chirurgiens admirent l'existence d'un polype naso-pharyngien avec des prolongements du côté du crâne. Ce diagnostic, nous ne l'avions accepté que partiellement. Nous avions pensé qu'il s'agissait là d'une tumeur fibreuse implantée à la base du crâne et ayant occupé secondairement les fosses nasales ; mais c'est parce que nous avions éloigné l'idée de tout prolongement vers la cavité du crâne, que nous avons cru devoir agir. Sur quels signes se fondait-on pour admettre ces prolongements ? Nous l'avons déjà dit ; c'étaient, d'une part, les douleurs de tête et la surdité ; d'autre part, la somnolence habituelle et les pertes de connaissance. Tous ces symptômes, à l'exception du dernier, s'observent quelquefois dans les polypes naso-pharyngiens non compliqués ; la gêne de la circulation et celle de la respiration suffisent pour expliquer les douleurs de tête et la somnolence ; les rapports de la tumeur avec les trompes d'Eustache peuvent rendre compte de la surdité progressive. Quant à la perte de connaissance sans mouvements convulsifs, on peut la considérer comme une syncope également sous la dépendance de troubles apportés dans la circulation et la respiration, par suite d'une tumeur volumineuse située dans le pharynx. Les suites de l'opération, l'autopsie, ont parfaitement démontré que nous avions raison de ne pas admettre les prolongements céphaliques de la tumeur. Il reste une erreur que nous avons partagée avec nos collègues ; nous avons tous pris pour un polype fibreux naso-pharyngien une simple accumulation de polypes dans la cavité des fosses nasales. Ici la méprise a été complète, et on peut même dire qu'elle a été très-préjudiciable. Il est, en effet, probable que l'arrachement simple de toutes ces masses n'aurait pas été suivi d'un résultat aussi funeste.

Je dois mentionner ici une variante dans le diagnostic : M. Trélat, tout en admettant l'existence d'un polype fibro-pharyngien, croyait à l'existence simultanée de polypes des fosses nasales. Tous ces détails vous démontrent combien le cas était embarrassant, et combien l'erreur est quelquefois difficile à éviter. Cependant, en réfléchissant bien, il y avait des raisons pour reconnaître la nature exacte de la maladie et pour faire un diagnostic. L'âge du malade (quarante et un ans) était chose suffisante pour éloigner l'idée d'un polype fibreux de la base du crâne. M. Nélaton a depuis longtemps insisté sur cette circonstance, que ce genre de tumeur est une maladie des jeunes gens, qu'elle n'est pas compatible avec une longue existence. En compulsant les observations, j'ai trouvé que le malade le plus âgé avait trente-six ans, et encore l'affection existait-elle depuis plusieurs années. Chez mon malade, la tumeur existait depuis deux ans seulement, et il avait plus de quarante ans. J'avais fait cette remarque, mais sans y attacher toute l'importance qu'elle mérite réellement.

L'exorbitis n'est pas un symptôme propre aux tumeurs fibreuses de la base du crâne ; ce signe a été noté dans plusieurs observations de polypes nasaux remplissant les deux fosses nasales.

En lisant les observations de tumeurs pharyngiennes qui envahissent les fosses nasales, on voit que ce prolongement se fait ordinairement dans une seule fosse nasale ; il y avait donc lieu de s'étonner, chez notre malade, de voir les deux cavités si exactement remplies.

Il n'y avait donc en réalité qu'un seul signe de tumeur de la base du crâne, c'était l'impossibilité d'explorer la partie supérieure du pharynx. Cependant, quoi de plus simple que l'envahissement de l'arrière-gorge par des polypes nasaux nombreux et dont le volume est devenu considérable ?

En résumé, il n'y avait pas de bonnes raisons pour faire le diagnostic, qui a été accepté par tous les chirurgiens qui ont vu le malade.

---

siste dans l'association de 120 grammes de potasse caustique et 40 grammes de chaux vive en poudre.

Ce caustique est de beaucoup préférable à toutes les compositions où entre l'acide arsénieux.

Une dame âgée de cinquante ans portait au nez un ulcère cancéreux que Dupuytren opéra ; il appliqua une poudre arsénicale dans de la toile d'araignée. Trois jours après, elle fut atteinte d'un tétanos clonique dont elle mourut.

On observe que plus l'absorption des poisons est rapprochée du cerveau, plus rapides en sont les effets.

EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique à M. l'évêque de Saint-Brieuc, citée dans le compte rendu de M. le secrétaire général de l'Association, et relative aux droits et aux devoirs des religieuses, dans les soins qu'elles peuvent donner aux malades, renferme les passages suivants :

« En ce qui concerne les soins et secours aux malades, on a appliqué les règles exposées dans l'avis du conseil d'Etat du 8 vendémiaire an XIV (30 septembre 1805). Aux termes de cet avis approuvé par l'Empereur, et relatif spécialement aux curés et desservants, ces ecclésiastiques peuvent aider de leurs conseils et de leurs secours les pauvres de leurs paroisses, toutes les fois qu'il ne s'agit d'aucun accident qui puisse intéresser la santé publique, et pourvu qu'ils ne permettent ni de signer des ordonnances, ni de rédiger des consultations, et que leurs visites soient entièrement gratuites.

» En donnant des soins *gratuits* aux malades pauvres, les religieuses font ce qui est permis à la bienfaisance et à la charité de tous les citoyens, ce que la morale conseille et ce qu'aucune loi ne défend.

» Quant aux médicaments, un règlement, rédigé le 9 pluviôse an X par une commission de professeurs de l'École de médecine de Paris, et approuvé par M. le ministre de l'intérieur (M. Chaptal), qui l'a transmis aux préfets avec sa circulaire du 28 ventôse an X, détermine, sous le nom général de *médicaments magistraux* ceux que les sœurs de charité peuvent préparer et distribuer aux malades. Une seconde circulaire ministérielle du 16 avril 1828 porte que les sœurs de charité ne peuvent ni distribuer ni vendre des remèdes composés, de véritables préparations pharmaceutiques, sans contrevenir aux dispositions des lois concernant l'exercice de la pharmacie ; mais elle ajoute ce qui suit : « On a pensé, d'après l'avis de la Faculté de Médecine, » qu'on pouvait autoriser les sœurs de charité à préparer elles- » mêmes, *et à vendre à bas prix* des sirops, des tisanes et quelques » autres remèdes qu'on désigne dans la pharmacie sous le nom de » *magistraux ; mais là doit se borner la tolérance qu'elles sont en droit* » *de réclamer dans l'intérêt des pauvres.* »

» Depuis cette circulaire, la cour de Bordeaux a décidé, par un arrêt fortement motivé du 28 juillet 1830, que la loi du 21 germinal an XI n'a fait aucune distinction entre les remèdes officinaux et magistraux ; qu'elle interdit la vente des uns et des autres à toute personne qui n'a pas obtenu un diplôme de pharmacien ; que, par conséquent, cette prohibition générale s'applique aux religieuses (qui faisaient partie, dans l'espèce soumise à la cour de Bordeaux, de la congrégation de Saint-Vincent-de-Paul).

» Cet arrêt me paraît conforme à l'esprit et aux termes de la loi du 21 germinal an XI.

» D'après ces motifs, je pense, Monseigneur, que les filles du Saint-Esprit ont la faculté de donner des soins gratuits aux malades pauvres et de leur distribuer des remèdes simples ou magistraux, *mais sans avoir le droit de les vendre.* »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons sur les affections cutanées parasitaires, par M. BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Un vol. in-8°, orné de 5 planches gravées sur acier. Prix : 5 francs *franco*.

Leçons d'orthopédie, par M. MALGAIGNE, professeur de médecine opératoire. Un volume in-8° avec 5 planches. Prix ; 6 fr. 50 c.

Leçons sur l'empirisme, par M. TROUSSEAU. In-8°. Prix : 1 fr. 50.

Ces trois ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye, 3, place de l'École de Médecine, à Paris.

Mémoire sur les causes des taches de la cornée, par M. le docteur CASTORANI. Brochure in-8° de 14 pages. Prix : 75 c. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris.

lade, et il y avait des signes à invoquer pour éloigner l'idée d'une tumeur fibreuse naso-pharyngienne.

La conclusion générale à tirer de ce fait particulier serait que tout est difficile : vérité très-ancienne et qu'on ne saurait trop vulgariser. Mais, en outre, nous pouvons, au bénéfice de la clinique, faire les remarques suivantes :

1° Les polypes nasaux peuvent envahir le pharynx, refouler le voile du palais, comprimer les trompes d'Eustache et simuler un polype naso-pharyngien implanté sur la base du crâne.

2° Les polypes nasaux peuvent déterminer la saillie du globe de l'œil, ce qui tient au refoulement de la partie profonde de l'orbite.

3° Les polypes nasaux peuvent s'accompagner de maux de tête, de somnolence, de pertes totales de connaissance, symptômes qu'on observe également dans les polypes fibreux de la base du crâne ; mais tous ces phénomènes, qui semblent dus à des troubles de la circulation et de la respiration, s'observent en l'absence de tous prolongements de la tumeur jusque dans la cavité du crâne.

Avant de terminer, je veux encore dire quelques mots relativement aux causes de la mort dans le cas particulier qui fait l'objet de cette communication :

Les suites de l'opération furent simples ; le malade perdit peu de sang pendant les manœuvres, et surtout il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive ; l'autopsie a démontré l'absence de lésions matérielles, mais on a noté tous les signes de l'anémie cérébrale. Il y a donc lieu, pour toutes ces raisons, d'admettre la mort par une sorte de syncope. Cette altération des centres nerveux due à des causes diverses (épistaxis fréquentes et abondantes, troubles de la circulation par compression, troubles de la respiration, etc.), s'était déjà manifestée par les pertes de connaissance éprouvées à deux reprises différentes ; les douleurs de l'opération, la perte de sang inévitable, n'ont fait que compléter cet état anémique de l'encéphale, et on s'explique ainsi que le malade soit mort à la suite d'une nouvelle syncope qu'il n'a pu surmonter.

LIQUEUR DE DONOVAU. — MODIFICATION.

La liqueur iodo-arsénico-mercurielle de Donovau a été jusqu'ici peu employée, ce qui tient soit à la proportion considérable où figurent ses ingrédients vénéneux, soit à l'état de solution imparfaite qu'ils y affectent.

M. Ferrari a obvié à ces deux causes de discrédit en en formulant la préparation suivante :

Acide arsénieux.	2 décigr.
Eau distillée.	120 grammes.

Dissolvez à la lampe ; ajoutez :

Bi-iodure de mercure.	4 décigr.
Iodure de potassium.	q. s.

pour la parfaite dissolution du bi-iodure de mercure. — Filtrez au papier.

La manière, assez peu commode du reste, dont l'auteur emploie cette formule pour les besoins de la pratique, consiste à en donner 6 gouttes dans une potion de 120 grammes, à laquelle il ajoute en outre 4 décigrammes d'iodure de potassium. Il faut augmenter tous les jours de 4 gouttes la dose de la liqueur, et de 1 décigramme celle de l'iodure. Il va parfois jusqu'à 120 gouttes de la liqueur.

La potion est prise en trois fois dans la journée. Il a guéri de cette manière plusieurs cas de syphilis rebelles.

(*Bollettino delle scienze mediche di Bologna.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 novembre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. LARREY présente, au nom de M. Sédillot, un mémoire sur la rhinoplastie frontale.

Voici ce mémoire, qui est accompagné d'une planche photographique :

Note de M. le professeur Sédillot sur la rhinoplastie frontale. — Dans la séance du 12 février 1862 de la Société de chirurgie, M. Verneuil, dans son rapport très-intéressant sur divers procédés de rhinoplastie, 1° par glissement avec ostéoplastie, 2° par deux lambeaux géno-maxillaires, 3° par trois lambeaux, l'un frontal, les autres géno-nasaux, a paru tenir en très-médiocre estime la rhinoplastie frontale, quelles qu'en fussent les modifications, et il a même ajouté que cette opération était généralement abandonnée.

Cette sorte de condamnation s'appliquait, il est vrai, d'une manière toute particulière aux cas où les os propres du nez avaient été détruits, mais cette distinction toutefois n'était pas très-accentuée, puisque dans le procédé ostéoplastique de M. Ollier un des os du nez existait encore, et que les lecteurs seraient facilement disposés à étendre le jugement de M. Verneuil à toutes les restaurations nasales.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, les résultats signalés par ce chirurgien à la suite des trois nouveaux procédés décrits par lui étaient trop récents ou trop incomplets pour motiver un jugement définitif, et le seul point sur lequel les membres de la Société aient semblé d'accord, fut l'insuccès des tentatives ostéoplastiques au moyen du périoste conservé, et le degré de ressemblance de ces procédés avec la rhinoraphie de l'illustre Larrey.

Parmi les malades que j'ai heureusement opérés de rhinoplastie, j'avais rencontré l'un d'eux à Mulhouse ; il y exerçait la profession de menuisier sans que personne sût, même parmi ses camarades, qu'il portait un nez artificiellement reproduit au moyen d'un lambeau emprunté au front.

J'avais présenté à l'Académie des sciences cette observation, qui a été publiée dans le numéro du 24 octobre 1857 de la *Gazette médicale de Strasbourg*.

Je pensai qu'il ne serait pas sans intérêt de savoir quels changements un intervalle de cinq ans et demi aurait apportés dans l'état du malade, et je priai un de nos confrères, M. le docteur Erhmann, ex-professeur de clinique médicale à Alger et maintenant praticien distingué de Mulhouse, de s'enquérir de mon opéré et de le faire photographier s'il le découvrait.

M. Erhmann m'apprit peu de jours après qu'il connaissait depuis longtemps le malade, qu'il l'avait vu opérer à ma clinique, et qu'au jugement du photographe et de tout le monde, le nez était resté la partie du visage la plus régulière au milieu des cicatrices anciennes et profondes qui avaient atteint les téguments.

Je transcris ici les détails fournis par M. le docteur Erhmann.

« Le nouveau nez ne s'est nullement affaissé, et ne forme ni pli ni tumeur au niveau du lobule, avantage que vous aviez sciemment obtenu en ne sectionnant pas le pédicule du lambeau frontal. La solidité du nez est parfaite ; le malade peut se moucher très-vigoureusement, sans aucune gêne ni douleur. Les cicatrices latérales sont si régulières et si peu apparentes, qu'il faut un examen très-attentif pour les découvrir ; aussi les personnes étrangères à l'art ne se doutent-elles pas de l'opération qui a été pratiquée, et accordent toute confiance au malade, qui dit avoir été blessé accidentellement. C'est au point que plusieurs médecins n'ont pas reconnu la rhinoplastie, et le photographe auquel j'ai conduit hier votre opéré me disait, avec l'accent d'une franche conviction, en faisant allusion aux cicatrices du lupus, que le nez était incontestablement ce que le malade avait de plus esthétique dans les traits.

» Les téguments du nez, restés pendant deux ans environ après l'opération plus pâles que ceux du reste de la face, présentent actuellement avec ces derniers une parfaite conformité de teinte. Ils se colorent d'ailleurs au même degré que les parties voisines, sous l'influence des impressions morales et des excitations de toute nature.

» Le froid ne l'éprouve pas d'une manière insolite.

» Les sensations de l'extrémité du nez sont aujourd'hui encore rapportées au point où a été emprunté le lambeau, c'est-à-dire au front.

» La sous-cloison reproduite par votre procédé à double lambeau, dont l'un pris à la lèvre supérieure, est également très-régulière, mais un peu courte.

La narine droite s'est fermée il y a environ un an à la suite d'un impétigo qui en a agglutiné les bords. Comme cette narine était, au dire du malade, un peu plus grande que l'autre, il en est résulté de la gêne dans la respiration nasale et la nécessité de dormir la bouche ouverte. C'est l'effet d'un accident auquel le malade désirerait que vous voulussiez bien remédier. »

Telle a été la communication de M. le docteur Erhmann. Quelques jours plus tard le malade vint me voir, et je constatai l'exactitude des détails précédents.

Je pus aussi m'expliquer le raccourcissement, peu marqué au reste, de la cloison sous-nasale.

Je m'étais borné au moment de l'opération à détacher un lambeau tégumentaire de la partie moyenne et verticale de la lèvre supérieure, pour le renverser horizontalement en haut, et l'adosser à la surface cruentée du prolongement en languette étroite du lambeau frontal.

L'extrémité libre de ce dernier fut engagée dans la partie supérieure de la plaie de la lèvre, et celle-ci fut réunie immédiatement.

Plus tard, la cicatrice de la lèvre s'est écartée, probablement peu à peu et lentement, et la pointe du lambeau frontal est presque venue au contact du bord muqueux de la lèvre, fortement relevé.

Cette modification dans l'état des parties semble montrer la nécessité de tailler le lambeau central de la lèvre dans toute l'épaisseur de cet organe, dont la réunion resterait ensuite complète, tandis qu'en n'entamant pas le muscle orbiculaire et la muqueuse, on s'expose à voir la cicatrice tiraillée et graduellement écartée, comme dans l'observation de notre malade.

Sans doute le lambeau labial serait trop épais, mais on en retrancherait les plans musculaires et muqueux, et le résultat serait le même au point de vue de la restauration nasale, mais resterait meilleur comme permanence des formes de la lèvre.

Je compte, à la reprise de ma clinique, restaurer l'ouverture de la narine droite, et je profiterai de ce moment pour rétablir en même temps la hauteur médiane de la lèvre, en suivant le procédé que je viens d'indiquer.

COMMUNICATION.

Tumeur fibreuse de la nuque. Extirpation. Caractères de cette tumeur. — M. HUGUIER fait de vive voix une communication sur ce sujet et remet ensuite une observation suivie de réflexions résumant les caractères principaux de cette affection.

Voici cette observation :

Le 24 octobre 1862 est entrée à l'hôpital Beaujon la nommée C... (Marie), âgée de vingt-cinq ans, domestique, actuellement couchée au numéro 58 de la salle Sainte-Clotilde.

Cette femme, d'une taille et d'un embonpoint médiocres, paraît d'une bonne constitution et d'une santé générale satisfaisante. Elle n'offre aucun antécédent qu'on puisse rattacher à une diathèse.

Venue à Paris il y a deux ans, elle s'y est toujours bien portée. Privée de très-bonne heure de ses parents, elle ne peut donner aucun détail sur leur dernière maladie.

Le motif qui l'amène à l'hôpital est une tumeur située à la région occipito-cervicale postérieure ; ce mal a débuté, il y a sept ans, par une petite grosseur du volume d'un pois, s'accompagnant d'une sensation de prurit dont la malade se souvient comme ayant ouvert la série de ses souffrances.

Aujourd'hui, cette tumeur offre le volume du poing d'un adulte.

Des douleurs se font sentir dans la partie malade, et quelquefois il se déclare d'assez violents maux de tête. La douleur est surtout prononcée quand la tête est portée dans l'extension ; la flexion ne détermine rien de semblable. La région cervico-occipitale postérieure présente une saillie très-marquée qui est recouverte par les cheveux ; la tumeur est limitée en haut et séparée du crâne par un sillon nettement accusé, situé vraisemblablement un peu au-dessus de la ligne courbe supérieure de l'occipital ; inférieurement, elle se prolonge sous la peau jusqu'à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la portion cervicale du rachis ; latéralement enfin, elle est bornée par les apophyses mastoïdes. Les téguments sont sains ; point d'engourdissement, point d'œdème, qui puissent faire croire à la compression de nerfs ou de vaisseaux. Que si on palpe la tumeur, on la trouve d'une consistance molle, mais d'une mollesse moindre que celle du lipome, uniforme d'ailleurs et point lobulée, quelque peu mobile.

Pour M. Huguier, cette tumeur ne siége point immédiatement sous l'aponévrose, mais bien sous les muscles superficiels de la région (complexus, splénius, trapèze), d'où l'impossibilité d'établir un diagnostic rigoureux. S'agit-il en effet d'une tumeur fibreuse, ou d'un kyste à parois épaisses ? Une ponction exploratrice lèverait la difficulté, mais M. Huguier juge inutile d'y avoir recours.

En l'absence de toute contre-indication, l'extirpation est résolue et opérée le 22 octobre.

La partie ayant été préalablement rasée, une première incision intéressant la peau et l'aponévrose est faite longitudinalement sur la ligne médiane, et met de suite la tumeur à découvert. Chacune des lèvres de la plaie est ensuite incisée transversalement, de façon à rendre la dissection praticable : on peut alors vérifier l'exactitude du diagnostic, en ce qui touche le siége de la tumeur. Puis le chirurgien saisissant cette dernière à pleine main, l'énuclée sans peine, après quelques efforts de traction ; le pédicule, peu résistant, cède aussitôt. Il s'insérait sur les apophyses épineuses et transverses, et sur l'occipital à sa partie inférieure, ainsi qu'on s'en assure avec le doigt. Nul vaisseau important n'a été ouvert pendant le cours de l'opération. La plaie est réunie par une suture dans sa moitié supérieure et par des bandelettes de diachylon dans le reste de son étendue. On termine par un pansement simple.

La tumeur, convexe à sa partie postérieure, est bilobée à sa partie antérieure : les deux lobes sont séparés par une sorte de poulie, du milieu de laquelle naît le pédicule dont nous avons plus haut indiqué l'insertion.

D'une consistance ferme, élastique, ladite tumeur rappelle jusqu'à un certain point une balle de caoutchouc.

On reconnaît à la coupe que sa structure est en tous points celle des tumeurs fibreuses de l'utérus. Elle se compose d'une enveloppe fibreuse peu vasculaire, et d'un tissu propre qui semble moins vasculaire encore. Ce tissu, d'une densité assez considérable, est formé de fibres blanches, nacrées, entre-croisées en divers sens, et séparées çà et là par quelques dépôts graisseux, peu nombreux d'ailleurs et peu abondants.

L'examen microscopique vient confirmer ce que l'examen à l'œil nu avait déjà fait connaître.

Un seul accident opératoire eût pu se présenter pendant l'extirpation, mais il fut sûrement évité par l'énucléation et non par la dissection de la face profonde de la tumeur.

COMMUNICATION.

Tumeur fibreuse de la région latérale du cou ; extirpation ; caractères de cette tumeur. — M. RICHARD. Je viens mettre sous les yeux des membres de la Société une pièce anatomique qui offre avec celle de M. Huguier de grandes analogies, mais qui dans l'extirpation a présenté aussi quelques différences.

Voici en quelques mots l'histoire de la malade :

C'est une femme de trente ans environ, ordinairement bien portante, bien réglée. Il y a quelques années qu'elle s'est aperçue d'une tumeur dans la région latérale du cou. Cette tumeur, survenue sans cause connue, a pris un développement assez rapide et a produit de la gêne et de la douleur qui forcent la malade à réclamer une opération.

Cette tumeur était située sur la partie latérale du cou, s'étendant en travers depuis les apophyses épineuses jusque sous le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Dans le sens vertical, elle occupait toute la hauteur du cou depuis la région occipito-mastoïdien ne jusqu'au bord supérieur du scapulum. Le relief qu'elle faisait n'était pas en rapport avec son volume réel, on voyait qu'elle était comprimée par les masses musculaires de la région ; aussi, dans la région sus-claviculaire, où les muscles font défaut, avait-elle pris un peu plus de développement, et si l'on fait contracter les muscles du cou, la tumeur proémine davantage dans cette région. La peau qui la recouvre est saine, peu distendue, on peut la plisser encore. Il n'y a pas de veines variqueuses au-dessous d'elle. La consistance de la tumeur est très-grande ; la pression fait reconnaître des lobules, surtout à la périphérie et à la circonférence de la tumeur. Il y a une certaine élasticité, pas de fluctuation. La profondeur à laquelle elle se trouve empêche de reconnaître s'il existe de la mobilité à la base. Je diagnostique une tumeur fibreuse.

Je procède à l'opération de la manière suivante :

Je fais une incision verticale qui s'étend depuis la tête jusque sur le bord supérieur du scapulum, en suivant à peu près la direction du muscle angulaire de l'omoplate. Je fais une autre incision transversale partant du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et arrivant aux apophyses épineuses en passant à l'extrémité inférieure de la première incision. J'ai ainsi une incision en T renversé.

Je constate bientôt que la tumeur est sous-aponévrotique et sous-musculaire ; avant d'arriver sur elle je suis obligé de couper les fibres musculaires du trapèze et celles de l'angulaire de l'omoplate.

L'énucléation a présenté quelques difficultés, et sous ce rapport je suis obligé de dire que le caractère donné à ces tumeurs fibreuses d'être facilement énucléables, n'a pas existé dans ce cas. L'opération a duré une heure ; la dissection a été pénible à cause des adhérences que la tumeur avait contractées avec les parties voisines. Il a fallu couper un pédicule qui s'implantait sur le bord supérieur de l'omoplate, un peu en dedans du trou sus-épineux. Du reste, il n'y a eu aucun accident pendant l'opération ; je n'ai pas blessé de vaisseaux importants, les vaisseaux et les nerfs du cou, refoulés par la tumeur, n'avaient avec elle aucune adhérence. La tumeur reposait sur les parties latérales du cou, sur le plexus brachial et sur les muscles profonds, savoir : le splénius, le grand et le petit complexus, et les muscles qui recouvrent directement les vertèbres cervicales.

Voici les caractères de la tumeur : Elle offre le volume de la tête d'un fœtus à terme ; elle est un peu aplatie et en rapport avec la forme du cou, de sorte qu'elle a une face superficielle convexe, sur laquelle sont encore appliquées quelques fibres musculaires, et une face profonde concave qui se moulait sur la colonne cervicale. Son aspect extérieur est lobulé ; à l'incision, on reconnaît tous les caractères de tumeurs fibreuses : tissu dur, blanc, lamineux,

Après l'extirpation, j'ai pratiqué la suture de la plaie, et la malade, qui a été opérée il y a deux jours, va très-bien aujourd'hui.

AUTRE COMMUNICATION.

M. DOLBEAU lit la note suivante :

Mon intention est de vous entretenir d'un fait curieux et instructif qui s'est offert à mon observation il y a deux mois à peine. Dans le courant de mars dernier, M. Richet reçut dans son service un malade dont les fosses nasales et l'arrière-gorge étaient remplies par une masse polypeuse considérable. Cette affection grave se présentait chez un sujet dont l'intelligence obtuse engageait fort peu à entreprendre une opération difficile, pour laquelle on a en quelque sorte besoin de la coopération du malade lui-même. Notre collègue hésita longtemps, fit voir son malade à plusieurs confrères, et finit par renoncer à tout traitement actif. Pour ne rien faire, voici quelles étaient les raisons invoquées :

1° Difficultés de l'opération, surtout chez un idiot ;

2° Récidive du mal difficile à empêcher ;

3° Enfin, on craignait surtout que la tumeur n'eût envoyé des prolongements jusque dans la cavité du crâne.

En effet, Messieurs, le malade était souvent dans une sorte de somnolence ; il était devenu sourd, et surtout, à deux reprises différentes, il avait été trouvé sans connaissance.

Dans ces conditions, M. Richet m'offrit son malade, croyant sans doute qu'un chirurgien plus jeune serait probablement plus téméraire et oserait entreprendre la guérison du pauvre idiot. J'acceptai, et après des examens nombreux, je me décidai à pratiquer une opération. Les suites de cette tentative ont été malheureuses, le malade a succombé ; et au premier abord, notre collègue paraîtrait fondé dans son abstention. Cependant j'espère vous démontrer que j'étais autorisé à agir ; que la mort du malade était chose peu probable, et que dans tous les cas cette observation méritait de fixer votre attention.

Voici la relation des faits rédigée d'après les notes qui m'ont été remises par M. Damaschino, l'interne du service. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. HUGUIER. J'ai inventé, il y a cinq ou six ans, l'ostéoplastie pour le traitement des polypes rétro-pharyngiens, et c'est à tort que M. Dolbeau attribue cette invention à d'autres. Je me suis servi des articulations de la mâchoire supérieure comme de charnières. Au moyen de mon procédé, j'évite une perforation de la face et l'obligation de porter un obturateur. Il y a trois ans que j'ai présenté ici un malade opéré d'après ce procédé. J'ai même été plus loin, j'ai décrit deux procédés ostéoplastiques applicables à ces polypes.

On me dira peut-être que ces procédés ne sont pas irréprochables. Je ne l'ignore pas. On pourra peut-être trouver mieux, mais ils constituent toujours un progrès sur ce que l'on faisait auparavant. Que faisait-on, en effet ?

On enlevait le maxillaire du côté malade ; on excisait toute la région bucco-palatine, et malgré tous ces sacrifices, on parvenait à se créer encore une voie très-étroite, bornée en dehors par la saillie de la pommette, et en dedans par les fosses nasales. C'était donc beaucoup sacrifier pour un mince résultat.

Au contraire, si l'on réfléchit aux avantages de mon procédé, on verra que je ne sacrifie rien, et que j'obtiens une voie plus large.

Mon procédé est rendu facile par plusieurs conditions. Ainsi, les polypes étant opérés à une période assez avancée de leur développement, ont pu dilater les régions et préparer une voie plus étendue ; en outre, comme ces polypes se manifestent sur de jeunes sujets, il en résulte que chez eux les articulations sont encore mobiles, les sutures larges, d'où une facilité très-grande pour l'écartement des os. On est vraiment étonné de voir qu'avec mon procédé on obtienne des moyens si faciles pour atteindre les polypes Ainsi le procédé m'appartient ; il est suffisant, et il permet d'éviter des désordres et des mutilations graves, qui exigent l'emploi d'un obturateur.

M. Dolbeau a dit que s'il existe des symptômes indiquant un trouble du côté du cerveau, il n'y a pas d'opération à pratiquer. Il faut savoir que ces polypes, nés dans le voisinage du trou déchiré antérieur, offrent souvent des prolongements du côté de la cavité du crâne, et qu'on ne peut pas toujours juger de cette pénétration. Ainsi j'ai opéré un jeune homme qui n'avait aucun symptôme cérébral. Après avoir établi la voie, je reconnus un polype très-vasculaire, il y eut une syncope pendant l'opération ; le malade alla bien pendant sept ou huit jours. A cette époque, il survint une hémorrhagie qui amena la mort.

A l'autopsie, faite en présence de M. Forget, nous trouvâmes deux prolongements intra-crâniens logés dans la substance cérébrale elle-même.

M. VERNEUIL. Il y a un fait saillant dans la communication de M. Dolbeau, c'est l'existence de polypes muqueux à la partie antérieure des fosses nasales chez un malade qui avait en même temps un polype rétro-pharyngien.

Quant au traitement, je ne pense pas que les phénomènes cérébraux soient une contre-indication suffisante à l'opération :

1° Parce que dans l'état actuel de la science, il est absolument impossible de diagnostiquer les prolongements du côté du cerveau ; on peut seulement les soupçonner ;

2° Parce que des prolongements, soit vers les sinus sphénoïdaux, soit même du côté du cerveau, n'empêchent pas la guérison : il est vrai qu'avec un prolongement intra-crânien, on a moins de chances de succès ; mais, quoique moindres, ces chances doivent être courues, parce que sans l'opération la mort est encore plus certaine ;

3° Enfin, j'ai vu des cas dans lesquels la somnolence faisait présumer l'existence d'un prolongement dans le crâne, et cependant le malade a parfaitement guéri.

Quant au procédé opératoire, il faut employer celui qui fait la voie la plus large, et, pour ma part, je pense qu'il faut enlever la moitié de la mâchoire supérieure. On a proposé beaucoup de procédés pour éviter ces sacrifices; Langenbeck a été jusqu'à qualifier de barbare celui qui consiste à réséquer la mâchoire, et cependant je ne suis pas convaincu que toutes ces modifications soient bien préférables ; aussi actuellement, avec un polype un peu volumineux, je suivrais l'ancien procédé, je ferais la résection de la mâchoire supérieure. Dans les cas où la tumeur n'a pas fait la voie, si l'on suit ces procédés nouveaux, on s'expose à avancer sans savoir où l'on va ; avec l'ablation du maxillaire, au contraire, on sait toujours ce qu'on fait. Les fibromes rétro-pharyngiens sont très-graves ; ils constituent une des affections chirurgicales les plus dangereuses ; pour les combattre, il ne faut rien épargner, sacrifier largement les parties. Si après l'opération il y a difformité, on aura recours à la prothèse, qui aujourd'hui peut par ses progrès nous rendre de grands services.

C'est suivant cette méthode que M. Bauchet a opéré récemment un malade et a pu obtenir un bon résultat.

M. BAUCHET. Le malade que M. Verneuil vient de signaler a été cautérisé avec l'électricité trois ou quatre fois pour combattre la récidive. Quant à l'ouverture, il faut peu de chose pour la combler. Le procédé est très-bon, et je n'hésite pas à l'employer.

M. TRÉLAT. Les détails donnés par M. Dolbeau sont exacts; ce qui a été cause d'erreur pour les chirurgiens qui ont examiné ce malade en premier lieu, c'est que le polype avait en arrière deux lobes encadrés par les arrière-narines, ce qui leur donnait une apparence de dureté qu'ils n'avaient pas. Quant à moi, je n'ai pas diagnostiqué de polype fibreux rétro-pharyngien, parce que j'avais constaté la présence des polypes muqueux dans les fosses nasales.

M. DOLBEAU. Je n'ai pas voulu disputer à M. Huguier la priorité de son invention. J'avais cru que le procédé de M. Dezanneaux différait de celui de M. Huguier. Du reste, j'adresse à tous les procédés le reproche de ne pas permettre des examens ultérieurs, et je préfère avoir recours à l'excision de la voûte palatine.

M. HUGUIER. Mes procédés ne conviennent pas à tous les cas, et je n'ai pas prétendu les généraliser.

M. VELPEAU. Je veux ajouter quelques mots sur l'existence des polypes muqueux des fosses nasales avec des polypes rétro-pharyngiens, et sur les causes d'erreur de diagnostic dans ces circonstances. J'ai observé dans ma pratique plusieurs exemples de cette coïncidence, et tout récemment j'ai vu un cas dans lequel j'ai été pris.

Dans le cours de cette année, un jeune homme se présente à moi avec deux grosses masses dans le pharynx, il respirait à peine la bouche ouverte largement. Je vis en même temps dans les fosses nasales, par l'ouverture antérieure, des masses lobulées, offrant l'aspect de tissu dense fibreux. Cependant, comme ces masses étaient mobiles, je résolus de tenter l'extraction de l'une d'elles par la narine, afin de m'éclairer sur leur nature. Après quelques difficultés, je parvins à en extraire une d'un volume considérable. Je fus étonné, en reconnaissant un polype muqueux, un peu plus dur toutefois.

Je me demandai alors s'il n'y avait pas deux sortes de polypes chez ce jeune homme. Après cette extirpation, ce malade allait mieux, il se sentait dégagé. Cinq ou six jours après, je fis l'arrachement des masses polypeuses qui étaient dans le pharynx, et le malade a guéri promptement. Il est bon de songer à ces cas dans la pratique, pour qu'on ne procède pas trop légèrement à une opération grave.

AUTRE COMMUNICATION.

M. LE Dr DUSSÉRIS lit une note sur la résection du genou, et présente en même temps deux enfants sur lesquels il a pratiqué cette opération avec succès.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Marjolin, Guersant, Giraldès.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté de médecine de Paris ouvrira ses cours d'hiver le mardi 18 novembre 1862. Ils ont lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
	MM.		
Physique médicale. . . .	Gavarret.	Lundi, mercredi, vendr.	A 10 h. 3/4.
Histologie	Robin	Lundi, mercredi, vendr.	A midi.
Pathologie médicale. . .	Natalis Guillot. . . .	Lundi, mercredi, vendr.	A 3 h.
Opérations et appareils. .	Malgaigne.	Lundi, mercredi, vend.	A 4 h.
Chimie médicale. . . .	Wurtz.	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 3/4.
Anatomie.	Jarjavay.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathologie et thérap. gén.	Andral, suppléé par M. Marcé, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Pathologie chirurgicale.	Denonvilliers.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Clinique médicale. . . .	Bouillaud.	à la Charité.	Tous les jours, le matin, de 7 à 10 h.
	Piorry.	à la Charité.	
	Rostan.	à l'Hôtel-Dieu.	
	Trousseau	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale . .	Laugier	à l'Hôtel-Dieu.	
	Jobert (de Lamballe).	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchements	N.	à l'hôp. de la Faculté.	

COURS COMPLÉMENTAIRES.

Cours clinique. Mal. des enf.	Roger.	à l'hôpital des Enfants.	Tous les jours le matin, de 7 à 10 h.
— mentales et nerveuses	Lasègue.	à Necker.	
— d'ophthalmol.	Follin.	à la Salpêtrière.	

— Avant-hier, la Faculté de médecine a dressé la liste de présentation des candidats à la chaire de clinique d'accouchement ; ils ont été classés dans l'ordre suivant :

MM. Depaul, Pajot, Blot.

— On nous assure que la statue d'Esquirol sera très-prochainement inaugurée à la Maison impériale de Charenton. L'Académie de médecine dont il a fait partie, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, qu'il a présidé, la Société médico-psychologique et la presse médicale, seront très-certainement convoqués à l'hommage solennel qui va être rendu à la mémoire du grand aliéniste. Nous indiquerons ultérieurement le jour et l'heure de la cérémonie.

— L'Ecole supérieure de pharmacie de Paris a fait sa rentrée le mercredi 12 novembre, à une heure, sous la présidence de M. Bussy, directeur de cette Ecole.

M. Berthelot, professeur de chimie organique, a ouvert la séance par un discours dans lequel il a mis en relief les relations qui existent entre la chimie organique et la pharmacie.

M. Buignet, professeur de physique et secrétaire général de la Société de pharmacie, a exposé le compte rendu des travaux de cette Société, et a insisté particulièrement sur les documents préparés en vue de la révision du *Codex*.

M. Chatin, professeur de botanique, a fait ensuite une lecture sur la structure anatomique des anthères.

Enfin, M. Baudrimont, au nom d'une commission désignée par la Société de pharmacie, a lu un rapport sur le concours relatif au prix des thèses.

La séance s'est terminée par la distribution des prix :

M. Rochette a obtenu le prix de 1re année de l'Ecole supérieure de pharmacie ; M. Lebon, le prix de 2e année ; M. Poulain, celui de 3e année.

M. Alfred Valser a obtenu le prix des thèses de la Société de pharmacie de Paris.

Le prix de matière médicale, fondé par M. Ménier, a été décerné à M. Benoît.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 17 NOVEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a entendu dans cette séance que la lecture d'un seul mémoire, c'est un travail de M. le docteur Ed. Fournié, sur le laryngoscope et sur l'application des remèdes topiques dans les voies respiratoires. Une simplification dans l'appareil, destinée à en faciliter et en vulgariser l'usage, quelques aperçus nouveaux de physiologie et de pathologie dus à l'examen laryngoscopique, et l'exposé de quelques modifications heureuses que ce mode d'exploration a permis à l'auteur d'introduire dans le traitement des affections des voies aériennes, recommandent son travail à l'attention des lecteurs. Ils en trouveront un extrait étendu dans le compte rendu de la séance. — Dr Brochin.

La Faculté de médecine de Paris vient d'inaugurer la nouvelle année scolaire. La séance solennelle de rentrée a eu lieu aujourd'hui à une heure, sous la présidence de son doyen, M. Rayer, assisté de M. Dubois, doyen honoraire, et de M. Gavarret, l'un des assesseurs. La Faculté, professeurs et agrégés, y compris les stagiaires, était au grand complet. Les nombreux invités remplissaient l'enceinte réservée, et les gradins supérieurs de l'amphithéâtre, occupés par les élèves, étaient littéralement combles.

De vagues rumeurs nous avaient déjà quelque peu préparés à la scène dont nous allions être témoins. Mais pour n'en être point surpris, on n'en est pas moins toujours péniblement affecté par ces inconvenantes manifestations, qui presque tous les ans, à pareille époque, sous un prétexte ou un autre et souvent sans le moindre motif, troublent une solennité qui semblerait ne devoir inspirer à tous qu'un sentiment de respect. Lorsque le doyen s'est levé pour prendre la parole, sa voix a été couverte par un bruit incessant qui n'a pas permis à la partie sérieuse et calme de l'auditoire de saisir un seul mot. M. Rayer, avec un calme parfait, a fait noble contenance contre l'orage.

Si les protestations énergiques de la plus grande partie du jeune auditoire et les sympathiques manifestations parties de l'enceinte réservée, n'avaient suffisamment dédommagé M. Rayer de ces malveillantes dispositions d'une fraction des élèves, il sera amplement vengé, nous n'en doutons pas, par l'accueil qui sera fait à son allocution, que nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Après que le calme a été rétabli, M. Gosselin a lu l'éloge de M. Moreau, qui a été accueilli par tous, maîtres et élèves, avec la plus grande et la plus légitime faveur. On retrouvera, en effet, dans ce nouveau discours de M. Gosselin que nous reproduisons également plus bas, aux nuances près ressortant du sujet lui-même, les mêmes qualités de style, la même justesse d'appréciation et la même délicatesse de sentiments qu'on a si unanimement applaudies il y a deux ans dans son éloge du professeur Bérard.

La séance a été terminée par la proclamation des prix. On trouvera plus loin les noms des lauréats. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Séance solennelle d'ouverture. — Présidence de M. RAYER (doyen).

M. RAYER prononce l'allocution suivante :

Messieurs,
Chers élèves,

La solennité qui nous rassemble est pour moi l'occasion impatiemment attendue de me trouver au milieu de vous, en face de l'élite de mes confrères, entouré de mes éminents collègues, et de laisser éclater publiquement, avec l'expression de la plus profonde gratitude pour l'Empereur, tous les sentiments que j'éprouve.

Élevé, presque au déclin de ma vie, à la plus haute position qui puisse couronner la carrière médicale, placé à la tête de la première École du monde, moi, resté jusqu'ici étranger à l'enseignement, j'ai fait taire les hésitations naturelles que tout contribuait à m'inspirer, et j'ai accepté, qu'il me soit permis de le dire, cette vie nouvelle, avec la ferme intention d'y dévouer tout ce qui me reste de force pour le travail, d'intelligence pour l'utile, d'ardeur pour le bien.

En dehors de l'Ecole, à laquelle je n'étais resté attaché que par une sincère admiration et une communauté de doctrine qui me rendent si faciles et si doux les rapports d'une nouvelle et plus étroite confraternité, je ne me suis jamais éloigné de la jeunesse studieuse. Pendant plus de trente ans j'ai vu, dans les salles d'un hôpital, à ce foyer d'enseignement pratique, de toute instruction vraiment médicale, se former et grandir autour de moi bien des générations auxquelles j'ai été assez heureux pour inspirer les sentiments que je retrouve aujourd'hui sous cette robe, et malgré le poids des années, aussi vivaces qu'au premier jour, l'amour de la science et la grandeur de notre art.

C'est grâce à ces trente années de travaux et d'enseignement privé que les médecins de France, se souvenant de moi, m'ont appelé, par un choix libre et spontané, à fonder leur grande et salutaire Association. Hier, à vos devanciers, je parlais de notre profession, de sa grandeur et de sa dignité ; aujourd'hui, à vous, qui demain irez vous mêler parmi eux, je parle d'étude et de science, sans lesquelles la grandeur et la dignité de notre profession ne seraient que de vains mots.

Agrandir, élever et féconder l'enseignement, telle doit être la pensée constante de vos maîtres, telle est l'unique préoccupation du nouveau doyen. C'est à cette tâche qu'il veut se donner tout entier, et qu'il a déjà consacré les premiers efforts d'une persévérante et laborieuse étude des besoins les plus urgents de l'École, et des progrès les plus utiles à réaliser.

Libre de tout engagement, et, par l'effet de ma situation même, n'ayant ni parti pris ni habitudes à changer, j'ai pu déjà proposer à un ministre éminent et ami de la jeunesse, quelques améliorations que j'ai été heureux de voir accueillir, avec la même libéralité qu'elles avaient été conçues, dans le seul intérêt de la gloire de notre Faculté et de l'accroissement de vos connaissances.

C'est à ces conditions, en effet, que je comprends et que j'ai accepté cette autorité, qui assume sur moi une si grande responsabilité.

L'accès de notre bibliothèque plus largement ouvert aux travailleurs, les amphithéâtres d'anatomie et les laboratoires agrandis, l'enseignement pratique enrichi de cliniques nouvelles, qui, confiées à d'anciens agrégés dont vous avez appris dès longtemps à reconnaître les talents et le zèle, continueront, sans les laisser jamais ni dévier ni déchoir, les traditions des chaires de clinique médicale et chirurgicale qui font la gloire de notre Faculté; enfin, l'institution du concours appliqué à la nomination des chefs de clinique, dont les fonctions, réservées à l'élite de nos élèves, vont ainsi se trouver relevées, et ouvrir aux jeunes médecins la carrière qu'offrait aux chirurgiens le recrutement des prosecteurs et des aides d'anatomie; telles sont les premières mesures dont j'ai poursuivi et obtenu la réalisation, et que va inaugurer l'année qui commence. L'avenir, et un prochain avenir, je l'espère, montrera qu'elles peuvent être fécondes.

Jeunes élèves, trop peu de jours se sont écoulés depuis que j'ai été appelé à votre tête, pour que j'aie pu songer à autre chose qu'à me présenter moi-même à vous tous qui m'écoutez, tel que je suis, tel que vous me trouverez toujours, prêt à vous accueillir, à vous seconder, à vous soutenir, comme un guide, comme un père.

Je ne veux pas, cependant, céder la parole au professeur aimé que vous allez entendre, sans saluer la bienvenue de la nouvelle promotion d'agrégés qui viennent prendre près de nous la place glorieusement conquise que leurs aînés laissent vacante, et qui nous apportent par le fait de ce renouvellement salutaire et fécond, et avec le concours de leur savoir éprouvé, quelque chose de l'ardeur de la jeunesse.

Que leur exemple, chers élèves, soit pour vous un puissant et continuel encouragement ! Plus près de vous, ils vous montrent mieux le chemin. Il n'en est pas un parmi vous qui, par la voie du concours librement ouvert à tous, ne puisse prétendre à ce but élevé où vous devez placer votre ambition, et où la Faculté aime à placer ses espérances.

La parole est à M. le professeur Gosselin pour la lecture de l'Éloge de M. Moreau.

M. GOSSELIN s'exprime en ces termes :

Messieurs,

J'avais dû croire ma tâche de panégyriste accomplie pour longtemps, le jour où la parole m'avait été donnée pour rendre hommage dans cette enceinte à la mémoire de P. Bérard, notre ancien professeur de physiologie. Et voilà qu'après deux années seulement d'intervalle, je me trouve appelé à vous entretenir d'un autre collègue non moins regretté, et qui n'a pas moins honoré cette Ecole par l'élévation de son caractère et par toutes les qualités qui distinguent le professeur éminent et le praticien consommé.

Est-ce à dire que je recherche ces sortes de missions, et que j'aie douté un instant de mon insuffisance à les bien remplir? Non, Messieurs. Si je n'avais consulté que mes goûts et le sentiment de mes aptitudes, je me serais abstenu. Mais il s'agissait de l'excellent M. Moreau. Il s'agissait d'un homme qui avait été mon maître longtemps avant que je devinsse son collègue, et je n'ai pas su trouver de moyens de défense lorsque l'honneur de retracer devant vous sa vie et ses travaux m'a été présenté avec insistance comme un nouveau devoir.

Combien n'eût-il pas été préférable cependant que cette tâche eût pu être confiée à un professeur d'accouchements ! Combien vous regretterez de ne pas entendre louer M. Moreau par celui qui a été son contemporain dans l'enseignement obstétrical, par M. P. Dubois, le grand maître en cette matière, le professeur correct et distingué dont les leçons ont été utilisées par tant de générations médicales ! Mais, hélas ! la santé de M. P. Dubois l'a obligé de se séparer de nous, et de ne pas prononcer un éloge qui eût si bien convenu à son talent. Puisse du moins l'expression solennelle de nos regrets et de notre sympathie alléger dans sa retraite prématurée les maux qui l'ont forcé à s'éloigner de sa chaire, après y avoir si glorieusement payé sa dette à la science et aux élèves ! (Applaudissements.)

Les débuts de ceux qui arrivent aux grandes positions médicales se ressemblent toujours. Naissance obscure, intervention plus ou moins grande du basard dans le choix de la profession, ardeur passionnée pour l'étude, travail persévérant, conduite sans reproche, telles sont les conditions qu'ont eu à mettre en relief presque tous les biographes des médecins célèbres. M. Moreau, sous ce rapport, a ressemblé à tant d'autres que je pourrais passer sous silence ses premières années, s'il n'y avait pas toujours un enseignement nouveau et un encouragement pour la jeunesse dans cet examen des premiers efforts des hommes laborieux.

M. Moreau est né à Auxonne (Côte-d'Or), le 7 mars 1789. Il n'avait que trois ans lorsqu'il perdit son père, et lorsque sa mère dut, avec une fortune très-modique, songer à l'éducation de ce fils qu'elle avait cru dans le principe destiné à quelque profession industrielle. A force de sacrifices, la tendre mère put faire élever son enfant au collége communal d'Auxonne, et comme chaque année elle avait vu s'accroître en lui la bonne volonté et l'amour du travail, elle décida qu'elle continuerait à s'imposer les plus grandes privations pour lui donner une profession libérale.

Mais laquelle choisir? M. Moreau avait dix-huit ans lorsque se présenta pour lui ce problème, souvent si difficile à résoudre. Il a bien dû se sentir quelques dispositions pour la carrière des armes. Eût-il pu en être autrement? Le bruit des grandes guerres de la France était venu jusqu'à lui. Déjà il avait vu bon nombre de ses camarades quitter l'uniforme du collége pour celui de l'armée, et l'instinct guerrier s'éveillait d'autant mieux dans le cœur des enfants d'Auxonne, qu'on leur montrait à chaque pas les souvenirs laissés dans cette ville par le lieutenant d'artillerie devenu si rapidement le vainqueur de Marengo. Mais principal espoir d'une mère sans fortune, M. Moreau comprit que son devoir était de ne pas trop s'éloigner, et sans chercher plus longtemps s'il avait d'autres inclinations, il accéda au vœu qu'exprimait celle dont les désirs étaient pour lui des ordres, de lui voir embrasser la profession médicale. Sage décision, dont plus tard l'heureuse mère a eu tant de fois à s'applaudir !

M. Moreau vint à Paris le 1er octobre 1808, et fut caserné rue Saint-Victor, dans un établissement qui portait le nom de Collége des étudiants en médecine, et qui était sous le patronage et la direction scientifique de Dupuytren, Marjolin et Magendie. Collége, en effet, car, outre les externes qui assistaient seulement aux conférences du jour, on y recevait des internes qui ne sortaient que le temps nécessaire pour suivre les hôpitaux et les cours de la Faculté. Cette institution n'a eu qu'une courte existence. Il en a été de même de deux tentatives semblables qui ont été faites depuis. Les colléges médicaux se sont toujours fermés faute de collégiens, parce que, sans doute, la liberté d'esprit nécessaire à nos études réclame elle-même impérieusement la libre disposition de notre temps et de nos actes. (Applaudissements aux bancs des élèves.)

Cependant il faut convenir que pour M. Moreau, l'épreuve n'a pas été mauvaise. Le diligent élève d'Auxonne est bientôt devenu l'un des étudiants les plus assidus de Paris. Aussi, après deux années seulement de séjour dans cette maison, allait-il continuer à l'hôpital Saint-Louis, par les fonctions d'interne des hôpitaux, cette longue et laborieuse carrière, dont le professorat devait être le couronnement. L'internat, en même temps qu'il lui ouvrait une nouvelle source d'instruction, lui fournit l'occasion de donner la mesure de son zèle, de son exactitude, de son goût pour l'observation et le soin des malades. Dupuytren, qui savait si bien communiquer à ses élèves, ou développer davantage, lorsqu'elles se montraient déjà, ces précieuses qualités dont il offrait lui-même le plus parfait modèle, Dupuytren l'eut bientôt remarqué. Lorsqu'en 1814 le grand chirurgien partit de l'Hôtel-Dieu pour aller porter secours vers les buttes Chaumont aux blessés de l'armée de Paris sérieusement menacé, il choisit pour l'accompagner dans cette mission périlleuse ceux qu'il reconnaissait pour les plus habiles et les plus dévoués parmi ses élèves. M. Cruveilhier était du nombre, M. Moreau en fut aussi. (Applaudissements.)

Mais Paris dut bientôt ouvrir ses portes à l'étranger, et ce fut alors que nos jeunes héros de l'Hôtel-Dieu eurent à affronter un ennemi autrement redoutable.

Cet hôpital était plus encombré que jamais; le typhus y fit de grands ravages, et compta parmi ses victimes bon nombre d'étudiants en médecine. M. Moreau en fut atteint l'un des premiers. Il dut son salut à sa vigoureuse constitution et aux soins de M. Petit, l'un de ses maîtres; mais dans sa convalescence, il eut la douleur d'apprendre que deux de ses compatriotes, ses plus chers compagnons d'étude, avaient été emportés par le fléau.

Cependant l'internat allait finir. M. Moreau avait continué d'être un excellent et très-brillant élève. Trois années de suite il avait remporté le premier prix de l'École pratique; la réception gratuite lui était accordée à cause de ce remarquable succès; et continuant à

marcher vite, il soutenait à la fin de cette même année 1814, c'est-à-dire à vingt-cinq ans, une thèse mémorable qui finissait dignement sa carrière d'étudiant. Alors se posa la question, embarrassante pour tant de jeunes docteurs, de la direction à suivre. Pour lui cependant l'hésitation ne fut pas de longue durée. Comme si ses grands et rapides efforts avaient mérité une récompense exceptionnelle, la fortune vint lui tendre la main, et lui montrer la route qu'il devait suivre.

Parmi les accoucheurs en renom à cette époque, se trouvait M. Évrat, qui a laissé peu de travaux, mais dont le savoir était inscrit sur son titre d'ancien membre de l'Académie de chirurgie, et dont l'habileté pratique n'était pas moins appréciée que celle de Baudelocque, d'Ant. Dubois et de Deneux. Évrat était le compatriote de M. Moreau. Il l'avait depuis longtemps accueilli et aidé de ses conseils. Il lui savait une grande instruction, une ardeur infatigable, un caractère plein de franchise et d'aménité. Il l'engagea à s'adonner aux accouchements et à le seconder dans les soins d'une clientèle qui commençait à devenir trop fatigante. M. Moreau eût donné la préférence à la chirurgie, que les leçons de Dupuytren lui avaient fait beaucoup aimer. Mais comment résister ? Un avenir brillant se laisse entrevoir, et à cette espérance s'en ajoute une autre encore plus séduisante, la main d'une jeune fille accomplie, qui semble devoir réaliser, au delà de ce qu'il a pu prévoir, les rêves de sa jeunesse.

M. Moreau devient donc bientôt le gendre d'Evrat, et va chercher à prendre rang à côté de lui parmi les accoucheurs. Déjà sa thèse a montré ses tendances dans cette direction. Pour les indiquer mieux encore, et pour se perfectionner dans cette branche de l'art de guérir, il ouvre un cours d'accouchements dans un amphithéâtre particulier où les élèves étaient attirés en foule aux leçons méthodiques et pleines de charme que faisait alors M. Adelon sur la physiologie. Notre débutant n'eut d'abord qu'un petit nombre d'auditeurs ; mais la chaleur de sa diction, sa clarté, son zèle, lui amenèrent bientôt de si nombreux élèves, que cet amphithéâtre de la rue des Maçons-Sorbonne était devenu trop étroit. Pendant plus de dix ans qu'a duré cet enseignement, M. Moreau s'est tenu à une grande hauteur. Le succès stimulait son talent. On le citait partout comme un des meilleurs professeurs, en même temps que sa réputation comme accoucheur grandissait dans Paris.

Ses cours et la publication de quelques mémoires lui acquirent une telle renommée qu'en 1821 l'Académie de médecine, créée depuis une année seulement et appelée à se compléter par l'adjonction immédiate de quarante membres nouveaux, s'empressa de l'appeler dans son sein, et qu'en 1823 nul n'était mieux désigné pour l'agrégation qui venait d'être instituée et dont la première nomination se faisait par ordonnance royale. On le voit, M. Moreau avait marqué sa place par un travail incessant, et par l'accomplissement régulier des devoirs qu'il s'était imposés comme professeur libre. Porté par ces efforts de chaque jour, il s'élevait sans rencontrer d'obstacles sérieux.

Quelques années plus tard, un événement imprévu lui ouvrit les portes de l'enseignement officiel. Le professeur Desormeaux était mort subitement dans la force de l'âge, et avait laissé vacante la chaire d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants nouveau-nés. C'était en mars 1830. Les nominations se faisaient d'après une liste de présentation dressée par la Faculté. Qui eût pu l'emporter sur M. Moreau ? Sa supériorité comme professeur était établie depuis longtemps. Il faisait valoir pour titres scientifiques son travail sur la membrane caduque, son discours sur la vaccine, bon nombre de rapports à l'Académie de médecine, et une participation très-active aux travaux de cette Compagnie savante. Aucun de ses compétiteurs n'était aussi bien désigné ; je devrais en excepter peut-être le plus jeune d'entre eux, auquel l'enseignement libre commençait à faire aussi une grande réputation, et qui venait de publier (en 1829) un remarquable *Traité d'accouchements*. Mais le talent de M. Velpeau n'était pas arrivé à la hauteur que nous lui connaissons aujourd'hui, et d'ailleurs la destinée réservait à M. Velpeau de devenir le premier de nos maîtres en chirurgie. (Bravos et applaudissements prolongés.) M. Moreau fut donc présenté le premier, et sa nomination eut lieu le 10 juillet 1830. Que fût-il advenu si, la vacance ayant été déclarée quelques mois plus tard, il avait dû demander sa chaire au concours alors rétabli ? Nous qui l'avons connu si instruit et si habile à professer, nous ne doutons pas qu'un succès éclatant ne fût venu couronner ses épreuves. Mais il est permis de faire observer que dans cet incident heureux de sa carrière, comme dans les précédents, le hasard lui a épargné les fatigues et les angoisses du concurrent.

Peu de temps après, au commencement de 1831, et alors que les règlements le permettaient encore, M. Moreau fut nommé au choix médecin en chef de la Maternité. Ses anciens travaux, le titre imposant qu'il venait d'acquérir à la Faculté de médecine, le désignaient tout naturellement à la confiance de l'administration.

Il est notoire que ces diverses promotions n'ont soulevé ni réclamations ni plaintes. Le passé de M. Moreau les justifiait si bien, sa loyauté lui avait fait tant d'amis, que tout le monde applaudissait à son élévation et que personne n'en contestait la justice. Et pourtant, M. Moreau, je le sais, n'a pas été sans regretter quelquefois, lui dont le sens était si juste, de n'avoir pas été appelé plus souvent à donner dans les luttes publiques la mesure de sa valeur. Chose remarquable ! chacun de ses succès à l'agrégation, au professorat, aux hôpitaux, est venu clore une période de nomination par simple élection. Tous ceux qui sont venus après lui dans la carrière, tous ceux qui plus tard ont pris place à ses côtés, l'ont dû à des luttes mémorables. Or il a bien senti que l'opinion publique couvrait d'une faveur spéciale ceux qui s'étaient si vaillamment montrés. Certes, il était de ces hommes que les belles qualités de leur esprit et de leur cœur tiennent toujours à la hauteur de leur position. Mais il n'en a pas moins compris que les concours impriment encore plus solidement sur le front des vainqueurs le double sceau du travail et de la supériorité.

M. Moreau a montré dans sa chaire officielle les qualités qui le distinguaient dans l'enseignement particulier : d'abord une grande assiduité que ne ralentissaient jamais les rudes fatigues imposées à l'accoucheur occupé, ensuite une exposition des plus animées et des plus faciles. Il présentait avec une grande lucidité les questions de doctrine. Il racontait les faits avec verve et bonhomie. Lorsque sa personnalité était en cause, lorsque surtout elle était intervenue utilement, son récit devenait plus simple et moins accentué. Nul ne cherchait moins à se faire valoir, même dans les cas où il lui eût été facile de mettre sa supériorité en relief. Ses leçons ont été pendant longtemps fort appréciées, parce qu'elles étaient faites en vue de la pratique et qu'elles offraient ce cachet d'utilité que donne à l'enseignement une grande expérience. Initié à la science obstétricale par les ouvrages de Gardien et de Baudelocque, il a constamment suivi les errements de ces illustres auteurs. Baudelocque a surtout été son modèle.

Reconnaissant comme ce dernier l'utilité des divisions méthodiques pour le mécanisme de l'accouchement naturel, il avait cependant compris que celles du maître étaient par trop nombreuses, et il développait dans ses cours une autre classification plus simple et mieux appropriée aux besoins de la pratique. Comme lui, il aimait à baser sur la physiologie l'étude des phénomènes de la parturition, et rejetait la plupart des explications mécaniques des siècles précédents. Comme lui aussi, il s'en tenait presque exclusivement dans ses leçons à l'examen de la grossesse et de l'accouchement naturel ou contre nature, et laissait de côté les phénomènes pathologiques concomitants. Partisan déclaré de l'observation, il soumettait volontiers les théories au contrôle de l'expérience, et utilisait ainsi, pour compléter les travaux de Gardien et de Baudelocque, la bonne impulsion donnée par les travaux de Mme Lachapelle. Enfin, quoiqu'il s'écartât rarement de la marche suivie par ses auteurs de prédilection, il empruntait aussi quelquefois aux travaux de l'étranger, à ceux surtout que M. Velpeau venait de populariser dans son ouvrage.

M. Moreau a donc été dans sa chaire le propagateur aimé et bien inspiré des progrès que la science des accouchements avait faits au début de notre siècle, et dont Baudelocque, continuateur de Solayrès, s'était fait chez nous l'interprète le plus distingué. Les documents qu'il y ajoutait étaient puisés dans sa riche observation personnelle et dans les travaux de ceux qui avaient été les contemporains de ses premières études. Ce programme, excellent dans le principe, était devenu plus tard insuffisant, et l'on a pu trouver qu'à la fin de sa carrière, M. Moreau était resté un peu trop au lendemain de Baudelocque, tandis qu'autour de lui ce lendemain était depuis longtemps passé.

Quelques travaux de l'Allemagne qui nous avaient d'abord été transmis par l'excellent enseignement de M. Stoltz, à Strasbourg, et par une précieuse traduction de M. Danyau, avaient été accueillis parmi nous avec une grande faveur. M. P. Dubois s'était emparé des horizons nouveaux ouverts par Nægelé. Il les avait élargis en les éclaircissant, et sa parole entraînante avait donné à cette partie de la science une impulsion toute nouvelle. En échange des travaux que l'étranger nous avait offerts sur les vices de conformation du bassin et sur l'accouchement prématuré artificiel, nous lui avions donné de belles études cliniques sur l'auscultation avec toutes ses applications aux accouchements laborieux, sur les hémorrhagies, sur la chlorose des femmes enceintes, sur l'albuminurie et ses mystérieux rapports avec l'éclampsie. Notre école d'observation avait étudié les variétés symptomatiques et toutes les lésions de la fièvre puerpérale. D'intéressantes recherches avaient été faites sur l'ictère, le pemphigus et la syphilis des nouveau-nés, et enfin l'importation dans la chirurgie tocologique des habitudes de précision de notre médecine opératoire moderne, avait élargi le cercle chirurgical de l'obstétrique, pendant que sa sphère médicale s'était si visiblement agrandie.

Pourquoi M. Moreau ne s'est-il pas mêlé davantage à ce mouvement que dirigeait à côté de lui et presque sous ses yeux M. P. Dubois, et qu'animait aussi, je ne dois pas le cacher, l'enseignement libre des accouchements, devenu plus brillant que jamais ? Je veux bien que de grandes occupations l'aient empêché, j'accorderai même qu'il n'était pas de ceux que les nouveautés séduisent. Mais la principale raison, c'est qu'il n'avait pas pour l'investigation les ressources d'un vrai service d'hôpital. Il soignait bien à la Maternité les femmes devenues malades après leurs couches, mais il ne lui était pas donné de pouvoir les étudier pendant la grossesse ni pendant l'accouchement; l'organisation imparfaite, à mon avis, de cette maison, ne le lui permettait pas. Son attention n'a donc pas été dirigée vers les sujets nouveaux, qui étaient essentiellement cliniques. Son esprit positif ne s'appesantissait pas volontiers sur les objets qu'il ne pouvait étudier de près et à fond. Voilà pourquoi il n'était pas dans ces dernières années ce qu'il avait été à ses débuts, et pourquoi, tout en restant professeur utile et distingué, il n'a plus, aux yeux des nouvelles générations, occupé tout à fait la première place.

Jetons maintenant un coup d'œil sur les publications de M. Moreau. Elles ne sont point nombreuses, et on ne s'en étonnera pas. Absorbé comme il l'était par une pratique considérable, il avait peu de temps pour écrire, et consacrait à son enseignement les courts instants dont il pouvait encore disposer pour l'étude. Il faut bien se rappeler aussi que les spécialités n'ouvrent pas un champ très-vaste à l'investigation scientifique, et ne donnent point à ceux qui les cultivent sérieusement l'occasion d'écrire souvent avec utilité. L'accouchement, par lui-même, ne se prête pas à de grandes découvertes, et si nous avions à examiner pas à pas les progrès qui se sont accomplis dans cette branche de nos sciences, nous verrions que chaque époque a fourni peu de matériaux à l'édifice commun, que les hommes les plus célèbres ont toujours été ceux que les circonstances et leur talent ont appelés à rassembler et à exposer publiquement les connaissances acquises, et qu'enfin dans le mouvement qui s'est produit à notre époque, il faut voir surtout une application à la grossesse et aux suites de couches des progrès qui se faisaient de tous côtés en anatomie, en physiologie et en pathologie.

M. Moreau n'en a pas moins attaché son nom à d'intéressants travaux. Le premier en date est sa thèse inaugurale, dont j'ai déjà parlé. Le problème essentiellement anatomique qui y est posé est celui-ci : La membrane caduque est-elle un produit de nouvelle formation, comme l'a voulu J. Hunter, ou bien résulte-t-elle d'une modification profonde de la membrane interne de l'utérus, comme l'a prétendu le professeur Oken ? Rien de plus entraînant au premier abord que l'argumentation de l'auteur.

La caduque n'est pas et ne peut pas être formée par la muqueuse utérine, car celle-ci n'existe pas, car tous les moyens d'investigation connus ont été employés pour la chercher, et aucun n'a permis de la découvrir.

M. Moreau avait raison à cette époque, et sa conclusion a paru assez logique pour qu'à partir de 1814 tous les anatomistes aient nié avec lui la muqueuse utérine, et aient considéré la caduque comme un produit nouveau. Il n'a fallu rien moins que les perfectionnements modernes de la microscopie, et la grande habileté de MM. Coste et Robin, pour changer l'opinion à cet égard et nous ramener à celle d'Oken ; et ce revirement n'aurait rien de bien piquant si l'auteur n'avait considéré la question comme élucidée pour toujours, et n'avait déclaré que personne désormais ne pourrait ni démontrer ni faire admettre cette muqueuse de la matrice. Téméraire assertion que la jeunesse de l'écrivain fait bien vite excuser, mais qu'il faut se garder d'imiter dans les sciences; car nul ne connaît et n'a le pouvoir d'assigner des limites au travail, aux méditations, au génie de l'homme.

Un autre travail, qui a fait beaucoup d'honneur à M. Moreau, est celui qu'il a lu sur la vaccine dans une des séances publiques de l'Académie. C'était en 1826. Bien des doutes se produisaient encore sur l'utilité de cette opération. S'ils se multipliaient, le préservatif pouvait être abandonné, et la variole allait faire de nouvelles victimes. L'Académie voulut qu'une voix puissante parlât en son nom au corps médical de la France et du monde entier, et elle chargea de ce soin M. Moreau, alors son secrétaire annuel. L'orateur s'acquitta de sa tâche avec l'accent d'une conviction profonde, et avec cette chaleur éloquente qu'inspirent les vérités utiles. Quoiqu'il ait un peu trop accentué la certitude de la préservation, il n'en a pas moins eu le mérite d'établir que les faits invoqués en faveur de l'opinion contraire à la science étaient mal observés, et par ses bonnes raisons, de ramener les esprits incertains dans une voie meilleure. Ce discours est remarquablement écrit, et on le lit encore aujourd'hui avec un grand plaisir.

Dans le *Manuel des sages-femmes*, publié en 1839, nous trouvons M. Moreau avec une de ses qualités dominantes, le désir de répandre, en les mettant à la portée de tous, les notions les plus utiles pour la pratique. Tout d'abord on s'étonne de voir un nom aussi considérable que le sien en tête d'un ouvrage aussi modeste.

Mais qu'on n'oublie pas les circonstances qui l'ont fait naître. Parmi les écrits de Baudelocque, le plus répandu, le plus utile peut-être, était celui qu'il avait destiné aux sages-femmes avec le titre de *Manuel des accouchements*, et qui présentait, sous forme de demandes et de réponses, toute la pratique de la science obstétricale.

L'auteur y avait été si heureusement inspiré que l'ouvrage était passé dans toutes les mains, et que les médecins et les élèves l'avaient eux-mêmes adopté, en lui donnant la dénomination significative de catéchisme de Baudelocque. Une cinquième édition posthume allait se publier. En accédant à la demande qui lui était faite d'ajouter, sous forme de notes, les connaissances acquises depuis la mort de l'auteur, M. Moreau ne dérogeait pas. Il s'élevait même à ses propres yeux, puisqu'il devenait le collaborateur de celui que l'opinion publique désignait encore comme un des meilleurs maîtres en matière d'accouchements. Mais la famille de Baudelocque ne voulut pas accepter cette collaboration. La nouvelle édition dut être supprimée.

Ce fut alors que M. Moreau reprit son travail, et le publia séparément. Ce petit ouvrage se fait remarquer par la lucidité et la concision qui avaient fait apprécier l'œuvre de Baudelocque. La saignée et la vaccination y sont décrites avec une netteté dont ont pu profiter nos auteurs de médecine opératoire. Plusieurs questions d'accouchements, celles en particulier qui se rapportent au relâchement des symphyses, aux erreurs qui peuvent résulter pour l'accoucheur de la duplicité du vagin, y sont traitées simplement, mais sous une forme très-instructive.

On lit encore avec intérêt le mémoire destiné à faire connaître cette singulière anomalie, qui consiste dans l'issue du fœtus à travers une déchirure centrale du périnée.

Enfin, l'ouvrage le plus considérable de M. Moreau est son *Traité pratique des accouchements*, en deux volumes. On y trouve une des plus belles séries de planches qui aient été produites par ce sujet, et il se recommande par la classification des accouchements, par l'exposé très-précis de la grossesse et du travail, par l'énoncé de faits cliniques intéressants.

L'esprit scientifique de notre siècle s'y montre tout entier. Il est évident que M. Moreau a subi l'influence de l'Académie de chirurgie, et qu'il a renoncé aux théories purement spéculatives pour s'appuyer sur la physiologie et sur l'observation. Mais malgré l'exactitude des descriptions et la sagesse des vues pratiques, cet ouvrage a promptement vieilli. Lorsqu'il a paru, en 1840, l'impulsion nouvelle que j'indiquais tout à l'heure commençait à se faire sentir, et elle s'est étendue si rapidement que la science a paru plus complétement exprimée dans les ouvrages qu'avait inspirés à MM. Chailly et Cazeaux l'enseignement si fécond de l'hôpital des Cliniques.

Mais il est temps, Messieurs, de vous montrer M. Moreau là où il a été toujours supérieur, dans la pratique. Son activité a d'abord été des plus grandes et des plus persévérantes. A quelque heure qu'on réclamât ses secours, reposé ou non, il était toujours prêt. C'est une remarquable aptitude dont on ne tient pas assez compte au médecin, que celle de ne pas écouter la fatigue et de se montrer en toute occasion dispos et souriant. Cette aptitude, M. Moreau la possédait au plus haut degré. Il la puisait dans son bon cœur et dans la conscience avec laquelle il accomplissait tous ses devoirs. Dévoué et bon, il aimait à s'occuper des malades et à multiplier les ressources pour les soulager. Essentiellement affable, il savait trouver les accents les plus compatissants pour encourager ou consoler. On eût dit qu'il s'était étudié à appliquer au soulagement des souffrances physiques le remède qu'Horace avait conseillé pour les maux de l'âme :

Sunt verba et voces, quibus hunc lenire dolorem
Possis et magnam morbi reponere partem.

Prompt à saisir les indications, habile à s'y conformer, il intervenait de sa main et de ses instruments avec le plus grand succès lorsque les circonstances l'exigeaient. Médecin instruit, il donnait enfin avec discernement et sagesse les soins réclamés ultérieurement par les deux êtres si chers que lui confiait la tendresse des familles.

Sa politesse était sans affectation, sa franchise sans rudesse, sa bienveillance sans arrière-pensée. Tout était naturel chez lui, et sur son visage constamment ouvert, on lisait au fond de son âme le désir incessant de faire le bien et d'être utile. Faut-il rappeler sa discrétion, sa réserve, la sévérité de ses mœurs, toutes ces conditions qui appellent et justifient la confiance, et qui, avec les autres qualités du praticien dont je parlais tout à l'heure, faisaient de lui le *medicus celer atque fidelis* demandé par le poëte latin.

Avec tant de qualités, M. Moreau devait être très-recherché dans le monde. Pendant plus de vingt ans, il est resté l'accoucheur le plus demandé à Paris. Dans toutes les classes de la société, on savait

qu'il apportait, avec les lumières les plus vives, le dévouement le plus absolu. En retour, on s'attachait à lui et on le rappelait à l'occasion. Dix-sept princes de familles royales ont reçu de lui, en France et en Belgique, les premiers soins qu'exige la faiblesse de l'homme à son entrée dans la vie. Ce fut une de ses plus grandes satisfactions que cette confiance sans partage que lui a toujours accordée la maison royale d'Orléans, et ce fut aussi la consolation de ses vieux jours de voir cette confiance se reporter sur ses fils.

M. Moreau était d'une modestie sans égale. Si, dans l'intimité, il s'applaudissait des témoignages très-sincères de reconnaissance et d'affection dont les princes étaient prodigues envers lui, en public et vis-à-vis de ses collègues il se taisait sur ce sujet, tant il eût craint de paraître vain ou d'éveiller une susceptibilité.

Plein de cordialité envers tout le monde, il ne pouvait manquer d'être affectionné de ses confrères. Appelé souvent à les aider de ses conseils ou à partager leur responsabilité, il ne manquait pas de leur laisser les honneurs du succès, lors même que ses efforts y avaient le plus contribué.

Sa présence à l'infirmerie de la Maternité était une source de bonheur pour les malades. En retrouvant sur ses traits l'expression douce et bonne qui le faisait aimer partout, en recevant de sa bouche les paroles affectueuses que lui inspiraient toutes les souffrances, elles comprenaient bien que l'accoucheur des riches n'avait aucunement changé lorsqu'il avait franchi le seuil de cet asile des pauvres. (Très-bien).

Mais si M. Moreau avait lieu d'être satisfait de l'accueil qu'on lui faisait dans cette maison, nous ne devons pas cacher que quelques amertumes lui ont été réservées. Des épidémies meurtrières se sont développées sous ses yeux, et trop souvent il a eu à gémir de l'insuffisance de ses moyens. C'était l'époque où, sous la puissante impulsion de Broussais, l'attention des médecins était dirigée vers les phlegmasies et vers la recherche des lésions cadavériques. Ces études séduisaient par ce qu'elles avaient de positif et d'utile; mais leur contemplation trop exclusive avait fait oublier l'étiologie et la médecine préservative. On savait surabondamment que les accidents puerpéraux étaient de nature inflammatoire; mais on ne connaissait pas leur origine infectieuse. On craignait par-dessus tout les abaissements de température, et de peur de refroidir les salles, on prenait soin de ne pas les ventiler. C'est ainsi que d'année en année se multipliaient les désastres, contre lesquels on n'avait plus d'autre ressource que de fermer l'hôpital pour quelques semaines. Ce sera, j'en ai la ferme conviction, l'un des mérites de notre époque d'avoir enfin compris que dans nos services d'accouchements, comme dans ceux de chirurgie, l'atmosphère est viciée par l'agglomération, que là se trouve la cause de ces phlegmasies dangereuses, et que l'hygiène mieux entendue, le renouvellement de l'air dans des proportions qui n'ont pas soupçonnées nos maîtres, en sont les préservatifs par excellence.

Il est vrai que les succès de sa pratique particulière, où les conditions n'étaient plus les mêmes, ont en tout temps consolé M. Moreau des malheurs inexpliqués dont il était témoin à la Maternité. On a dit souvent que sa main était heureuse, et le secret de ce bonheur était dans les soins qu'il savait si bien diriger.

Dans toutes les positions qu'il a occupées, M. Moreau a porté très-haut le sentiment de la dignité médicale. Rien ne le révoltait autant que l'imposture et ses mille manœuvres. A l'Académie, on le voyait impatient et prêt à prendre la parole, toutes les fois qu'une médication nouvelle sans importance cherchait à se populariser en se couvrant du manteau académique. Dans le monde, il flétrissait avec chaleur ceux qui demandent à la réclame et aux annonces la faveur publique qu'éloignerait leur demi-science. En toute circonstance, il soutenait que le médecin doit s'imposer par son travail et son savoir, et toute sa vie il a donné l'exemple de l'honorabilité la plus pure. (Bravos.)

La grande position de M. Moreau dans le monde n'a pas été sa seule récompense. Les honneurs et les distinctions sont venus au-devant de lui. Il a présidé l'Académie de médecine en 1838; il a été officier dans l'ordre de la Légion d'honneur, dans celui de Léopold de Belgique, chevalier de plusieurs ordres étrangers; et il portait leurs insignes avec la modestie et la dignité du vrai mérite. Les joies de la vie intérieure ne lui ont pas manqué. Il a pu accueillir sa mère auprès de lui, en faire un des témoins de sa prospérité; et, jusqu'au dernier moment, payer par les soins filiaux les plus tendres la bonne direction qu'elle avait donnée à sa jeunesse. Entouré d'enfants dont il était justement fier, il a vu fructifier dans leurs cœurs les germes de probité qu'il y avait fait naître. Peu de nuages ont assombri sa vie. S'il n'avait été affreusement éprouvé par la mort d'un fils de vingt-cinq ans; si la perte de la compagne distinguée dont le nom avait été si utile à ses débuts n'était venue soumettre son courage à la plus cruelle épreuve, il eût pu être compté parmi ces hommes privilégiés qui reçoivent ici-bas des récompenses légitimes sans qu'il s'y mêle trop d'amertumes et de douleurs.

Il faut bien dire aussi que M. Moreau trouvait dans l'énergie de son caractère et dans la sagesse de son esprit la force nécessaire pour supporter ou amoindrir les chagrins. Pendant la période active de sa carrière, ses jours étaient trop remplis pour que l'ennui pût jamais l'atteindre. Lorsque les années furent venues, il dut renoncer aux occupations qu'il avait tant aimées. Bien d'autres s'en seraient attristés. Quant à lui, satisfait de se voir remplacé par l'aîné de ses fils, chez lequel il avait si heureusement développé les qualités du praticien, il se résigna, et, consacrant ce qui lui restait de vigueur à la vie des champs, il sut encore y trouver le bonheur. Cependant il n'avait pas dit son dernier adieu à la science. Longtemps encore nos élèves ont pu apprécier dans les examens la justesse de son esprit et sa paternelle bonté; et jusqu'au dernier jour il a été compté parmi les plus assidus à l'Académie de médecine.

Grâce à son excellente hygiène physique et morale, notre cher maître a conservé longtemps une vigoureuse santé. Ses amis ont été aussi surpris qu'affligés d'apprendre, à la fin de janvier 1862, qu'une maladie grave était venue l'atteindre. La sérénité d'âme qu'on lui avait toujours connue ne l'abandonna pas dans ces jours de crise suprême. Il comprit toute la gravité de son mal, en prédit l'issue fatale, et rassembla ses forces pour remercier avec effusion ses enfants et ses amis des soins dévoués mais inutiles dont il se voyait entouré.

Messieurs, lorsque cette noble existence s'est éteinte, bien des regrets se sont fait entendre. Chacun a pu dire que notre Ecole était séparée d'un ami, que la famille médicale perdait un de ses modèles, et que la société voyait disparaître un homme de bien. Pour vous, mes jeunes auditeurs, vous qui cherchez dans la vie de vos maîtres des inspirations et des exemples; gravez bien dans vos cœurs ce dernier souvenir de M. Moreau, c'est qu'il s'est distingué surtout par trois qualités auxquelles tout homme doit prétendre et que tout médecin doit vouloir acquérir jusqu'à la perfection : l'affabilité, la droiture et l'amour du travail. (Applaudissements prolongés.)

PROCLAMATION DES PRIX.

M. GAVARRET proclame les noms des lauréats des concours pour les prix de la Faculté, Corvisart, Monthyon et Barbier.

Prix de la Faculté. — Grand prix (médaille d'or): M. Fritz.

Premier prix (médaille d'argent) : M. Proust.

Deuxième prix (médaille d'argent) : M. Dubuc.

Mention honorable : M. Chalvet.

Prix Monthyon. — M. F. Bricheteau.

Prix Corvisart. — M. Challier.

Prix Barbier. — Le prix Barbier n'a pas été décerné, mais sur la valeur de ce prix, montant à 2,000 fr., la Faculté a accordé :

A M. Marey, 1,500 fr., pour ses recherches de sphygmographie.

A M. Mathieu, 500 fr., pour les perfectionnements qu'il a apportés dans la fabrication des appareils de prothèse.

La Faculté a accordé une mention spéciale, à laquelle le ministre de l'instruction publique a joint une lettre d'encouragement, aux auteurs des meilleures thèses soutenues pendant l'année scolaire, savoir :

En 1re ligne, à M. Dujardin-Beaumetz, à M. Lancereaux et à M. Raynaud;

En 2e ligne, 1° à M. Ball; 2° à M. Cazin et à M. Tillaux.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Quelques considérations sur le glaucome,

communiquées par M. le professeur de Græfe dans la clinique de M. Wecker.

Le symptôme principal du glaucome est l'excavation de la papille du nerf optique. Cette excavation reconnaît pour cause une augmentation de la pression intra-oculaire déterminée par une hypersécrétion séreuse qui a son siége dans la choroïde et l'iris.

On peut presque toujours faire le diagnostic du glaucome par l'excavation de la papille; mais il faut pour cela savoir bien reconnaître les caractères que présente à l'ophthalmoscope cette altération.

Il y a, en effet, trois espèces d'excavations du nerf optique que nous révèle l'ophthalmoscope :

1° L'excavation physiologique;

2° L'excavation atrophique;

3° L'excavation glaucomateuse, ou par pression.

L'*excavation physiologique* se distingue facilement en ce qu'elle ne comprend pas toute l'étendue de la papille du nerf optique, en ce qu'elle est toujours partielle et plus ou moins centrale.

L'*excavation atrophique*, qui est toujours le résultat de l'atrophie du nerf optique, se distingue :

1° Par sa forme;

2° Par l'état de ses vaisseaux.

Par sa forme, en ce que les bords qui la limitent ne sont pas coupés à pic, mais sont mousses et se continuent insensiblement d'un côté avec le fond de l'excavation, et de l'autre avec la surface de la rétine.

Par l'état de ses vaisseaux, en ce que les artères et les veines rétiniennes ont le plus souvent considérablement diminué de volume, sont atrophiées sans présenter aucun étranglement dans leur direction, étranglement qui est si caractéristique dans l'excavation glaucomateuse.

L'excavation glaucomateuse ou par pression, se caractérise par la forme de ses bords coupés à pic et irréguliers par places, par la congestion des artères et veines rétiniennes, par leur disposition anormale, qui consiste dans leur disparition brusque au niveau de la limite externe de la papille, comme si elles étaient coupées net, comme si elles étaient brisées; par leur pulsation, qui peut être spontanée ou bien provoquée par une légère pression du doigt sur le globe.

Enfin, l'excavation glaucomateuse se caractérise par un phénomène tout à fait optique, qui consiste dans la facilité avec laquelle on peut déplacer le fond de l'excavation elle-même de ses propres bords, en imprimant de légers mouvements de latéralité à la lentille au moment où l'on examine la papille du nerf optique à l'ophthalmoscope, phénomène qui ne se manifeste pas lorsqu'on observe dans les mêmes conditions l'excavation atrophique.

Ce phénomène s'explique par la différence de place qu'occupe le fond de l'excavation glaucomateuse par rapport à ses bords, ces derniers se trouvant dans un plan plus antérieur, qui est nettement tranché du plancher de l'excavation.

Dans l'excavation atrophique, au contraire, les bords de l'excavation ne quittent la place qu'occupe le fond de l'excavation elle-même que d'une manière insensible.

Voilà les caractères par lesquels nous pouvons diagnostiquer l'excavation glaucomateuse. Il faut savoir toutefois qu'il y a des malades chez lesquels il est difficile de se prononcer entre une excavation glaucomateuse ou une excavation atrophique.

Il y a des cas où l'excavation par pression coïncide avec l'atrophie du nerf optique. On peut observer ainsi, chez certains sujets atteints de glaucome, la papille du nerf optique avec les caractères de l'excavation atrophique, après leur avoir pratiqué l'iridectomie.

A la suite de ce procédé opératoire, la papille enfoncée a considérablement perdu de profondeur, et est rentrée davantage dans le milieu du plan rétinien.

L'excavation n'est pas le seul symptôme que présente le glaucome, on voit d'autres phénomènes aujourd'hui parfaitement connus, qui se passent dans l'iris, la choroïde, les milieux de l'œil, et dans la tension du globe lui-même. Je ne veux pas insister sur ces phénomènes, je veux seulement fixer votre attention sur un certain nombre de faits cliniques où le glaucome ne présente que la seule excavation caractéristique.

Nous avions vu de ces cas il y a déjà longtemps, mais nous n'avions pas osé les rattacher à la classe des glaucomes. Nous avions fait une classe à part sous le titre d'*amaurose avec excavation*. Aujourd'hui nous sommes porté à les considérer comme des faits de glaucome. Voici pour quelles raisons : nous voyons des malades qui présentent d'un seul œil tous les phénomènes types du glaucome, tandis que l'œil du côté opposé ne montre que la seule excavation. Si on observe ces malades, on voit que l'œil qui ne nous montre que l'excavation finit par nous présenter tous les caractères du glaucome observé sur l'autre œil.

D'autres malades, après n'avoir offert pendant longtemps à l'observation aucun autre symptôme du glaucome que l'excavation des deux yeux, finissent par montrer plus tard tous les phénomènes du glaucome (troubles des milieux réfringents de l'œil, etc.). Dans ces cas de glaucome chronique, l'iridectomie agit de même, comme dans le glaucome aigu, soit en améliorant considérablement l'état morbide, soit en arrêtant la marche funeste de la maladie.

Quant à la thérapeutique du glaucome, je suis moi-même aujourd'hui profondément convaincu, en me basant sur 500 faits, que l'iridectomie est le seul remède applicable contre cette maladie. A l'état aigu, toutes les fois que les malades sont opérés de bonne heure, la vue se rétablit complétement. A l'état chronique, l'opération arrête la marche de la maladie, et dans certains cas elle détermine une augmentation considérable du champ visuel.

Je n'ai pas besoin d'insister ici sur le manuel opératoire de l'iridectomie; je veux seulement faire remarquer qu'il faut exciser largement l'iris; il faut que cette membrane soit coupée depuis le bord pupillaire jusqu'à son bord périphérique.

DE L'EFFICACITÉ DES DOUCHES UTÉRINES

dans les cas de rétention du placenta,

Par M. SÉBASTIAN, médecin à Béziers (Hérault).

Au mois de juillet dernier, je fus appelé une nuit, vers les deux heures du matin, pour être témoin d'un fait grave, plein d'utiles enseignements, mais malheureusement un peu trop fréquent.

Il s'agissait d'une femme qui venait d'accoucher trois heures auparavant, après l'administration de 4 grammes de seigle ergoté donné par la sage-femme, et qui n'avait pas été délivrée.

A mon arrivée auprès de la malade, je trouvai l'orifice externe resserré au point de ne pas permettre l'introduction de la première phalange; tout ce qui pouvait être exploré de la matrice était *ferme* et contracté; l'organe entier avait à peu près le développement d'une grossesse de quatre mois et demi.

La langue était rouge et sèche; le pouls était à 95 pulsations. Dans ces conditions, quelle était la conduite à tenir? Je pensai d'abord qu'il n'y avait pas d'inconvénient à attendre, puisque l'accouchement était récent; aussi je m'abstins de toute intervention active pendant sept heures.

Ce laps de temps écoulé, je fus mandé de nouveau près de la malade, qui, disait-on, souffrait davantage. A ce moment, l'utérus était aussi ferme, et le col toujours aussi resserré. La femme accusait de vives douleurs dans l'abdomen, accompagnées de vomissements fréquents de matières bilieuses; je jugeai la position de cette femme comme devenue beaucoup plus grave depuis ma dernière visite.

En effet, il est bien rare que ces phénomènes se manifestent sans que la santé générale en souffre, et j'ai toujours vu après un temps plus ou moins long survenir la phlébite utérine, et la femme succomber à une infection purulente.

Je ne pouvais donc pas rester plus longtemps simple spectateur d'un pareil danger, une telle conduite aurait été blâmable. Il ne me restait plus qu'à choisir un moyen qui offrît quelques chances de succès, ce qui, je l'avoue, n'était pas pour moi le côté le moins embarrassant.

Après avoir mûrement réfléchi aux divers moyens préconisés par les différents auteurs, je m'arrêtai à la méthode de Kiwisch, dont l'efficacité est parfaitement constatée chez les femmes dont la conformation vicieuse du bassin autorise l'accouchement prématuré. En conséquence, je fis commencer les douches utérines. Les premières furent dirigées sur le col; elles furent répétées toutes les heures, et durèrent dix minutes chaque fois. Le liquide injecté était tout simplement de l'eau à la température de la saison.

Au bout de trois heures, le col commençait à se ramollir; la dilatation de l'orifice avait fait de notables progrès. Je dirigeai alors les douches dans la cavité utérine, toujours avec le même liquide. Après la quatrième douche, je pus introduire la main pour saisir le délivre, que je trouvai encore adhérent sur une grande étendue de sa surface. Je le détachai avec assez de facilité et sans douleur pour la femme.

Une heure après ce premier succès, les vomissements n'avaient pas cessé; le ventre était douloureux, la langue toujours rouge, le pouls à 120 pulsations. La crainte de la phlébite me dominait plus que jamais. J'administrai à la malade la potion avec l'alcoolature d'arnica dont les lecteurs de ce journal peuvent se rappeler la publication (année 1860, n° 95). Ces symptômes fâcheux ont diminué insensiblement, sans qu'il fût nécessaire de recourir à d'autres moyens. La malade s'est promptement rétablie.

Si cette observation démontre une fois de plus le danger de l'administration du seigle ergoté donné par des mains inhabiles qui ne tiennent pas plus compte de la dose que des conditions nécessaires, elle prouve aussi que cette nouvelle application de

la méthode du savant professeur de Wurzbourg est aussi sûre qu'inoffensive.

Il est regrettable qu'on n'en ait pas fait un examen plus sérieux, elle serait passée dans la pratique d'une façon plus générale, parce qu'on aurait précisé les conditions dans lesquelles on serait en droit d'en faire usage.

Espérons que de nouveaux essais couronnés du même succès finiront par familiariser les esprits avec son emploi; alors seulement on pourra en tirer tout le parti possible. C'est dans ce but que je me suis permis de publier cette observation.

NOTE SUR LES DIMENSIONS DE LA POITRINE

dans leurs rapports avec la tuberculisation pulmonaire;

Par M. Henri Gintrac,
Professeur adjoint de clinique interne à l'École de médecine de Bordeaux.

Malgré les travaux de MM. Hirtz et Woillez, la question de l'étroitesse de la poitrine chez les phthisiques n'est point encore résolue; c'est cependant un sujet bien digne de l'attention des praticiens, surtout s'il est démontré que cette étroitesse accompagne la disposition à la phthisie pulmonaire.

Afin de donner à cette étude séméiotique une base solide, j'ai déterminé les dimensions de la poitrine chez 140 individus en bonne santé, puis j'ai pratiqué la mensuration circulaire chez 80 phthisiques; j'ai classé les malades en trois catégories relatives à leur âge, et subdivisé chacune de ces catégories en deux groupes correspondant aux périodes de crudité et de ramollissement des tubercules; j'ai en outre constaté que l'espace intermammaire donnait une juste idée de la circonférence moyenne de la poitrine.

Ces recherches, qui seront exposées ailleurs, m'ont conduit aux conclusions suivantes:

1° La poitrine, chez les phthisiques, offre une circonférence moindre que chez les individus dont les poumons sont exempts de tubercules;

2° Cette diminution dans la largeur de la poitrine, appréciable dès le début de la tuberculisation, augmente avec les progrès de la maladie. Elle peut atteindre, à la deuxième période, 10 centimètres pour la circonférence supérieure, 8 pour la circonférence mammaire, et 6 pour l'inférieure;

3° La circonférence supérieure du thorax présente, à très-peu d'exceptions près, à toutes les périodes de l'affection tuberculeuse, une étendue plus grande que les circonférences mammaire et inférieure;

4° L'intervalle qui sépare les deux mamelons chez l'homme donne une idée exacte des dimensions du thorax. Il représente le quart de la circonférence mammaire; chez l'adulte, il mesure 20 centimètres à l'état normal, 19 centimètres à la première période de la phthisie, 17 centimètres à la deuxième période;

5° La mensuration de l'espace intermammaire mérite l'attention du praticien, et doit entrer comme élément de diagnostic dans l'appréciation des dispositions à la phthisie pulmonaire.

Comme conséquence de ces observations, je crois nécessaire d'ajouter que l'hygiène et une gymnastique spéciale des organes respiratoires doivent constituer des éléments essentiels dans le traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire. Le thorax sera dilaté par des efforts gradués d'inspiration, par des exercices des membres supérieurs dans lesquels l'abduction dominerait. En un mot, il faut demander à l'acte même de la respiration le remède contre une insuffisance de développement dont les poumons subissent la funeste influence. *(Gaz. hebd.)*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 novembre. — Présidence de M. Duhamel.

Laryngoscopie. — M. LE Dr EN. FOURNIÉ lit un mémoire intitulé: *Étude pratique sur le laryngoscope et sur l'application des remèdes topiques dans les voies respiratoires.*

L'importance du laryngoscope exige que ce moyen d'investigation soit vulgarisé le plus possible, et pour cela il doit être simplifié. Tel est but de la première partie du travail de M. Fournié. Tel que l'auteur l'a décrit, le laryngoscope est aussi simple que le sthétoscope et certains plessimètres: un petit miroir plan fixé à l'extrémité d'une tige sous un angle variable, un second miroir concave destiné à concentrer les rayons lumineux au fond de la gorge, et enfin, pour éclairage, une lampe, une bougie ou un peu de soleil.

Dans la seconde partie, le docteur Fournié s'est occupé de l'application des remèdes topiques sur l'arrière-gorge, dans le larynx et dans les bronches. Il démontre d'abord, d'après des expériences physiologiques, que les gargarismes, s'ils ne sont pas avalés, ne touchent pas les parties situées en arrière de la luette et des piliers antérieurs du voile du palais; il constate, en outre, que la contraction des parties, indispensable pour clore l'isthme du gosier, est douloureuse, pénible, et doit aggraver le mal dans lequel on emploie le gargarisme. Il conclut de cela que le gargarisme simple sera toujours remplacé par une simple déglutition du liquide, et le gargarisme composé par l'application directe du médicament, au moyen de l'éponge porte-caustique ou de l'insufflateur.

Des expériences pratiquées sur lui-même ont permis à l'auteur de titrer des solutions de nitrate d'argent d'après leur effet astringent, escharotique ou caustique.

Des circonstances particulières s'opposent quelquefois à l'amputation des amygdales; l'auteur a imaginé de les faire disparaître au moyen du caustique (poudre de Vienne ou bichromate de potasse). Ce procédé est surtout applicable chez les enfants. L'auteur communique vingt observations à l'appui de ce procédé, qu'il a appliqué également à la destruction des polypes nasaux et à celle de la luette.

L'insufflateur dont il se sert est d'une simplicité excessive, et son maniement est rendu très-facile au moyen d'un tube de caoutchouc.

Avant la découverte du laryngoscope, la thérapeutique des affections laryngées était aveugle, souvent impuissante. Aujourd'hui le miroir placé au fond de la gorge dirige l'introduction de l'instrument d'une manière sûre et précise. L'instrumentation se trouve par le fait simplifiée; le plus souvent, il ne faut pas autre chose qu'une éponge fixée à l'extrémité d'une baleine recourbée.

En adaptant un petit tube recourbé à l'extrémité de son insufflateur pour la gorge, M. Fournié obtient un insufflateur pour le larynx et les fosses nasales.

D'après des expériences physiologiques, les liquides avalés pénètrent en quantité peu appréciable, il est vrai, dans le larynx. De là le succès de certaines pâtes médicamenteuses, de certains gargarismes et l'influence des boissons dans les affections laryngées (l'huile, le vinaigre, etc.)

Les gouttières latérales du larynx ont pour usage, d'après l'auteur, d'établir une communication constante entre la partie supérieure et la partie inférieure du larynx. On sait que le larynx occupe la partie intermédiaire. Le liquide pharyngien passe à travers ces gouttières pour arriver jusqu'à l'estomac.

Lorsque cet écoulement est empêché ou bien lorsque le liquide sécrété est trop abondant, ce dernier passe dans le larynx, et donne lieu à un état morbide non décrit encore, dont l'enrouement est le principal symptôme.

A propos de la trachée et des bronches, l'auteur confirme par des expériences nouvelles ce qu'il avait déjà dit dans un précédent mémoire sur la pénétration des liquides poudroyés.

Pour employer des remèdes réduits en poudre dans les bronches, M. Fournié a imaginé un appareil en bois fort simple et qui remplit sa destination avec tout le succès désirable.

En résumé, simplification et vulgarisation du laryngoscope, aperçus nouveaux de physiologie et de pathologie, possibilité d'appliquer avec précision la médication topique sur un point quelconque des voies aériennes. (Renvoi aux commissaires précédemment nommés: MM. Rayer, Velpeau, Bernard.)

— **M. DUMAS** communique une note que lui a adressée de Marseille, en date du 2 novembre, M. Favre, et qui contient l'exposition d'une *méthode d'investigation chirurgicale au moyen des courants électriques*, méthode qui, dans le traitement des plaies d'armes à feu, peut mettre fin aux incertitudes du chirurgien, et lui permettre de décider si un corps dur que rencontre la sonde au fond d'une plaie inaccessible est une esquille d'os ou un corps métallique.

M. VELPEAU fait remarquer que, pour les corps étrangers perdus au fond des blessures, le difficile est d'y arriver bien plus que d'en constater la nature quand on est parvenu à les toucher réellement.

— **M. E. LANGLOIS**, à l'occasion de la même communication, demande par une lettre transmise à M. le président l'ouverture de deux paquets cachetés qu'il a déposés depuis la dernière séance, et qui se rapportent à un semblable mode d'investigation.

Conformément à cette demande, les deux plis cachetés sont ouverts et renferment, comme l'annonçait M. Langlois, deux notes sur un appareil que l'inventeur désigne sous le nom d'*électro-investigateur chirurgical.* Le but que se propose M. Langlois est le même que s'est proposé M. Favre, et les moyens sont analogues.

— **M. TAVIGNOT** soumet au jugement de l'Académie une note *sur le traitement des affections arthritiques par les préparations phosphorées.* (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau et Rayer.)

— **M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL** présente au nom de l'auteur, M. Kœberlé, trois opuscules dont les titres suivent: *Des cysticerques des ténias chez l'homme; Essai sur le crétinisme; Notice sur une ovariotomie pratiquée le 2 juin 1862.* A l'occasion de cette dernière brochure, l'auteur, dans la lettre d'envoi, annonce une communication prochaine sur une deuxième opération d'ovariotomie également pratiquée avec succès.

— **M. VELPEAU** offre à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Donders, un mémoire sur l'astigmatisme et les verres cylindriques.

Dans ce travail, M. Donders traite d'une sorte de trouble de la vision, ou d'amblyopie, qu'il rattache à une différence dans la distance focale des divers méridiens de l'œil. Il s'agit là d'anomalies dans les surfaces de la cornée, du cristallin, etc., qui ont à peine fixé l'attention jusqu'ici; comme l'auteur indique en même temps des verres qui permettent d'y remédier, la science et la pratique de l'oculistique devront lui savoir gré de ses efforts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets rendus, le premier sur la proposition de M. le ministre de l'intérieur, le deuxième sur celle de M. le ministre de la guerre, M. le docteur Tahère, médecin à Saint-Cloud (Seine-et-Oise) et M. le docteur Castagné, médecin civil, faisant le service aux hôpitaux militaires à Vera-Cruz, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par arrêtés du 12 novembre, M. Boucher, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de Dijon, est nommé professeur de pathologie interne à la même École, en remplacement de M. Fortoul, dont la démission est acceptée.

M. de Schacken, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Nancy, est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à la même École, en remplacement de M. Parisot, appelé à d'autres fonctions.

— Dans sa séance du 14 novembre, la Société centrale de l'Association générale des médecins de France a procédé à la réception des nouveaux membres dont les noms suivent:

MM. Bauchet, Bordes, Caudmont, Delestre, Filassier, Hardy, Lélut, Létourneau, Maurel, Molard, Moynier (Eugène), Nitas-Ricord, Piorry, Réveil, Tissier, Wecker et Zambaco.

— L'inauguration du monument élevé à la mémoire d'Esquirol, que nous avons annoncée comme prochaine, aura lieu samedi 22 novembre, à *une heure*, à la Maison impériale de Charenton. Nous ne doutons pas que le corps médical ne soit dignement représenté à cette cérémonie. Il n'est pas un des contemporains d'Esquirol et un de ses nombreux élèves qui ne s'empresse de saisir cette occasion de rendre un dernier hommage à la mémoire de l'homme qui ne fut pas seulement un savant éminent, digne du respect de tous, mais une de ces natures d'élite dont le cœur, à la hauteur de l'intelligence, a semé partout les souvenirs de son amitié et de ses bienfaits.

— M. le docteur Dagand, chargé, comme médecin cantonal, d'une des circonscriptions les plus étendues du département de la Savoie, vient de recevoir de M. le préfet la médaille d'or qui doit, chaque année, être décernée au médecin cantonal le plus méritant.

— M. le docteur Phillips commencera la première partie d'un cours des maladies des voies urinaires, le lundi 24 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et samedis suivants.

Cette première partie comprendra les maladies de l'urèthre.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 135. — JEUDI 20 NOVEMBRE 1862. (35° ANNEE.) N° 135. — JEUDI 20 NOVEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 19 NOVEMBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La question des eaux potables, qui a tant préoccupé l'attention publique depuis quelque temps, vient d'être portée par M. Poggiale devant l'Académie, à l'occasion d'un mémoire de M. Lefort sur l'aération des eaux. Le comité secret inscrit à l'ordre du jour n'a pas permis à M. Poggiale de terminer la lecture de son rapport. Cette lecture sera continuée et terminée probablement dans la séance prochaine. Nous attendrons que cet important document soit publié dans le *Bulletin* pour en reproduire les principales dispositions.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'acupuncture multiple comme moyen d'obtenir l'adhérence entre les parois de l'abdomen et les kystes contenus dans le ventre.

Tout le monde connaît les procédés employés par les médecins pour obtenir l'adhérence entre le feuillet du péritoine qui recouvre les parois de l'abdomen et les kystes qui s'observent si souvent dans le ventre. Les principaux sont ceux de Récamier, de Bégin, de M. Jobert. Récamier, on le sait, détruisait la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les couches musculaires par des applications successives de caustique, et lorsqu'il était arrivé sur l'aponévrose abdominale, et par conséquent au voisinage du péritoine, il ne faisait en quelque sorte qu'imbiber cette aponévrose avec un caustique légèrement appliqué. Il provoquait ainsi une péritonite circonscrite, et, à l'aide d'un bandage convenablement serré, il maintenait en contact le péritoine de la paroi avec celui qui recouvrait le kyste.

Il s'établissait alors une péritonite du kyste, au point où celui-ci touchait la paroi, et après quelques jours il existait des adhérences assez intimes pour qu'il fût possible de pénétrer sans péril avec le bistouri dans la cavité de la tumeur.

Le procédé de Bégin était plus expéditif et peut-être un peu plus périlleux. Ce chirurgien incisait la paroi abdominale couche par couche, au point où le kyste faisait le plus de saillie. Il arrivait ainsi jusqu'au péritoine, qu'il respectait. L'inflammation qui s'emparait des lèvres de l'incision se propageait nécessairement jusqu'au péritoine pariétal et jusqu'à celui de la tumeur; et lorsque deux ou trois jours s'étaient établies, Bégin supposait que des adhérences suffisantes s'étaient établies, et il pénétrait dans la tumeur avec le bistouri.

M. Jobert adopte un procédé plus simple, et que j'ai vu appliquer par lui avec succès chez une dame atteinte d'un kyste de l'ovaire. Il fait la ponction avec le trocart ordinaire, et après avoir vidé une petite quantité du liquide contenu dans la tumeur, il introduit une sonde par le conduit de la canule, retire la canule en laissant la sonde en place; il maintient la paroi du ventre en contact avec le kyste par un bandage qui comprime modérément. La sonde irrite par sa présence une petite portion du péritoine, du kyste et de la paroi abdominale, et il s'établit de rapides adhérences qui permettent de pratiquer des injections dans la poche sans craindre de voir le liquide s'épancher dans la cavité péritonéale.

On sait les dangers que l'on a attribués à chacun de ces procédés. Il n'est pas toujours facile de limiter l'action des caustiques; l'incision de Bégin produit souvent un érysipèle, et d'ailleurs ce procédé est encore plus douloureux et plus effrayant pour les malades que la cautérisation de Récamier. Il est aussi plus difficile, et bien des médecins qui ont perdu l'habitude de se servir du couteau hésiteraient à le mettre en œuvre.

Le procédé de M. Jobert est simple, il ne cause pas de douleur; mais il expose quelquefois à un accident assez grave, l'épanchement d'une certaine quantité du liquide du kyste dans le péritoine.

Le procédé que j'ai imaginé, et auquel j'ai donné le nom d'*acupuncture multiple,* m'a paru beaucoup plus simple, d'une exécution très-facile et tout à fait exempt d'inconvénient.

Je l'ai pour la première fois mis en usage en 1835, alors que je remplaçais à l'Hôtel-Dieu M. le professeur Récamier. C'était chez une dame des environs de Châblis, sœur de M. le docteur ***. Elle avait de nombreuses tumeurs dans le ventre, et quelques-unes contenaient du liquide; il était évident que ces dernières étaient des kystes de l'ovaire. Pour pénétrer avec sécurité dans ces poches et pour y faire sans danger des injections détersives, il me parut utile d'obtenir des adhérences entre les parois de l'abdomen et celles du kyste principal, et je songeai à l'*acupuncture multiple.*

Je me procurai de grandes aiguilles d'acier semblables à celles dont se servent les modistes; je les détrempai à la flamme d'une bougie; je mis à chacune une tête de cire à cacheter pour arrêter l'aiguille et l'empêcher de pénétrer entièrement dans la tumeur. J'enfonçai à peu près une vingtaine d'aiguilles qui traversèrent à la fois la paroi abdominale et les parois du kyste, les têtes de cire venaient s'appuyer sur la peau. Mais je n'avais pas prévu un danger dont je veux vous parler. Le lendemain matin, je m'aperçus que la peau était enflammée.

Le procédé que j'ai employé, celui que j'ai mis en usage pour la femme dont j'ai à raconter l'histoire, est le suivant: Il consiste à interposer un tissu quelconque entre la peau et la tête des aiguilles. Je me sers tout simplement d'un morceau de sparadrap, de diachylon, et de cette manière jamais la peau ne s'enflamme au contact de la tête des aiguilles.

Maintenant, il est bien facile de comprendre ce qui se passe.

Les aiguilles traversent à la fois la peau, les tissus sous-jacents, le péritoine des parois de l'abdomen; elles s'enfoncent dans la tumeur en traversant le péritoine qui la recouvre et les parois de la poche kystique.

Les aiguilles sont au nombre de vingt-cinq ou trente, et elles sont placées à 3 ou 4 millimètres l'une de l'autre. L'aire d'inflammation qui survient autour de chaque aiguille est au moins de 2 millimètres; il suffit qu'il en soit ainsi pour que le péritoine s'enflamme dans toute la surface représentée par le champ où les aiguilles sont implantées. D'ailleurs, une douleur locale assez vive, une tuméfaction qui s'empare de toute la peau et des parties profondes, indiquent assez que le travail phlegmasique se fait avec une certaine activité.

Les aiguilles restent en place cinq jours. Au moment où on les retire, on voit sourdre par chaque piqûre un peu du liquide contenu dans le kyste, preuve irréfragable que l'adhérence existe entre les feuillets du péritoine. On pouvait alors faire la ponction, mais pour plus de sécurité, j'attends un jour ou deux, afin que les adhérences se raffermissent. On peut alors s'assurer, par une manœuvre bien simple, que l'adhérence est complète. En pinçant avec les doigts toute l'épaisseur de la peau, on sent à merveille une espèce de disque induré formé par les tissus qui constituent la paroi abdominale, et ce disque est solidaire avec la tumeur, qui est entraînée dans les mouvements de va-et-vient que l'on fait subir à la peau.

Je procède à la ponction, soit avec le bistouri à lame étroite, soit avec le trocart ordinaire; mais quand je me sers du trocart, je prends une nouvelle précaution, je fais avec la lancette une ponction à la peau, et introduisant la pointe du trocart dans la petite plaie, je pousse vivement l'instrument. De cette façon j'évite les violentes secousses qui pourraient détruire les adhérences.

Le procédé que je viens d'indiquer est celui qui a été suivi chez la femme dont je vais raconter brièvement l'histoire.

Mais auparavant je dois dire que cette acupuncture est si peu douloureuse que bien des malades causent pendant que l'on enfonce les aiguilles, et toutes déclarent que cette petite opération est une bagatelle. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'elle est tellement facile qu'il n'est personne au monde qui ne la puisse faire.

Une femme, âgée de trente-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 23, le 13 mars 1862. Cette femme, souffrante depuis une année environ, a été prise au mois de juin 1861 d'une hémorrhagie utérine abondante; depuis cette époque sa menstruation a été irrégulière. Elle s'est aperçue, il y a plusieurs mois, que son ventre grossissait, et bientôt elle a senti une tumeur se développer dans la région iliaque droite.

Plusieurs fois avant son admission à l'hôpital, elle a ressenti dans l'abdomen des douleurs aiguës accompagnées de fièvre et de vomissements. Peu à peu ces douleurs disparaissent, et après huit à dix jours de repos au lit, elle pouvait reprendre son travail.

Mais le 10 mars, c'est-à-dire trois jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle a été prise de vomissements, de douleurs de ventre et de fièvre. Ces symptômes persistent lors de la première visite de M. Trousseau, et, de plus, il constate dans l'abdomen une tumeur bilobée, faisant saillie dans les régions hypogastrique et iliaque droite; cette tumeur est fluctuante dans toute la portion qui correspond à la région iliaque droite; la fluctuation est moins sensible dans la région de l'hypogastre et dans la région iliaque gauche, où l'on constate l'existence d'une

---

BIBLIOGRAPHIE.

La Vie et ses Attributs, par E. BOUCHUT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, etc. (1).

Causa latet..... vis est notissima..... (OVIDE.)

I.

Il est des choses que l'on ne peut guère définir d'une manière satisfaisante, quoi qu'en ait dit Boileau. Je n'en veux d'autre preuve que ce grand nombre de définitions du phénomène le plus important que nous connaissions, — de la *vie*.

D'où cela vient-il?

C'est que notre langage ou pauvre ou vicieux nous a fait confondre l'effet avec la cause. En effet, une plante, un animal quelconque étant donnés, on appelle *vie la cause* qui le fait vivre; mais l'*effet* de cette même cause s'appelle encore *vie*. Le savant professeur Longet avait proposé d'appeler *vitalité* la cause, et de réserver le nom de *vie* pour l'effet.

Chaque physiologiste a tenté une définition. Après celui-ci en est venu un autre qui a attaqué la définition de son devancier pour lui substituer la sienne propre. Cette division scientifique persistera jusqu'à ce qu'on soit parfaitement d'accord sur le sens précis attaché au mot *vie*.

Les meilleures définitions sont souvent celles qui consistent dans l'énumération des parties ou des phénomènes qui composent l'objet défini. L'âme, par exemple, se définira « le principe immatériel qui sent, pense et veut. » Pour M. Bouchut, la vie est une force susceptible de communiquer à la matière une forme et des propriétés spéciales, et elle se révèle chez tous les êtres grands et petits, visibles ou invisibles, animaux ou végétaux, par trois attributs, qui sont l'*impressibilité*, l'*autocinésie*, la *promorphose*.

Entrons dans quelques détails à ce sujet.

Les individus et les espèces, chez tous les corps organiques sans exception, se *conservent* par eux-mêmes au milieu d'une métamorphose continuelle de leur substance. L'ensemble de ces manifestations constitue la vie. Ces manifestations exclusives aux êtres vivants ne se rencontrent pas dans les corps organiques. Pour certains physiologistes, ces manifestations sont une propriété de la matière; pour d'autres, elles sont le résultat d'une force particulière appelée *force vitale*.

Les trois attributs communs à tout ce qui est doué de la vie sont, comme nous l'avons dit:

1° L'*impressibilité*, c'est-à-dire la faculté inconsciente de sentir les impressions extérieures sans aucune participation du système nerveux.

2° L'*autocinésie*, mouvement par soi-même, mouvement corpusculaire, c'est-à-dire la faculté qu'ont les éléments de la matière vivante de se mouvoir pour former les espèces, et cela en dehors de toute propriété de structure.

3° La *promorphose*, ou faculté de donner aux éléments amorphes une forme déterminée d'avance et conforme au type de l'espèce, de créer et de maintenir la forme des êtres vivants à travers la rénovation continuelle de la matière; c'est la constitution et la permanence de la forme.

A côté de ces manifestations générales de la vie s'en rencontrent d'autres variables dans les différentes espèces végétales ou animales, formant des propriétés organiques, qui sont la sensibilité consciente, la contractilité, la digestion, l'absorption, etc. Celles-ci sont en rapport avec la structure des tissus et la conformation des organes.

L'ensemble de tous ces phénomènes atteste une harmonie incontestable; ces effets constants reproduits au milieu de conditions semblables démontrent un rapport de causalité entre les éléments producteurs, une puissance d'action que nous appelons force vitale.

Ces attributs ne peuvent être compris séparément: ils existent ensemble et ne sont jamais indépendants les uns des autres.

Pour bien étudier ces attributs, il n'y avait qu'une bonne méthode à suivre, la méthode analytique. C'est ce qu'a fait M. Bouchut. Par l'analyse de tout ce qui vit, l'auteur a été obligé de parcourir toute la série des êtres vivants. Il a ainsi démontré que l'impressibilité existe dans les plantes, dans les arbres, dans les animaux, dans les végétaux inférieurs, conferves, rotifères, etc. On la retrouve encore

(1) Un vol. grand in-18. Prix, 3 fr. 50. Chez J. B. Baillière et fils.

seconde tumeur plus dure, non fluctuante à la palpation, et cependant solidaire avec la tumeur kystique.

Une tumeur ainsi limitée, en partie fluctuante, de la grosseur d'une tête d'adulte et bilobée, ne pouvait être qu'un kyste ovarique. Les douleurs et les vomissements avec fièvre étaient la conséquence d'une péritonite au voisinage du kyste. On attend la disparition des symptômes inflammatoires; ces symptômes dissipés, on pratique une ponction avec un trocart ordinaire; il s'écoule une grande quantité d'un liquide légèrement jaune, visqueux, et qui devient purulent à la fin de la ponction. Ce liquide contenait beaucoup d'albumine.

Cette ponction fut pratiquée le 31 mars; on put, après l'affaissement de la tumeur kystique, reconnaître que la seconde tumeur du côté gauche était devenue médiane et présentait une dureté qui fit supposer qu'elle était de nature solide.

Il n'y avait point à penser à l'ovariotomie, parce que les péritonites répétées devaient faire supposer que la tumeur avait contracté de nombreuses adhérences avec le péritoine et peut-être avec les intestins.

Le liquide se reproduisit avec rapidité, et le 15 avril, c'est-à-dire quinze jours après la première ponction, on put extraire 4,500 grammes d'un liquide trouble, visqueux et purulent.

Ces deux ponctions ne furent suivies d'aucun accident grave. A peine la malade eut-elle pendant deux ou trois jours, après chaque ponction, un peu de douleur limitée au niveau de la ponction.

Cependant le kyste ne tarda pas à se remplir de nouveau, et craignant les reproductions incessantes du liquide et l'inflammation du kyste qui avait déjà fourni du pus, M. Trousseau résolut de déterminer l'adhérence de la paroi kystique avec la paroi abdominale, dans le but:

1° D'établir une fistule qui permît au liquide de s'écouler chaque jour;

2° De pouvoir modifier la sécrétion de la poche kystique par des injections iodées.

Pour obtenir l'adhérence du kyste à la paroi abdominale, il pratiqua l'acupuncture multiple, après avoir attendu que l'accumulation du liquide eût distendu les parois du kyste; voici comment il procéda à cette opération.

Sur la partie de l'abdomen où la tumeur faisait la saillie la plus marquée, il appliqua une rondelle de diachylon de la grandeur d'une pièce de cinq francs; puis, à travers cette rondelle, il implanta dans la paroi abdominale et la paroi kystique qui était en contact avec elle, vingt-cinq aiguilles d'acier détrempé de 7 à 8 centimètres de longueur, et dont il avait eu soin de garnir la tête avec de la cire à cacheter pour n'avoir pas à redouter la pénétration de l'aiguille entière dans la poche kystique.

Cette petite opération fut très-peu douloureuse, et pendant trois jours la malade éprouva seulement une légère douleur dans une étendue qui ne dépassait guère l'aire de l'acupuncture. Cette douleur était la conséquence de la péritonite localisée, qui avait été déterminée par l'introduction des aiguilles. Et le cinquième jour après l'acupuncture, s'étant assuré par de petits mouvements des adhérences de la paroi abdominale à la paroi kystique, M. Trousseau enleva une à une chaque aiguille. Immédiatement après l'extraction de chacune d'elles, il s'écoula par les pertuis capillaires des gouttelettes de sérosité visqueuse qui témoignèrent de l'existence de l'adhérence; alors il vida le kyste avec un trocart, et établit à demeure une canule en caoutchouc; chaque jour il vidait le kyste, peu à peu la quantité du liquide sécrété devint de moins en moins abondante, et la tumeur avait une tendance progressive à revenir sur elle-même. Cependant il s'écoulait toujours du pus fétide, on injecta dans le kyste de la teinture d'iode étendue de deux tiers d'eau ordinaire et additionnée de 3 ou 4 grammes d'iodure de potassium. Tous les jours on vidait le kyste, et tous les deux jours seulement on le lavait avec la teinture d'iode, en ayant soin chaque fois d'y laisser le quart à peu près du liquide injecté.

La dernière ponction avait été faite le 4 mai, et dix jours après on constata que la tumeur gauche avait sensiblement diminué de volume; il était alors probable que cette tumeur, malgré sa dureté, n'était qu'une tumeur kystique, peut-être multiloculaire, et qu'une de ses loges s'était ouverte et vidée dans la poche principale.

Jusqu'au 20 mai, l'état général était resté satisfaisant, sauf quelques symptômes d'iodisme. La tumeur gauche avait encore diminué de volume, et le liquide qui s'écoulait par la fistule n'avait presque plus de fétidité. Mais à cette époque, le 20 mai, la malade fut prise de diarrhée, qui fut d'abord combattue avec succès par les préparations de craie et de bismuth. La malade était très-faible; elle maigrissait; une pâleur extrême, l'œdème des extrémités inférieures, la perte d'appétit et un petit mouvement fébrile revenant chaque soir, témoignaient d'un état cachectique grave.

Dans le courant du mois de juin, on reconnaît l'existence d'une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur droit, douleur dans le mollet et sur le trajet des vaisseaux cruraux, œdème de tout le membre. Peu à peu l'œdème disparaît, mais l'état cachectique est toujours prononcé, malgré l'emploi des toniques, et, quoi qu'on fasse, c'est à peine si l'on parvient dans le mois de juillet à modérer de temps en temps la diarrhée qui épuise la malade.

Il s'écoule toujours du pus fétide par la fistule aussitôt que l'on cesse les injections iodées; il est probable alors qu'une certaine quantité des matières putrides contenues dans le kyste sont résorbées, et que la fièvre hectique et la diarrhée sont la conséquence de cette infection putride chronique. Pour augmenter l'étendue de la fistule et faciliter ainsi l'écoulement du pus kystique, on introduit une grosse corde à boyau, qui bientôt rétablit une large fistule. Mais, quoi qu'on fasse, l'état cachectique devient de plus en plus grave, la diarrhée persiste, du muguet se développe sur la muqueuse buccale. De nouveau apparaissent les signes d'une *phlegmatia* du membre inférieur droit, qui bientôt s'étend au membre inférieur gauche. La malade est prise de toux sèche et de douleur du côté droit; l'affaiblissement est tel qu'on ne croit pas devoir ausculter la malade, qui très-probablement a de la pleurésie.

Les accidents thoraciques disparaissent le septième jour, et de temps en temps seulement la malade se plaint d'un peu de douleur dans le sommet de la poitrine lorsqu'elle fait effort pour respirer.

La lutte dure ainsi pendant tout le mois d'octobre, et la malade succombe le 30 octobre, épuisée par la diarrhée et la suppuration persistante des parois du kyste ovarique.

Examen nécroscopique. — L'abdomen est ouvert suivant une ligne qui passe par l'appendice xiphoïde, les épines iliaques antérieures et les éminences iléo-pectinées. Alors nous constatons que la paroi abdominale interne est réunie au grand épiploon et au paquet intestinal par des adhérences celluleuses, vestiges des péritonites dont la malade avait été affectée à plusieurs reprises avant l'opération.

Les adhérences intestinales peuvent être facilement rompues avec le manche du scalpel, ou par de légères tractions. Nous pouvons ainsi isoler la tumeur intra-abdominale, et reconnaître qu'elle ne conserve d'adhérences qu'avec la face postérieure de la vessie, le corps de l'utérus, le cœcum et le rectum. De plus, la paroi antérieure de la tumeur est intimement soudée à la paroi abdominale dans une étendue de 5 à 6 centimètres carrés.

Pour étudier plus facilement les rapports du kyste, nous enlevons la tumeur avec les organes auxquels elle adhère. Nous recherchons d'abord s'il n'existait aucune fistule muqueuse entre la tumeur, la vessie, le cœcum ou le rectum.

Une fois l'absence de semblables communications démontrée, nous disséquons la tumeur de façon à n'avoir plus que la tumeur elle-même, et à pouvoir étudier ses rapports avec la paroi abdominale.

La tumeur se compose de deux parties distinctes; la plus volumineuse était due à un kyste qui avait été ouvert; la plus petite à la réunion de plusieurs kystes multiloculaires, à loges parfaitement distinctes, et dont l'une cependant communiquait avec la grande poche kystique, ce qui nous rend compte de la diminution subite qui fut observée pendant la vie dans la tumeur médiane. Les loges par leur réunion formaient une tumeur de la grosseur du poing; elles ne renfermaient que de la sérosité jaunâtre; l'une d'elles seulement, celle qui communiquait avec le kyste ponctionné, renfermait du pus. Les parois de ces poches isolées étaient lisses et minces; il nous fut impossible de retrouver l'ovaire au milieu de la tumeur; il est probable que la tendance kystique avait envahi l'ovaire tout entier, et que tous les éléments de cet organe avaient concouru à la formation du kyste multiloculaire.

Ce qu'il nous importait surtout d'étudier, c'étaient les rapports de la grande poche avec la paroi abdominale et de voir ainsi quelle avait été l'action de l'acupuncture: nous pûmes constater que les adhérences de la paroi du kyste étaient d'autant plus solides qu'on se rapprochait davantage de l'endroit où les aiguilles avaient été implantées; puis cherchant à détruire ces adhérences avec le manche du scalpel, nous avons vu sur les surfaces correspondantes du kyste et de la paroi abdominale de petites taches noirâtres qui n'étaient que les vestiges du passage des aiguilles. Ces taches se trouvaient à peu près à égale distance les unes des autres, et la dissection permettait de les suivre à travers les différentes couches aponévrotique, musculaire et cellulaire de la paroi abdominale. Ces taches, qui se trouvaient au centre de la soudure du kyste à la paroi abdominale, témoignaient que l'adhérence avait eu lieu là où les aiguilles avaient été enfoncées, et démontraient ainsi anatomiquement que le but avait été atteint, ce qui, du reste, avait été cliniquement établi, lorsque, en retirant les aiguilles, on avait vu sourdre à travers les piqûres de petites gouttelettes de sérosité visqueuse.

Si, d'une autre part, on remarque que les adhérences celluleuses qui se trouvaient en dehors de l'aire d'action de l'acupuncture étaient faciles à rompre et avaient été probablement la conséquence des péritonites antérieures à l'acupuncture, ne nous sera-t-il pas permis de conclure que l'acupuncture multiple avait établi en un point déterminé, limité, une adhérence solide et qui permettait d'injecter toute substance liquide dans le kyste sans qu'on eût à craindre l'entrée du liquide modificateur dans la cavité péritonéale?

La fistule établie entre la peau et la surface interne du kyste était restée béante; elle pouvait livrer passage à une algalie ordinaire.

La surface interne du kyste était d'un blanc grisâtre, ridée, et recouverte d'une couche purulente.

En un point de cette surface interne, nous avons trouvé l'ouverture de communication avec une poche secondaire; celle-ci était revenue sur elle-même et renfermait une certaine quantité de pus.

L'insuccès de cette opération avait eu sa raison dans l'état général de la malade et la persistance de la diarrhée.

L'examen anatomique nous permet de constater l'existence de tubercules dans les deux poumons, et de nombreuses ulcérations dans l'intestin grêle et le gros intestin.

NOTE SUR UNE FORME D'ICTÈRE GRAVE
chez les femmes enceintes;

Par M. le docteur O. SAINT-VEL.

L'année 1858 fut marquée à la Martinique par l'apparition d'une épidémie d'ictère. On n'avait gardé aucun souvenir d'un fait semblable. L'ictère n'est pas plus fréquent aux Antilles qu'en France, et l'ictère grave y est très-rare. Nul lien ne rapprochait cette épidémie de la fièvre jaune. Celle-ci s'était éteinte vers le milieu de l'année précédente, et depuis elle ne s'est plus montrée à la Martinique. Rien ne parut changé dans les conditions climatologiques. Cet ictère, qui offrit tous les caractères de l'ictère essentiel, surprit les médecins par son caractère épidémique et par sa gravité chez les femmes enceintes, et seulement chez elles. Il débuta à Saint-Pierre vers le milieu d'avril, atteignit toute son intensité en juin et en juillet, et se termina par quelques cas isolés vers la fin de l'année, après avoir fait le tour de la colonie.

Répandu sur les diverses races de la population, sur le blanc

---

dans les ovules, dans la graine. C'est par l'impressibilité que se fait la nutrition moléculaire, l'assimilation des aliments dans la trame des tissus, etc. Il ne faut donc pas perdre de vue qu'à côté de la sensibilité spéciale, dépendant du système nerveux, « il y a une autre sensibilité dont l'individu n'a pas conscience, et qui préside à tous les actes de la nutrition et de l'assimilation », attribut dont le sommeil, pas plus que les maladies, ni le chloroforme, ni les poisons, ne peuvent entraver la marche, et qui ne s'arrête que par la mort.

L'impressibilité n'est pas toujours identique: elle varie selon les influences extérieures, l'air, la lumière, la pesanteur, l'électricité, les climats, les agents chimiques, d'où la caloricité, les constitutions saisonnières, l'acclimatation; elle varie encore selon les époques de la vie, et c'est à ces différences d'impressibilité qu'il faut rapporter l'opportunité aux maladies.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude si curieuse des variations de l'impressibilité suivant l'état des forces, d'après la structure des parties, ni dans celle de son influence sur l'impressibilité d'autres tissus, amenant ainsi les *sympathies*, la *fièvre* et les *actions réflexes*. Cette étude nous conduirait trop loin. En un mot, c'est par l'impressibilité que s'expliquent l'assimilation nutritive, les idiosyncrasies, l'immunité, la révulsion, la dérivation, etc.

2° Après l'impressibilité, vient l'*autocinésie*, « première manifestation vitale des germes fécondés, puisque, après avoir reçu la forme et l'impressibilité de leurs générateurs, l'imprégnation met leurs molécules en mouvement d'après les lois de l'espèce, sous l'influence des agents extérieurs. » Mais ces agents ne sont là que pour la plus petite part. Tiedemann appelait *force plastique* ce principe intérieur de l'animal ou du végétal que M. Bouchut appelle autocinésie. Cet attribut de la vie se retrouve dans les glandes, où il varie selon chaque espèce de glande. Différente de l'élasticité, qui est une force morte tout à fait passive, la contractilité organique est le résultat de l'autocinésie, et se rencontre dans les différents tissus des différentes espèces animales et végétales.

3° Au milieu de ce renouvellement continuel de la substance des corps vivants, la forme des êtres animés se maintient et persiste en vertu de cet autre attribut de la vie que M. Bouchut appelle *promorphose*. Si à la promorphose modifiée se rapportent les monstruosités, la régénération des parties perdues, le retour de l'ordre dans les tissus altérés par des lésions organiques, cet attribut de la vie fait comprendre la nature médicatrice. Il va plus loin encore, il fait comprendre la constitution de l'individu, le tempérament, l'hérédité naturelle ou morbide. C'est encore à la promorphose que se rattache la spécificité soit pathogénique, soit thérapeutique, dont l'étude est l'une des plus importantes dans la pratique de la médecine.

II.

Après avoir ainsi analysé les attributs de la vie dans toute la série des êtres vivants, M. Bouchut arrive à cette conclusion que si des attributs communs existent en dehors de toute structure commune et identique, ces attributs relèvent d'une force supérieure à l'organisation et dirigeant cette organisation vers une fin déterminée. De là l'affirmation ou l'existence de la *force vitale*, autre question non moins importante pour la médecine. C'est ici que l'auteur a dû faire une profession de foi bien franche et bien nette, et, quoique professeur agrégé de la Faculté de Paris, il n'a pas craint d'arborer le drapeau d'un sain vitalisme, laissant de côté tout ce qu'il y a d'exagéré dans l'organicisme, qui aujourd'hui est bien loin, trop loin même, du point de départ. Si Bichat a fondé l'anatomie pathologique, ses successeurs ont fait ce que font tous les disciples, ils ont exagéré les principes du maître. Ils ont voulu que la force vitale fût l'effet et non la cause de l'organisation.

Dès qu'un individu a rendu le dernier soupir, le sang n'est pas encore coagulé; il a tous ses organes: cerveau, cœur et poumons; qu'y manque-t-il? Ce quelque chose que nous ne voyons pas, que nous ne sentons pas, le principe vital, la force vitale. Il y a donc quelque chose que nous devons chercher en dehors de la matière, et nous ne devons localiser rien de ce qui est immatériel. L'École de Paris s'est récriée contre le système de Gall, qui localisait les facultés, et, peu conséquente avec elle-même, elle a placé dans les organes le siége de toutes les maladies. Assurément si un sujet se présente avec des plaques muqueuses, une adénite syphilitique, on ne conseillera pas des cataplasmes, des bains émollients, mais on admettra qu'il y a un principe morbide insaisissable, et on administrera un traitement général pour combattre le vice syphilitique. La variole ne consiste pas seulement dans l'éruption pustuleuse; cette éruption n'est que la manifestation de la maladie, et si avec les symptômes généraux on ne rencontre pas l'éruption, on ne craindra pas de dire qu'il y a une variole

comme sur le nègre et le coolie de l'Inde, sur l'Européen comme sur le créole, il affecta l'âge adulte de préférence, et se montra sans complication du côté du foie. La terminaison fut presque constamment heureuse en dehors de la condition de grossesse. Les seules victimes furent des femmes, et parmi elles on compta trois jeunes femmes qui n'étaient pas enceintes, et une vieille fille de soixante-trois ans. Il n'y eut qu'une forme grave, toujours la même, toujours mortelle : la forme comateuse.

Sur trente femmes enceintes atteintes d'ictère à Saint-Pierre, dix seulement arrivèrent au terme de la grossesse sans autres symptômes que ceux de l'ictère essentiel. Les vingt autres succombèrent dans le coma après l'avortement ou l'accouchement prématuré. Je n'ai pas vu tous ces cas, qui ont eu lieu pour la plupart dans les classes inférieures.

Le peuple, aux colonies, traite la jaunisse par des simples. Le médecin n'était guère appelé qu'au début des accidents comateux. De là une absence regrettable de renseignements sur la maladie et sur son traitement. Une absence encore plus regrettable, est celle des autopsies, par suite d'un préjugé difficile à vaincre. Je vais rapporter trois observations suivies de mort, concernant deux femmes enceintes et une fille sexagénaire. Elles forment un tableau fidèle de tous les cas d'ictère grave survenus pendant cette épidémie.

Obs. I. — Mme X..., primipare, âgée de vingt-trois ans, est prise d'ictère dans les derniers jours de mai. Symptômes légers, pas de douleur à la région hépatique. — Décoction d'orge, un ou deux verres de limonade purgative au citrate de magnésie, un gramme de sulfate de quinine contre de légers accès de fièvre survenus pendant l'ictère.

La malade, dans de bonnes conditions en apparence, fait une promenade dans la soirée du 3 juin. Prise de douleurs la nuit, elle accouche vers le matin d'un enfant de huit mois. Cet enfant mort-né ne présentait pas de coloration ictérique. Aussitôt après la délivrance le coma se déclare brusquement. Appelé vers six heures du matin par M. le docteur Martineau, je me trouvai pour la première fois en présence de cette grave affection. Pouls faible à 80, pas d'accélération de la respiration, pas de rougeur à la face, légère chaleur frontale, quelques plaintes à d'assez longs intervalles, dues peut-être à la rétraction utérine.

La malade manifestait de l'impatience quand on la pinçait ; quand on appelait fortement son attention, elle répondait par monosyllabes, ou s'arrêtait au milieu d'une phrase que le retour du sommeil interrompait. Des sangsues aux apophyses mastoïdes, des vésicatoires aux cuisses et de larges sinapismes, ne produisirent aucune modification, et la mort survint à une heure de l'après-midi.

Obs. II. — Le même jour, 4 juin, je fus appelé par M. le docteur Martineau, à huit heures du matin, auprès de Mme X..., qui était dans le coma depuis la nuit. Cette dame, âgée de trente-huit ans, multipare, enceinte de sept mois, avait été prise d'ictère trois semaines auparavant. La coloration avait été foncée, le dépôt dans les urines abondant, et les symptômes n'avaient offert rien de grave. Des boissons délayantes, du petit lait et un purgatif salin avaient composé la médication.

Dans les derniers jours de mai la malade s'était activement occupée d'un déménagement. Elle accoucha sans accident le 1er juin, et l'enfant, qui n'avait pas de coloration ictérique, est le seul qui, né dans ces conditions fatales pour la mère, ait survécu.

Le coma survint dans la nuit du 3 au 4, sans qu'on s'en aperçût. On en reconnut la présence en cherchant à réveiller la malade. En l'appelant, en la secouant, en la pinçant, on n'obtenait que des signes d'impatience et des mots inintelligibles.

Avec beaucoup de peine on réussit à lui faire avaler quelques cuillerées d'une potion contenant du sulfate de quinine et de l'extrait de quinquina. Pas d'accélération de la respiration ; pouls faible, régulier, à 76 ; ni chaleur ni refroidissement de la peau. Malgré la médication révulsive prescrite dès le matin : sinapismes, vésicatoires aux membres inférieurs, calomel et jalap, il fut impossible d'interrompre le coma, et la mort survint dans la soirée.

Obs. III. — Mlle S. S..., mulâtresse à peau brune, sage-femme, âgée de soixante-trois ans, d'une bonne santé habituelle, est prise d'ictère vers le 25 juin.

De cette date au 8 juillet, enduit saburral épais, coloration verdâtre de la peau, qui devient le siége d'une vive démangeaison, et plus tard d'une éruption de furoncles ; urines très épaisses et de couleur brique ; pouls ne dépassant pas 80 ; sentiment de faiblesse ; céphalalgie et perte presque absolue de sommeil.

Cette malade s'était un peu traitée à sa manière par des tisanes de carottes, de plantes renommées contre la jaunisse et par des purgatifs huileux et salins.

Vers le 8, l'ictère pâlissait et la malade commençait à se lever et à s'alimenter. Elle prenait, sur mon conseil, des préparations de quinquina.

Le dimanche 13, l'état semblait le même : le pouls était à 76, l'enduit saburral avait presque disparu, les urines n'étaient presque plus colorées. La malade ne gardait plus le lit, mais elle se sentait faible et s'inquiétait beaucoup de son état. A midi et demi, le coma se déclara brusquement. Elle dit quelques paroles incohérentes et ne manifesta aucune sensibilité aux agents irritants portés sur la peau. Le pouls s'affaiblit de plus en plus, les extrémités se refroidirent, et la mort arriva à quatre heures du soir.

Dans les cas les plus graves chez les femmes enceintes, l'ictère suivit toujours la même marche. Il se présenta constamment comme un ictère essentiel, souvent léger, jusqu'au moment où se déclarèrent l'avortement ou l'accouchement prématuré. Ces accidents ne préexistèrent jamais à l'ictère. C'était ordinairement après quinze jours, plus rarement après trois semaines de durée, que ce dernier les provoquait. Jusqu'à l'invasion du coma, les symptômes n'offraient rien de grave, rien de particulier. Le coma précédait ou suivait de quelques heures l'avortement et l'accouchement. Il ne se montra dans deux cas que trois jours après.

Les femmes qui y succombèrent étaient enceintes de quatre, cinq, six, sept et huit mois. Rarement un délire léger précédait le coma, qui ne s'interrompait pas un instant, devenait de plus en plus profond et ne cessait qu'avec la vie. Sa durée n'était que de quelques heures. Dans deux cas, il persista vingt-quatre et trente-six heures. Jusqu'à son début aucune particularité à noter relativement à la sensibilité générale, à la respiration et à la circulation. Le pouls ne présentait ni accélération ni ce ralentissement qu'il offre parfois dans l'ictère. Les caractères de l'ictère grave ne se retrouvaient pas non plus, pas même l'hémorrhagie utérine. A une exception près, les femmes qui succombèrent n'eurent pas d'hémorrhagie après la délivrance, et quand la mort n'arriva que trois ou quatre jours après, les lochies étaient normales.

Presque tous les enfants venus au monde dans ces conditions étaient mort-nés ; quelques-uns vécurent un petit nombre d'heures ; un seul a survécu et vit encore maintenant. Aucun ne présenta de coloration ictérique. Chez les dix autres enfants qui naquirent à terme et dont les mères étaient ictériques, il n'y avait non plus aucun signe de cette maladie.

J'ai le regret de n'avoir à présenter aucune autopsie, et de ne pouvoir mettre en regard des symptômes observés les altérations que le scalpel eût découvertes. Auraient-elles pu expliquer ces étranges et redoutables accidents de coma? L'ictère semblait emprunter alors quelque chose au génie pernicieux qui influe sur la pathologie tout entière dans les régions intertropicales.

TRAITEMENT DE L'ACNÉ ROSACEA.

Par le Dr Hedenus (de Dresde).

L'acné, tout le monde le sait, est une des dermatoses les plus rebelles à tous les traitements. Aussi nous saura-t-on gré de reproduire la médication et les nombreux remèdes employés depuis quarante ans par M. le docteur Hedenus (de Dresde) :

Contre la simple rougeur du nez occasionnée par une pléthore sanguine abdominale, ce médecin prescrit à l'intérieur la mixture suivante :

Carbonate acide de soude, environ. . . .	10 grammes.
Faites dissoudre dans eau de mélisse. . .	200 —
Ajoutez extrait d'écorces d'orange. . . .	5 —

A prendre trois cuillerées par jour.

A l'extérieur, M. Hedenus recommande de toucher le nez avec :

Laudanum.	3 grammes.
Extrait de belladone	20 centigr.

Il fait ensuite laver le nez et appliquer sur cet organe de petits linges trempés dans l'eau froide, qu'on renouvelle plusieurs fois par jour.

Quand la potion précitée a été employée pendant quelque temps, il prescrit les formules suivantes :

Bicarbonate de soude.	7 grammes.
Poudre de rhubarbe	5 —
Ipécacuanha.	25 centigr.
Extrait composé de coloquinte. . . .	1 gramme.
Extrait de grande chélidoine	q. s.

F. s. a. des pilules de 10 centigrammes.

8 à 10 pilules deux fois par jour.

Il faut joindre à ces pilules l'usage d'une bonne eau et le traitement externe. S'il n'y a pas de changement au bout de six mois, on fait prendre une eau minérale alcaline, les bains de Marienbad ou de Hambourg. Le traitement doit être continué pendant trois ans.

Si la rougeur du nez est entretenue par une disposition scrofuleuse, le petit lait uni aux sucs végétaux, les bains muriatiques, etc., rendent de bons services.

Comme remède externe, l'auteur recommande la pommade suivante :

Axonge.	6 grammes.
Sulfate de zinc	10 centigr.
Extrait thébaïque aqueux.	20 —
Extrait de ciguë.	40 —

Mêlez exactement.

Etendre cette pommade sur un linge et alterner avec des fomentations froides.

Pendant l'hiver, on peut donner à certains intervalles :

Muriate de baryte.	1 gr. 50 c.
Faites dissoudre dans eau de laurier-cerise.	30 gr.
Ajoutez essence de ciguë	1 gr. 50 c.

Une demi-cuillerée, trois fois par jour, dans une tasse d'eau fraîche.

Comme remède externe, les fomentations suivantes :

Acétate de plomb liquide, laudanum, teinture de benjoin.	ãã 1 gr. 50 c.
Alcool	15 gr.
Eau de fleur de sureau.	150 —

Ou bien :

Eau plombique, acétate d'ammoniaque liquide.	ãã 30 gr.

étendu de son égale quantité d'eau.

Cette médication compliquée s'applique à l'affection désignée par l'auteur sous le nom de *simple nez rouge.*

Voici maintenant ce qu'il conseille pour la couperose (acné rosacea) :

Extrait de belladone, extrait d'opium. . .	ãã 15 centigr.
Onguent au nitrate de mercure.	3 gr.
Huile d'olive.	q. s.

F. s. a. un liniment.

A étendre sur les parties malades avec un pinceau, ou à l'aide de petits linges qu'on laisse séjourner une demi-heure.

Si le moyen ne réussit pas, on emploiera avec précaution une forte solution de sublimé, qu'on appliquera pendant un quart d'heure, deux ou trois fois par jour.

Bichlorure de mercure.	20 à 30 centigr.
Eau distillée.	6 grammes.

Le chlorure de zinc, d'après Hancke, est aussi très-efficace :

Muriate de zinc.	10 centigr.
Eau distillée.	100 grammes.
Acide muriatique pur.	2 gouttes.

Ou bien :

Muriate de zinc.	20 centigr.
Eau distillée.	38 grammes.
Miel rosat.	6 —

Touchez plusieurs fois par jour avec un pinceau.

A l'intérieur :

Muriate de zinc.	20 centigr.
Eau distillée.	120 grammes.
Acide muriatique pur.	2 gouttes.

Une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

Dans les cas où la peau est très-irritable, l'huile de foie de morue à l'intérieur, et à très-hautes doses, jusqu'à neuf cuillerées par jour, rend d'excellents services.

L'auteur recommande aussi l'iodure de potassium associé à l'extrait de ciguë, à doses progressives. Il commence par 10 centigrammes deux fois par jour, augmente chaque jour de 5 centigrammes, et arrive ainsi à la dose de 80 centigrammes deux fois par jour ; puis il diminue progressivement les doses jusqu'à ce qu'il soit revenu au point de départ. Pendant ce temps, il applique sur la partie malade, durant la nuit, une pommade au sublimé. (*Deutsche Klinik.* et *Gaz. méd. de Paris.*)

SUR LA MODIFICATION DE LA VOIX CHEZ LES PHTHISIQUES.

Le docteur Manell attribue le changement que l'on observe souvent dans la voix des phthisiques à la paralysie du nerf récurrent, occasionnée par la compression qu'exercent sur lui les tubercules du lobe supérieur du poumon, et peut-être aussi les ganglions bronchiques. Cette théorie lui semble confirmée par ce fait, que, aussi longtemps que la tuberculose n'a son siége que dans un côté du poumon, on n'observe presque exclusivement la modification de la voix que lorsque c'est la partie droite du poumon qui est envahie par la maladie, et la raison en

---

sine variolis. Ce ne sont pas quelques globules de plus ou de moins qui constituent la chlorose, pas plus que quelques cheveux de plus ou de moins ne constituent la calvitie. Mettez donc dans une cornue tous les éléments du sang, vous ne ferez jamais de sang ; il y manquera toujours quelque chose, c'est le principe vital. Il n'y a qu'un chimiste qui consente à admettre que la digestion se fait dans une cornue comme dans l'estomac. Le fer guérira la chlorose, comme le mercure guérira la syphilis, comme le quinquina guérira les affections périodiques, comme l'opium fait dormir, sans que nous puissions nous l'expliquer matériellement. Il y aura toujours une inconnue dans le grand problème de l'humanité. Cette inconnue, appelons-la *force vitale,* si nous voulons. Si cette explication n'est pas à l'abri de la critique, elle en vaut au moins une autre.

L'organicisme a encouragé les travailleurs patients et laborieux à poursuivre avec un zèle infatigable les troubles matériels de la machine humaine. Sous ce rapport il a rendu d'immenses services ; mais il ne faut pas lui demander plus qu'il ne peut donner, dans la crainte d'entrer dans une fausse route.

L'étude consciencieuse de la médecine nous fait reconnaître deux espèces de maladies, les unes locales, les autres générales. Dans les premières, il y a toujours des organes malades primitivement ; dans les secondes, s'ils le sont, ce n'est que consécutivement ; mais, quoi qu'il en soit, dans les unes comme dans les autres, il y a toujours une force qui domine, aussi bien la pathogénie que la thérapeutique, c'est la force vitale.

La vie, en outre, ne peut pas être une propriété de la matière. S'il en était ainsi, que deviendrait le monde moral? Alors les facultés intellectuelles ne seraient plus que de simples manifestations organiques, sécrétées par le cerveau, comme la salive l'est par les glandes salivaires, comme la bile l'est par le foie, comme le sperme l'est par les glandes séminales. « Ce qu'on appelle le génie ne serait plus qu'une névrose cérébrale, dit M. Bouchut, c'est-à-dire une maladie de l'organe de la pensée, et le mépris du droit des autres, l'oubli de ses devoirs, la négation de Dieu, autorisant l'exercice des plus mauvaises passions, ne seraient plus que des troubles fonctionnels en rapport avec ces différentes modifications de structure du cerveau, exigeant des douches d'intimidation ou la séquestration dans un asile d'aliénés », mais n'entraînant pas plus le déshonneur que ne le feraient une mauvaise digestion, un catarrhe des bronches, etc.

Si la vie était une propriété de la matière, elle devrait finir avec la matière ; mais elle est au contraire une force extra-organique qui crée les organes doués de propriétés inhérentes à leur structure.

Toutes ces questions sont traitées avec tout le savoir, toute l'impartialité que réclame un si grave sujet ; et s'il n'est pas donné à l'homme d'accomplir une œuvre parfaite, est-ce au moins un devoir pour lui de publier et de propager ses idées, quand il croit par là servir à la fois la science et l'humanité. Dr A. Corlieu.

Études sur la dyssenterie aux points de vue de l'étiologie, de la nature et du traitement, suivies de considérations générales sur toute une classe de maladies.— Paris, 1862 ; Adrien Delahaye, libraire-édit.

est qu'à gauche le nerf récurrent, rampant entre la trachée et l'œsophage, échappe par cette disposition à la compression.

Chez cinquante-deux sujets atteints de tubercules du poumon droit, cinquante présentèrent la modification de la voix, tandis que chez trente sujets malades du poumon gauche, la voix resta claire, sauf dans un seul cas. La paralysie du nerf récurrent a surtout pour conséquence la dégénérescence graisseuse des muscles du larynx, ainsi que cela arrive aussi lorsqu'on fait expérimentalement la section de ce nerf.

Note au sujet du dilatateur intra-utérin de M. Tarnier.

Par M. J. Charrière.

Le dilatateur intra-utérin que M. Tarnier vient de présenter dans une des dernières séances de l'Académie, et qu'il emploie pour provoquer l'accouchement prématuré, est une modification de celui que nous avions déjà fabriqué pour lui et fait représenter dans notre catalogue publié en avril 1862.

L'instrument modifié se compose d'une sonde *ss* (fig. 1) recouverte à son extrémité par un tube en caoutchouc *c*, lié sur le dilatateur aux points *l l*. Le canal intérieur de la sonde *i* (fig. 3) se continue avec un tube flexible *t*, qui se termine par un robinet *r*, dont l'ouverture involontaire est empêchée par un écrou *x*. Une olive creuse *o*, qui fait suite à la sonde, est destinée à s'articuler avec un manche mobile.

Le manche (fig. 2) se compose de deux lames adossées qui glissent l'une sur l'autre. La lame *m* porte à son extrémité une saillie *e*; la lame *n* peut être élevée ou abaissée quand on pousse la rondelle *p*.

Pour articuler le manche avec la sonde, on fait pénétrer la lame *m* dans l'olive *o*, jusqu'à ce que la saillie *e* arrive dans l'arrière-cavité *k* que présente cette olive (fig. 3); on pousse alors la lame *n*, qui achève de remplir l'ouverture *v* (fig. 3). La sonde et le manche forment ainsi un instrument rigide comme un hystéromètre (fig. 1).

Pour appliquer ce dilatateur, on introduit son extrémité *s* dans le col jusqu'à ce que la partie recouverte de caoutchouc *lcl* ait dépassé l'orifice interne et pénétré dans le corps de la matrice; à ce moment, une injection d'eau est poussée par une seringue qui se visse sur le robinet. Le caoutchouc se gonfle alors et prend la forme d'une boule *Z Z* (fig. 1 et 3).

Quand l'injection a été poussée et le robinet fermé, on retire le manche mobile en abaissant la rondelle *p*, et l'instrument présente alors les rapports suivants :

La boule de caoutchouc est dans la cavité utérine, la partie de la sonde comprise entre le caoutchouc et l'olive *o* traverse le col de l'utérus, et le tube flexible *t*, après avoir parcouru le vagin, se termine par le robinet *r* qui pend au dehors des parties génitales.

L'instrument gonflé est retenu en place par l'orifice interne jusqu'à ce que le col soit dilaté; on doit attendre sa chute spontanée.

La figure 3 représente un dilatateur coudé, qui rend son application plus facile quand le col de l'utérus est dirigé en arrière.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 novembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports de M. le docteur Vidal, sur le service médical des eaux d'Aix pendant l'année 1861, et de M. le docteur Roubaud, sur les eaux de Pougues, pendant l'année 1860.

2° Un premier cahier d'observations médicales pour 1862, par M. le docteur Audouy, médecin inspecteur des eaux de Challu (Savoie). [Commission des eaux minérales].

3° Un rapport de M. le docteur Jobert, sur les principales affections qui ont régné à Guyonvelle en 1862.

4° Un rapport de M. le docteur Lintillier, sur une épidémie de variole qui a régné à Villiers-Saint-Georges (Seine-et-Marne).

5° Un rapport de M. le docteur Grosgarin, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Charchilla (Jura) en 1861.

6° Un rapport de M. le docteur Yvonneau, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné à Fontaine (Sologne) en 1862.

7° Un rapport de M. le docteur Dusoul, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Melle (Deux-Sèvres). [Commission des épidémies].

— M. le ministre de l'intérieur adresse trente lettres d'invitation pour les membres de l'Académie qui désirent assister à l'inauguration de la statue d'Esquirol, laquelle aura lieu le 22 novembre, à la maison impériale de Charenton.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une notice sur un nouveau pessaire rectal destiné à maintenir les tumeurs procidentes du rectum, par M. le docteur Frémineau.

2° Une lettre de M. le docteur Stanski, rappelant, à l'occasion de la dernière communication de M. Trousseau, qu'il a déjà cherché en 1861 à déterminer l'adhérence d'un kyste du foie avec les parois abdominales à l'aide de l'acupuncture. (Observation publiée dans la *Gazette médicale* en 1852).

M. TROUSSEAU fait observer qu'il a employé lui-même ce procédé publiquement à l'Hôtel-Dieu en 1835.

3° Une observation de goître exophthalmique, par M. le docteur Reeb, médecin-major des hôpitaux de l'armée d'Afrique. (Renvoyé à M. Trousseau.)

4° Le modèle et la description d'un nouveau porte-caustique en caoutchouc, construit sur les indications de M. Voillemier, par M. Robert.

— M. BOUCHARDAT présente à l'Académie le quatrième volume des *Éléments de pathologie médicale* de Requin. Ce volume a été continué par MM. Charcot, Axenfeld et Brierre de Boismont.

— M. BARTH présente au nom de M. le docteur Schnepp, médecin sanitaire de France à Alexandrie, un ouvrage intitulé : *Du climat de l'Egypte, de sa valeur dans les affections de la poitrine comme station hibernale, comparée à celles de Madrid, d'Alger, et des diverses stations du midi de la France et de l'Italie.*

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. BOUDET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Eaux potables. — M. POGGIALE, au nom d'une commission composée de MM. Boudet, Tardieu et Poggiale, rapporteur, commence la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Lefort, intitulé : *Expériences sur l'aération des eaux.*

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les récompenses à décerner par les commissions de vaccine et des épidémies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 17 novembre, M. Kœberlé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé en outre directeur du musée d'anatomie pathologique de cette ville, en remplacement de M. Ehrmann, dont la démission, pour cette fonction, est acceptée.

— M. le docteur Vaudeville, doyen d'âge du conseil d'administration des hospices de Cherbourg, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Chaque année, à la séance solennelle de rentrée, après la proclamation des lauréats, on lisait la liste des prix proposés pour l'année suivante. Cette année on a omis cette lecture. Espérons que M. le secrétaire de la Faculté voudra bien, malgré son peu de goût pour toute espèce de publicité, nous faire connaître cette liste. Nous nous empresserons alors de la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

— Nous signalions dernièrement les progrès de l'Association générale. Nous sommes heureux d'annoncer aujourd'hui que, comme dans le courant des années précédentes, l'Association de la Seine a déjà encaissé, en 1862, plusieurs donations formant un total de 2,055 fr. Notre généreux confrère M. Desmarres figure sur la liste des donateurs pour une somme de 1,575 fr.; M. Henri Roger a versé 200 fr.; un anonyme, 100 fr.; Mme Ve Blandin, 50 fr.; M. Fournier père, 50 fr.; M. Tournié, 50 fr.; et M. Brizard, 30 fr.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Poisson, médecin de l'hôpital civil d'Alger.

— M. le docteur Godron vient de mourir à Rosselange (Moselle), à l'âge de 57 ans.

— Sur la proposition de M. le docteur Sperino, les places de médecin ordinaire et de médecin assistant dans les hôpitaux syphilitiques seront désormais données au concours dans le royaume d'Italie.

On a conservé, il est vrai, le double concours *par titres* et *par examen*. Mais au moins il n'y aura, dans la manière de procéder, de déception pour personne. Car le concours *par examen* ne sera ouvert que dans le cas où la *présentation des titres* n'aurait pas fourni au ministre des candidats assez méritants pour qu'il pût choisir parmi eux.

— On se plaint généralement de la qualité défectueuse du vaccin... Le remède est trouvé, et c'est très-sérieusement, quoique non sans douleur, que nous l'annonçons; car s'il accuse un nouvel envahissement de l'esprit de mercantilisme, du moins l'amour du lucre, cette fois, aura tourné au profit de l'humanité.

Jusqu'à présent, en effet, on *donnait* le vaccin; on se le procurait de confrère à confrère; attendant une occasion, l'attendant parfois fort longtemps; mais nul ne songeait à en tirer bénéfice.

Il n'en sera plus ainsi maintenant. Il vient de se former à Barcelone un *Institut catalan de vaccination*, en correspondance, dit le prospectus, avec l'Institut Jennérien de Londres. La marchandise y sera cotée selon sa valeur, et pour votre argent vous serez servi à tout prix. Lisez plutôt :

Deux plaques de vrai cowpox anglais. .	28 réaux	(7 fr.).
Quatre plaques — — . .	52 —	(13 fr.).
Deux plaques de vaccin de pays. . . .	12 —	(3 fr.).
Quatre plaques —	22 —	(5 fr. 50 c.).

L'*Institut catalan* se propagera, nous le prophétisons sans crainte d'être démenti par l'événement. Peut-être, après tout, est-ce là le meilleur moyen de vulgarisation et de progrès? (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— M. le docteur G. Sée commmencera son cours public sur les maladies du poumon, le mardi 25 novembre, à neuf heures et demie, à l'hôpital de la Pitié, et continuera les mardis suivants des leçons sur la pathologie et la physiologie expérimentale du poumon.

Tous les samedis, à huit heures et demie, auront lieu les conférences cliniques.

— M. Henri Roger commencera son cours clinique des maladies des enfants à l'hôpital des Enfants malades le samedi 22 novembre, et le continuera les mercredis et samedis suivants. Visite des malades à huit heures; conférence clinique à neuf.

— M. le docteur Wecker continuera son cours public sur les maladies des yeux, les mardis, jeudis et samedis, de midi à deux heures, au dispensaire Deval, 18, rue des Marais Saint-Germain. La leçon clinique du jeudi sera principalement consacrée à l'étude de l'ophthalmoscope, de l'accommodation et de la réfraction de l'œil.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique de médecine légale, rédigé d'après des observations personnelles, par Jean-Louis Casper, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Berlin; traduit de l'allemand, sous les yeux de l'auteur, par M. Gustave Germer-Baillière, 1862. 2 vol. in-8°. Prix, 15 fr. — Atlas colorié, se vendant séparément, 12 fr.

Les septicémies ou maladies par empoisonnement du sang, par le docteur Danis. Un volume in-8° de 108 pages. Prix : 2 fr. 50 c. *franco.* Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Cette semaine a vu, avec la réouverture des exercices de la Faculté, la reprise des cours de clinique. M. le professeur Piorry a ouvert mercredi dernier sa clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, par une leçon de généralités sur le progrès en médecine. M. Trousseau l'a commencée mardi, et il a consacré ses deux premières leçons à l'histoire des kystes hydatiques du foie.

Les cliniques chirurgicales ont marché du même pas; et voici venir les cliniques complémentaires, cette nouvelle institution destinée à agrandir et à fortifier les études, et qui à elle seule eût dû mériter à la nouvelle administration de l'Ecole un meilleur accueil de la part des élèves. M. Roger, chargé de la clinique des maladies des enfants, commence ses leçons aujourd'hui même à l'hôpital des Enfants. Nous ne connaissons pas encore les jours et heures fixés pour les autres cliniques spéciales. Enfin, les cliniques libres, loin de paraître disposées à s'effacer devant cette nouvelle annexion à l'enseignement officiel, nous assurent au contraire la continuité de leur utile concours. Nous avons déjà annoncé l'ouverture prochaine des conférences cliniques de M. Sée à l'hôpital de la Pitié; d'autres vont suivre de près.

Voilà une abondante source où la *Revue* ne va pas manquer de s'alimenter. En attendant qu'elle soit en mesure de répercuter ses échos, elle va jeter un coup d'œil rétrospectif sur la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* (1). Ce sera sa manière d'inaugurer ce nouvel exercice scolaire, qui s'annonce avec tant d'éclat.

Il y a deux ans bientôt, à l'époque où a paru le premier volume, nous avons cherché à caractériser l'esprit de l'enseignement de M. Trousseau, à marquer son point de départ, sa place dans l'histoire contemporaine des systèmes et des idées médicales, à indiquer ses tendances et ses résultats. Nous ne reviendrons pas aujourd'hui sur cette appréciation générale, à laquelle nous n'aurions rien à changer d'ailleurs, le temps n'ayant fait que la confirmer sous tous les rapports. Nous voulons présenter seulement à ceux de nos lecteurs qui n'ont pas encore le second volume entre les mains, une sorte de table sommaire des matières.

Ce second volume débute par une leçon sur l'épilepsie, l'un des sujets que M. Trousseau a toujours traités avec le plus de supériorité. Vient ensuite la leçon sur la congestion cérébrale apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie et l'éclampsie, question qui a été vivement controversée, on s'en souvient, à l'Académie de médecine, et dans laquelle M. Trousseau a le tort, suivant nous, de trop généraliser un fait d'observation parfaitement juste d'ailleurs. Les convulsions de l'enfance, qui font le sujet de la troisième leçon du volume (41e du recueil complet), comme tout ce qui se rattache aux maladies de l'enfance, sont traitées de main de maître. Nous en dirons autant des leçons suivantes sur l'éclampsie des femmes enceintes et en couches, sur la tétanie, sur les chorées, le tremblement sénile, l'alcoolisme, les pertes séminales, l'incontinence nocturne de l'urine, la fièvre cérébrale, la diarrhée, le choléra infantile, l'allaitement et la dentition, la dyssenterie, la syphilis des enfants nouveau-nés, leçons qui ont été publiées déjà pour la plupart dans nos colonnes, et dont nos lecteurs ont pu apprécier le haut intérêt pratique.

Nous voici arrivé aux sujets nouveaux; et, pour le dire en passant, c'est, dans l'enseignement de M. Trousseau, l'un des caractères que nous avons déjà mis en relief, de se tenir en quelque sorte aux aguets de tout progrès, de tout fait pathologique nouveau ou de toute innovation thérapeutique qui lui paraissent offrir les garanties d'une observation sérieuse, et de s'en constituer ensuite le vulgarisateur, donnant ainsi aux travailleurs le double appui de son autorité et de son talent. Ces sujets nouveaux sont l'ataxie locomotrice progressive, qu'il appelle aussi *maladie de Duchenne*, l'atrophie musculaire progressive, la leucocythémie, la *maladie d'Addison* et le goître exophthalmique ou *maladie de Graves* (2).

Tout n'a pas été dit encore sur l'ataxie locomotrice progressive. La question de la détermination de la valeur des altérations constatées dans le tissu de la moelle, considérées dans leurs rapports avec les perturbations nerveuses qui constituent la symptomatologie de cette affection, n'est point encore résolue; les tendances les plus générales en ce moment nous paraissent être en faveur de la doctrine qui voudrait ramener cette affection dans le cadre commun des altérations de texture des centres nerveux.

Mais quelle que soit, à cet égard, la solution définitive que de nouvelles observations viendront donner à cette question, la leçon de M. Trousseau sur ce sujet n'en restera pas moins toujours un modèle d'exposition graphique et de discussion clinique. Ceci peut également s'appliquer à la question de l'atrophie musculaire progressive.

Nous n'avons rien à dire ici des leçons sur la leucocythémie et sur la maladie d'Addison, qui ont déjà passé sous les yeux de nos lecteurs.

Quant à la leçon sur le goître exophthalmique, la discussion dont cette maladie a été l'objet à l'Académie de médecine est trop récente pour qu'il soit nécessaire d'en rappeler en ce moment les principaux incidents. Faute d'une étude suffisante et d'une observation personnelle, nous nous sommes abstenu de nous prononcer à cette époque sur le point principal du litige, savoir : si le goître exophthalmique est une entité morbide spéciale, ou un groupe de symptômes appartenant à des maladies connues; si c'est une névrose, comme le veut M. Trousseau, ou une cachexie, comme d'autres le prétendent. Les mêmes motifs nous commandent encore aujourd'hui la même réserve. C'est dire assez que l'habile dissertation de M. Trousseau ne nous a pas pleinement convaincu.

On aura remarqué dans l'énumération des principales leçons que contient ce volume, une certaine prédominance des maladies de nature névrosique. Cette sorte de prédilection pour l'étude des maladies de cet ordre est encore une des circonstances qui caractérisent l'enseignement clinique de l'Hôtel-Dieu. Si c'est une réaction contre l'abus qu'on a fait pendant si longtemps en pathologie des éléments congestion, inflammation, irritation, ramollissement et induration inflammatoire, nous nous y associons volontiers comme à un légitime retour à un ordre d'idées vraies et d'une grande importance pratique; mais si, comme toute réaction, elle venait à dépasser le but et à forcer les limites nosologiques naturelles pour élargir outre mesure et au delà de toute analogie légitime le cadre déjà vaste des affections nerveuses ou *sine materia*, nous demanderions à compter.

Somme toute, le second volume de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* ne le cède en rien, comme on le voit, en intérêt et en source d'instruction au premier volume. Sera-t-il le dernier, comme l'annonce l'éditeur? Nous espérons bien que non.

— Nous saisirons cette occasion pour rappeler aussi à nos lecteurs la publication récente du deuxième volume de la *Clinique médicale* de Graves, traduite et annotée par M. le docteur Jaccoud (1), livre qui a tant et de si heureuses analogies avec celui de M. Trousseau, et qui comme ce dernier sera toujours consulté avec intérêt et souvent avec profit par tous les cliniciens qui ne veulent pas rester embarrassés dans les entraves d'une doctrine étroite et exclusive.

Tétanos des nouveau-nés.

Deux cas de tétanos vrai, qu'il ne faut pas confondre avec l'éclampsie tétaniforme, ont été observés récemment chez des enfants nouveau-nés, par M. le docteur Hervieux, dans son service de l'hospice des Enfants assistés.

Le premier, observé chez un enfant de quinze jours, a présenté tous les caractères d'un tétanos généralisé, sans circonstance aucune de convulsions cloniques. Les mâchoires étaient le siége d'une contraction permanente telle, qu'il était impossible de les desserrer par l'introduction forcée du manche d'une cuiller entre les arcades alvéolaires. Les membres supérieurs, placés dans l'extension le long des parties latérales du corps, cédaient à peine aux efforts que l'on faisait pour les fléchir dans leurs articulations huméro-cubitales et radio-carpiennes. Les poings étaient fermés et les pouces énergiquement serrés par les doigts fléchis et en état de contracture. Il ne restait un peu de mobilité que dans les articulations scapulo-humérales; la colonne vertébrale était rigide comme une barre de fer, sans incurvation et sans déviation latérale; même rigidité des membres inférieurs, qui étaient comme les supérieurs dans l'extension et résistaient comme ceux-ci à toute tentative ayant pour but de les fléchir dans leurs articulations. Les pieds eux-mêmes étaient dans l'extension forcée; les orteils seuls étaient fléchis, mais fortement contracturés.

Il résultait de cet envahissement de toutes les parties du corps par le tétanos, que l'enfant était tout d'une pièce, et que si on le plaçait dans la station verticale, il conservait cette attitude sans fléchir sur aucune de ses articulations. On eût dit, suivant l'expression de M. Hervieux, que toutes les jointures avaient été traversées par une tige inflexible.

Le petit malade, abandonné à lui-même, serait tombé comme une planche sur son berceau, si on ne l'eût retenu. Il était impossible de lui faire avaler la moindre cuillerée de liquide. Pas de chaleur à la peau, mais accélération considérable des battements du cœur.

Cet état persista sans changement notable pendant quatre jours. Le quatrième jour, l'enfant succomba.

A l'autopsie, on constata un engorgement considérable de la pie-mère cérébrale; un épanchement dans l'arachnoïde cérébrale d'une assez grande quantité de sang noir et liquide; les plexus choroïdes étaient gorgés de sang noir et coagulé. Le cerveau et le cervelet, d'une consistance molle et d'une teinte grisâtre uniforme, présentaient partout un piqueté violacé. Les méninges rachidiennes étaient fortement congestionnées; l'arachnoïde spinale contenait, comme l'arachnoïde cérébrale, une certaine quantité de liquide sanguinolent. La moelle était ramollie dans toute son étendue.

Le second malade était une petite fille âgée de six jours, d'un développement au-dessous de la moyenne, bien que née à terme. Elle refusait de prendre le sein depuis vingt-quatre heures, lorsqu'elle fut prise des accidents suivants : crispation de tous les muscles de la face; écume à la bouche; contracture des temporaux et des masséters, d'où résultait un resserrement des mâchoires qui permettait à peine l'introduction forcée du doigt; occlusion des yeux par suite de la contraction tonique des orbiculaires. Contracture des muscles sterno-mastoïdiens et des muscles de la région postérieure du cou. Tous les muscles du tronc paraissaient être aussi en convulsion tonique; les membres supérieurs et inférieurs étaient dans l'extension. Pouls radial imperceptible; battements précipités du cœur; pas d'augmentation appréciable de la chaleur cutanée; face congestionnée.

Malgré une application de six ventouses scarifiées sur la colonne vertébrale et un grand bain tiède, les accidents étaient tellement aggravés le lendemain, que l'enfant succomba dans le cours même de la journée.

On trouva à l'autopsie, comme chez le premier petit malade, un épanchement d'une petite quantité de sérosité sanguinolente à l'intérieur de l'arachnoïde cérébrale, et notamment dans les fosses occipitales, une congestion très-marquée de la pie-mère; ramollissement de la substance cérébrale; épanchement d'une quantité notable de sang presque pur à l'intérieur de l'arachnoïde spinale; congestion de la pie-mère rachidienne comme de la pie-mère cérébrale; diminution de la consistance normale de la moelle.

Dans un mémoire très-intéressant sur ce sujet qu'il a présenté, à l'occasion de ces deux faits, à la Société médicale des hôpitaux, M. Hervieux a rapproché de ces deux observations les faits principaux de même espèce qu'il a pu réunir dans les recueils scientifiques.

Voici, d'après le compte rendu des séances de cette société, quelques-unes des considérations cliniques les plus importantes qu'il a déduites de ce rapprochement :

Il y aurait lieu, suivant M. Hervieux, de distinguer deux formes de tétanos des nouveau-nés, la forme éclamptique et la forme tétanique pure.

Dans la forme éclamptique, le début a lieu du quatrième au sixième jour après la naissance. L'enfant devient tout à coup agité, anxieux, et pousse des cris aigus, surtout lorsqu'on lui donne le sein. Il se jette sur la mamelle avec voracité, mais ne tette point. Quelques heures après ces prodromes, la maladie se déclare et parcourt successivement les trois périodes suivantes :

1° Période de suffocation, arrêt presque absolu de la respi-

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, par M. le professeur Trousseau, deuxième volume. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils.

(2) Nous avons plusieurs fois donné notre adhésion à l'opinion de M. Trousseau sur les nomenclatures qui ont la prétention de donner à chaque maladie une dénomination significative. Nous sommes d'avis avec lui que pour les maladies qui n'ont pas un siége déterminé ou des symptômes précis qui permettent ce mode d'appellation, le nom le plus insignifiant est le meilleur, du moment où il rappelle seulement à l'esprit une maladie convenue. Mais nous regretterions, quelque respectable qu'en soit le motif, de voir introduire dans la nosologie l'usage des noms d'auteurs, qui ne tarderait pas évidemment à devenir la cause d'effroyables confusions.

(1) *Leçons de clinique médicale de R. J. Graves*, ouvrage traduit et annoté par M. le docteur Jaccoud. Tome II. 1862. Chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole de Médecine.

ration, roidissement de tout le corps, teinte bleuâtre de la face, yeux saillants et injectés.

2° Période convulsive, commençant dès que la respiration se rétablit. Le corps du petit malade, roide tout à l'heure, est en proie à des mouvements convulsifs violents; la cyanose disparaît graduellement.

3° Période comateuse, affaissement profond, écume à la bouche, respiration difficile et stertoreuse. Mort.

Quant à la forme tétanique pure, voici la description qui lui paraît devoir en être donnée :

La maladie débute dans le courant des quinze premiers jours qui suivent la naissance. L'enfant refuse le sein ou l'abandonne aussitôt après l'avoir pris; puis, tout à coup, les accidents éclatent : convulsion tonique de tous les muscles de la face, mais notamment des muscles constricteurs de la mâchoire inférieure et des orbiculaires de la bouche et des paupières, d'où une sorte d'apparence crispée du visage qui est comme ramassée vers la ligne médiane. On ne parvient qu'avec effort à faire pénétrer le doigt d'abord entre les lèvres, puis entre les arcades alvéolaires.

Les muscles du cou forment des cordes dures, saillantes, rigides, qui tiennent habituellement la tête en équilibre parfait sur la colonne cervicale. Dans quelques cas la tête est renversée en arrière, et la colonne vertébrale, fortement incurvée, décrit un arc de cercle à convexité antérieure.

Le thorax est immobilisé par la contraction tonique des muscles respirateurs, et quand le tétanos est parvenu à un degré extrême d'intensité, les muscles de la paroi abdominale antérieure, fortement contracturés, offrent une tension considérable et résistent à la pression.

Le diaphragme parfois agité convulsivement repousse l'abdomen en avant. Les membres participent à la rigidité tétanique des autres parties du corps.

Lorsque la maladie est généralisée, les membres supérieurs, fortement étendus, s'appliquent sur les parties latérales du tronc, les poings fermés et les pouces renversés en dedans et pressés par les quatre derniers doigts : même rigidité, même état d'extension des membres inférieurs.

Si dans cet état l'on saisit l'enfant et si on le place dans la position verticale, il reste droit et roide comme une barre de fer; aucune partie du corps ne fléchit et ne s'écarte de la ligne droite. Saisi par les pieds et mis à bras tendus dans la position horizontale, l'enfant conserve encore sa rectitude.

Le tétanisme des muscles respirateurs et la dyspnée qui en résulte ont pour effet de congestionner la face, qui se tuméfie et devient violette; de faire affluer à la bouche une quantité plus ou moins considérable d'écume épaisse et blanche; d'obstruer les tuyaux aériens; de troubler consécutivement le rhythme et la marche des battements du cœur; enfin de produire des symptômes d'asphyxie de plus en plus alarmants.

La marche du tétanos des nouveau-nés est d'ordinaire très-rapide. Sa durée varie d'un à quatre jours.

Quoique les deux enfants observés par M. Hervieux aient succombé, la mort, dit-il, n'est pas la conséquence nécessaire de cette redoutable maladie. Il existe dans la science un cas de guérison rapporté par Baron père et attribué à une petite émission sanguine.

Les lésions rencontrées à l'autopsie des nouveau-nés morts de tétanos ont été presque constamment, sinon toujours, liées à une apoplexie méningée rachidienne.

L'étiologie est restée obscure. De toutes les causes, celle qui a paru à M. Hervieux la plus probable est l'action du froid, ou plutôt celle du passage subit du chaud au froid. Une chose non moins efficace à ses yeux est la non-maturité du fœtus. Notre confrère est porté à croire, d'après les deux faits qu'il a eus sous les yeux, qu'un enfant né avant terme, ou tout au moins chétif et mal développé, sera plus apte que tout autre à contracter le tétanos.

De ces quelques données étiologiques, il ressort une indication prophylactique qui consiste à ne négliger au moment de la naissance et dans les premiers jours qui la suivent aucune des précautions susceptibles de soustraire le nouveau-né à l'action de toutes les causes de refroidissement.

Quant au traitement curatif, la connaissance des lésions anatomiques qui caractérisent le tétanos des nouveau-nés et les quelques résultats connus de l'emploi des émissions sanguines proportionnées à l'âge et à la faiblesse des sujets portent à recommander cet ordre de moyens. M. Hervieux préconise particulièrement l'emploi des ventouses scarifiées.

Ataxie locomotrice progressive hémiplégique, compliquée d'accès épileptiformes, traitée avec succès par le nitrate d'argent.

Parmi les faits thérapeutiques d'une certaine importance qu se sont passés dans ces derniers temps dans les hôpitaux de Paris, nous signalerons le suivant, qui a été recueilli dans le service de M. Moreau (de Tours), à l'hospice de la Salpêtrière, par M. Duguet, interne des hôpitaux, et publié récemment dans l'*Union médicale*.

Il s'agit d'une femme âgée de 39 ans, qui a été admise le 15 juin dernier dans le service de M. Moreau, à la suite d'une série d'attaques épileptiformes apparues pour la deuxième fois. Cette femme présentait coïncidemment les symptômes d'une ataxie locomotrice progressive parfaitement dessinés, mais sous la forme hémiplégique, ou, en d'autres termes, limités à un seul côté du corps, ce qui est déjà une particularité rare et digne d'intérêt.

Elle présentait des désordres ataxiques du mouvement des membres, avec intégrité presque complète de la force musculaire; strabisme, amaurose et amblyopie liées à l'atrophie des nerfs optiques; aggravation progressive de ces troubles morbides limités au côté droit du corps, sauf toutefois les troubles de la vision.

Mais l'intérêt principal de ce fait a été dans la modification heureuse et décisive qu'a imprimée à la marche de la maladie la médication par le nitrate d'argent employé à l'intérieur, d'après les indications formulées par MM. Charcot et Vulpian dans un récent travail que nous avons résumé dans ces colonnes.

Cette femme avait été soumise pendant près de quatre ans (le début de sa maladie remontait à quatre années) aux traitements les plus variés : purgatifs de toutes sortes, fer associé au quinquina, narcotiques et antispasmodiques, application d'un séton et de cautères, emploi de l'électricité pendant près de huit mois. Ces divers moyens avaient été suivis pour la plupart avec insistance, et ils n'avaient cependant amené aucun résultat; la maladie n'avait cessé, au contraire, de s'aggraver et de progresser. Or, dans l'espace de trois mois, la médication argyrique a produit chez elle une amélioration telle, qu'aujourd'hui, au dire de M. Duguet, elle est méconnaissable.

La malade, qui lors de son entrée à la Salpêtrière en était arrivée au point de ne pouvoir plus se tenir debout sans aide, et de ne pouvoir, même avec le secours d'un bras, faire un pas sans trébucher, et qui ne pouvait plus se servir de son bras droit pour aucun usage, émaciée, prostrée et en proie à une anorexie persistante, avait vu son appétit renaître, ses fonctions digestives se rétablir, et les troubles du mouvement commencer à décroître dès le dixième jour seulement après le début de la médication. Au bout de trois mois l'amélioration était telle sous ce rapport, que cette femme pouvait, sans aide et sans appui d'aucune sorte, marcher pendant une bonne partie du jour sans fatigue, et se servir de son bras pour s'habiller et pour manger; les membres affectés avaient repris le même volume que les membres sains; enfin, l'embonpoint avait reparu; la mémoire et l'intelligence, un moment affaiblies, avaient récupéré en partie leur vigueur primitive. Seuls les troubles de la vision n'avaient malheureusement subi aucune modification appréciable.

Il sera intéressant de suivre cette malade et de s'assurer ultérieurement si ces résultats se sont maintenus et si la guérison a fait encore de nouveaux progrès.

Sur l'incubation prolongée de la vaccine.

Nous avons entretenu les lecteurs de cette *Revue* d'exemples d'incubation prolongée de la vaccine, qui nous ont été communiqués par plusieurs de nos confrères. M. le docteur Montanier saisit cette occasion pour nous informer qu'il vient de terminer un travail où il s'est proposé de démontrer que la prétendue incubation de la vaccine n'existe réellement pas. Le bouton vaccinal, comme l'inoculation chancreuse, dit-il, commence à se développer dès que la piqûre est faite et au bout de vingt-quatre heures, et non pas, comme cela est écrit partout, au bout de quatre ou cinq jours; il est parfaitement appréciable à l'œil nu, ou tout au moins à un très-faible grossissement. Les boutons peuvent être détruits pendant les deux ou trois premiers jours, soit avec la pierre infernale, soit avec tout autre caustique, et détruits à tout jamais. Plus tard il est impossible de les faire disparaître, la vaccine est définitive.

Nous prenons acte de ces propositions de M. Montanier, ainsi que de l'engagement qu'il prend de nous communiquer prochainement son travail sur ce sujet.

BRULURE ANCIENNE DE LA MAIN.

Flexion permanente des doigts; procédé autoplastique; Inflammation violente; gangrène des lambeaux et accidents divers.

Projet d'une opération nouvelle pour les cas graves de ce genre. Ablation d'une phalange.

Par M. Verneuil, chirurgien de Lourcine.

J'ai été consulté dans ces derniers temps pour deux enfants affectés de brides cicatricielles des doigts, consécutives à des brûlures graves. L'opération pratiquée chez l'un des deux a échoué d'une manière complète, et a provoqué des accidents sérieux; il est à craindre même que l'état de la main soit pire qu'avant. J'ai dû chercher à me rendre compte des causes de l'insuccès, et j'ai fait quelques remarques sur l'état des parties soumises à l'opération.

Dans le cas où je me déciderais à tenter quelque chose sur le second enfant, j'ai conçu un autre plan opératoire, qui paraît assez singulier au premier abord, mais qui ne me paraît point illogique. Je le soumets au jugement de mes collègues, ainsi que les motifs sur lesquels je m'appuie pour le proposer. Je suis moins déterminé par l'envie de faire du nouveau, que par le désir de sortir des errements anciens, et de trouver contre une lésion fréquente des ressources plus efficaces que celles qui sont jusqu'ici à notre disposition.

Ma proposition dût-elle être combattue et rejetée, j'aurai fait cependant quelque chose d'utile en publiant un insuccès dont les enseignements, pour moi du moins, ne seront pas perdus.

C..., âgée de huit ans et demi, d'une constitution moyenne, un peu lymphatique, a été brûlée à l'âge de treize mois; elle a plongé la main dans un vase rempli de café bouillant. La brûlure remontait jusqu'au tiers moyen de l'avant-bras environ. Les ongles et l'épiderme tombèrent. La plus grande partie du doigt auriculaire se sphacéla. La main en entier ne formait plus qu'une vaste plaie, qui, malgré les soins les plus minutieux et les pansements les plus attentifs, ne mit guère moins de trois mois à se cicatriser. Peu à peu les doigts se dévièrent. Les médecins consultés se prononcèrent contre toute idée d'opération pendant les années qui suivirent. Mais la difformité était choquante; la main atrophiée était presque sans usage. Les parents voulurent donc consulter de nouveau.

Voici ce que je constatai vers la fin du mois d'octobre :

Avant-bras atrophié; main légèrement fléchie au niveau du poignet; pouce libre et exempt de difformité; le petit doigt manque tout à fait; cependant il est encore représenté par les débris de la première et de la seconde phalange, cachés sous la peau, et qui forment sur le bord cubital de la main, près de la face dorsale, une tumeur dure, sous-cutanée, un peu mobile. L'index, le médius, l'annulaire, offrent tous trois similairement une double déviation. Ils sont d'abord dans une extension forcée sur le métacarpe, c'est-à-dire que la première phalange forme avec les métacarpiens correspondants un angle obtus assez prononcé, ouvert en arrière, d'où résulte en avant, du côté de la face palmaire :

1° Une saillie considérable des articulations métacarpo-phalangiennes;

2° L'effacement complet de la cavité palmaire, remplacée par une convexité générale; les deuxième et troisième phalanges, au contraire, sont dans la flexion extrême, la pulpe digitale touchant la face antérieure de la première phalange.

A l'exception du pouce dont j'ai déjà signalé l'intégrité relative, les doigts, la main, le poignet, le tiers inférieur de l'avant-bras, sont recouverts par un tégument parcheminé, sillonné de brides plus ou moins fortes, rougeâtre ici, blanchâtre là, très-inégalement vasculaire, lisse et luisant dans un point, rugueux ailleurs. On n'y distingue ni follicules pileux ni sillons papillaires.

En raison de l'ancienneté de la lésion, ce gant cicatriciel a pourtant repris sa mobilité sur les parties sous-jacentes. On peut le soulever en forme de plis. Sur la face dorsale et sur les bords de la main, il offre même une épaisseur assez notable. Il est condensé en brides robustes au niveau de la face antérieure des doigts, et ce sont ces brides qui maintiennent d'une manière invincible la flexion des deux dernières phalanges.

De même, au niveau de la région antérieure du poignet et de la face dorsale du métacarpe, le tégument, assez souple en travers, est tout à fait inextensible en long, d'où la flexion légère de la main en totalité, et l'extension forcée des premières phalanges.

Les articulations et les gaînes tendineuses ne sont point soudées; tous les mouvements existent à l'état de vestige, et en faisant contracter les muscles de l'avant-bras qui vont jusqu'aux doigts, on imprime aux phalanges quelques mouvements distincts. Les fléchisseurs occupent l'épaisseur des brides digitales, sous lesquelles on les sent glisser. Les tendons extenseurs recouvrent à l'ordinaire le dos des phalanges, mais au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, ils sont plus ou moins déviés ou luxés, et ne répondent plus exactement à l'axe des os qu'ils doivent mouvoir.

Il n'y a pas de syndactylie.

Le squelette de la main est beaucoup moins développé que celui du côté opposé. Le pouce, en venant s'appuyer sur le bord radial de l'index, sert à la préhension des petits objets; mais c'est à cela que se trouvent réduites toutes les fonctions de la main. La sensibilité, amoindrie sans doute par la destruction superficielle du derme, ne peut d'ailleurs s'exercer. La circulation tégumentaire se fait médiocrement, comme dans les cicatrices; aussi la coloration de la région lésée, désagréable en tout temps, devient livide et plus hideuse encore par le froid. La déformation des doigts ne permet pas d'ailleurs l'usage d'un gant.

La lésion est donc fâcheuse, au double point de vue de la difformité et de la perte des fonctions.

Après examen minutieux, je crus pouvoir tenter quelque chose :

1° A cause de l'ancienneté de la lésion, de la mobilité des ligaments sur les couches sous-jacentes, de l'épaisseur assez considérable de ces téguments, et de leur abondance à la région palmaire de la main;

2° A cause de l'intégrité des articulations et des gaînes tendineuses; d'où je concluais que les obstacles au redressement des doigts ne siégeraient qu'à la superficie;

3° Enfin, l'âge me paraissait favorable, parce que les opérations sont en général assez bénignes dans l'enfance; parce que les parties étaient assez développées pour que l'opération ne dût pas être trop minutieuse; parce qu'en différant plus longtemps, l'arrêt de développement du squelette eût été plus marqué encore; parce que, enfin, l'enfant était assez raisonnable et assez résolue pour demander elle-même, et avec instance, la restauration de sa main.

Restait le choix du procédé.

Mon expérience personnelle, et surtout les renseignements que j'a recueillis soit dans mes lectures, soit dans mes entretiens avec des chirurgiens véridiques, ne me laissaient rien espérer des sections transversales pratiquées sur les bords cicatriciels.

Pratiquées de temps immémorial et recommandées dans tous les livres classiques, ces incisions ne réussissent guère que dans les cas légers, lorsque les brides sont étroites, et que les téguments des faces latérales et dorsales du doigt sont sains ou à peu près.

Si dans les cas graves on a cru de bonne foi obtenir des succès dans le redressement des doigts, c'est qu'on n'a pas pris soin en général de suivre assez longtemps les opérés. Telle difformité de ce genre qui paraît d'abord corrigée après la cicatrisation des plaies opératoires, récidive lentement et revient à son état primitif dans les mois qui suivent la guérison apparente. Jusqu'à preuve du contraire, je tiens donc ce procédé pour défectueux.

M. Decès père, de Reims, a proposé de faire des coupes variées sur les brides; ces coupes sont ondulées, ou obliques, ou en forme de V superposés, et il a publié des succès.

Je serais disposé à faire l'essai de ces procédés dans des cas appropriés; mais je crois qu'ils eussent été impuissants ici. Notons, en effet, que toute l'enveloppe tégumentaire des doigts était formée par une gaîne cicatricielle qui non-seulement se condensait vers la face palmaire en bride épaisse et condensée, mais formait encore sur les faces latérales du doigt des bandes inextensibles; de sorte que les incisions simples, quelles que fussent leur direction et leur forme, n'auraient permis l'extension qu'en comprenant environ les deux tiers de

la circonférence du doigt ; ce qui leur donnait les inconvénients que je signalerai tout à l'heure dans le procédé que j'ai mis en usage.

Pour arriver à la guérison définitive, il fallait satisfaire à trois modifications principales :

1° Redresser les doigts ;

2° Recouvrir leur face palmaire de lambeaux tégumentaires, et n'y point créer de surface bourgeonnante dont la cicatrisation secondaire aurait par rétraction inodulaire reproduit la difformité ;

3° Ménager les tendons et les articulations, afin de conserver la mobilité aux doigts redressés.

Toutes ces conditions me semblaient réunies dans le procédé autoplastique suivant :

Détacher la bride palmaire au moyen de deux incisions parallèles situées sur les faces latérales du doigt, se prolongeant dans la paume de la main et se réunissant l'une et l'autre par une troisième incision à convexité tournée vers le poignet. En d'autres termes, formation d'un lambeau rectangulaire à base inférieure, répondant à peu près au milieu de la seconde phalange, à sommet arrondi, remontant jusqu'au niveau des articulations carpo-métacarpiennes. Ce lambeau, large de 15 millimètres, comprenait presque la moitié antérieure de la gaîne tégumentaire du doigt. Il n'avait du sommet à la base guère moins de 4 centimètres, dont moitié au-dessous de la face antérieure du doigt, moitié au-dessous de la région palmaire.

Une fois ce lambeau isolé des parties sous-jacentes par une dissection conduite du sommet à la base, le redressement du doigt devenait facile.

Le redressement à son tour faisait glisser la languette cutanée de haut en bas, de sorte qu'elle venait recouvrir en entier la face antérieure du doigt et laissait seulement à la face palmaire de la main une plaie oblongue mesurant 2 centimètres transversalement, sur 2 centimètres et demi dans le sens vertical. Après le redressement complet du doigt, le sommet du lambeau répondait approximativement à la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne. Ainsi se trouvaient remplies les deux premières indications ; on satisfaisait à la troisième par une dissection attentive, ménageant les tendons fléchisseurs qui occupaient la face profonde de la bride digitale palmaire.

Pour compléter l'opération il restait :

1° Après avoir fait glisser le lambeau, à réunir les bords latéraux aux téguments qui recouvraient la face dorsale de la première phalange ; quelques points de suture y suffisaient.

2° A combler la plaie palmaire.

Je parvins de même à réunir transversalement ses bords avec quelques points de suture, ce qui ne présenta pas de grandes difficultés, grâce à l'ampleur, à la souplesse, à la mobilité des parties molles de la paume de la main ; enfin à fixer le sommet du lambeau aux parties adjacentes.

En résumé, et à l'exception d'une légère différence de forme dans le lambeau, le procédé une fois achevé offrait exactement le caractère de celui qui est généralement connu en autoplastie sous le nom de procédé de Wharton Jones ; car les trois lignes de réunion (deux digitales latérales et une palmaire) figuraient un Y renversé.

Comme résultat immédiat : redressement et revêtement cutané complet du doigt, absence de toute surface saignante, par conséquent de toute rétraction inodulaire consécutive.

Puisque je vais tout à l'heure signaler les défauts et dévoiler l'insuccès complet de mon opération, qu'il me soit permis de dire que ce plan m'avait tout d'abord séduit. J'ajouterai qu'en tant que procédé, et abstraction faite des suites, le résultat immédiat fut très-satisfaisant. Un mot cependant sur son exécution.

J'ai dit plus haut que les trois doigts voisins, l'indicateur, le médius et l'annulaire, étaient fléchis au même degré. Malgré l'abondance de l'étoffe cutanée à la région palmaire, je ne pouvais songer à y prendre trois lambeaux juxtaposés ; j'avais en effet dénudé toute la paume de la main et créé une large plaie transversale, qui, en se cicatrisant plus tard, aurait amené la flexion permanente des premières phalanges sur le métacarpe.

La substitution d'une difformité à une autre n'était pas le but de mes efforts. Je résolus donc de n'opérer radicalement que les deux doigts extrêmes, c'est-à-dire l'indicateur et l'annulaire ; de cette façon, je gardais au milieu de la paume de la main, c'est-à-dire entre les deux plaies formées par l'emprunt des lambeaux, une large bande cutanée verticale, non disséquée, et dont les bords saignants devaient supporter les points de suture destinés à fermer les plaies latérales. A la vérité le médius restait difforme pour le moment, mais je comptais l'opérer plus tard. Je dirai, pour n'y plus revenir, que je me contentai de pratiquer sur la bride une incision transversale à la manière ordinaire, pour obtenir un redressement au moins temporaire et mettre pour le moment tous les doigts dans une attitude semblable.

J'exécutai donc l'opération telle que je l'ai décrite plus haut, sauf deux petites modifications accessoires. On se rappelle que l'annulaire paraissait tout à fait détruit au premier abord, mais que les débris de ses deux premières phalanges formaient sous la peau du bord cubital de la main une saillie assez prononcée. Je voulus utiliser le tégument qui recouvrait ces rudiments osseux, pour donner plus d'ampleur au lambeau de l'annulaire.

En agissant ainsi, je faisais l'application d'un précepte que j'ai donné théoriquement autrefois et qui a été mis en pratique avec succès par M. le professeur Benoît, de Montpellier. (J'ai conseillé dans les cas de restauration de la main, lorsque l'étoffe manque pour reconstituer tous les doigts, de sacrifier le plus compromis de ces organes, d'extirper son squelette et de conserver son tégument pour recouvrir plus aisément ceux que l'on répare.) Grâce à la séparation des fragments phalangiens inutiles dans l'articulation métacarpo-phalangienne, je pus sans peine recouvrir amplement la face antérieure de l'annulaire et réunir sans tension exagérée la plaie de la région palmaire.

B. Lorsque les sutures furent achevées sur les côtés de l'index et dans la partie correspondante de la paume de la main, je constatai au niveau de ce dernier point une tension assez forte ; j'y remédiai en faisant sur le bord radial de la main, à un centimètre et demi de la plaie palmaire, une incision libératrice comprenant toute l'épaisseur de la peau, et qui fournit sur-le-champ le relâchement nécessaire.

Pour maintenir l'extension des doigts, j'appliquai sur la face dorsale de la main et de l'avant-bras une attelle digitée convenablement matelassée, et je fixai successivement l'index, le médius et l'annulaire à une digitation correspondante, à l'aide d'une étroite bandelette de diachylon, dont le plein répondait à la pulpe digitale et dont les chefs venaient se coller sur l'attelle de bois.

Des plumasseaux de charpie et des compresses imbibées d'eau fraîche, le tout maintenu par un bandage roulé, complétèrent le pansement. Je recommandai d'arroser doucement l'appareil sans rien déplacer, et de maintenir la main un peu élevée sur un coussin disposé à cet effet. En se réveillant l'enfant accusa de vives douleurs, que l'eau froide apaisa et qui se calmèrent au bout de trois ou quatre heures.

La nuit fut bonne, ainsi que la journée du lendemain ; il y eut cependant un suintement sanguin assez marqué, qui provenait du médius et qu'on arrêta sans peine avec un petit tampon de ouate soutenu par une légère compression. Cet écoulement provenait d'une artériole située dans l'épaisseur de la bride du médius, et qui avait été divisée par l'incision transversale portée sur cette bride. Un jet artériel m'avait averti de la division de ce vaisseau. Mais comme il avait cessé spontanément à la fin de l'opération, je n'avais pas fait de ligature.

Notons que la séparation et la dissection des deux lambeaux n'avaient rien donné de pareil, mais seulement un écoulement assez abondant, mais de courte durée, qui s'était tari de lui-même.

Je ne suivrai pas jour par jour les suites de cette opération, j'en esquisserai seulement les traits principaux. Tout va bien le lendemain et le jour suivant ; on se contente de changer les pièces antérieures du pansement. Sauf le gonflement modéré des doigts et de la paume de la main, les choses restent en place, les sutures tiennent bon, les doigts se maintiennent droits, les douleurs sont très-minimes ; l'état général est satisfaisant, sauf un peu d'accélération du pouls sans état saburral ; en un mot, je puis espérer un succès. Cependant un détail m'inspire quelque inquiétude : le sommet du lambeau de l'index est un peu décoloré et l'épiderme y paraît soulevé dans l'étendue de quelques millimètres. Je crains une mortification, que j'espère toutefois circonscrite.

A partir du quatrième jour les choses changent de face : la fièvre s'allume ; l'enfant est agitée le jour ; la nuit elle rêve, parle sans cesse, délire, et se plaint de la main d'abord, puis du bras et de l'épaule. L'appétit se perd ; la face s'anime. Les sutures de la paume de la main commencent à couper les bords, et la suppuration suinte des plaies réunies.

Je constate surtout les progrès continus de la gangrène des lambeaux, et je redoute même un instant de voir la mortification s'étendre à toute l'étendue des doigts, qui sont tuméfiés et d'un rouge sombre.

Une rougeur diffuse s'étend progressivement à toute la main, au poignet, à l'avant-bras, au bras, pour se terminer brusquement au niveau d'une ligne circulaire, perpendiculaire au bras et tangente à la cavité axillaire.

Engorgement douloureux des ganglions de l'aisselle. Nous avons affaire à une lymphangite cutanée diffuse, qui diffère de l'érysipèle par sa coloration d'un rose vif, par l'absence de bourrelet à ses limites, etc.

L'insuccès de l'opération autoplastique est désormais consommé. Je m'occupe des accidents généraux, qui sont sérieux. Je supprime l'attelle digitée et toutes les bandes. Je retire les points de suture qui tiennent encore ; je résèque les lambeaux mortifiés ; puis je prescris les bains de bras à l'eau de sureau, les cataplasmes émollients sur le membre, pansement très-léger sur la main, etc. A l'intérieur, l'aconit et la digitale. Régime très-léger ; cependant je fais continuer le bouillon et les potages. Enfin l'orage se calme, et tout danger est conjuré vers le quinzième jour. Mais l'état de la main est loin d'être satisfaisant, surtout pour l'avenir. La gangrène des lambeaux est complète. La face antérieure de l'index et de l'annulaire est recouverte jusqu'au milieu de la deuxième phalange de bourgeons charnus. Heureusement la mortification n'a pas envahi le reste de ces doigts. Au médius, la large surface saignante produite par la section transversale de la bride est également recouverte de bourgeons charnus, et ici nous n'avons rien perdu par le sphacèle ; mais déjà ce doigt commence à se fléchir de nouveau, et je suis convaincu qu'il reviendra plus ou moins prochainement à son état antérieur. Les plaies de la région palmaire sont largement béantes, remplies de bourgeons et sécrètent du pus en abondance. Au fond de celle qui répond à l'annulaire, je reconnais la tête du cinquième métacarpien à nu, et qui probablement se nécrosera, au moins à son sommet.

Dans la plaie palmaire externe, c'est-à-dire au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, les choses sont plus graves encore. D'abord les tendons fléchisseurs, que j'avais pourtant scrupuleusement ménagés dans ma dissection, se sont sphacélés, et je dus les réséquer sous forme de filaments fibreux ; puis le ligament antérieur de l'articulation métacarpo-phalangienne semble avoir disparu, de sorte que je vois au fond de la plaie les extrémités cartilagineuses du deuxième métacarpien et de la première phalange, extrémités luxées l'une sur l'autre. Cette jointure sera donc détruite, et les bouts osseux qui la forment sont condamnés à une exfoliation dont je ne puis prévoir exactement l'étendue. Pour comble de malheur, l'incision libératrice que j'avais pratiquée sur la face dorsale, près du bord radial de la main, s'est vivement enflammée, et je reconnais que le tendon antérieur de l'index s'est également mortifié. Ce doigt est donc luxé dans son articulation métacarpienne et privé de ses tendons ; aussi ne tient-il plus que par les parties latérales et postérieures au moyen de languettes de peau qui n'ont pas subi l'atteinte du bistouri. Il reste droit, mais très-mobile au moindre mouvement. Sans doute il se consolidera, mais restera étendu et privé de mouvement.

Les dégâts ont été beaucoup moins graves du côté de l'annulaire ; les tendons et les articulations sont conservés, mais la large plaie qui occupe la place du lambeau mortifié reproduira presque sûrement la flexion que je voulais combattre.

En résumé, résultat nul pour le médius et l'annulaire, résultat pire pour l'index, telle sera vraisemblablement l'issue malheureuse de ma tentative. Qu'il me soit permis maintenant de rechercher les causes de cet insuccès. Sans nul doute, l'inflammation violente qui s'est emparée de la main a joué le rôle principal dans ce désastre. Toutefois j'ai fait, chemin faisant, des réflexions qui m'expliquent jusqu'à un certain point la gravité et les inconvénients des opérations qu'on pratique dans ces cas.

En taillant mes lambeaux, je devais leur donner une largeur convenable, aussi bien pour assurer leur vitalité et recouvrir complétement la face antérieure des doigts que pour rendre possible le redressement de ceux-ci. Les incisions circonscrivant ces lambeaux devaient donc porter au moins sur le milieu de la face latente des doigts. Or j'ai dû diviser nécessairement les nerfs collatéraux antérieurs. J'ai pu, du reste, sur l'index, constater directement la section transversale de ces filets nerveux : de là peut-être une première cause de gangrène des lambeaux. Comme seconde cause, je signalerai la vascularité très-diminuée de la gaîne cicatricielle qui servait de tégument aux doigts entiers. Enfin la compression exercée sur la pulpe digitale par les bandelettes destinées à maintenir l'extension, a dû contribuer pour sa part à diminuer l'abord du sang dans les lambeaux. Toute limitée qu'elle était, cette compression portait en effet sur la région des doigts où les anastomoses offrent le plus de richesse et d'ampleur. Cependant je ne pouvais guère me dispenser d'y avoir recours pour obtenir une attitude nécessaire. La mortification des tendons s'explique à la fois par l'inflammation et par la nécessité où j'ai été de mettre ces tendons à nu par la dissection des lambeaux. Si la gangrène n'y était pas survenue, les tendons seraient restés protégés ; mais ils ont été naturellement dénudés et consécutivement mortifiés par suite de la destruction de l'opercule cutané que je leur avais fourni.

Au reste, les mêmes dangers sont inhérents à la simple section transversale des brides. Car sur le médius, où j'ai employé cet expédient, j'ai divisé de même les nerfs collatéraux, une artère du même nom, qui a fourni un peu d'hémorrhagie ; enfin, j'ai vu au fond de la plaie les tendons fléchisseurs à nu dans une étendue de près de 2 centimètres.

J'en conclus que le procédé ancien n'est pas plus innocent que le procédé autoplastique, si ce n'est que ce dernier expose à jouer quitte ou double, en augmentant singulièrement la perte de substance, si les lambeaux viennent à se gangrener.

Quant à la saillie des extrémités articulaires de la jointure métacarpo-phalangienne, elle se laisse facilement expliquer. Cette articulation, ai-je dit, était dans une extension déjà forcée, par suite de la traction opérée par la cicatrice du dos de la main ; par conséquent, le ligament antérieur était déjà distendu et probablement aminci. L'inflammation survenant a activé le travail de destruction. La capsule articulaire s'est ramollie, puis rompue, et les bouts osseux ont fait saillie dans la plaie.

L'analyse rigoureuse des accidents et de leurs causes, l'insuccès du procédé autoplastique, qui pourrait facilement se reproduire, l'insuccès notoire du procédé des sections transversales, dont l'innocuité ne m'est pas d'ailleurs démontrée, toutes ces circonstances réunies m'engagent à proposer une opération nouvelle pour les cas graves de rétraction cicatricielle des doigts. Si la Société paraissait se rallier à mon opinion, je serais disposé à employer l'innovation que je propose au second cas que j'ai à traiter, et qui consiste dans une rétraction de l'index et du médius, portée jusqu'à ce point que les ongles tendent à pénétrer dans la peau de la face antérieure de la main.

Ne pouvant sûrement ajouter de l'étoffe à la partie antérieure des doigts fléchis, je propose de faire l'ablation d'une portion du squelette en conservant les tendons et tout le ligament du doigt. Il suffirait de faire l'extirpation de l'une des phalanges (la première, ou la seconde, en totalité ou en partie) pour rétablir la proportion entre l'enveloppe trop restreinte et le squelette trop développé. Ne pouvant faire une anaplastie par prothèse, je ferais une anaplastie par exérèse. Cette opération facile à pratiquer, causant peu de traumatisme, respectant toutes les parties essentielles, serait probablement peu grave, et tout en mutilant les doigts, laisserait espérer le rétablissement des fonctions. Pour se rassurer sur les suites, quant aux usages des doigts ainsi raccourcis, il suffit de se rappeler ce qu'on observe après les extirpations de phalanges à la suite de *spina ventosa*, de carie, de nécrose ou de panaris.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 novembre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Tumeur de la voûte crânienne. — De son diagnostic et de son traitement. — M. MARJOLIN. J'ai l'honneur de demander l'avis de la Société sur la nature d'une tumeur du crâne portée par un enfant de seize mois. Ses parents sont bien portants. Sa mère a eu deux enfants, dont le premier-né est mort et le second fait le sujet de cette présentation.

Cet enfant est venu au monde bien constitué, sans vice de conformation, et sa mère l'a nourri elle-même pendant sept mois et demi. Il y a environ quatre mois qu'étant assis sur une chaise, il est tombé et s'est fracturé le fémur. Cette fracture s'est consolidée sans offrir aucun phénomène particulier. Mais depuis cinq semaines, il s'est manifesté chez cet enfant des convulsions qui ont duré environ trois heures et ont laissé après elles un strabisme intermittent. Ces derniers accidents ont été combattus par des sinapismes aux jambes dont on voit encore les traces, par des sangsues appliquées aux apophyses mastoïdes. Malgré ce traitement, cet enfant continua à avoir de l'insomnie et de la gêne dans la respiration.

Trois semaines après la première attaque, il en est survenu une seconde, qui a été traitée par les mêmes moyens.

Telle est la série de phénomènes morbides manifestée chez cet enfant, lorsqu'il y a dix jours on a vu se produire à la surface du crâne une petite tumeur occupant la région temporo-pariétale gauche. Cette tumeur acquit promptement le volume d'un œuf de pigeon, lorsque, d'après l'affirmation des parents, elle vint à disparaître en laissant après elle une simple ecchymose.

Aujourd'hui, nous constatons une tumeur bosselée inégale, du volume du poing, offrant trois lobes à peu près égaux en volume. La peau qui la recouvre n'est pas altérée, quoiqu'un peu distendue. Elle présente des battements énergiques et un mouvement de soulèvement qui est visible à l'œil et très-sensible sous les doigts. Je crois en même temps avoir entendu un bruit de souffle isochrone aux battements du pouls. Quelle est la nature de cette tumeur? Quel en est le point de départ? Voilà autant de questions difficiles. Quant au traitement, je crois qu'il ne faut rien faire. En effet, les convulsions, le développement rapide de la tumeur, puis la cessation des convulsions, tout nous porte à croire qu'il s'agit là d'une tumeur intra-crânienne.

C'est là, du reste, un cas très-rare chez les enfants, très-digne d'être étudié attentivement, et c'est pour cela que je demande des renseignements auprès de mes collègues.

DISCUSSION.

M. BLOT. Il y a un point douteux, c'est l'existence du souffle. La tumeur étant bilobée, si on applique l'oreille ou le sthétoscope sur les deux lobes supérieurs, on n'entend évidemment rien, mais sur le lobe inférieur j'ai cru entendre un petit bruit de souffle, mais peu net.

C'est ainsi que les choses se passent quand le sthétoscope est exactement appliqué; mais si on laisse pénétrer de l'air par sa base, on entend un bruit de souffle qu'il faut bien se garder d'attribuer à la tumeur elle-même. Quant aux battements, ils sont très-prononcés. Je ferai remarquer que chez cet enfant les fontanelles et les sutures sont encore très-larges; la membrane qui les constitue est un peu plus dure, mais non ossifiée, et qu'en outre la tête est plus volumineuse qu'à l'ordinaire. Le diagnostic de la tumeur me paraît difficile, et s'il fallait me prononcer, je dirais que je crois à l'existence d'un fongus de la dure-mère.

M. BOINET. J'ai senti à la base de la tumeur des inégalités qui indiquent une perforation du crâne et une perte de substance des os.

M. HUGUIER. J'ai constaté une bordure saillante comme si l'os avait été repoussé de dedans au dehors. Néanmoins, la tumeur repose en partie sur un plan osseux. Cela s'explique par une sorte d'exubérance de la tumeur au moment où elle est devenue libre à la surface du crâne. Quant au bruit de souffle, je l'ai bien constaté d'une manière évidente et au premier examen.

M. TRÉLAT. Il me semble qu'au milieu des difficultés inhérentes à ce cas, on peut encore suivre une marche de diagnostic. Il est évident que l'existence d'accidents antérieurs indique très-nettement quelque lésion intra-crânienne. La cessation de ces accidents, à partir du moment où la tumeur a paru sur la voûte du crâne, vient encore nous démontrer la marche des tumeurs intra-crâniennes. Cette origine étant établie, il n'y a plus qu'à déterminer la nature de cette tumeur.

Or trois hypothèses peuvent être discutées :

S'agit-il d'une encéphalocèle? Rien ne peut nous le faire admettre. La marche, le siége, l'évolution, la date récente de la tumeur, tout nous permet de rejeter cette hypothèse.

Serait-ce alors un fongus de la dure-mère ou des os de la voûte du crâne? L'âge peu avancé de l'enfant n'est guère favorable à cette interprétation.

Serait-ce alors une tumeur vasculaire, une tumeur érectile comme celles qui ont été décrites par M. Dupont dans sa thèse, et signalées ici par MM. Verneuil et Foucher? Je serais disposé à le croire.

Ces tumeurs, en effet, peuvent siéger dans tous les points de la voûte crânienne, et, avant qu'on les eût étudiées, elles ont donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic. J'ajoute que le bourrelet signalé ici par M. Huguier peut aussi exister avec une tumeur vasculaire. On a vu ce bourrelet aussi bien dans des tumeurs intra-crâniennes que dans celles qui avaient pris naissance à l'extérieur. Ce bourrelet ne s'oppose donc pas à l'admission de tumeur veineuse.

Quant au bruit de souffle, je ne l'ai pas entendu; je n'ai constaté que le soulèvement de l'oreille, d'où un frôlement qu'on peut prendre pour du souffle. La tumeur offre un mouvement d'expansion de soulèvement qui évidemment indique son origine intra-crânienne.

Comme dernière raison, je dois ajouter que l'existence de la fluctuation, l'homogénéité se prêtent mal à l'idée d'un fongus. Ainsi, je crois que c'est une tumeur veineuse communiquant à l'intérieur du crâne à travers une perforation des os.

M. HUGUIER. Les pulsations sont trop fortes, de nature telle qu'elles ne peuvent être causées que par des artères. Dans les tumeurs veineuses, il y a plutôt une ondulation qu'un battement.

M. BLOT. Relativement à l'encéphalocèle, je me prononce très-catégoriquement, et j'en rejette l'existence. Nous ne trouvons ici ni sa marche, ni son origine, ni son siége, ni son développement. On sait, par exemple, que Spring a démontré que cette hernie se produisait au niveau des sutures et des fontanelles. On ne peut hésiter qu'entre un fongus et une tumeur vasculaire.

M. DEPAUL. La présentation de M. Marjolin est très-importante à cause de la nature douteuse du diagnostic. Il est permis d'abord d'exclure certaines maladies. Ainsi, j'éloigne l'idée d'un fongus de la dure-mère, parce qu'il n'y a pas une sensation de fongus; il y a une véritable fluctuation, et si l'on faisait une ponction, il me semble qu'il s'écoulerait un liquide peu épais, non sanguinolent. Les tumeurs veineuses augmentent ou diminuent suivant la position, ce qui me fait rejeter l'existence d'une tumeur de cette nature, puisque nous n'observons pas ce phénomène. Je crois que la tumeur est en bouton de chemise.

J'ai pris surtout la parole pour m'expliquer sur le bourrelet osseux que l'on a donné comme un signe exclusif du céphalématome. Or, rien n'est plus faux, et, s'il fallait une preuve, nous pourrions citer cet exemple : Ici, il y a deux bourrelets, l'un grand, périphérique à la tumeur; l'autre petit, périphérique à l'ouverture du crâne. Le bourrelet le plus grand est de la même nature que celui qui circonscrit le céphalématome. C'est un dépôt de substance plastique. J'ai présenté à la Société anatomique plusieurs crânes pour démontrer ce que j'avance ici.

Voici comment j'explique le développement de cette tumeur : le liquide a perforé les os du crâne; il a décollé le périoste et a formé une collection au-dessous de lui. A la limite de la collection, il s'est produit un épanchement plastique qui constitue le bourrelet.

En résumé, je ne crois pas à l'existence d'une tumeur veineuse ni à celle d'un fongus ou d'une encéphalocèle. Je crois que c'est une collection liquide sur la nature de laquelle je ne puis me prononcer. Quant au bruit de souffle, je ne l'ai pas constaté; il y a là quelques causes d'erreur d'acoustique qu'il faut savoir éviter.

M. TRELAT. Je m'empresse de reconnaître la réalité des modifications que les tumeurs veineuses subissent sous l'influence des cris et de la position, et que M. Foucher nous faisait tout à l'heure remarquer. Je serais donc disposé à me rapprocher de l'idée émise par M. Depaul.

M. GIRALDÈS. Je ne veux pas laisser clore ce débat sans protester contre certaines assertions émises par M. Blot, concernant le diagnostic de l'encéphalocèle. M. Blot a dit qu'il fallait rejeter l'idée de l'existence de cette affection, parce que son siége est toujours sur la ligne des sutures ou des fontanelles. Pour moi, j'avance que cette disposition est très-rare, et que le plus souvent, au contraire, c'est à travers une perforation des os que se fait la hernie du cerveau. Spring, cité par M. Blot, est précisément celui qui a démontré la proposition que je soutiens. Adams, de son côté, a fait voir, pièces en main, que le cerveau s'échappe toujours à travers les perforations des os. Pour ma part, depuis que je suis attaché à l'hôpital des Enfants, j'ai vu deux encépbalocèles, et toutes les fois le crâne était perforé. Dans un cas la perforation correspondait à l'occipital; dans l'autre, au pariétal.

M. BLOT. J'ai examiné un encépbalocèle; j'ai eu l'occasion d'en faire l'autopsie, et je suis du même avis que M. Giraldès. Sans doute je me serai mal fait comprendre; voici ce que j'ai voulu dire : les encéphalocèles se trouvent en général sur la ligne des sutures et des fontanelles. En formulant cette proposition, je n'ai pas prétendu que l'orifice de sortie ne fût pas constitué par d'autres parties que les sutures et les fontanelles.

M. MARJOLIN. En présence de ce cas, j'ai eu quelques doutes, et je me suis empressé de les soumettre à la Société. Bien m'en a pris, puisque j'ai reçu quelques éclaircissements. J'avais bien pensé à une tumeur fongueuse anévrysmale, mais j'avoue que je n'avais pas pensé à une tumeur érectile veineuse. Le développement de la tumeur a été trop rapide pour que je fisse cette hypothèse. Quant au point de départ de la tumeur, il ne saurait y avoir de doute, il est évidemment dans le crâne. Les vomissements, les convulsions, la somnolence, la diarrhée incoercible, en sont une preuve manifeste. Quant aux bords irréguliers, je ne les avais point constatés. J'admets donc l'existence d'un fongus, quoique cette affection soit très-rare chez les enfants; comme dans les fongus, en effet, les convulsions ont disparu depuis que le crâne est perforé. Le bruit de souffle m'a paru réel et incontestable; j'ai eu soin de me mettre en garde contre toutes les causes d'erreur.

M. Depaul pense que c'est une collection liquide; je reconnais avec lui que la sensation du toucher est analogue à celle d'un lipome ou d'un fongus; mais je demanderai alors à M. Depaul de vouloir bien m'expliquer quelle est la nature de ce liquide. Faudrait-il en faire remonter l'origine à la chute qui a eu lieu quelque temps avant la manifestation des convulsions? Y aurait-il eu là une contusion qui serait passée inaperçue de la famille? Comme la tumeur est bleuâtre, non transparente, je ne puis croire qu'il y ait du sang. Quant à la ponction exploratrice proposée par M. Depaul, je la rejette, parce que la tumeur a augmenté d'un cinquième dans l'espace de cinquante-six heures.

M. TRÉLAT. Il est démontré pour moi que la collection est liquide, car si la tumeur était formée par le cerveau ou par un fongus, on ne pourrait pas affaisser les parois au point d'arriver au contact des os et de constater la perforation. Si c'est du liquide, il ne peut être que du sang, d'où je diagnostique un cépbalématome.

M. LARREY. Je me range à l'avis que vient de donner M. Trélat. Je suis porté à croire à l'existence d'une bosse sanguine qui s'est un peu enflammée, de sorte qu'actuellement cette collection est formée par un mélange de sang et de pus. Je serais donc d'avis de faire une ponction, et puis, si le diagnostic que je porte est exact, de faire une large incision pour vider la poche.

M. DEMARQUAY. Je partage cette opinion; c'est bien une tumeur liquide, et je conseille aussi la ponction exploratrice. J'ai observé dans le service de Blandin un cas semblable. Ce chirurgien fit la ponction, il s'écoula de la sérosité purulente. Si on reste ici dans l'indécision, le mal fera des progrès, et l'on n'obtiendra pas de résultats favorables.

M. TRÉLAT. Tout le monde regarde la ponction exploratrice comme très-utile, et je me range volontiers à cette opinion.

M. MARJOLIN. Contre l'utilité de la ponction, je dois dire que j'ai vu un cas analogue qui a été suivi de résolution spontanée. Si la chute a été cause de cette collection, il faudrait en faire remonter l'origine à quatre mois.

ÉLECTION.

La Société procède à l'élection de la commission pour la présentation des candidats au titre de membres correspondants nationaux.

Cette commission se compose de MM. Broca, Marjolin, Laborie, Foucher et Larrey.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. GIRALDÈS présente un appareil pour la pulvérisation de l'eau construit par M. Luër, et remet la note qui suit pour en expliquer succinctement le mécanisme et l'utilité :

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Luër, fabricant d'instruments de chirurgie, un appareil destiné à pulvériser l'eau. Les avantages de l'emploi des douches pulvérisées, notamment dans certains états pathologiques de la cornée, sont aujourd'hui bien reconnus.

Les appareils destinés à cet usage, quoique très-ingénieusement conçus, offrent cependant dans la pratique quelques inconvénients; compliqués dans leur disposition, ils sont susceptibles de se déranger facilement.

M. Luër est très-beureusement parvenu à construire un appareil très-simple, d'un usage facile et d'un prix peu élevé.

Pour bien faire saisir l'avantage du nouvel appareil, je rappellerai en quelques mots la disposition de ceux qui sont aujourd'hui en usage.

Dans les appareils ordinaires, l'air est comprimé dans un récipient au moyen d'une pompe foulante; un tube conducteur se rend du réservoir de l'air dans un autre rempli de liquide; de l'air ainsi comprimé chasse l'eau à travers un tube percé de trous capillaires, à travers lesquels la veine liquide se brise et se pulvérise. L'appareil de M. Luër est d'une simplicité très-grande : c'est un corps de pompe, une seringue solidement fixée sur un pied, et dont l'axe du piston formé par une vis se meut dans un écrou au moyen d'une manivelle adaptée à son extrémité. Le tube de la seringue se continue avec un autre tube en étain très-flexible de 0,50 de longueur, et dont l'extrémité fermée par un ajustage en melchior est percée d'ouvertures capillaires. La flexibilité du tube rend la manœuvre de cet appareil très-commode et très-facile; on comprendra sans peine le mécanisme du nouveau pulvérisateur. L'eau contenue dans le corps de pompe, dans la seringue, est comprimée fortement par le piston marchant dans son écrou; cette pression chasse avec force le liquide par l'ouverture capillaire de l'ajustage du tube terminal et se pulvérise en sortant.

La simplicité du mécanisme de cet instrument, son peu de volume, un prix peu élevé, le recommandent dans la pratique.

— M. le docteur Beyran commencera son cours sur les maladies des organes génito-urinaires aujourd'hui samedi 22 novembre, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, à onze heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Mallez commencera son cours sur la pathologie et l'hygiène des organes génito-urinaires le lundi 1er décembre, à sept heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et il le continuera les vendredis et lundis suivants à la même beure.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 24 NOVEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une précédente communication M. Flourens a exposé les résultats de ses expériences sur la curabilité des plaies du cerveau. Dans une nouvelle note lue dans la dernière séance, l'éminent secrétaire perpétuel a fait connaître les résultats d'une nouvelle série d'expériences ayant pour objet de produire artificiellement des abcès dans le cerveau et d'en étudier la marche et les effets.

M. Flourens, dans cette dernière note, a soulevé l'une des questions les plus ardues que puisse aborder la physiologie, celle du *siége de l'âme*. Aussi animiste que M. Flourens, nous avouerons que la recherche du *siége de l'âme* nous a toujours semblé une question oiseuse. Nous sommes à cet égard complétement de l'avis de Cuvier, cité dans cette note même, lorsqu'il dit : « La liaison de l'âme et du corps étant par sa nature insaisissable pour notre esprit, les bornes plus ou moins étroites que l'on voudrait donner au sensorium n'aideraient en rien à la concevoir. »

Le rôle de la physiologie, suivant nous, doit se borner à rechercher quelles sont les conditions organiques nécessaires à la libre manifestation de nos sentiments et des actes de notre intelligence, et quels sont les organes dont la destruction ou les lésions entraînent l'abolition ou la perturbation des facultés affectives et intellectuelles. C'est par l'étude et la solution d'un grand nombre d'éléments de ce magnifique problème que se recommandent particulièrement à tout notre intérêt les beaux travaux de M. Flourens. Nous ne lui en demandons pas davantage.

M. le docteur Pécholier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, a communiqué dans cette séance un mémoire sur l'action physiologique de l'ipécacuanha.

L'ipécacuanha est-il un tonique ou un contro-stimulant ? Telle est la question que notre savant confrère de Montpellier, fort indécis jusque-là entre les assertions contradictoires des auteurs, a cherché à résoudre par des expériences directes. De ces expériences, il est résulté pour lui que l'ipécacuanha exerce une action contro-stimulante, confirmée d'ailleurs par son expérience clinique.

Nous aimons à croire que M. Pécholier se sera mis dans ses expériences à l'abri des nombreuses causes d'illusions qu'il a si spirituellement passées en revue dans une de ses récentes publications, et que ses résultats seront jugés dignes de figurer dans les réalités thérapeutiques (1). — Dr Brochin.

INAUGURATION DE LA STATUE D'ESQUIROL.

Samedi dernier, deux cents membres de la famille médicale sont venus assister, à la Maison impériale de Charenton, à une glorification solennelle d'éclatants services.

L'un des plus grands honneurs que la postérité reconnaissante puisse décerner à un homme, allait être rendu à Esquirol, dont la vie tout entière a été employée à secourir la plus triste des infortunes, et qui a su si bien mettre en pratique ce précepte qu'il a formulé quelque part : « Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir. »

La présidence de la cérémonie revenait de droit à un aliéniste; et c'est M. Parchappe, inspecteur général des asiles, qui a remplacé M. le ministre de l'intérieur.

La Faculté de médecine était représentée par M. Rayer, son doyen, et par M. le professeur Tardieu ; l'Académie, par MM. Bouillaud, Cloquet, Larrey, Falret, Robinet, Baillarger et Beclard ; le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, par MM. Bouchardat, Chevallier et Trébuchet ; la Société médico-psychologique, par MM. Delasiauve, Cerise, Casimir Pinel, Archambault, Michéa, Bourdin, Blanche et Loiseau ; la presse médicale, par MM. A. Latour, Caffe, Linas, Bossu et Morpain. Les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, dont Esquirol fut l'un des fondateurs, avaient pour mandataires MM. Guérard, Brierre de Boismont et l'éditeur de cet important recueil, M. J. B. Baillière. Les hospices d'aliénés de la Seine comptaient comme représentants M. Girard de Cailleux, inspecteur général, et MM. Félix Voisin, Trélat, Mitivié et Moreau (de Tours) ; les asiles de la province, M. Antelme, inspecteur général, et MM. Dumesnil, Lunier, Billod et Labitte.

A une heure et demie, le président a ouvert la séance, et sur son ordre, les voiles qui recouvraient la statue sont tombés. Esquirol est représenté assis : de sa main droite il tient le style antique et écrit sur des tablettes ; à ses pieds est couché un jeune malade qu'il abrite sous son large manteau et qu'il va guérir.

Cette œuvre, due à l'habile ciseau de M. Toussaint, dont les arts regrettent la mort récente, a conquis tous les suffrages ; l'on ne sait, en effet, qu'admirer davantage de la pureté du dessin, de l'ampleur de l'ensemble, ou de la grâce des détails.

M. Parchappe, dans une harangue d'un style irréprochable, s'est plu à donner à l'auditoire la plus haute idée de la maison de Charenton ; puis il a soutenu, avec une énergie qui n'a échappé à personne, le système des asiles fermés, en opposition avec celui des colonies agricoles, de la vie à l'air libre, et a particulièrement maltraité les nouvelles théories hygiéniques et thérapeutiques qui ont cherché à se faire jour en France dans ces derniers temps. L'orateur s'est montré implacable pour des innovations qui comptent cependant de fervents adeptes à l'étranger, et il a terminé en rappelant que *les murs même de la maison d'aliénés étaient un remède contre la folie.*

M. Delapalme, conseiller à la Cour de cassation, est monté ensuite à la tribune en qualité de président de la commission consultative de la Maison impériale de Santé.

M. de Fontanes, directeur de Charenton, dans une improvisation courte, facile et de bon goût, a déclaré ne prendre la parole que pour rendre hommage à la grande figure médicale dont le bronze allait à jamais perpétuer les traits ; puis il a modestement cédé sa place à M. Calmeil, l'ancien élève et le successeur d'Esquirol, qui, dans une savante dissertation, a fait l'historique de la folie depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Un grand succès oratoire était réservé à M. Baillarger, qui, au nom de l'Académie de médecine, est venu payer un large tribut d'éloges à l'illustre aliéniste, que nul ne pouvait mieux juger. M. Baillarger, en effet, a été pendant six ans l'interne de prédilection d'Esquirol, et jusqu'à sa mort il a rempli auprès de lui les fonctions de secrétaire intime.

L'orateur de l'Académie, dans un discours d'une grande netteté, et que les applaudissements de l'assemblée ont très-fréquemment interrompu, a étudié les progrès de la médecine mentale, et il a attribué à son maître bien-aimé l'ingénieuse et féconde impulsion scientifique à laquelle sont dus tous les travaux modernes sur les névroses et l'aliénation de l'esprit. M. Baillarger n'a eu garde d'oublier la généreuse fondation du *prix Esquirol* (1), et il a terminé par des considérations d'un ordre élevé sur la découverte de la paralysie générale, « cette affreuse maladie qui frappe l'homme jeune encore et qui ne le

(1) *Illusions et réalités de la thérapeutique*, par G. Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Broch. in-8° de 160 pages, 1862. A Paris, chez Asselin, place de l'Ecole de Médecine ; à Montpellier, chez Patras, rue du Gouvernement, et chez Pitrat, Grande-Rue. On trouvera dans cet opuscule, écrit avec l'esprit et la verve dont l'auteur donne journellement de si nombreux échantillons dans le *Montpellier médical*, une appréciation très-juste et très-sensée des innombrables illusions dont est semée la thérapeutique médicale, et des difficultés d'établir avec certitude ses réalités.

(1) Esquirol fonda en 1818 un prix qui était donné chaque année à l'auteur des meilleurs travaux sur la pathologie mentale et nerveuse. Au nombre des lauréats de cette époque, nous pouvons citer MM. Falret, Félix Voisin, Calmeil, Delaye, Bayle, etc. Le neveu d'Esquirol, M. le docteur Mitivié, médecin de la Salpêtrière, a rétabli ce prix en 1850 ; il consiste aujourd'hui en une medaille d'or de la valeur de 200 fr. et en livres, et a été remporté dans ces dernières années par MM. Berthier, Legrand du Saulle, Felix Boureau, Tillaux, Brunet, Kühn, Geoffroy et Dunant.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Anatomie philosophique. Conformation osseuse de la tête chez l'homme et chez les vertébrés ; par M. le docteur Camille BERTRAND, prosecteur de la Faculté de médecine de Montpellier (1).

« Notre siècle se sera à jamais rendu mémorable par la marche » philosophique qu'il a imprimée aux sciences. On a compris que » l'étude des détails et des faits ne fournissait que les matériaux d'un » édifice dont les bases doivent être des lois générales. La découverte » des faits isolés ne constitue pas la science.... »

Cette citation, que nous empruntons à l'introduction du livre de M. Bertrand, indique suffisamment l'idée qui domine dans l'ouvrage dont nous voulons donner ici une analyse. Cet ouvrage est en effet une des preuves du besoin actuel de résumer les faits accumulés jusqu'à présent sur tel point donné de la science pour en extraire en quelque sorte la substance.

Cette tendance, très-remarquable dans les travaux scientifiques modernes, soit qu'ils aient pour objet la chimie, l'astronomie ou l'histoire naturelle, paraît se manifester aussi d'une manière sérieuse parmi les médecins, et l'anatomie a servi surtout de sujet à des recherches nombreuses dirigées vers ce but.

Les connaissances que les analogies de forme ou de fonction avaient fait acquérir jusqu'à notre temps étaient peu nombreuses, et plutôt énoncées que démontrées. Quelques textes obscurs d'Aristote, quelques passages du Timée de Platon, peuvent à peine être invoqués avant la fin du dix-huitième siècle. Encore oubliait-on de citer un vieil auteur de 1555, Pierre Belon (du Mans), auquel M. Bertrand reporte avec toute justice l'honneur de s'être élevé, dans son *Histoire de la nature des oyseaux*, à des considérations analogiques de la plus haute portée.

Malgré cela, Vicq d'Azyr fut un novateur en 1774, lorsqu'il rappela les esprits vers les études oubliées de Belon, et ouvrit la voie dans laquelle brillèrent depuis Gœthe, Oken, Geoffroy Saint-Hilaire, Richard, Owen, et d'autres auteurs modernes.

M. Bertrand a résumé tout ce que ces savants avaient avancé sur la conformation osseuse de la tête chez l'homme et chez les vertébrés, et son ouvrage est certainement l'un des plus instructifs qui aient été publiés sur ce sujet.

Fort de recherches personnelles, patientes et multipliées, il a étudié d'abord les causes qui avaient longtemps empêché et empêchent même encore les anatomistes de saisir la véritable signification primitive de la tête osseuse. Ces causes doivent être principalement rattachées à la structure compliquée du crâne et de la face dans les animaux vertébrés ; à l'existence de pièces osseuses spéciales aux organes des sens, et surtout à la nomenclature vicieuse adoptée par les naturalistes pour le système osseux, ainsi qu'à l'habitude classique de prendre les os d'adulte pour point de départ des travaux anatomiques.

Gœthe avait déjà noté ce qu'il y avait de fâcheux dans cette dernière méthode ; mais il faut avouer aussi que si l'anatomie philosophique du squelette crânien a des difficultés pour ainsi dire intrinsèques, l'admission de la théorie qui porte à considérer la tête comme la terminaison de la colonne vertébrale a trouvé des obstacles nés de son exposition elle-même. Les premiers essais dans cette voie étaient nécessairement incomplets, ils n'offraient pas peut-être à certains esprits assez de certitude, et d'un autre côté quelques-uns des défenseurs ou promoteurs des nouvelles idées tombèrent dans de telles exagérations que le succès immédiat de leurs efforts devait être compromis.

Toute théorie rencontre dans sa vulgarisation des obstacles de ces deux genres ; aussi le chapitre consacré par M. Bertrand à l'historique de la question nous paraît-il un des plus importants de son ouvrage, un des plus instructifs certainement. Nous ne saurions mieux faire, pour le résumer, que de reproduire les quelques lignes qui commencent le quatrième chapitre intitulé : *Exposé et discussion des principales théories émises sur la structure vertébrale de la tête.*

« Un des travaux qui plaisent le plus à l'esprit, consiste à rechercher les diverses phases par lesquelles passe successivement une question intéressante et controversée. Rien de plus curieux et plus instructif à la fois que de suivre une idée tour à tour émise et rejetée, obscure au premier abord, mais bientôt se dégageant de l'ombre ; on éprouve une sensation de joie au récit des découvertes qui se sont ajoutées les unes aux autres pour reculer les bornes de la science. »

Il y a plus que de la satisfaction à rechercher dans de pareilles revues du passé ; il n'est pas de marche plus strictement utile, plus éminemment philosophique, plus sérieusement pratique, et nous sommes de ceux qui croient qu'une pareille œuvre généralisée agrandirait largement le champ de la science en le déblayant.

Nous ne pouvons évidemment qu'indiquer quelques-uns des points de l'histoire tracée par M. Bertrand ; nous nous bornerons à dire que c'est bien évidemment à Oken que revient l'honneur d'avoir essayé de démontrer, en 1807, la structure vertébrale du crâne. Malheureusement, le même auteur faillit compromettre sa découverte par des exagérations de système inspirées par des idées panthéistes, et qui ne tendaient rien moins qu'à retrouver dans la mâchoire supérieure la représentation des membres thoraciques, dans le maxillaire inférieur celle des membres abdominaux.

Après Oken, en 1808 le professeur Duméril présentait à l'Institut ses *Considérations générales sur les analogies qui existent entre tous les os et les muscles du tronc chez les animaux*. Les trois vertèbres crâniennes d'Oken y étaient réduites à une seule ; mais par une singularité qui n'est pas rare dans l'histoire de l'esprit humain, un mot suffit pour arrêter Duméril dans ses recherches ; je veux parler de

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1862. Chez Victor Masson et fils.

tne qu'après l'avoir fait passer par toutes les phases de la dégradation. »

M. Trébuchet, au nom du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, ainsi qu'au nom des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, est venu lire à son tour une note intéressante sur les services rendus par Esquirol à l'hygiène publique, et il a prouvé que les travaux si considérables de l'aliéniste n'avaient pas nui à l'initiative de l'hygiéniste.

Enfin, M. Delasiauve, vice-président de la Société médico-psychologique, a salué Esquirol comme le promoteur indirect d'une réunion très méritante d'infatigables travailleurs.

A cinq heures, la cérémonie était terminée.

Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Leçon d'ouverture du cours clinique. — Aperçu général sur le service.

(Recueillie par MM. GILLETTE et LÉVY, internes.)

Messieurs, vous pouvez observer actuellement dans nos salles des malades dont les affections chirurgicales diffèrent sous bien des rapports de celles que l'on remarque dans les hôpitaux excentriques : dans ces derniers, en effet, on voit plutôt de grands accidents, des blessures produites par les vastes machines de l'industrie ; ici, au contraire, vous allez avoir sous les yeux une chirurgie qui, à plusieurs titres, ressemble à celle de la ville, et qui par cela même exige une étude et des connaissances plus délicates.

Aujourd'hui nous nous bornerons à jeter un coup d'œil d'ensemble sur le service, nous réservant dans les leçons suivantes de nous arrêter sur chaque malade en particulier.

Le n° 1 de notre salle des femmes est atteint d'une affection grave et très-embarrassante. Ce qui motive un pareil jugement, c'est l'état de santé en apparence excellent de cette jeune femme, qui pourtant présente une tumeur de mauvaise nature, siégeant au niveau de l'omoplate droite. Cette tumeur, qui a déjà été opérée à deux reprises différentes avant l'entrée de la malade, a récidivé une troisième fois, et a pris maintenant un développement si considérable qu'on ne pourrait, si toutefois il y a lieu d'en pratiquer encore l'ablation, en débarrasser cette jeune femme qu'au prix d'une des opérations les plus graves.

Nous rechercherons donc devant vous les caractères de cette affection, et nous discuterons la possibilité d'une opération dans laquelle la conscience du chirurgien doit jouer un si grand rôle.

Au n° 9 est une femme assez jeune encore, affectée d'une tumeur que l'on peut désigner avec raison sous le nom de tumeur bénigne du sein gauche.

Au n° 10, une jeune femme a présenté les accidents de la syphilis, bien qu'il y ait eu chez elle une oblitération congénitale du vagin.

Il existait une communication entre l'appareil génital et urinaire : l'écoulement des règles se faisait par l'urèthre. M. Richard, mon suppléant, ayant constaté par le rectum l'existence de l'utérus, a pratiqué une opération chez cette femme et est arrivé jusqu'au col.

Au n° 14 est une jeune fille de vingt-trois ans affligée d'une double cataracte molle; dont la droite, opérée au commencement de l'année, a comporté, en raison même de sa nature, un mode de traitement sur lequel j'insisterai un instant.

Vous connaissez tous les deux méthodes, l'une par extraction, l'autre par abaissement, ayant toutes deux pour but d'enlever le corps opaque interposé entre le corps lumineux et le fond de l'œil.

Un chirurgien italien a pensé avec juste raison que l'abaissement qui échoue si souvent à cause des différentes phlegmasies oculaires qui en sont la suite, pouvait être remplacé avec avantage par une opération aussi innocente que facile à pratiquer. Conradi remarquant qu'une fois déplacé, le cristallin disparaît communément, ou que dans des tentatives d'abaissement sur des cataractes molles, la masse opaque finit par se résorber, lors même qu'elle n'a subi aucun déplacement; Conradi comprit que cette résorption sur place devait être attribuée à un changement de rapports du cristallin avec les milieux ambiants.

La cristalloïde étant déchirée, la masse lenticulaire se dissout dans l'humeur aqueuse, et cette dissolution elle-même est plus ou moins vite résorbée. De cette considération devrait naître naturellement le procédé de la simple dilacération de la capsule.

Depuis dix ans que nous avons appliqué cette méthode à des cataractes molles et chez de jeunes sujets, en introduisant l'instrument par la cornée, nous pouvons dire que les résultats ont été satisfaisants.

La jeune fille que vous venez de voir en est une preuve convaincante. Cette déchirure de la capsule, quelle qu'elle soit, offre cependant des inconvénients qui pourraient à la rigueur porter certains préjudices aux jeunes chirurgiens.

En premier lieu, la résorption cristallinienne se fait attendre très-longtemps, pendant les deux, trois, quatre mois qui suivent l'opération; il semble que le malade n'ait retiré presque aucun bénéfice, et que l'on ait le droit d'adresser des reproches au jeune praticien qui ne peut se garantir contre des soupçons fâcheux. Le temps le plus court qu'il m'ait été donné d'observer pour la résorption a été de cinquante jours, et encore était-ce un cristallin bien mou. La cataracte avec noyau ambré exige un laps de temps bien plus considérable.

Un second inconvénient est que malgré la disparition graduelle de la lentille, la vue ne se rétablit pas promptement : les sujets commencent bien à se conduire eux-mêmes, mais sont loin d'avoir une vision complète; ils ne peuvent pas distinguer les objets de petit volume, ne peuvent pas lire même avec le secours de lunettes à cataracte. L'opération, en un mot, paraît n'avoir donné qu'un résultat très-imparfait, mais vous savez et vous devez prévenir le malade qu'il ne recouvrera entièrement la vue qu'au bout d'un temps assez long.

Les deux malades dont je me souviens en ce moment, et qui ont été soumises à une déchirure capsulaire, sont : la première, une femme d'une quarantaine d'années, dont les deux yeux atteints de cataracte molle ont été si avantageusement traités de cette manière, que, d'un côté, elle pouvait voir à enfiler des aiguilles.

La seconde est cette jeune fille sur laquelle j'attire aujourd'hui votre attention. A la suite de la déchirure capsulaire droite par la cornée, il s'est fait au centre tout d'abord une petite tache noire, résultat de la résorption, permettant aux rayons lumineux d'arriver jusqu'à la rétine par cette espèce de pupille creusée au centre même du cristallin.

La disparition de la lentille a marché depuis plusieurs mois du centre à la circonférence, et est arrivée aujourd'hui à un point tel, que si la pupille n'est pas dilatée artificiellement, on la voit aussi nette que possible; mais par l'action de l'atropine, la pupille s'élargissant laisse apercevoir une zone d'un blanc nacré, dernier débris du cristallin.

Tel est l'état physique de l'œil droit de cette malade. Quant à son état fonctionnel, il est satisfaisant. Elle ne se plaint que de ne pouvoir pas encore lire facilement, ni enfiler une aiguille; mais vous comprenez qu'on ne peut arriver à un pareil perfectionnement qu'après avoir longtemps exercé les facultés accommodatrices de l'œil, et que de pareils reproches paraissent plutôt en faveur de l'opération.

J'en suis, en effet, partisan; d'abord par le résultat matériel qu'elle donne, et ensuite parce qu'elle rentre dans un ordre d'idées qui ne doit pas être perdu de vue, et qui consiste à mettre seulement l'organisme dans les conditions nécessaires à l'action de la nature médicatrice.

Par la simple ouverture de la capsule, on met le cristallin en mesure de pouvoir être résorbé, et par une expectation nécessaire, on laisse tout faire à la nature.

Au n° 2 de notre salle des hommes, est un pauvre garçon affecté de leucoma presque central des deux yeux; depuis son enfance. M. Richard a pratiqué chez lui, dernièrement, avec le concours de M. Giraud-Teulon, une pupille artificielle à gauche. Le procédé employé à cette occasion a été celui de Critchett, qui consiste, après avoir incisé la cornée avec un couteau lancéolaire, à attirer au dehors le bord pupillaire de l'iris, et à y placer une petite ligature à l'aide d'un fil de soie.

Le n° 4 de la même salle présente une affection curieuse dont j'ai parlé pour la première fois en 1851, et que j'ai désignée alors sous le nom d'*affection singulière des os du pied.* Plus tard, voyant que son caractère essentiel était de déterminer des perforations allant de la peau jusqu'aux saillies osseuses, nous l'avons appelée *mal perforant.*

Au n° 14, un homme, âgé de quarante-huit ans, est entré pour se faire délivrer par l'Administration un bon bandage herniaire, pour la contention de deux hernies inguinales très-volumineuses.

Vous avez pu remarquer chez lui une altération profonde de la voix, et l'interrogatoire nous a appris qu'elle datait déjà d'une dizaine d'années; c'était bien le cas ici de faire l'exploration laryngoscopique, et nous avons très-bien constaté, en effet, avec le pharyngoscope de M. Moura-Bourouillou, une lésion assez curieuse dans le larynx de notre malade.

Par l'application méthodique de cet instrument, on découvre facilement la base de la langue, l'épiglotte, l'orifice supérieur du larynx, la glotte; c'est au-dessous et en avant de cette partie du larynx, à l'angle de jonction des deux cordes vocales inférieures, que l'on aperçoit, en engageant le malade à articuler quelques sons, un petit corps flottant, de forme un peu conique, tenant à la muqueuse par un pédicule assez large, empiétant un peu sur le côté droit et ressemblant assez bien à une petite luette capable de se porter à droite et à gauche dans certains mouvements d'expiration.

Le moyen explorateur est-il une simple curiosité? est-il une chose utile?

Lorsqu'une découverte ne fait que commencer à prendre rang dans la science, on ne sait quelle en sera la portée dans l'avenir; on doit aussi se familiariser avec elle, l'examiner avec autant de soin que possible sous les rapports des services qu'elle est capable de rendre, et ne se prononcer qu'après l'avoir étudiée et approfondie dans ses moindres détails.

Il doit en être ainsi de la laryngoscopie : sans elle on aurait peut être soumis ce malade, qui nous a dit avoir eu des accidents syphilitiques, à un traitement spécifique que semblait indiquer l'altération de la voix, tandis que nous avons vu qu'elle n'était due qu'à la présence du petit polype dont je viens de vous donner la description.

Supposez enfin que cet homme soit pris d'angine laryngée, et qu'une suffocation imminente nécessite impérieusement une intervention chirurgicale, ne pourrait on pas, après avoir pratiqué la laryngotomie, introduire de petits ciseaux courbes par la plaie, exciser le polype et faire au besoin une cautérisation plus ou moins étendue? Vous voyez donc que la précision du diagnostic, en pareil cas, est due entièrement à ce nouveau moyen d'exploration.

Le lit du n° 24 est occupé par un jeune homme entré, il y a

---

l'expression vertèbre pensante proférée comme l'équivalent de crâne, et qui lui parut la condamnation indirecte d'une hardiesse trop grande.

En 1815, Spix publiait sa *Cephalogenesis*, marquée au coin de l'originalité la plus extravagante, et dépassait les exagérations les plus étranges d'Oken en cherchant à prouver que la tête reproduit en réalité tout le corps, bassin, thorax, membres supérieurs et inférieurs. Malgré ces aberrations compliquées d'idées plus singulières encore sur la comparaison de la tête de l'homme avec la planète que nous habitons, la théorie nouvelle ne pouvait pas périr, et parmi ses défenseurs les plus ardents doivent être cités E. Geoffroy Saint-Hilaire en 1809 et 1822; Carus, dont le système est des plus nébuleux, et le professeur anglais Richard Owen, dont les *Principes d'ostéologie comparée* sont certainement l'ouvrage le plus complet et le plus riche en observations que nous possédions sur les homologies du squelette vertébré.

On conçoit qu'il est impossible de donner une idée même sommaire des systèmes proposés par ces auteurs et quelques autres, tels que de Blainville, Strauss-Durckheim, Goodsir, Humphry, Gervais, Lavocat, etc. Nous nous bornerons à conseiller de lire l'exposition que M. Bertrand en a faite d'une manière aussi lucide qu'impartiale.

Nous ferons la même recommandation pour le résumé clair et méthodique qui constitue le chapitre de l'étude du développement du squelette de la tête. Le rôle des lames dorsales et ventrales, de la *chorda dorsalis* dans la formation des os du crâne, et des arcs viscéraux dans celui de la face, y est tracé avec netteté et précision. L'embryologie, longtemps négligée, est appelée à rendre, en effet, d'immenses services à l'anatomie envisagée d'un point de vue élevé.

On s'en convaincra en lisant avec soin tout ce qui a trait, dans le livre de M. Bertrand, à la détermination des quatre vertèbres céphaliques, dont les segments sont distingués, d'après leurs centrums, en basilaire, post-sphénoïdal, péri-sphénoïdal et vomérien, d'après leurs arcs neuraux, en occipital, pariétal, frontal et nasal; d'après leurs arcs hémataux, en thyrohyal, stylhyal, mandibulaire et maxillaire.

Les détails dans lesquels est entré l'auteur sur chacun des segments ainsi caractérisés sont remarquables d'analyse et de recherches savantes dans tous les degrés de l'échelle vertébrée des êtres. Ils confirment les grandes lois d'analogie, d'homologie générale et spéciale et d'homotypie qui doivent servir de guide constant dans les travaux d'anatomie; ils justifient de tout point les conclusions auxquelles conduit l'examen détaillé des connexions et de l'arrangement des pièces osseuses de la tête, et démontrent la vérité de la grande idée de l'unité de composition organique, longtemps regardée comme une pure hypothèse.

Les nombreuses planches annexées à l'ouvrage de M. Bertrand complètent, du reste, ses démonstrations de la manière la plus satisfaisante pour le lecteur, par l'emploi de teintes colorées différentes, qui permettent de saisir d'un coup d'œil la signification de tel ou tel élément vertébral chez l'homme, les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les poissons.

Nous ne saurions trop louer également le grand tableau synonymique et comparatif des dénominations employées dans l'ouvrage et en anthropotomie, de celles proposées par Geoffroy Saint-Hilaire, Cuvier et Owen pour les poissons et le crocodile. C'est un véritable service rendu à tous ceux que tend à effaroucher un peu le nombre considérable des mots à racine grecque employés par divers auteurs, et, ajoutons-le, la diversité extrême de ces expressions, selon les livres que l'on consulte.

Le tableau de M. Bertrand prouve mieux que tout raisonnement le besoin urgent de simplifier autant que possible une nomenclature dont le moindre inconvénient est de surcharger la mémoire.

Dr Ernest BERCHON,
Chef des travaux anat. de l'Ecole de méd. navale de Rochefort.

Campagnes de Kabylie. Histoire médico-chirurgicale des expéditions de 1854, 1856 et 1857, par M. le docteur A. BERTHERAND, médecin en chef de l'armée, etc. (1).

Si la chirurgie militaire, aux époques mémorables de la première République et du premier Empire, a brillé d'un éclat que reflète si glorieusement encore la mémoire de ses plus honorables représentants, il faut bien le reconnaître, leurs successeurs n'ont point faibli sous le poids d'un noble héritage.

Et pourtant, quelle popularité que celle de D. J. Larrey, exposant dans tous ses détails l'organisation, le fonctionnement, la physionomie des ambulances créées par son activité, par son génie, durant les guerres où il s'était montré observateur aussi judicieux qu'acteur infatigable et dévoué! Avec quel bonheur et quel intérêt ne réunit-il pas à l'attrait des descriptions chirurgicales, le charme non moins attachant des particularités topographiques, des épisodes imprévus, accidentés, dont les héros furent ici des guerriers illustres, là des collègues aimés, des noms désormais acquis à l'histoire par le courage et l'abnégation du sacrifice! Les *Mémoires de médecine militaire* et les *Campagnes de Larrey* ont ainsi buriné pour la postérité des souvenirs ineffaçables, et servi de modèle aux chirurgiens d'aujourd'hui, excités par un solennel exemple à faire profiter la science des enseignements de la clinique des camps.

L'histoire médico-chirurgicale des campagnes de Kabylie est une nouvelle page digne d'être placée auprès des grands travaux de la chirurgie militaire.

Retenu sur les cimes du Djurjura par cette conquête de la Kabylie, le Dr A. Bertherand n'avait pu s'associer aux glorieux labeurs de ses

(1) In-8°, avec une carte détaillée du théâtre des opérations militaires. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils, et chez V. Masson et fils.

deux mois, dans le service pour une plaie par arme à feu intéressant la paume de la main gauche, avec attrition de la troisième phalange du médius et de l'index du même côté. La blessure était dans les meilleures conditions, lorsque ; dix jours après l'accident, dans un simple effort de défécation, le malade fut pris d'une première hémorrhagie qui, suivie bientôt à des intervalles assez rapprochés de douze ou treize autres, ne céda qu'à la ligature du vaisseau dans la plaie elle-même. Nous reviendrons dans une prochaine leçon sur ce cas très-important, qui renferme un grand intérêt pratique.

Enfin il est entré, il y a peu de jours, dans nos salles, un vieillard de soixante-dix-sept ans atteint d'un anthrax volumineux de la nuque, si fatal à cet âge, qui, par une heureuse exception, est actuellement en bonne voie de guérison. Cet anthrax présentait, à l'entrée du malade, un sphacèle complet de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané infiltré d'une grande quantité de pus qui s'est écoulée à l'incision que nous avons immédiatement pratiquée. La souplesse des bords de la tumeur, les bourgeons charnus de bonne nature qui en constituent le fond, et la suppuration qui tout en diminuant prend meilleur aspect, nous font bien augurer du prochain rétablissement de ce malade.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 novembre. — Présidence de M. DUHAMEL.

Curabilité des abcès du cerveau. — M. FLOURENS lit la note suivante :

Dans une première note, j'ai mis dans tout son jour la curabilité des plaies du cerveau, soit incisions, soit ablations ; soit mutilations. Mes expériences de 1822 donnent d'ailleurs, en ce genre, les exemples les plus étonnants qui aient été vus.

J'ai pu enlever, sur divers animaux (mammifères et oiseaux), le cerveau proprement dit tout entier ou un seul de ses lobes; j'ai pu enlever le cervelet tout entier, ou une seule de ses moitiés ; j'ai enlevé tantôt une couche optique ou les deux, tantôt un des tubercules quadrijumeaux ou les quatre ; et toujours l'animal a guéri. C'est même parce qu'il a guéri, et complétement guéri, que chacune des parties enlevées a pu faire connaître la fonction supprimée par son ablation, la fonction détruite par sa destruction, c'est-à-dire, en un seul mot, sa fonction essentielle et propre.

Dans toute mutilation du cerveau, il se forme toujours un tissu cicatriciel, dur et jaune. C'est de ce tissu induré, c'est de ce tissu jaune qu'est faite la cicatrice. Quant à l'adhérence, quant à l'adhésion proprement dite des parties divisées, elle se fait, d'abord et essentiellement par le tissu cicatriciel dont je parle, et ensuite par des brides que fournissent les deux membranes propres du cerveau, l'arachnoïde et la pie-mère.

Des plaies simples il faut passer aux abcès du cerveau. Mais comment déterminer artificiellement et, si je puis ainsi dire, à volonté, des abcès du cerveau ? Et, sans un pareil moyen, sans un moyen dont l'expérimentateur soit maître, comment étudier ces abcès convenablement ?

En introduisant divers corps étrangers dans le cerveau, je me suis bientôt aperçu que l'introduction d'un corps étranger quelconque dans cet organe y détermine toujours des abcès. Un morceau de bois, de fer, un caillou, une balle de plomb, d'étain, etc., introduits dans le cerveau, y déterminent toujours des abcès ; et l'on trouve des exemples d'abcès, produits par toutes ces causes, dans les livres de chirurgie.

Par rapport à mes vues, je n'ai rien trouvé de plus commode que des balles de plomb. La balle de plomb, comme corps étranger, produit d'abord un abcès, et ensuite, pénétrant par son propre poids dans le tissu de l'organe, elle y détermine une plaie de l'espèce la plus singulière. C'est une sorte de trou fistuleux, un canal, qui règne dans toute l'étendue du trajet qu'elle a parcouru, et qui ne s'oblitère que très-lentement. J'ai déjà montré à l'Académie plusieurs cerveaux avec les balles que j'y avais introduites et les trous fistuleux qu'elles avaient déterminés.

La balle, introduite dans le cerveau, y provoque donc un abcès. Cet abcès commence très-peu de temps après l'introduction de la balle. Dès les premières dix ou douze heures il y a du pus. Un abcès se forme donc, et il se forme très-vite. Ce qu'il y a de plus admirable, c'est qu'il se résorbe. Tout le pus est résorbé du quarantième au cinquantième jour. L'animal guéri, il ne reste jamais de pus dans le cerveau.

Ainsi, par le fait même de la balle introduite, un abcès se forme ; et, ce qu'il faut bien noter, il ne forme jamais que des abcès. J'ai introduit bien des balles dans le cerveau, j'ai toujours vu se produire des abcès, je n'ai jamais vu se produire des hémorrhagies.

Une fois maître de produire des abcès à volonté et de ne produire que des abcès, des abcès sans hémorrhagies (chose infiniment précieuse pour l'étude séparée des deux ordres de phénomènes que j'avais en vue : les abcès et les apoplexies), j'ai porté des balles dans toutes les parties de l'encéphale : dans les lobes ou hémisphères du cerveau proprement dit, dans le cervelet, dans toutes les régions du cervelet, dans les couches optiques, dans les tubercules quadrijumeaux, etc. ; j'ai sondé le cerveau dans toutes ses profondeurs.

Chose bien remarquable, dans toutes ces plaies, dans tous ces abcès du cerveau produits artificiellement, je n'ai jamais vu se former de membrane cicatricielle ni de membrane ou de poche qui contînt le pus.

Je viens à la plus délicate difficulté de toutes celles que je soulève. Cette difficulté est celle du *siége de l'âme*. Ceux qui m'ont suivi jusqu'ici ne conservent aucun doute sur le siége précis de l'âme. Le siége de l'âme ou de l'intelligence, c'est le cerveau proprement dit (lobes ou hémisphères cérébraux). J'ajoute : c'est le cerveau proprement dit tout entier, et le cerveau proprement dit tout seul : ni le cervelet, ni la moelle allongée, ni les tubercules quadrijumeaux, ni les couches optiques, etc., ne sont siége de l'intelligence.

Reste donc, encore une fois, le cerveau proprement dit, et le cerveau seul; mais dans ce cerveau proprement dit y a-t-il un point particulier qui puisse être appelé par préférence à tout autre *siége de l'âme?* C'est là l'éternel objet de nos discussions. Dans ce cerveau proprement dit, il n'est coin ni recoin où quelqu'un ne se soit avisé de placer notre âme. Le grand anatomiste Sténon, mort évêque et vicaire apostolique du pape Clément XI, disait spirituellement « que » l'âme, qui connaît si bien le monde extérieur et tout ce qui est » hors d'elle, une fois rentrée dans sa propre maison, ne sait plus où » elle loge. »

Le grand philosophe Descartes, le seul philosophe au reste qui ait jamais tenu compte de la physiologie, du moins de ce qu'on savait en son temps de physiologie, le grand philosophe Descartes plaçait l'âme dans la glande pinéale; le savant anatomiste anglais Willis la plaçait dans les corps striés ; le non moins savant anatomiste français Vieussens la plaçait dans ce grand espace de substance blanche qu'il appelait le centre ovale, etc. Lapeyronie la plaça dans le corps calleux.

Pour en venir là, Lapeyronie, dans ce beau mémoire que j'ai déjà cité, procède par voie d'exclusion. Ce n'est point, dit-il, la glande pinéale qui est le siége de l'âme, puisqu'on la trouve souvent ossifiée ou pétrifiée sans aucun inconvénient pour l'exercice de la raison ; ce n'est point le corps strié, puisqu'on l'a trouvé détruit (1) sans trouble de la raison, etc. C'est donc le corps calleux, et il arrive ainsi à cette belle observation, où du pus, accumulé sur le corps calleux, anéantissait l'usage des sens et de la raison, et où ce pus évacué rendait aussitôt le corps calleux et la raison libres.

Lapeyronie avait un jugement supérieur, qu'il n'a pourtant révélé tout entier que dans le mémoire que je rappelle. Mais ici tout le trompe.

D'abord il ignorait tout à fait le rôle propre du corps calleux, c'est-à-dire du corps calleux lésé seul, isolément, séparément de toute autre partie. J'ai fait voir, par mes expériences de 1822, qu'on n'a le rôle propre d'un organe qu'autant que sa lésion est *isolée* de celle de tout autre organe.

Le corps calleux n'est qu'une commissure, comme la voûte à trois piliers. Il manque dans les oiseaux; il manque même dans plusieurs mammifères, nommément dans les didelphes. Dans les mammifères où il existe, on peut le diviser, on le divise nécessairement toutes les fois qu'on réduit le cerveau à un seul lobe. Son action n'est qu'une action complétive, au sens où cela sera expliqué tout à l'heure, de celle du grand cerveau.

(1) Oui, mais d'un seul côté. On comprendra bientôt le sens de cette remarque.

En second lieu, Lapeyronie ignorait ce fait capital, que mes expériences de 1822 ont pleinement montré, savoir : qu'un seul lobe suffit à l'exercice complet de l'intelligence. Anatomiquement, un lobe n'est que la répétition de l'autre. Physiologiquement, les deux lobes ne font qu'un appareil, le grand appareil de l'intelligence.

Quand on considère le cerveau proprement dit comme l'appareil de l'intelligence, il faut le considérer dans tout son ensemble. Toutes ces parties si délicates, et si bizarrement nommées, mais dont le nom bizarre est si fameux et, depuis si longtemps fameux, les *cornes d'Ammon*, ou *pieds d'Hippocampe*, *l'ergot*, la *bandelette semi circulaire*, le *corps frangé*, les *corps striés*, vrai noyau des lobes, le *corps calleux*, simple commissure des deux lobes, etc., toutes ces fibres, rangées avec tant d'artifice, selon la belle expression de Sténon, toutes ces fibres, si continues quoique si fines, si merveilleusement distinctes quoique si étroitement serrées, etc., tout cela concourt, tout cela sert à une seule et grande fonction, l'intelligence.

Or c'est tout cela, ce sont toutes ces parties, c'est tout cet appareil sous-jacent au corps calleux, que, dans l'observation de Lapeyronie le corps calleux, opprimé par le pus, opprimait à son tour quand le pus était accumulé, et que le pus évacué, en rendant libre le corps calleux, rendait également libre.

C'est donc le cerveau, le cerveau proprement dit tout entier, qui est l'organe de l'intelligence.

Gall a pleinement montré que ce prétendu point du cerveau, vieux rêve des anatomistes, d'où, selon eux, tous les nerfs partaient et où ils se rendaient tous, n'est qu'une chimère ; et M. Cuvier, avec ce grand bon sens qui dans la science en a fait l'homme supérieur de son siècle, a montré que cette chimère, fût-elle une réalité, ne servirait à rien.

« C'est pour avoir confondu, dit M. Cuvier, la simplicité métaphysique de l'âme avec la simplicité physique attribuée aux atomes, qu'on a voulu placer le siége de l'âme dans un atome ; mais la liaison de l'âme et du corps étant par sa nature insaisissable pour notre esprit, les bornes plus ou moins étroites que l'on voudrait donner au sensorium n'aideraient en rien à la concevoir. »

Dans ma première note, je n'ai parlé que des plaies simples du cerveau; dans celle-ci, je viens de parler des abcès ; dans une troisième, je parlerai des apoplexies.

Action physiologique de l'ipécacuanha. — M. G. PECHOLIER communique, par l'intermédiaire de M. Cl. Bernard, un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'ipécacuanha.*

Dans ce travail, dit l'auteur, je ne me suis pas proposé d'étudier les propriétés vomitives de l'ipécacuanha, parce que cette étude a déjà été faite et bien faite. Je me suis occupé à apprécier l'action de la racine du Brésil non plus sur un organe en particulier et sur une fonction spéciale, mais sur tout l'organisme vivant. Introduit dans les secondes voies, porté par le torrent de la circulation au contact de nos tissus et exerçant par là son influence sur l'être vivant tout entier, il produit des phénomènes complexes dont la thérapeutique peut tirer un bon parti. Le vomissement n'est pas son seul effet primitif, il en est d'autres qui ont été jusqu'ici peu étudiés et dans l'interprétation desquels les affirmations des médecins sont opposées les unes aux autres.

L'ipécacuanha a une action tonique, disent les uns; assurément, s'écrient les autres, cette action est dépressive et contro-stimulante. Que faut-il croire? C'est ce que nous nous sommes proposé de rechercher par des expériences faites sur des animaux vivants (lapins et grenouilles).

Les lapins ont été choisis parce qu'ils ne vomissent pas et qu'ils ne pouvaient dès lors se soustraire à l'absorption de l'ipécacuanha en le vomissant. Les grenouilles nous ont plus spécialement servi à des expériences sur le système nerveux. Les substances que nous avons fait avaler à nos lapins ont été l'ipécacuanha, l'émétine médicinale et l'émétine pure, qui toutes ont la même action, car l'ipécacuanha ne contient qu'un seul principe actif, l'émétine.

Après plus de cinquante expériences, dont le détail ne peut entrer ici, nous avons constaté chez nos animaux soumis à l'action de l'émétine :

1° Une diminution considérable dans le nombre et l'énergie des battements du cœur et des pulsations. Ainsi des lapins qui, avant

---

confrères en Orient ; il sollicite donc l'honneur de faire partie de l'expédition projetée. La confiance du maréchal, qui l'avait connu et apprécié dans son commandement algérien, l'appelle au poste de chirurgien en chef du grand quartier général. Nous avons dit, il y a un an, en rendant compte dans ces colonnes des *Lettres médico-chirurgicales sur la campagne d'Italie de 1859*, l'activité, le zèle, l'habileté déployés aux terribles heures de Montebello, de Magenta et de Solferino, par le savant chirurgien à la plume élégante duquel nous devions les récits entraînants, enthousiastes des drames du champ de bataille, les enseignements nouveaux révélés à l'ambulance, recueillis, sténographiés dans les courts loisirs de son ministère chirurgical.

A peine rendu par la paix de Villafranca aux nécessités multiples de ses fonctions à l'Ecole de médecine et aux hôpitaux d'Algérie, le professeur A. Bertherand reprend avec une ardeur nouvelle la rédaction de ses *Campagnes de Kabylie*.

Dans cette œuvre de patiente et minutieuse élaboration, où les observations cliniques particulières, relevées presque toujours par l'auteur lui-même, occupent autant de place que les aperçus généraux et les discussions doctrinales, notre embarras est grand pour faire un choix entre tant de chapitres, dignes de fixer la curiosité et l'intérêt.

Inutile de dire que le docteur A. Bertherand a observé l'ordre historique qui lui était imposé en quelque sorte par la nature de son sujet. Nous suivrons ainsi pas à pas la marche des colonnes à travers un pays pittoresque, inexploré, et dont la population, la topographie, la végétation, les mœurs, plaisent à connaître.

Après chaque affaire de guerre, un recensement sommaire des lésions observées retrace le travail des ambulances et les faits chirurgicaux les plus saillants : diagnostic, manœuvres opératoires, pansements, appareils, enlèvement et transport des blessés, — les jeunes adeptes de la médecine militaire trouveront dans ces pages de précieuses initiations à leurs devoirs futurs ; — suivent, toutes les fois que la gravité des cas le comporte, des observations cliniques circonstanciées, d'autant plus complètes que le chirurgien en chef de l'armée a retrouvé au retour des expéditions la plupart de ses blessés dans son service à l'hôpital du Dey.

Les documents sur lesquels s'est appuyé l'auteur portent, pour les trois campagnes de 1854, 1856 et 1857, à 2,169 le nombre des blessures qui, indépendamment de 284 coups de feu immédiatement mortels, ont atteint les troupes engagées.

M. Bertherand insiste, dès les premières pages de son compte rendu pour que l'exploration instantanée des plaies soit aussi complète que possible, et il ne lui est pas difficile de faire ressortir les avantages d'une pratique devenue, pour sa grande expérience, une règle habituelle, absolue. Il repousse comme exclusives, et partant irrationnelles, les doctrines du débridement *jamais* et du débridement *toujours;* entre les deux il y a une juste place pour une dilatation raisonnée, opportune, nécessaire si souvent, que s'il lui fallait brutalement opter entre les deux manières extrêmes, il n'hésiterait pas à voter pour la seconde.

En dépit de préventions gratuites, la conservation des membres fracturés a toujours été la préoccupation dominante de la chirurgie militaire. Écoutez plutôt ces lignes : « Pour un total de 156 brisures osseuses des appendices pelviens et thoraciques, l'amputation immédiate n'a été jugée indispensable que 54 fois. Pour 102 autres cas, par un scrupule exagéré peut-être d'humanité et de défiance bien naturelle à pareille heure, nous avons cru pouvoir nous en rapporter à la nature du soin de juger, en faveur des blessés, une situation douteuse. Espoir vain, et qui nous inspirerait presque des regrets, devant cette douloureuse comparaison que de nos 51 blessés opérés *primitivement*, 48 *ont guéri promptement*, tandis que de 63 opérés consécutivement, après de cruelles souffrances, 43 *ont succombé*, épuisés par la suppuration dans les tourments affreux de la fièvre purulente, de l'étisie, etc., etc. »

La cause des *résections* trouvera dans le livre du professeur Bertherand un éloquent plaidoyer. *Huit résections* ont, en effet, donné à notre habile et heureux confrère *huit guérisons!!!* Résultats avec lesquels contrastent fort, il faut bien le dire, les tristes applications de la pratique civile! Mais aussi n'est-ce pas à deux ordres d'états pathologiques tout dissemblables que le procédé s'adresse d'un côté et de l'autre ? Ici des traumatismes, accidents locaux sans retentissement constitutionnel; là, des diathèses...

Les limites d'un article bibliographique nous font à regret abandonner l'analyse de l'œuvre consciencieuse et savante que le docteur A. Bertherand vient d'ajouter si honorablement à une liste déjà imposante de travaux trop appréciés pour les rappeler ici.

Les *Campagnes de Kabylie* ne seront pas lues par les chirurgiens militaires seulement. Les médecins de l'armée y puiseront de précieux matériaux pour l'élucidation de redoutables questions d'hygiène que soulèvent le recrutement, le campement, le régime, les habitudes des grandes agglomérations d'hommes dans les marches, les camps, les ambulances.

Sous ce point de vue encore, M. le docteur A. Bertherand a certainement atteint le double but qu'il s'était proposé en écrivant l'histoire *médico-chirurgicale* de la conquête de Kabylie.

Signalons, en terminant, un style clair, rapide, attachant, à la faveur duquel la pensée de l'auteur se présente toujours nette et saisissante; une grande loyauté dans les détails historiques, où la préoccupation constante du chirurgien en chef paraît avoir été de restituer à ses collaborateurs la part des services rendus par chacun. Digne et louable sollicitude, bien propre à rehausser l'honorabilité d'un corps justement apprécié, en assurant les droits de tous à la gloire et à la récompense du devoir accompli.

Dr ZANDYCK.

Programme du cours de pathologie interne fait à la Faculté de médecine de Paris pendant les années scolaires 1861, 1862, 1863, par M. MONNERET, professeur de pathologie interne, médecin de l'Hôtel-Dieu. 2e année, 1862. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 25 c. Paris, chez Béchet jeune, rue Monsieur-le-Prince, 22.

l'expérience, avaient de 160 à 200 pulsations par minute, voyaient, sous l'influence de doses d'émétine allant de 5 milligrammes à 5 centigrammes, le nombre des pulsations tomber à 120, 100, et même 92 par minute.

2° Une diminution également considérable dans le nombre des respirations qui, de 150 environ par minute, tombaient à 50, 40, et même 32. En même temps les poumons de tous les lapins morts par l'action de l'émétine, ou sacrifiés pendant qu'ils étaient sous l'influence de cette substance, étaient pâles et exsangues. Ce phénomène était rendu évident par la comparaison de ces poumons avec les poumons d'autres lapins sacrifiés au moment où ils jouissaient de toute leur santé.

3° Un abaissement de 1°, 2° ou 3° dans la température de la bouche, de l'oreille et de l'aisselle, tandis que la température du rectum restait stationnaire, ou même s'élevait de 0°,5 à 0°,7.

4° Des efforts constants de vomissement, l'hyperhémie de l'estomac et de la moitié supérieure de l'intestin, la disparition du glucose du foie.

5° Un amoindrissement de l'activité du système nerveux, du collapsus, la paralysie des nerfs sensitifs, tandis que la motricité nerveuse et la contractilité musculaire sont diminuées, mais en partie conservées. Ces derniers faits ont été constatés sur des grenouilles empoisonnées par l'émétine, puis décapitées. A ce moment, le pincement de toutes les parties de la peau ne déterminait aucune action réflexe, tandis que l'excitation galvanique des nerfs des membres (spécialement des nerfs lombaires) et celle des muscles causaient des contractions musculaires, beaucoup plus faibles cependant que dans une grenouille saine également décapitée.

Des résultats expérimentaux qui précèdent, nous concluons que l'ipécacuanha exerce sur les lapins et les grenouilles une action contro-stimulante.

En est-il de même chez l'homme? Ici nous pensons que l'analogie peut bien fournir des présomptions, mais pas de certitude. L'expérience clinique seule donne la dernière sanction à l'affirmation d'un fait de thérapeutique; or, notre expérience clinique est en parfait accord avec nos expérimentations physiologiques. Si, en effet, employé à de faibles doses, l'ipécacuanha peut, par la réaction qui suit le vomissement, produire des phénomènes secondaires d'excitation, donné en infusion à la dose de 2, 3 ou 4 grammes dans 120 grammes de véhicule et par cuillerées toutes les une ou deux heures, il nous a toujours montré une action contro-stimulante. Cette dernière action paraîtra précieuse dans un grand nombre de pneumonies, surtout si l'on se rappelle l'état pâle et exsangue des poumons, constaté par nous sur nos lapins émétinés.

— M. ESMEIN adresse un supplément à son mémoire sur un nouveau système d'aération des salles des hôpitaux. (Renvoi aux commissaires désignés dans la séance du 28 avril : MM. Velpeau, Rayer, Bernard.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un rapport adressé par M. P. de Pietra-Santa à M. le ministre d'Etat, sur la mission scientifique qui lui avait été confiée pour l'étude des climats du midi de la France.

— M. DORNER adresse de Rorschach (Suisse), une nouvelle lettre écrite en allemand, concernant son mode de traitement du choléra-morbus. (Renvoi à la commission du prix Bréant.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 12 novembre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE

COMMUNICATION.

Brûlure ancienne de la main; flexion permanente des doigts.— Procédé autoplastique; inflammation violente; gangrène des lambeaux et accidents divers. — Projet d'une opération nouvelle pour les cas graves de ce genre. — Ablation d'une phalange. — M. VERNEUIL fait sur ce sujet la communication suivante : (Voir le numéro précédent.)

DISCUSSION.

M. BLOT. Je me souviens de faits observés dans le service de M. Velpeau, dans lesquels l'extirpation des phalanges a été très-utile. Mais il faut bien se garder de comparer les suites du panaris avec la brûlure. Dans le panaris, les os sont isolés par le travail inflammatoire, et leur extraction est aussi simple, aussi facile qu'utile; mais dans les cas de cicatrices suite de brûlures, les os sont sains, intimement unis aux parties molles, et leur extraction est bien plus difficile.

M. DEGUISE. J'ajouterai une autre considération. Je comprends parfaitement que M. Manec ait pu extirper des phalanges. Mais dans le cas spécial de M. Verneuil, j'ai une crainte, consistant en ce que je ne suis pas sûr que cette extirpation suffise pour éviter la pénétration de la phalange unguéale dans les chairs. En effet, la rétraction qui existe aujourd'hui continuera à agir, malgré l'extirpation proposée.

M. BOINET. Je trouve, comme M. Blot, qu'il n'y a pas d'analogie entre le panaris et la rétraction des doigts. Dans le panaris, il n'y a pas de rétraction, et je comprends dès lors très-bien l'utilité de l'extirpation; mais dans les cicatrices, la cause de la rétraction étant dans la peau, dans les tissus fibreux, dans les tendons, quand vous aurez enlevé une phalange, vous n'aurez pas remédié à la rétraction de tous les tissus. Peut-être que cette rétraction sera moindre, mais elle n'en sera pas moins persistante.

M. BROCA. Je veux soumettre avec réserve une idée à M. Verneuil. J'ai été consulté pour un enfant qui avait le poignet renversé par une cicatrice de brûlure. Il fallait mettre un lambeau pour combler l'espace produit par la section de la bride, mais il n'y avait pas de tissus sains. J'avais alors conçu le projet de faire l'autoplastie par la méthode italienne, en prenant un lambeau sur l'autre bras. Cette idée ne pourrait-elle pas être appliquée au malade de M. Verneuil? Il serait facile de la mettre à exécution, parce que les avant-bras se rapprochent facilement et peuvent être maintenus au contact sans inconvénients.

M. LARREY. Les progrès de l'autoplastie et de la ténotomie sont incessants, je me plais à le proclamer; mais ils me paraissent avoir fait oublier un peu trop les appareils mécaniques. Dutertre a publié un livre dans lequel on peut voir toute l'utilité de ces appareils, soit pour des brûlures des mains, soit pour des rétractions des doigts. Je crois qu'en combinant les progrès de l'autoplastie et des sections avec les appareils mécaniques, on obtiendrait de meilleurs résultats.

M. TRELAT. La raison qui a fait que M. Verneuil a cherché de nouveaux moyens est dans l'échec qu'il a subi; mais je ne trouve pas que cet échec soit aussi décourageant qu'il veut bien le dire. Cet enfant avait une rétraction double, c'est-à-dire que les doigts étaient fléchis et en même temps dans l'extension, de sorte qu'il en résultait une saillie considérable de la tête de la première phalange du côté palmaire. L'opération était donc faite dans de mauvaises conditions. Si à cela l'on ajoute que l'on s'est servi de tissus cicatriciels, on comprendra parfaitement cet insuccès. Je sais bien que l'on s'est servi du tissu de cicatrice pour former des lambeaux à la face; mais à la main ce tissu inodulaire ne possède pas la même vascularisation, et il se mortifie plus facilement. Je crois donc qu'on pourrait recommencer la même opération en prenant des lambeaux sur la face dorsale, où la peau est saine.

M. VERNEUIL. Ce n'est pas pour les cas simples que j'ai proposé ces opérations, quoique, en définitive, l'extirpation d'une phalange ne soit pas plus dangereuse que la section des brides transversales. J'ai opéré plusieurs enfants en faisant des sections simples, et l'opération n'a pas été sans gravité. Je me suis mal expliqué si j'ai dit que je comparais le panaris à la rétraction. Je n'ai tiré que cette conclusion, que le doigt privé d'une phalange peut être encore très-utile.

M. Deguise pense que la rétraction continuera; je serais de son avis si l'opération était pratiquée trop tôt, c'est-à-dire avant que le tissu inodulaire ait produit tout son effet. Mais dans le cas spécial, le tissu cicatriciel ne se rétractait plus, et pour admettre les craintes de M. Deguise, il faudrait que la rétraction fût indéfinie. Cette rétraction a pour limite l'atrophie des éléments plastiques de la membrane cicatricielle. Il y a deux causes qui ont fait pénétrer l'extrémité des doigts dans la paume de la main; c'est d'abord l'accroissement de ce doigt, et ensuite sa rétraction par le tissu inodulaire. Du reste, si M. Deguise veut me proposer un procédé pour remédier à cet état, je m'empresserai de l'accepter. M. Trélat m'a conseillé de ne pas me décourager; mais il doit savoir que pour les cas graves comme celui-ci, tout échoue. Autrefois on citait des succès; mais à notre époque les succès sont moins fréquents, parce que l'on y regarde de plus près. Dans les cas légers, on peut encore réussir à la rigueur, mais c'est très-rare. Ainsi, Chélius a vu la guérison se maintenir pendant un an, et puis la récidive est venue; la membrane interdigitale s'est allongée, et les doigts se sont de nouveau palmés. C'est pour ces motifs que je me suis décidé à faire plus.

M. DEGUISE. M. Verneuil ne m'a pas compris. Je n'ai pas prétendu que son procédé devait infailliblement échouer; j'ai émis des doutes, des craintes, parce que nous ne savons pas précisément quelle est l'époque où la rétractilité du tissu inodulaire cesse de se manifester.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commission administrative de l'Association générale des médecins de France s'est réunie extraordinairement le 23 novembre, et a rédigé, séance tenante, sur la proposition de M. Michel Lévy, président de la Société centrale, une adresse de condoléance à M. Rayer, relativement aux troubles qui ont éclaté à la séance solennelle de rentrée de la Faculté. Les membres de la commission générale se sont ensuite rendus au domicile de M. Rayer, et l'ont assuré de leurs plus vives sympathies. M. le doyen s'est montré extrêmement touché de cette démarche.

— M. le professeur Bouillaud ouvre son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, aujourd'hui mardi 25 novembre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants. Les visites auront lieu à huit heures, et les leçons à neuf heures.

— M. Bouchut commencera son cours de pathologie interne et d'histoire de la médecine, le jeudi 27 novembre à trois heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Les leçons de pathologie interne auront lieu le jeudi et le samedi. La séance du mardi sera consacrée à l'histoire de la médecine.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques aujourd'hui mardi 25 novembre, à sept heures du soir, et le continuera, à la même heure, les mardis et samedis suivants, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— M. le docteur Triquet commencera un cours clinique particulier sur les maladies de l'oreille, à son dispensaire, impasse Larrey, 4, le lundi 1er décembre, à onze heures, et le continuera les mercredis et vendredis.

Les élèves seront exercés au diagnostic, explorations pratiques, telles que le cathétérisme des trompes, l'application du spéculum, des réflecteurs et instruments grossissants. La conférence du vendredi sera publique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité complet des maladies vénériennes, clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens; par M. le docteur Philippe RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), commandeur de l'ordre impérial de la Légion d'honneur, médecin ordinaire de la maison de S. A. I. le prince Napoléon, etc., etc. Un volume grand in-4°, accompagné de 66 planches, donnant 150 sujets, tous dessinés d'après nature, et sous les yeux de l'auteur. Les planches sont coloriées avec le plus grand soin. Un beau portrait de l'auteur est réuni à l'ouvrage. — Prix du volume relié rendu *franco* à domicile : 150 fr.

Séparément, le portrait de l'auteur imprimé sur papier de Chine, 2 francs.

Il sera accordé des facilités pour le payement de cet ouvrage.

Un nouveau tirage de ce livre vient d'être fait : la beauté des caractères employés, la qualité supérieure du papier, et le travail particulier accordé au coloriage des planches, dont plusieurs ont été refaites ou retouchées, mettent cet ouvrage tout spécial à la hauteur de la réputation que l'auteur a si légitimement acquise par ses doctrines, ses nombreux travaux et sa longue expérience. — Chez J. Rouvier, libraire-éditeur, à Paris, rue Hautefeuille, 1, près la fontaine Saint-Michel.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 138. — JEUDI 27 NOVEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 138. — JEUDI 27 NOVEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 26 NOVEMBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Poggiale a terminé dans cette séance la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Lefort, relatif aux conditions des eaux potables. Une discussion devant s'engager prochainement sur cette importante question d'hygiène publique, nous ajournerons jusqu'à cette époque l'exposition des points principaux traités dans ce rapport, nous bornant pour le moment à une simple indication de quelques-uns des résultats des recherches de M. Lefort, que l'on trouvera dans le compte rendu de la séance.

Au commencement de la séance, M. Baillarger, sur l'invitation de M. le président, a donné lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie à la cérémonie d'inauguration de la statue d'Esquirol. Les applaudissements unanimes de l'assemblée ont accueilli cette lecture. On jugera, par les extraits que nous en publions plus loin, combien a été légitime le double succès que ce discours a obtenu devant l'auditoire d'élite réuni à Charenton et au sein de l'Académie.

A quatre heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section d'accouchements, sur les candidats à la place vacante dans cette section. Voici, si nos renseignements sont exacts, quelle serait la composition de la liste de candidature :

La section aurait porté en 1re ligne, M. Blot; en 2e ligne, M. Devilliers; en 3e, M. Laborie; en 4e, M. Bernutz; en 5e, M. Salmon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres. Sur la proposition de plusieurs membres, l'Académie aurait ajouté à la liste le nom de M. Mattei.

L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. DESGRANGES.

Kyste multiloculaire droit, d'une capacité de dix litres environ; une des poches pleine de pus. — Ovariotomie. Suites simples. Guérison radicale.

(Observation recueillie par M. CHRISTOL, interne des hôpitaux).

Anne V... est une femme de trente-quatre ans, d'une figure épanouie et intelligente, d'une constitution robuste, quoique un peu détériorée par la maladie qu'elle porte. Réglée à quatorze ans, et depuis toujours très-régulièrement, elle s'est mariée de très-bonne heure, et à seize ans elle accouchait facilement d'une fille, qui maintenant est grande et bien portante. Treize ans plus tard, elle eut un avortement à cinq mois, qui ne troubla que momentanément son état de parfaite santé.

Aujourd'hui 25 août 1862, elle entre à l'Hôtel-Dieu pour un kyste volumineux de l'ovaire. Le début du mal semble remonter à dix-huit mois environ. A cette époque, la malade ressentit dans le flanc gauche des douleurs assez vives, qu'augmentaient singulièrement la marche et les occupations pénibles auxquelles elle se livrait. Comme ces douleurs revêtaient un caractère de persistance inquiétant, elle alla consulter un médecin, qui, en l'examinant, découvrit dans l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque gauche, une petite tumeur ovoïde, mobile, de la grosseur d'un œuf de poule.

Aux troubles nerveux du début se joignent bientôt d'autres troubles fonctionnels. L'émission de l'urine devient douloureuse et difficile; la malade perd l'appétit; elle a de fréquentes nausées, quelques vomissements et une diarrhée qui persiste pendant une quinzaine de jours. Ces symptômes s'apaisent peu à peu, et au bout d'un mois il ne reste plus que quelques douleurs vagues dans la fosse iliaque gauche.

La tumeur eut une évolution rapide. Au bout de huit mois, elle avait atteint le volume d'une tête d'adulte. La situation changea en même temps que son volume; à cette époque, elle se trouvait située sur la ligne médiane, au niveau de l'excavation pelvienne. Graduellement le ventre augmenta de volume, et une nouvelle tumeur prit droit de domicile dans la portion supérieure droite de la cavité abdominale.

Dès lors ces deux tumeurs eurent une marche croissante, quoique un peu différente. La première, la tumeur hypogastrique, n'augmenta que médiocrement ; la seconde eut une marche des plus envahissantes.

L'état général, éprouvé au début, était cependant assez bien conservé pour permettre à la malade un travail journalier.

Depuis un mois et demi, l'accroissement semble avoir été sensiblement plus rapide; cette marche continue est la principale cause de l'entrée de la malade dans notre hôpital. Voici dans quel état elle se présente à nous :

Etat local. — Les parois abdominales sont très-irrégulièrement distendues par *deux masses inégales*, situées l'une dans l'hypogastre sur la ligne médiane, l'autre principalement dans le flanc droit, d'où elle s'irradie dans la région ombilicale et l'hypochondre droit. Ces deux masses pathologiques sont séparées l'une de l'autre par un *sillon* parfaitement appréciable à l'œil; sillon de forme semi-circulaire, à concavité inférieure, situé au-dessus de l'ombilic.

La *partie hypogastrique* du kyste se présente sous la forme d'une tumeur globuleuse parfaitement régulière, affectant un volume un peu supérieur à celui d'une tête d'adulte. Elle paraît comme enclavée dans le pelvis, et les pressions de latéralité qu'on lui imprime ne la déplacent que légèrement.

Par la palpation on perçoit une masse unie, sans parties solides appréciables, tranchant nettement sur les parties ambiantes. En la déprimant fortement, on sent que son liquide ne se déplace que difficilement, et qu'il ne reflue pas dans la poche voisine.

Quant à la *tumeur de l'hypochondre,* elle paraît plus volumineuse et plus irrégulière. Sa masse générale est formée par un kyste à dimensions considérables, à parois bosselées, dures, se prêtant difficilement à la perception de la fluctuation, plus mal encore que le kyste hypogastrique. Sur ces parois, à droite, semble s'être greffé un kyste accessoire, quatre ou cinq fois moins volumineux, irréductible par la pression, et jouissant d'une certaine mobilité.

La forme irrégulière de l'abdomen ne permet que difficilement d'apprécier le volume collectif des deux kystes.

Le toucher vaginal donne la certitude que l'utérus n'a pas contracté d'adhérences, et qu'il a conservé sa parfaite mobilité. Son col est seul légèrement dévié à gauche. Si, pendant que les doigts sont introduits dans le vagin, on déprime la tumeur hypogastrique, on sent très-bien le choc du flot liquide, qui vient battre les parois de la cavité vaginale.

Si l'on fait faire de grandes inspirations à la malade, on voit manifestement les parois abdominales soulevées d'une façon régulière, et le sillon de séparation des kystes disparaître presque en totalité.

Si l'on cherche par des pressions latérales à provoquer le glissement des parois sur les masses intra-abdominales, on y arrive avec facilité. De plus, l'ombilic suit tous ces mouvements avec une grande régularité; il ne présente aucune dépression, aucun enfoncement qui puisse faire craindre quelques adhérences à ce niveau.

Toutefois, la mobilité n'est pas égale dans tous les points sur la seconde tumeur; au niveau du flanc droit, le glissement est moins complet. Ce fait se trouve au reste en rapport avec un autre fait non moins important que nous énoncerons tout à l'heure.

La masse des intestins semble confinée dans l'épigastre, dans l'hypochondre gauche et dans le flanc correspondant. La percussion les décèle facilement.

Quelle que soit la situation que l'on fasse prendre à la malade, qu'elle soit droite, qu'elle soit couchée, qu'elle soit assise, les points mats restent les mêmes.

Symptômes physiologiques. — La respiration s'effectue encore librement; la malade n'accuse aucune gêne dans les mouvements inspirateurs.

Les digestions sont devenues pénibles depuis quelques jours seulement. L'ingestion des aliments s'accompagne d'une sensation insupportable de pesanteur à l'épigastre. Les selles sont rares, difficiles, et s'effectuent cependant sans douleurs, sans tiraillements abdominaux, sous l'influence de laxatifs répétés.

Aucun trouble du côté du système circulatoire; le pouls est régulier, son rhythme est normal; il marque 67.

Les douleurs, circonscrites à une étendue limitée, occupent la circonférence où les parois abdominales nous ont paru dépendre des tumeurs sous-jacentes. Ces douleurs remontent à trois mois environ. Intermittentes au début, elles sont devenues continues depuis le séjour dans nos salles. Elles n'ont jamais atteint une grande acuité.

Quelques accès fébriles revenant périodiquement le soir, nous confirment dans l'idée qu'il pourrait bien se faire quelque travail inflammatoire du côté du kyste et de son enveloppe péritonéale.

Ainsi, en résumé, nous avons :

1° Un kyste multiloculaire;

2° Un liquide probablement épais, à cause du peu de netteté de sa fluctuation;

3° Une marche rapide dans l'évolution de la tumeur;

4° Une santé encore bonne, malgré un affaiblissement notable de la constitution.

OPÉRATION. — La malade, préparée par deux purgatifs légers, est opérée le 10 septembre, chez elle, faubourg de Bresse, dans une habitation au bord du Rhône, exposée au grand air et au soleil.

Elle est placée sur une table horizontale, la tête médiocrement relevée et les membres inférieurs étendus, préalablement enveloppée de couvertures, pour prévenir même un léger refroidissement.

ÉTHÉRISATION. — *Premier temps.* — Incision de 15 centimètres environ sur la ligne médiane, arrivant en bas jusqu'au pubis, et se terminant en haut à peu de distance de l'ombilic.

La peau est divisée tout d'un trait; les fibres de la ligne blanche sont entamées avec ménagement, en écartant les faisceaux internes des muscles droits, qui font hernie dans la plaie. Ligature immédiate de tous les vaisseaux divisés, de manière à ne pas avoir de suintement sanguin.

Deuxième temps. — Incision du péritoine, directement d'abord avec le bistouri, dans un point limité; puis, division de la séreuse dans une étendue égale à la plaie cutanée, en se guidant sur une sonde cannelée introduite dans ce premier pertuis. La poche inférieure du kyste se montre alors à découvert au fond de la plaie.

Troisième temps. — Ponction du kyste à l'aide du trocart de M. Charrière; issue d'une grande quantité de pus crémeux, bien lié.

Une difficulté se présente toutefois : la membrane kystique, friable, se déchire sous l'effort de pénétration de l'instrument, et le liquide s'écoule non-seulement par la canule, mais encore en dehors de celle-ci. Du pus serait inévitablement tombé dans le péritoine, si, par une pression habilement exercée à l'angle inférieur de la plaie, on n'eût pas maintenu le contact de cet angle avec le kyste.

Alors le kyste, vidé en partie, est saisi avec des pinces de Museux et avec les pinces plates de M. Charrière; puis, à l'aide de tractions méthodiques, on tâche de le faire sortir au travers de la plaie.

Au bout de quelques instants, on s'aperçoit que la poche résiste, et que probablement elle est retenue par des *adhérences*.

On introduit alors la main dans l'abdomen, et l'on détruit à droite des adhérences assez intimes, établies entre le kyste et la paroi abdominale, suivant une surface d'environ 20 centimètres carrés. Ces adhérences, quoique assez résistantes, ne contiennent pas de vaisseaux, et ne provoquant pas d'hémorrhagie par leur rupture.

Quatrième temps. — Ponction du kyste supérieur avec le même trocart; issue immédiate d'une grande quantité de liquide albumineux de couleur chocolat. La poche est épaisse, résistante. Aucune goutte de liquide ne s'échappe au dehors de la canule.

Tractions méthodiques exercées sur les parois kystiques à l'aide de pinces de Museux et des pinces plates de M. Charrière. Après quelques efforts, la masse entière s'échappe par la plaie, et n'est plus attachée à la cavité abdominale que par le pédicule.

L'abdomen est exploré pour voir si aucune autre tumeur ne s'y trouverait encore ; la cavité pelvienne est soigneusement abstergée à l'aide d'éponges douces, lavées à plusieurs reprises.

Aucune anse intestinale ne s'échappe de l'abdomen ; seul, le grand épiploon, couché sur le kyste supérieur, est sorti au moment de l'extraction de celui-ci.

Il est reçu sur des morceaux de flanelle neuve légèrement humectés d'eau tiède ; il est examiné avec soin, et une fois son intégrité bien reconnue, il est replacé dans l'abdomen.

Cinquième temps. — Constriction du pédicule par le clamp de M. Charrière, dont on serre fortement les branches. Pour se prémunir contre toute fuite imprévue du pédicule, on traverse celui-ci avec deux épingles entrecroisées, immédiatement au-dessus de l'instrument.

Le pédicule est coupé à peu de distance des épingles et ramené à l'angle inférieur de la plaie.

A cet instant, le pouls s'arrête, la respiration devient imperceptible, la face pâlit; la malade, en un mot, tombe en une profonde syncope. On suspend l'opération, et par une position déclive, par des aspersions sur la face et des frictions sur la poitrine, on tâche de ranimer la malade, qui ne tarde pas beaucoup à reprendre connaissance.

Sixième temps. — Réunion de la plaie à l'aide de quatre épingles longues et dorées placées au-dessus du clamp, et de quatre points de suture métallique : trois alternent avec les quatre épingles, le dernier est placé au-dessous du pédicule.

Chacune des épingles est plongée perpendiculairement dans les tissus, d'abord de la peau au péritoine de façon à traverser les deux membranes à 1 centimètre de la plaie; puis du péritoine à la peau, sur l'autre lèvre, de manière aussi à laisser 1 centimètre de péritoine et de peau entre l'épingle et la plaie. De cette façon la réunion des lèvres de la plaie, sous la traction d'une mèche de coton entortillée à l'épingle, se fait par l'adossement du péritoine au lieu de se faire par les couches des tissus divisés.

Les points entrecoupés de suture métallique sont passés au moyen de l'aiguille tubulaire ; l'anse de fil est maintenue serrée par un petit grain de plomb qui en reçoit les deux chefs, et qui est écrasé entre les mors d'un fort davier.

Pansement simple, couche de coton cardé sur l'abdomen, ceinture de flanelle, enveloppement général dans une couverture de laine.

L'opération a duré trois quarts d'heure. (Etaient présents : MM. les docteurs Pomiès, Gayet, Chauvin, Bourland, et MM. les internes Christol, Horand et Béraud.)

Suites de l'opération. — La malade est replacée dans son lit, qu'on a soigneusement bassiné à l'avance. Elle est faible, sa face est pâle ; le pouls est petit, irrégulier, filiforme, les extrémités presque froides. Le ventre, comme nous l'avons dit, est enveloppé d'une ceinture de flanelle, le thorax est convenablement revêtu d'une chemise de même

étoffe, et tout le corps soigneusement enveloppé dans une couverture de laine. Des cruches d'eau chaude sont appliquées le long des membres inférieurs et maintenues constamment à une température suffisante.

On donne, comme boisson, en de faibles proportions, de la liqueur de la Grande Chartreuse étendue d'une notable quantité de tisane.

Pour prévenir les nausées et les vomissements, on place sur l'épigastre un plumasseau de charpie arrosé de laudanum de Sydenham, à l'imitation de la pratique anglaise.

A deux heures, le pouls semble se réveiller; il est sensiblement plus fort, son rhythme est plus régulier; il bat de 90 à 95 pulsations.

Les extrémités sont notablement réchauffées. La malade accuse un sentiment de bien-être. La peau est chaude et halitueuse; les pommettes commencent à se colorer, et tout semble annoncer une réaction des plus franches.

Le soir, le pouls bat de 105 à 110; la température de la peau est légèrement plus élevée. Le ventre est parfaitement souple, tout à fait indolore, et ne présente pas le moindre ballonnement. Quelques coliques erratiques, un léger sentiment de cuisson au niveau de la plaie, rappellent seuls à la malade l'opération de la matinée. Sensation de pesanteur à l'épigastre et au niveau du col vésical. Cathétérisme; issue d'une petite quantité d'urine, qui amène un soulagement immédiat. La respiration est normale; pas de vomissements; soif vive, qu'on étanche avec quelques cuillerées de tisane de feuilles d'oranger, édulcorée avec une minime quantité de Chartreuse.

Nuit tranquille; assoupissement de courte durée; soif ardente.

Le 11 septembre, à six heures du matin, le pouls marque 118; le ventre a conservé sa souplesse, il est tout à fait indolore. Nouveau cathétérisme. La journée se passe bien, à part cette soif continuelle, qui est au reste le seul symptôme dont se plaigne la malade.

A huit heures du soir, assoupissement qui dure jusqu'à minuit, et qui n'est troublé qu'à de longs intervalles, dans lesquels la malade sollicite quelques cuillerées de tisane.

A minuit, légère surexcitation, mouvement fébrile plus marqué, quelques douleurs de tête; crampes stomacales se jugeant par des renvois qui ne fatiguent pas sensiblement la malade. Encore quelques coliques, qui disparaissent après l'expulsion en assez grande abondance de gaz intestinaux.

A deux heures, la tranquillité reparaît. Nouvel assoupissement qui dure jusqu'au matin, moment auquel la malade est prise d'une fausse envie d'uriner que l'on satisfait par un cathétérisme sans résultat.

Le 12, le pouls est tombé à 100. La malade accuse un sentiment de détente générale; la soif a sensiblement diminué; elle demande à prendre du bouillon, ce qui lui est accordé avec ménagement.

La journée du 12 se passe bien; l'état du ventre est très-satisfaisant, à part quelques très-légères coliques qui reconnaissent encore pour cause la présence de gaz dans l'intestin; leur expulsion facile les calme soudainement.

On panse la plaie à quatre heures du soir. Elle est le siége d'un léger suintement séro-sanguinolent; mais ses bords sont nets et sans le moindre gonflement inflammatoire. Les parties profondes sont réunies par première intention; les parties superficielles sont recouvertes d'une légère couche de suppuration.

Le 13, la nuit a été encore meilleure que la précédente; le sommeil, plus tranquille, plus régulier, a duré en moyenne cinq heures.

La malade prend dans la journée une quantité de bouillon qu'elle évalue à deux litres, sans en être le moins du monde incommodée.

La langue se dépouille, la soif s'est apaisée, le pouls est tombé à 90. Encore quelque gêne dans la miction; cathétérisme.

Le clamp est bien supporté, la malade paraît même ne pas se douter de sa présence.

Le 14 se passe de la manière la plus satisfaisante.

Le 15, le pouls ne marque plus que 85 pulsations. La malade accuse d'assez violentes douleurs de reins, douleurs qui tiennent tout autant au décubitus forcé qu'à l'opération elle-même.

On panse la plaie tous les jours; son aspect est excellent et la suppuration peu abondante. — Bouillon, poulet, vin.

Le 16, on enlève une première épingle à l'extrémité supérieure de la plaie, qui est solidement réunie à ce niveau.

Les 17, 18 et 19, on enlève successivement les trois dernières épingles, ainsi que les points de suture métallique; le clamp seul reste en place. Les tissus qu'il écrasé entre ses branches paraissent presque mortifiés, sans cependant être totalement éliminés. On respecte avec d'autant plus de facilité leurs dernières adhérences, que la malade n'est nullement incommodée de la présence de l'instrument.

Le 19, neuvième jour de l'opération, la malade prend un léger purgatif (1 gramme de poudre de jalap), qui provoque deux selles faciles, et fait disparaître un ténesme intestinal et des besoins assez impérieux survenus depuis quelques jours.

Toute réaction fébrile semble avoir disparu; le pouls est tombé à 72; l'appétit se soutient. — Bouillons de bœuf, poulet, vin.

Le 21, onzième jour de l'opération, chute du clamp, qui laisse à sa suite une solution de continuité infundibuliforme pouvant mesurer 2 centimètres environ de profondeur.

La partie supérieure de la plaie est sensiblement rétrécie; la suppuration est peu abondante, le pus homogène et bien lié.

Du 22 au 25, tout se passe de la façon la plus heureuse; on entretient avec soin la liberté du ventre.

Le 26 au soir, léger accès fébrile prenant sa source dans une inflammation phlegmoneuse des lèvres de la plaie.

Les jours suivants, on voit se développer deux petits abcès sur les points enflammés; le premier à gauche, au niveau de l'épingle supérieure, petit, donnant peu de pus et marchant très-vite à la cicatrisation; le second à droite, au niveau de la troisième épingle, plus volumineux, donnant assez de pus par un orifice insuffisant. On agrandit l'ouverture avec le bistouri, et tout rentre bientôt dans l'ordre.

Presque simultanément, c'est-à-dire dans les premiers jours d'octobre, la malade accuse des coliques, des tiraillements abdominaux, des malaises généraux, et une pesanteur insupportable à l'hypogastre. En même temps, les selles deviennent liquides et sont quelquefois teintées de stries sanguinolentes.

Cet état, dont la cause semblait insaisissable, eut, après quelques jours de durée, pour solution naturelle l'apparition des règles, qui fluèrent du 8 au 12 octobre.

Toute la médication de ces légers accidents a consisté en tisane de riz et en quarts de lavements laudanisés.

Le 13 octobre, tout est terminé; la plaie est cicatrisée; la malade quitte le lit; l'état général est excellent.

Les jours suivants, elle marche dans son appartement, et vers le 18 elle peut descendre et faire une promenade.

Le 3 novembre, la guérison est plus complète encore; la cicatrice est presque linéaire, et la dépression au niveau du pédicule est peu ombiliquée.

L'utérus a subi un déplacement facile à constater. Le corps se trouve incliné en avant et du côté droit, et de plus il présente un mouvement de torsion par lequel la face antérieure se trouve légèrement tournée du côté droit.

Je réduirai à quatre points les particularités essentielles de cette observation sur lesquelles je désire m'arrêter un instant.

A. *Est-il nécessaire, avant de pratiquer l'ovariotomie, d'essayer quelques-unes des méthodes anciennes?*

Evidemment, s'il s'agit d'un kyste uniloculaire à parois minces, à liquide séreux, l'ovariotomie doit être rejetée sur le dernier plan. Elle le sera de même si le diagnostic n'est pas solidement posé, s'il y a du doute sur la multiplicité des poches et sur la nature du liquide. Dans ce cas, une ponction devient indispensable pour s'éclairer et ne pas exposer les jours de la malade en la soumettant à une méthode grave; alors que des moyens moins dangereux pourraient la soulager et la guérir. Mais lorsque tout est clair et palpable, lorsque le diagnostic est assis sur des signes évidents, quelle utilité y aurait-il à ne pas aborder franchement la méthode? Qu'espérer des ponctions, même répétées, à chacune des poches? Qu'attendre d'une injection iodée? N'est-ce point courir après un danger tout en poursuivant de vaines espérances?

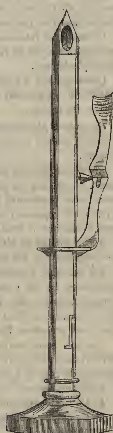
Chez ma malade, par exemple, que serait-il advenu si j'avais seulement fait une ponction dans la poche hypogastrique, dont les parois étaient minces et friables? Il se serait fait très-certainement un épanchement de quelques gouttes de pus dans le péritoine. Cette poche, qui s'est déchirée sous l'action du gros trocart, se serait déchirée sous la pression du petit; et si elle a déversé son liquide en dehors de sa canule en l'absence de toute pression, comment n'en aurait-elle pas perdu lorsqu'on aurait légèrement comprimé l'abdomen, ainsi qu'on le fait dans toute paracentèse?

J'ai donc été heureusement inspiré de m'abstenir chez cette femme de toute méthode accessoire, et de m'arrêter du premier coup à l'ovariotomie. Je crois donc sage de conseiller d'en agir ainsi toutes les fois que le diagnostic de la multiplicité des kystes aura un cachet de certitude incontestable.

B. Le *trocart* que M. Charrière avait eu la bonté de me prêter pour mon opération, présentait deux renflements, dans le but de permettre qu'à l'aide d'une ligature on fixât solidement les parois du kyste sur l'instrument.

Cette disposition, favorable en un sens, est défavorable en un autre; car ces renflements, en faisant à la poche une ouverture plus grande qu'il ne convient, peuvent faciliter l'écoulement des liquides au dehors de la canule; circonstance toujours regrettable et qui peut entraîner des dangers, quand les liquides contenus sont hématiques ou purulents. Et d'ailleurs cette ligature n'est-elle pas encore une manœuvre qui allonge l'opération, déjà assez compliquée par elle-même, tout en admettant que l'on soit favorisé par la simplicité du cas?

J'ai donc pensé que l'on pouvait remédier à cet inconvénient en se servant d'un *trocart cylindrique*, au lieu d'un trocart à renflements. Et pour n'avoir pas besoin de recourir à la ligature, j'ai fait adapter à la canule une petite plaque jouant sur une charnière, laquelle, en s'abaissant, presse fortement les parois du kyste entre son extrémité taillée en lime et la canule elle-même. Cette plaque ou griffe, qui transforme ainsi le trocart en une pince, peut être fixée au degré de pression qu'on désire par un petit écrou mobile sur une vis, écrou qui descend plus ou moins avant de produire la pression voulue, suivant l'épaisseur des parties comprises.



Cette modification à l'appareil instrumental simplifie donc le manuel opératoire, en même temps qu'elle donne plus de sécurité dans son exécution.

C. *Combien de temps le clamp doit-il rester en place?*

Jusqu'à ce qu'il tombe spontanément: telle est ma réponse péremptoire. S'il est bien supporté par la malade, pourquoi en agir autrement? Sait-on juste le jour où l'oblitération des vaisseaux est assez complète, les adhérences du pédicule assez fortes pour que l'on soit prémuni contre les deux accidents qui ont amené plus d'un revers, l'hémorrhagie et la rentrée du pédicule?

Cinq ou six jours ont suffi dans plusieurs cas; malgré cela, je n'oserais point enlever l'instrument à cette époque, pas plus que je ne voudrais enlever une ligature jetée sur une grosse artère. On attend la chute spontanée des ligatures dans les amputations; il me semble tout aussi rationnel et bien plus prudent d'attendre la chute spontanée du clamp, surtout en l'absence de gêne et de complication. Chez mon opérée, je le rappelle, il est tombé le *onzième* jour de l'opération.

D. *La réunion de la plaie* est pour les chirurgiens anglais l'objet d'une attention spéciale, et sous ce rapport ils ont parfaitement raison. M. Spencer Wells, entre autres, insiste fortement sur la nécessité de réunir en adossant le péritoine à lui-même, suivant une surface large d'un centimètre au moins. Par cet affrontement, le travail adhésif s'établit sur une membrane séreuse, membrane par conséquent du genre de celles où les dépôts plastiques se font vite et acquièrent en peu de temps une grande solidité. Le contact entre les deux feuillets péritonéaux peut être exact, sans lacunes; tandis que si l'on rapprochait simplement les lèvres de la plaie, les parties différentes qui la composent pourraient laisser des interstices capables de devenir autant de foyers purulents.

Combien de temps doit-on respecter les points essentiels de la suture, qui donnent à la réunion sa résistance? J'avoue qu'avec l'expérience que j'ai des sutures, je crois avantageux de ne toucher à aucun point avant le sixième jour. S'il s'agissait de la face, dès le sixième jour on pourrait compter sur des adhérences et enlever quelques fils; si l'on opérait sur une région susceptible d'une immobilité parfaite, on pourrait se débarrasser plus vite de tout moyen adhésif; mais n'oublions pas que nous parlons des parois abdominales, après une opération qui provoque souvent des nausées, des efforts de vomissement, et qu'une rupture de la cicatrice, abandonnée trop tôt à elle-même, pourrait en être la conséquence.

Du *sixième* au *huitième* ou au *neuvième* jour, voilà, suivant moi, le moment favorable d'enlever les sutures, non pas toutes à la fois, mais successivement, en y mettant deux ou trois jours.

Depuis plusieurs semaines, j'aurais pu faire connaître en détail cette observation: la guérison me paraissait assurée; pourtant je me suis abstenu, voulant laisser au temps le soin de consacrer toutes mes assertions et de transformer en fait acquis à la science, ce qui, à une époque antérieure, n'eût été peut-être qu'une espérance prématurée. Aujourd'hui l'épreuve est suffisante; le résultat a toute sa valeur.

LUXATION COMPLÈTE DU PIED AVEC ISSUE DU TIBIA

et fracture du péroné. Guérison par ankylose.

Par M. le Dr Schaumont, aide-major de 1re classe au 26e de ligne.

A... (Jean-Pierre), âgé de vingt-trois ans, d'une très-bonne constitution, en sautant d'une charrette chargée de sacs de blé, tombe sous une roue qui lui passe sur la jambe gauche au moment où il veut se relever. Le blessé est transporté chez le médecin de colonisation de Vesoul-Benian, qui ne fait que lui envelopper le pied avec des compresses trempées dans de l'eau froide, et l'envoie à l'hôpital de Milianah.

Nous sommes appelé le 17 mai, à dix heures du soir, auprès du malade, qui venait de faire cinq lieues couché dans une voiture. Voici les désordres que nous constatons: le pied gauche est complétement renversé sur la jambe, de sorte que sa face plantaire est dirigée en haut et en dehors; le bord externe du pied touche le bord externe de la jambe.

Le tibia a déchiré la peau en dedans et se trouve complétement dénudé dans une étendue de 7 à 8 centimètres; c'est lui qui forme l'extrémité du membre inférieur gauche, de sorte qu'il dépasse le pied, qui ne tient plus à la jambe que par la peau et les tendons.

Le péroné est fracturé au-dessus de la malléole externe, et le fragment inférieur s'est renversé en même temps que le pied, pour se placer à angle aigu avec le fragment supérieur. Le tibia, en déchirant la peau en dedans, l'a distendue, de sorte que les téguments, en se rétractant, ont constitué autour du tiers inférieur du tibia une sorte de manchette qui étrangle l'os dans tout son pourtour. L'extrémité articulaire du tibia est entourée de lambeaux de ligaments, et au niveau de la malléole interne une portion de ligament a arraché d'un des os du pied un fragment d'os de la grosseur d'une noisette.

Nous enlevons avec les ciseaux tous ces ligaments déchirés, ainsi que le fragment osseux dont nous venons de parler, et nous tentons, mais en vain, de remettre le pied en place. La peau de la jambe était étroitement serrée autour du tibia, de sorte qu'il était impossible par la traction de faire rentrer cet os sous la peau.

Nous avons procédé alors au débridement en faisant deux incisions latérales sur la peau dans une étendue de 2 centimètres de chaque côté, ce qui nous a permis de faire ensuite la réduction assez facilement. Nous avons placé le pied dans une boîte de Baudens, en l'assujettissant au moyen de bandes, pour lui conserver sa position rectiligne, et nous avons institué immédiatement un appareil à irrigation continue.

Le lendemain, la douleur du pied est très-modérée, le gonflement est à peine sensible, et les médecins appelés en consultation sont tous d'avis de tenter la conservation du membre. Il existe au niveau de la malléole interne une plaie assez régulière, longue de 7 centimètres environ, à travers laquelle le tibia avait fait issue. On continue les irrigations continues, en ayant soin de maintenir le pied à angle droit sur la jambe.

Le 19, on voit apparaître à la face dorsale du pied, qui est devenu œdémateux, une tache livide qui menace de la gangrène. Deux taches pareilles existent au côté externe de la jambe, l'une vers son milieu et l'autre plus bas, au niveau de la fracture du péroné. On applique des pointes de feu sur tout le pied et le long de la jambe, afin de prévenir la gangrène, qui n'en apparaît pas moins deux jours après. La douleur, qui dans les premiers jours était peu forte, devient très-vive, et il se forme une large eschare qui envahit le tiers des téguments de la face dorsale du pied. Deux eschares pareilles menacent de se former à la jambe. La fièvre, à peine sensible le second jour de l'accident, a augmenté considérablement vers le quatrième jour et s'accompagne maintenant d'embarras gastro-intestinal. L'articulation du cou-de-pied a commencé à suppurer à partir du troisième jour, et les lèvres de la plaie articulaire sont devenues grisâtres et boursouflées.

Le 20, dans une nouvelle consultation où l'on a réuni les médecins

de la garnison, on décide que l'amputation devra sans doute être pratiquée, mais qu'il est prudent d'attendre, pour voir si la gangrène se limitera.

Dans la nuit du 20 au 21, subdélirium vague, pouls à 130, redondant. Chaleur, gonflement œdémateux du membre. On insiste sur les pointes de feu.

Le malade a eu quelques frissons dans la journée, et son teint est devenu jaunâtre. — On lui donne un gramme de sulfate de quinine matin et soir, et 15 centigr. d'extrait de quinquina.

Le 22, la fièvre continue ainsi que le délire. Il apparaît à la jambe gauche une lymphite qui s'étend jusqu'à la cuisse. — Nouvelle application de raies de feu et sulfate de quinine.

Les nuits du 24 et du 25 sont meilleures, le délire diminue et il y a moins de douleurs. La cuisse est le siége d'un gonflement très-considérable et de douleurs pongitives qui font craindre un abcès phlegmoneux. — Frictions mercurielles, cataplasmes.

Le 27, l'articulation du pied est en pleine voie de suppuration; les eschares du pied et de la jambe se détachent, elles ne font plus de progrès.

Il existe une fluctuation évidente au côté externe de la cuisse, et, en y plongeant un bistouri on donne issue à une collection purulente très-étendue : il s'écoule près d'un demi-litre de pus.

Dans le courant du mois de juin, il se forme encore plusieurs abcès le long de la crête du tibia : on les évacue à mesure, et l'on a soin de renouveler les pansements deux fois par jour, afin d'enlever la suppuration, qui est très-abondante. Les plaies du pied et de la jambe sont envahies par des larves de mouches qui nécessitent l'emploi fréquemment répété d'eau chlorurée. On a continué l'irrigation continue pendant douze jours, en ayant soin de la ralentir et de ne la cesser que graduellement.

Dix jours après l'accident, la fièvre avait diminué considérablement; plus de délire; la langue s'est nettoyée, et l'on commence à nourrir un peu le malade. On continue de lui administrer du vin et de l'extrait de quinquina, et l'on panse les plaies avec du cérat.

La jambe reste étendue dans la boîte de Baudens, que l'on a soin de bien matelasser avec du crin ; mais, malgré toutes nos précautions, il se forme une large eschare au talon.

Peu à peu la suppuration diminue, le teint du malade se ranime, toutes les fonctions rentrent dans leur état normal, et le 20 juillet il ne reste au niveau de l'ancienne plaie par où le tibia avait fait issue, qu'une ouverture fistuleuse au fond d'une dépression formée par la cicatrice.

Les plaies du dos du pied et de la jambe sont presque entièrement cicatrisées; il en est de même de l'eschare du talon.

Le pied est ankylosé sur la jambe; il a une direction très-convenable, et il n'existe presque pas de déformation.

Dans le courant du mois d'août, le malade commençait à se lever avec des béquilles; les plaies de la jambe étaient guéries, lorsqu'il est survenu un gonflement du genou gauche, avec fièvre et douleurs s'exaspérant la nuit. On combat ces accidents par les frictions mercurielles belladonées, les cataplasmes, les sangsues.

Le gonflement du genou augmente considérablement, malgré l'emploi répété des émissions sanguines locales et des émollients, et le 10 septembre, les douleurs sont devenues tellement vives, qu'on se décide à faire la ponction du genou avec un trocart, pour donner issue au liquide épanché dans l'articulation. Il s'écoule environ 300 gr. de sérosité purulente, et à la suite de cette opération les accidents se calment avec une rapidité surprenante. Au bout de quinze jours, les douleurs ont disparu presque entièrement. Le malade, qui s'était de nouveau affaibli, reprend de l'embonpoint ; le genou est encore un peu gonflé, mais il n'est plus douloureux que quand on lui imprime des mouvements un peu étendus. Toutes les plaies du pied et de la jambe sont entièrement cicatrisées, et au moment de notre départ de Milianah, le 3 octobre, le malade est sur le point de quitter l'hôpital entièrement guéri. Il existe une ankylose du pied ; mais comme elle est à angle droit sur la jambe, la marche sera facile.

NOUVEAU PESSAIRE RECTAL DU Dr FRÉMINEAU,

Pour maintenir les tumeurs hémorrhoïdales procidentes que l'on ne peut opérer.

Depuis que l'écrasement linéaire, appliqué à l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales, est venu diminuer le nombre des insuccès et la gravité des procédés opératoires employés avant ce dernier, on hésite moins à proposer l'ablation des tumeurs de cette nature.

Cependant il y a des cas où la faiblesse du sujet, l'âge, sa répugnance à se soumettre à une opération, sont des contre-indications formelles, et malgré cela le malade vous demande de remédier à cette infirmité.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était dans ce cas.

Le nommé M..., âgé de soixante-quatorze ans, portait des tumeurs hémorrhoïdales du volume d'un petit œuf de poule ; situées de chaque côté de la face interne du rectum. Depuis deux ans, ces tumeurs, dilatant sans cesse l'anus, l'avaient élargi au point que, à chaque mouvement du malade, elles sortaient réduites, ne se maintenant point rentrées.

Le malade, visité par MM. Frémineau et Verneuil, fut soumis aux applications de l'électricité, de la glace, des astringents, des injections sous-cutanées de strychnine, dans le but de ramener la contractilité musculaire; aux cautérisations azotiques pour diminuer le volume des tumeurs et rétrécir la partie inférieure du rectum; enfin les appareils connus de contention furent essayés, le tout en vain et sans amélioration. L'écrasement linéaire fut proposé au malade, et repoussé par celui-ci avec prière de trouver un moyen palliatif qui rendît la position supportable.

C'est alors que M. Frémineau fit l'application d'un pessaire spécial.

Ce pessaire se compose de deux réservoirs à air d'inégale capacité, l'un supérieur, plus grand, piriforme, dont le sommet se continue avec le réservoir inférieur, plus petit, en boule, puis de l'ajutage à robinet.

Les tumeurs une fois réduites, la partie supérieure ou piriforme du pessaire, roulée sur elle-même, est introduite dans le rectum. La partie inférieure ou obturatrice reste en dehors, appliquée sur l'anus.

Une fois le pessaire insufflé, voici ce qui se passe :

La partie supérieure, formant un cône à sommet inférieur, prend un point d'appui contre les parois du rectum, tend à s'élever en haut, et applique contre l'anus la seconde partie ou portion obturatrice.

Les tumeurs hémorrhoïdales se logent dans la portion rétrécie des pessaires, sont refoulées par celui-ci contre les parois du rectum, tandis que la portion obturatrice, tirée en haut par la partie intra-rectale, soutient les tumeurs et les empêche de sortir.

Le malade qui fait le sujet de cette observation porte cet appareil depuis plusieurs mois, et peut actuellement vaquer à ses affaires sans que les tumeurs s'échappent par l'orifice anal.

L'appareil employé dans ce cas est donc, on peut le dire, le premier qui ait rempli d'une manière satisfaisante les indications auxquelles donnent lieu les tumeurs procidentes du rectum. Le malade, du reste, n'éprouve point de gêne notable de cet appareil, et s'y est très-rapidement habitué.

PROGRESSION REMARQUABLE D'UN CORPS ÉTRANGER

dans la poitrine.

Le docteur Marrow, appelé le 7 juillet pour voir un garçon de neuf ans qui s'était blessé quelques jours avant et crachait une matière très-infecte, constata à la percussion de la matité de l'hypochondre droit au niveau des dixième, onzième, douzième fausses côtes, avec douleur à la pression et enflure de cette partie ; soif et dyspnée.

L'auscultation révèle des phénomènes inflammatoires du lobe inférieur droit.

Le gonflement externe ayant augmenté jusqu'au 12 août, fut ouvert entre la dixième et la onzième côte, en donnant issue à une grande quantité de pus mal lié.

L'ouverture continua à couler jusqu'au 4 septembre, et ayant été agrandie ce jour-là, la mère trouva sur le cataplasme, deux jours après, un corps étranger qu'elle s'imagina être une portion d'os, et que je reconnus être un brin de foin. L'enfant alors se rappela l'avoir avalé environ douze semaines auparavant en jouant aux champs.

Malgré l'atteinte grave portée à sa santé par cet accident, l'enfant se rétablit après la complète cicatrisation de la plaie.

(*The Lancet.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 25 novembre 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus du service médical des deux hôpitaux de Vienne (Autriche), de 1856 à 1859 ;

2° Des comptes rendus des maladies épidémiques, par MM. les docteurs Bocamy, de Perpignan, et Prieur de Gray (commission des épidémies) ;

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Fabas; de Bagnolles (Orne), par M. le docteur Bignon ; de Capvern (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Taillade; et des hôpitaux militaires de Vichy, de Bourbon-l'Archambault et d'Amélie-les-Bains, par MM. les médecins en chef. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une Note de M. le docteur Fontan, médecin-major de 1re classe, sur l'emploi du courant voltaïque pour la recherche des projectiles dans les tissus de l'économie humaine (commissaires, MM. Gavarret et Larrey) ;

2° Un Mémoire sur un nouveau genre de dentiers à base amovible et plastique, par MM. les docteurs Andrieu et Delabarre (commissaires, MM. Oudet et Malgaigne) ;

3° Un Mémoire de M. Bouvrel, vétérinaire, sur un nouveau moyen de prévenir la rage inoculée (commissaires, MM. Renault, Bouley et Reynal) ;

4° Un Mémoire sur la phthisie des horlogers, par M. le docteur Perron, de Besançon (commissaires, MM. Pâtissier, Barth et Roger) ;

5° Le compte rendu des vaccinations pratiquées en 1862 à la Maison centrale de Fontevrault, par M. le docteur Fraisse. (Commission de vaccine.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale une lettre par laquelle M. Bernutz se désiste de sa candidature pour la place vacante dans la section d'accouchements ; mais il fait observer que le rapport de la section devant être lu aujourd'hui en comité secret, la demande de M. Bernutz doit être considérée comme non avenue.

— M. le docteur Beyran communique le modèle et la description d'un uréthrotome à rotation, qu'il vient de faire construire par M. Charrière (commissaire, M. Ségalas).

— M. Charrière adresse le modèle et la description d'un insufflateur et d'un inspirateur pour le larynx, instruments imaginés par M. le docteur Fournié.

M. Charrière envoie aussi le modèle et la description du stylet explorateur qu'il a construit avec M. Emile Rousseau, sur les indications de M. le professeur Nélaton, pour démontrer la présence du projectile dans la blessure du général Garibaldi.

— M. LE PRÉSIDENT rend compte à l'Académie de la cérémonie d'inauguration de la statue d'Esquirol, qui a eu lieu samedi dernier. L'Académie y était représentée par son bureau, auquel s'étaient joints plusieurs autres membres. M. Baillarger y a pris la parole au nom de la Compagnie.

M. BAILLARGER, sur l'invitation de M. le président, monte à la tribune et donne lecture du discours qu'il a prononcé. En voici les principaux passages :

Messieurs,

L'Académie de médecine, dont Esquirol était l'un des membres les plus éminents, a déjà rendu à la mémoire de ce médecin célèbre un hommage dont sa famille, ses amis et ses nombreux élèves sont justement fiers. Jamais Pariset n'avait été plus éloquent que le jour où il eut, comme il le dit, le douloureux honneur de prononcer l'éloge de celui qu'il appelait son cher Esquirol.

Ceux d'entre vous, Messieurs, qui ont entendu cet éloge, n'en ont point oublié le touchant exorde, inspiré par le cœur, et qui produisit tout d'abord une émotion si vive que la voix de l'orateur fut aussitôt couverte par les applaudissements unanimes de l'assemblée. Après plus de vingt années, il me semble encore que j'assiste à cette séance où la gloire de mon vénéré maître reçut une si éclatante consécration, que j'entends encore célébrer cette vie si bien remplie, dans laquelle les actes de l'homme de bien se trouvent partout si intimement unis aux travaux du savant.

Plein de ces souvenirs, je voudrais pouvoir me borner à vous les rappeler, mais, malgré mon insuffisance, j'ai dû accepter comme un devoir de vous entretenir quelques instants des principaux travaux qui ont assuré à Esquirol une place si élevée parmi les médecins de notre époque.

La folie, on le sait, pervertit ou éteint les plus nobles facultés de l'homme, celles qui constituent l'homme lui-même. Le médecin qui se voue à l'observation des aliénés, voit donc à chaque pas se poser devant lui les problèmes si difficiles de la science des rapports du physique et du moral, et se trouve ainsi nécessairement conduit vers les études médico-psychologiques, mais alors que d'écueils à éviter, et combien n'est-il pas facile de se laisser entraîner loin du champ de l'observation par des théories séduisantes mais étrangères à l'art de guérir!

Esquirol a su résister à ces entraînements, et, s'il a signalé les différents systèmes imaginés comme il le dit pour expliquer les symptômes de l'aliénation mentale, il a eu bien soin de faire remarquer que leur connaissance n'est pas nécessaire pour la guérison des malades. Il rappelle que nous ignorons la nature de la douleur, ce qui n'empêche pas qu'on ne parvienne souvent à la calmer.

Combien de maladies dont la cause nous échappe, et que le médecin cependant traite avec succès !

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la folie?

Ce n'est pas assurément qu'Esquirol prétendît imposer des limites aux recherches. Il rappelait seulement le but principal vers lequel elles doivent tendre, celui que la science ne doit jamais perdre de vue.

Peut-être ne sera-t-on point surpris qu'avec de telles opinions le savant dont nous honorons aujourd'hui la mémoire n'ait pas tenté l'une de ces grandes réformes, souvent plus brillantes que durables. Observateur patient et plein de sagacité, son principal mérite a été en effet de réunir, d'analyser et de classer ces faits nombreux qu'on retrouve à chaque pas dans ses ouvrages. C'est en suivant cette voie si sûre qu'il est parvenu à dissiper de graves confusions, et à réaliser dans la science de remarquables progrès.

(M. Baillarger rappelle ici les principaux progrès dus aux recherches d'Esquirol, sur les hallucinations, sur la démence, sur les délires partiels, sur la monomanie homicide, etc.)

Permettez-moi, continue l'orateur, à l'occasion de la monomanie homicide, de rappeler un fait qui à mes yeux honore autant Esquirol que les plus belles pages qu'il ait écrites. Pinel professait qu'il existe des manies sans délire ; que certains malades commettent des meurtres sans y être poussés par une passion, par des conceptions délirantes ou des hallucinations; qu'ils tuent sans motif, entraînés par une impulsion aveugle et irrésistible.

Esquirol s'était élevé contre cette opinion, et l'avait combattue par des arguments de nature à jeter au moins du doute sur la doctrine de son maître.

Dix ans plus tard, éclairé par l'expérience, il proclame l'erreur dans laquelle il était tombé ; il déclare, sans aucune réticence, qu'il a observé des folies sans délire, et qu'il a dû se soumettre à l'autorité des faits.

Quoi de plus honorable qu'un pareil aveu, dont la simplicité rehausse encore le mérite.

Ceux que la passion aveugle ou qui cessent d'observer, refusent quelquefois de modifier leurs opinions. Esquirol, Messieurs, ne portait dans ses études d'autre passion que celle de la vérité, et sa vie tout entière a été consacrée à l'observation.

La pathologie des maladies mentales a vu surgir au commencement de ce siècle une découverte qui constitue le plus grand progrès qu'elle ait accompli jusqu'ici.

Je veux parler de la paralysie générale, dont les victimes encombrent aujourd'hui nos asiles, et que les prédécesseurs d'Esquirol n'avaient point observée.

C'est à lui que revient l'honneur d'avoir le premier appelé l'attention sur cette maladie si grave, qui frappe l'homme dans la force de l'âge, pour le faire passer par la plus lente et la plus affreuse dégradation; c'est lui qui dans ses leçons cliniques, dans sa pratique, signalait chaque jour ces symptômes si légers, avant-coureurs des plus graves accidents.

Combien de fois n'a-t-il pas étonné de célèbres praticiens en annonçant avec assurance l'incurabilité absolue d'un malade jeune et plein de force, et qui, pour des yeux moins expérimentés, semblait réunir tant de chances de guérison...

Les principaux travaux d'Esquirol ont été réunis en deux volumes, et forment son *Traité des maladies mentales*, si riche d'observations, et l'un des ouvrages dont s'honore le plus la médecine française.

Esquirol n'a pas seulement beaucoup écrit, il a été un praticien d'une grande habileté et d'une remarquable sûreté de jugement.

Personne mieux que lui ne savait prendre sur les malades une influence rapide et sûre ; personne n'avait au plus haut degré le talent de s'emparer de leur confiance.

S'il a concouru aux progrès de la science par ses propres travaux, Esquirol l'a servie encore par l'activité féconde qu'il savait entretenir parmi ses élèves. Il leur indiquait des sujets de recherches, les aidait de ses conseils, les soutenait contre les difficultés. Il avait fondé un prix, qu'il accordait chaque année à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies mentales.

Peut-être, Messieurs, avec tant de conditions de succès, Esquirol

ne fût-il pas devenu le chef d'une si nombreuse école, s'il n'eût trouvé un dernier et puissant auxiliaire dans l'attachement qu'il inspirait à tous ses élèves. Plein pour eux d'une sollicitude toute paternelle, on le voyait s'occuper de leur avenir, et rechercher avec empressement les occasions de leur être utile. De là ces liens nouveaux qui resserraient ceux que la science avait déjà formés.

C'est ainsi, Messieurs, qu'Esquirol, par ses travaux, par son enseignement (le premier qui ait été fait en France sur les maladies mentales), par ses succès dans la pratique, est arrivé à conquérir l'une des plus grandes réputations médicales de notre époque.

L'honneur si mérité et si éclatant rendu aujourd'hui à sa mémoire sera vivement ressenti par sa famille, par ses élèves et par tous les médecins auxquels il a légué, dans la carrière qu'il a illustrée, de si beaux exemples à suivre : noble privilége de certaines existences de rayonner ainsi sur tout ce qui les entoure !

C'est à Charenton, sur ce théâtre de ses travaux et de sa gloire ; c'est au milieu des malades qu'il entourait de tant de soins, que devait s'élever la statue d'Esquirol.

C'est ici, Messieurs, que sera désormais sa nouvelle patrie.

Applaudissons donc à la pieuse pensée qui a présidé à l'érection de ce monument destiné à perpétuer dans cet asile le souvenir de l'homme de bien, dont la modestie égalait le talent, et qui consacra toute sa vie à la science et à l'humanité.

(Cette lecture est couverte par les applaudissements de l'assemblée).

RAPPORT.

Eaux potables. — M. POGGIALE continue et termine la lecture du rapport, fait en son nom et au nom de MM. Boudet et Tardieu, sur le mémoire de M. Lefort intitulé *Expériences sur l'aération des eaux, et observations sur le rôle comparé de l'acide carbonique, de l'azote et de l'oxygène dans les eaux douces potables.*

Dans le mémoire qu'il a soumis à l'appréciation de l'Académie, M. Lefort a soulevé les questions les plus délicates de l'hydrologie, telles que l'aération des eaux potables, les effets de la filtration, la température et la composition chimique des eaux, les matières organiques, les substances utiles ou nuisibles qu'elles contiennent, etc.

Après avoir fait ressortir l'importance de la question des eaux potables et l'intérêt qu'elle doit avoir pour l'Académie, M. le rapporteur examine successivement, et avec toute l'étendue que comporte ce sujet, les caractères physiques des eaux potables, tels que la limpidité et la température, la filtration et le rafraîchissement, les expériences de M. Lefort sur l'aération des eaux, leur composition chimique, le rôle des sels et des matières organiques.

Nous extrairons seulement pour aujourd'hui de ce rapport quelques-unes des appréciations des recherches de M. Lefort.

M. Lefort, dit M. le rapporteur, a fait ressortir dans son mémoire le rôle important que l'acide carbonique, soit libre, soit combiné, joue dans les eaux, et a signalé une cause d'élimination de ce gaz dans les eaux douces qui sont filtrées et conservées dans les fontaines ménagères.

M. le rapporteur appelle spécialement l'attention de l'Académie sur l'élimination de l'acide carbonique par les matières filtrantes employées dans l'économie domestique.

On sait que dans les ménages on filtre l'eau au moyen de pierres calcaires minces et poreuses. L'eau douce, qui contient toujours un léger excès d'acide carbonique, se dépouille de ce gaz en traversant la pierre calcaire. Désirant savoir si l'élimination de l'acide carbonique des eaux tient à une cause chimique ou physique, les membres de la commission ont fait, avec MM. Lefort et Lambert, des expériences qui démontrent que c'est par une simple action physique que l'eau, en traversant les corps poreux, abandonne une partie de ses gaz.

M. Lefort a étudié dans son mémoire la question de l'aération des eaux de sources. Il a examiné combien de temps il faut pour que les eaux de sources se saturent des éléments de l'air, à partir du moment où elles sourdent du sol jusqu'à celui de leur emploi ; quelles sont les conditions les plus favorables pour que ces eaux puissent être assimilées, sous le rapport de leur aération, aux eaux courantes. Il résulte de ses expériences que les eaux de source, après avoir parcouru un certain espace au contact de l'air, perdent une grande partie de l'acide carbonique qui se trouve remplacé par de l'oxygène et de l'azote, et qu'il se dépose en même temps du carbonate de chaux ; d'où M. le rapporteur a été amené à conclure avec lui que lorsqu'on veut alimenter une grande ville avec des eaux de source, il importe de les faire circuler dans des acqueducs aérés.

Relativement aux substances fixes et aux matières salines que contiennent les eaux, M. Lefort est d'avis qu'une eau potable doit marquer de 10 à 24° à l'hydrotimètre de MM. Boutron et Boudet, qu'elle doit contenir assez de sels minéraux pour contribuer au travail de l'ossification, qu'elle doit être beaucoup plus riche en bicarbonates alcalins et terreux qu'en sulfate de chaux, etc.

M. le rapporteur, après une analyse détaillée de ce mémoire et des considérations étendues sur toutes les questions qui y sont examinées, termine son rapport en proposant, pour conclusions, d'adresser à M. Lefort une lettre de remerciments et de renvoyer son travail au comité de publication. Une discussion devant s'engager prochainement sur ce rapport, le vote des conclusions est ajourné.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 novembre, M. le docteur Fourgeaud, médecin-major au 1er régiment de voltigeurs de la garde, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour quatre places d'agrégés à la Faculté de médecine de Paris a commencé lundi.

Le jury est composé de MM. Rayer, président, Tardieu, Cruveilhier, Grisolle, Piorry, Bouillaud, Monneret, Dubois (d'Amiens) et Michel Lévy.

Les concurrents inscrits sont : MM. Archambault, Bucquoy, Desnos, Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier, Frémineau, Fournier, Hervieux, Jaccoud, Lancereaux, Luys, Menjaud, Peter, Pinel (Ph.), Racle, Raymond, Sandras et Vidal.

— M. le docteur Binet, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Pontorson (Manche), vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe).

— Nous apprenons que M. Malgaigne a donné sa démission de ses fonctions de chirurgien de la Charité, l'éminent professeur désirant se consacrer exclusivement au cours de médecine opératoire, auquel il a imprimé un si vif éclat.

— Par un arrêté en date du 10 de ce mois, M. le préfet de police vient de rappeler une ordonnance antérieure par laquelle défense est faite d'ouvrir dans Paris aucun amphithéâtre particulier de dissection, soit pour professer l'anatomie, la médecine préparatoire, soit pour disséquer et *manœuvrer* sur les cadavres les opérations chirurgicales.

Pareille défense est faite pour les hôpitaux, hospices et maisons de santé.

Les dissections et exercices d'anatomie ne pourront être faits que dans les pavillons de la Faculté de médecine et à l'École anatomique de Clamart.

— Une dépêche publiée par les journaux politiques annonce que la balle qui se trouvait dans la blessure de Garibaldi a été heureusement extraite par le docteur Zanetti. M. le professeur Nélaton a été prévenu immédiatement des résultats de cette opération par le télégramme suivant que lui a adressé le préfet de Pise :

« Balle extraite de la blessure de Garibaldi, d'après l'assurance de votre diagnostic, garanti par le résultat de votre stylet. Honneur à vous ! *Le préfet de Pise*, TORELLI. »

Pour comprendre la dernière phrase de cette dépêche, il faut savoir que M. Nélaton avait envoyé aux chirurgiens italiens un stylet destiné à démontrer avec certitude que le corps solide reconnu par lui dans la profondeur de la plaie était bien le projectile, fait qui avait été révoqué en doute par plusieurs des médecins appelés auprès du général. Nous publierons dans le prochain numéro les considérations cliniques que M. Nélaton a exposées à ses élèves, sur ce sujet, dans une de ses dernières leçons.

— Le docteur Grand-Boulogne, envoyé au Mexique par M. le ministre de la guerre pour se consacrer exclusivement au traitement de nos soldats et marins atteints de la fièvre jaune, a été lui-même frappé par l'épidémie. Nous sommes heureux d'annoncer qu'il est en pleine convalescence, et qu'il a déjà pris un service au nouvel hôpital militaire. (*Moniteur de l'Armée.*)

— Nous avons rapporté, d'après le *Scotman*, la difficulté qui s'est élevée à l'Université anglaise de Saint-Andrew à propos de miss Garrett, élève en médecine, qui prétendait au bonnet de docteur. Les doctoresses sont nombreuses en Amérique ; mais les universités d'Angleterre ne les ont point encore admises, et, quoique miss Garrett eût été régulièrement inscrite, le sénat académique ne voulut pas lui conférer le grade qu'elle demandait, sans s'enquérir auprès des jurisconsultes universitaires des droits de la requérante et de ceux du corps enseignant. MM. Young et Clerk, consultés par les sénateurs, se sont prononcés contre miss Garrett, et le sénat vient de décider : « 1° que les inscriptions de miss Garrett étaient rendues irrégulières par son sexe, et par ainsi nulles et de nul effet ; 2° qu'aucun professeur ne pouvant délivrer des priviléges académiques à un étudiant non régulièrement inscrit, les inscriptions prises par miss Garrett ne pouvaient lui servir, et que les sommes consignées par elle lui seraient restituées. »

Miss Garrett, de son côté, a adressé un mémoire au lord avocat, qui a formulé son opinion en ces termes : « S'il s'agissait simplement de savoir si le sénat académique a le droit de permettre à des étudiants (femmes) d'assister aux cours de l'Université, il n'y aurait pas d'hésitation possible. La présence de femmes à ces cours n'est pas sans précédents, et il n'y a rien dans les règlements de l'Université de Saint-Andrew qui s'oppose à ce qu'il en soit ainsi. Mais l'admission d'élèves femmes en vue de leur conférer les grades académiques est une innovation que le sénat ne peut sanctionner. Dans le cas présent, la postulante n'a aucun droit. Le sénat ne peut l'admettre officiellement et lui conférer des grades ; il n'est pas en son pouvoir de faire de telles innovations sans l'intervention du corps gouvernant. » Miss Garrett en a appelé devant la Cour de l'Université de la décision du sénat académique, et si cette décision est confirmée, l'appelante sera exclue du collége de Saint-Andrew.

— La Société de médecine du département du Nord rappelle que son concours triennal pour les travaux imprimés sera clos à la fin de l'année 1862, et qu'après le 1er février 1863, terme de rigueur, les travaux envoyés ne seront plus admis à concourir.

Le but de ce concours est de récompenser le travail imprimé le plus propre à vulgariser ou à étendre la science sur l'une des branches de l'art de guérir (médecine, pharmacie, art vétérinaire) publié dans la période des trois dernières années 1860, 1861, 1862.

Les ouvrages doivent être envoyés *franco*, en double exemplaire, à M. le secrétaire de la Société.

Sont admis à concourir les praticiens exerçant dans la circonscription académique du nord de la France (Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne et Ardennes), et les praticiens nés dans la même circonscription, quelle que soit leur résidence actuelle.

Les prix consistent en médailles d'or et d'argent.

— M. Ch. Lasègue, agrégé, commencera son cours sur les maladies mentales et nerveuses demain vendredi 28 novembre, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre de la Faculté.

Ce cours sera divisé en deux parties :

1° Leçons théoriques sur les généralités de l'aliénation mentale, les lundis et vendredis, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre de la Faculté.

2° A dater du 16 janvier, leçons cliniques à l'hôpital Necker.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Éléments de pathologie médicale, par A. P. REQUIN. Tome 4e, comprenant : NOTICE SUR REQUIN, par M. Vitet, de l'Académie française ; PYREXIES, par MM. Requin et Charcot ; NÉVROSES, par M. Axenfeld ; et MALADIES MENTALES, par M. Brierre de Boismont. Un fort vol. in-8° de 784 pages. Prix. 8 fr. — Paris, chez Germer Baillière, libr.-édit., rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Traité de l'Érysipèle, par le docteur DESPRÉS, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8°. Prix, 3 fr. 50 *franco*. — Paris, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Atlas complet d'anatomie chirurgicale topographique, pouvant servir de complément à tous les ouvrages d'anatomie chirurgicale, composé d'environ 100 planches représentant plus de 200 figures dessinées d'après nature par M. Bion, et avec texte explicatif, par M. B. J. BÉRAUD, chirurgien des hôpitaux. Première partie, comprenant les régions de la tête et du cou, 37 planches formant 1 fort vol. in-4°, cart., fig. noires ; prix, 18 fr. Le même, fig. coloriées, 36 fr. L'ouvrage complet coûtera : fig. noires, 50 fr. ; fig. coloriées, 100 fr. — Paris, chez Germer Baillière.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Exploration des plaies par armes à feu. — Tumeur bénigne de la mamelle gauche (adénoïde). — Emploi du courant voltaïque pour la recherche des projectiles dans nos tissus. — Récidive de fièvre continue à cinq années d'intervalle; mort. — Note sur l'accroissement annuel de la population en France. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 19 novembre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Clinique médicale sur les maladies des femmes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Exploration des plaies par armes à feu.

A l'occasion de la dépêche qu'il a reçue du préfet de Pise, et qui lui annonce que le 23, à dix heures du matin, le professeur Zanetti avait pu extraire la balle du pied du général Garibaldi, M. le professeur Nélaton a exposé à ses élèves, dans sa leçon clinique du 24, quelques détails relatifs à l'exploration des plaies par armes à feu. Nous pouvons, grâce à l'obligeance de MM. Gilette et Lévy, qui ont bien voulu nous en communiquer la rédaction, mettre ces considérations sous les yeux de nos lecteurs. Nous laissons parler le professeur :

« Si l'on songe aux opinions différentes qui ont été émises sur la présence du corps étranger dans la plaie, il est de toute évidence que sans un moyen capable d'établir une certitude absolue de diagnostic, nous aurions peut-être longtemps attendu un si heureux événement.

» Je vous rappellerai que la plaie du général était située au niveau du bord antérieur de la malléole interne, qui avait été écorné par le projectile. Cette plaie se dirigeait transversalement et à 2 centimètres et demi de profondeur; le stylet touchait un corps dur, à sonorité obscure, bien différente du son clair perçu dans la nécrose, et donnant une sensation qui était bien loin de ressembler à celle de la surface rugueuse de la carie.

» La balle était ainsi logée immédiatement en avant du col de l'astragale, position dans laquelle elle ne pouvait pas être reconnue par l'exploration antérieure à travers la peau, masquée comme elle l'était par la tension des tendons au niveau du cou-de-pied.

» La présence du projectile était pour moi d'une certitude absolue. Je conseillai la dilatation. D'un autre côté, Porta, après l'introduction du doigt dans la blessure, n'ayant pas reconnu la balle, ne fut pas convaincu de son existence.

» De retour à Paris, je cherchai un moyen explorateur capable de lever tous les doutes pour ceux dont la persuasion n'était pas semblable à la mienne. Je pensai alors à employer un petit stylet taillé en lime à l'une de ses extrémités, qui aurait pu enlever, par un mouvement rotatoire, quelques parcelles métalliques de la surface du corps étranger. M. Mathieu nous en construisit plusieurs suivant cette indication. M. Em. Rousseau, à qui je demandai un procédé facile d'analyse chimique apte à déceler dans la plaie la présence du plomb, me donna l'idée d'un moyen plus simple et plus pratique, consistant à introduire un corps capable de rapporter une empreinte métallique reconnaissable à tous ses caractères.

» Nous eûmes alors la pensée de faire un stylet terminé par une petite olive en porcelaine blanche non vernie, connue sous le nom de *biscuit*, sur laquelle le simple contact avec le projectile en marquerait la présence.

» M. Charrière s'attacha à réaliser immédiatement la construction de ce petit instrument, et bientôt nous eûmes plusieurs tiges d'argent terminées chacune par une boule de porcelaine. Le simple frottement de cette petite sphère sur le plomb est suffisant pour y imprimer une tache que ni les parties molles ni les sécrétions morbides ne peuvent effacer: un mouvement de rotation sur son axe y dessine un véritable méridien.

» Dans une pareille circonstance, il ne s'agit pas seulement d'affirmer, la démonstration doit passer avant toute chose. C'est, comme tout le monde vient de l'apprendre, grâce à cet instrument, que M. Zanetti a pu s'assurer de nouveau de la présence de la balle avec assez de certitude pour se déterminer à en faire l'ablation.

» D'autres instruments ont été proposés pour établir le diagnostic de l'existence d'une balle au fond de la plaie. Nous ne mentionnerons que l'ingénieux appareil électro-magnétique de M. Favre, ancien agrégé de la Faculté de Paris, aujourd'hui professeur à Marseille.

» Il se compose d'un étui renfermant deux fils conducteurs, ou bien des deux électrodes enveloppés d'une couche isolante. Ces deux fils communiquent avec une pile d'un seul élément, et sur le trajet de l'un d'eux se trouve disposé un galvanomètre. Or, vous savez qu'Œrsted a reconnu que sous l'influence du voisinage d'un courant, l'aiguille aimantée éprouve une déviation. Vous comprenez l'usage que l'on peut faire de ce petit appareil. Si vous introduisez les deux extrémités des fils conducteurs dans une plaie, le contact des tissus, des os, de la suppuration, n'est pas suffisant pour établir le courant; mais si vous arrivez sur un corps métallique, l'aiguille du galvanomètre, qui tout à l'heure était parallèle au fil, ne tarde pas à lui devenir perpendiculaire, preuve évidente que le circuit est fermé.

» Une condition indispensable à la réussite de l'expérience, est de n'employer qu'un seul couple, pour éviter la décomposition des liquides de la plaie, qui aurait pour résultat la formation d'un courant indiqué par la déviation galvanométrique.

— Nous rappellerons à cette occasion que dans une thèse pour le doctorat en chirurgie, M. Toutant, ancien chirurgien de la marine de l'Etat et aujourd'hui praticien des plus distingués, à Marans (Charente-Inférieure), a décrit, fait exécuter et mis en usage une modification du trocart à ponctions exploratrices, destinée à permettre de retirer avec celui-ci une parcelle du produit accidentel dont on veut examiner directement la substance. Cette modification consiste en une entaille appropriée pratiquée près de la pointe du stylet. Lorsque, après une pression convenable, on pense qu'une petite portion de substance est engagée dans cette entaille, on fait rentrer le stylet dans la mince canule qui lui sert de gaîne, de manière à protéger la parcelle à examiner contre les chances de perte pendant le retrait de l'instrument hors du trajet qu'il a parcouru et doit parcourir de nouveau. (TOUTANT. *Essai de classification des tumeurs d'après leur nature intime ou élémentaire. Des tumeurs épithéliales sous le point de vue clinique.* Paris, 1851, in-4°, p. 45 et 46.)

Emploi du courant voltaïque pour la recherche des projectiles dans nos tissus.

Avant que nous eussions connaissance de l'événement qui a fait le sujet des considérations précédentes, nous avions reçu de M. le docteur Fontan, médecin aide-major au 42e de ligne, en garnison à Marseille, une note sur le même sujet, à laquelle cette circonstance n'a rien fait perdre de son intérêt, ainsi qu'on va en juger. Il s'agit d'un premier essai du procédé d'investigation électro-chimique imaginé par M. le professeur Favre, qui vient d'être fait à l'amphithéâtre de l'hôpital militaire de Marseille.

On sait, par le court exposé qui précède, sur quel principe repose ce procédé d'investigation. Intéressé plus qu'un autre par sa position de médecin militaire à savoir ce que ce nouveau mode d'exploration pouvait ajouter de précision au diagnostic chirurgical dans les cas de traumatisme par armes à feu, compliqués de la présence de projectiles métalliques dans les tissus, M. le docteur Fontan, aidé des conseils de M. Favre, a fait l'expérience que nous allons rapporter.

L'ensemble de l'appareil dont il s'est servi se compose de :

1° Un couple voltaïque de Smée à zinc amalgamé, assez faible pour ne pas produire d'électrolyse sensible par le contact de l'extrémité libre des rhéophores avec les divers tissus de l'économie humaine.

2° Un galvanomètre. (Il lui a suffi d'une simple petite boussole de poche, circonscrite une fois suivant le sens de l'aiguille aimantée par un des fils conducteurs de la pile.)

3° Une sonde compliquée, comprenant elle-même :

A. Une sonde métallique droite, coupée transversalement à la hauteur des yeux, et renfermant suivant sa longueur deux fils métalliques entourés de soie, terminés chacun par une aiguille d'acier dépassant de 7/10es de millimètre, et engagés séparément à leur extrémité inférieure dans un petit cône d'ivoire qui les isole l'un de l'autre et de la sonde elle-même, tout en les maintenant d'une manière fixe dans l'intérieur du conduit.

B. Une autre sonde métallique droite, d'un calibre suffisant pour recevoir intérieurement la première, fendue vers le pavillon dans la longueur de 5 centimètres, aux deux extrémités d'un diamètre perpendiculaire à celui des anneaux, et percée au sommet du bec de deux petits yeux pour donner passage aux deux pointes d'acier de la première sonde; cette même sonde externe est en outre armée en avant des fentes d'une vis de pression servant à maintenir intérieurement la première.

La première sonde introduite dans la seconde, de façon que ses anneaux s'engagent dans les fentes de cette dernière, et les fils conducteurs qu'elle porte, mis en communication avec les rhéophores, on pousse cette première par ses anneaux jusqu'à ce que l'extrémité des pointes d'acier affleure le plan convexe passant par les yeux pratiqués à l'extrémité du bec de la sonde externe; les deux sont fixées l'une dans l'autre au moyen de la vis de pression. L'exploration se pratique alors comme avec une sonde ordinaire; sitôt que l'on perçoit la sensation d'un corps résistant, on dégage la sonde interne que l'on pousse par ses anneaux sur l'obstacle; les deux pointes d'acier se mettent ainsi en contact avec le corps résistant et établissent le courant voltaïque, si l'on a affaire à un corps métallique.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par MM. Gustave BERNUTZ et Ernest GOUPIL (1).

Un des caractères les plus marqués de notre époque est l'esprit d'observation, d'analyse et de critique, et sous cette influence la littérature médicale s'est enrichie de travaux d'un grand mérite. A quelque point de vue qu'on les examine, on ne peut méconnaître l'importance des ouvrages basés sur la clinique faite dans les salles d'un vaste hôpital, et accompagnés de recherches bibliographiques rigoureuses et impartiales. Les travaux composés de cette manière restent comme des documents d'une haute importance; les monographies, pour employer le nom qui leur convient, forment un ensemble précieux pour l'avenir de la science; dans notre pensée, ces monographies, ces réunions de mémoires sur des points controversés, sont les seuls travaux que l'on puisse espérer de rendre aussi complets que fructueux au moment où ils sont composés.

Ces pensées nous sont venues au moment de rendre compte d'un ouvrage *sur les maladies des femmes*, dû à la collaboration de deux médecins distingués des hôpitaux, MM. Bernutz et Goupil, et qui est bien moins un traité de gynécologie qu'une suite de mémoires sur divers sujets obscurs et encore peu explorés. Les auteurs n'ayant point de parti pris à l'avance de composer un traité complet en vue de telle ou telle doctrine, ont eu l'incontestable avantage de choisir les sujets familiers de leurs études, et pour ainsi dire de prédilection; en suivant cette route, ils ont rencontré des vérités utiles qu'ils ont mises au jour, et ils ont renversé des erreurs accréditées,

Notre intention ne peut être de présenter une analyse minutieuse des mémoires renfermés dans les deux volumes parus de la *Clinique sur les maladies des femmes* de MM. Bernutz et Goupil, mais bien plutôt d'en indiquer à nos lecteurs le côté original et pratique. On a reproché trop souvent aux ouvrages basés sur l'observation, de n'être qu'une contemplation stérile des phénomènes morbides et des lésions cadavériques; mais l'observation sévère et bien comprise amène forcément avec elle une conclusion obligée qui n'est autre que l'indication thérapeutique ou la meilleure méthode de traitement applicable au sujet élucidé.

Le premier volume commence par un *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel*, où l'auteur, M. Bernutz, reproduit les idées qu'il avait émises en 1848 sur les désordres qui résultent du défaut d'excrétion cataméniale. Ce travail très-important a déjà été jugé favorablement, parce que, partant des données physiologiques de la congestion des organes internes de la génération, M. Bernutz n'a rien avancé qu'il ne l'ait prouvé par de nombreuses observations et par les recherches d'anatomie pathologique les plus exactes. Un des mérites de ce mémoire est de rapprocher les unes des autres, au point de vue de leur cause et de leur filiation, les diverses variétés de dysménorrhée disséminées dans les traités de pathologie, dans des cadres distincts, sous les titres trompeurs de congestions utérines, de métrites, de phlegmons des ligaments larges, d'ovarites et de péritonites, d'hydropisies soit de l'utérus, des trompes ou de l'ovaire, etc., sans qu'on ait saisi la condition de leur causalité.

L'excrétion du flux menstruel peut être entravée de plusieurs manières, soit par l'imperméabilité de l'orifice vulvaire ou du vagin, soit par des anomalies du col ou du corps de l'utérus ou bien des trompes, qui mettent obstacle au cours régulier de l'excrétion des règles. M. Bernutz divise en huit espèces distinctes les rétentions menstruelles. La première espèce comprend celles où l'excrétion ne peut avoir lieu par une imperforation du canal vulvo-utérin congénitale ou acquise avant le développement de la puberté, tandis que la deuxième espèce est caractérisée par des cicatrices qui ont produit des oblitérations, postérieurement à la puberté. La troisième espèce résulte des rétrécissements congénitaux ou accidentels soit du vagin, soit du col de l'utérus; la quatrième de l'augmentation pathologique du volume du col utérin, qui produit, quelle que soit sa cause, le rétrécissement de l'orifice du col.

Dans la cinquième espèce, l'interposition dans la cavité du col de productions accidentelles développées sur place ou dans l'utérus empêche l'excrétion; dans la sixième espèce, l'excrétion est troublée par les déviations utérines, et en particulier par les flexions de l'uté-

(1) Deux vol. grand in-8°, avec figures intercalées dans le texte. — Paris, Chamerot, 1860-1862.

Voici en quels termes M. Fontan rapporte ce premier essai fait le 12 novembre dernier :

« L'appareil convenablement disposé, le bec de la sonde reposant sur une balle de plomb ogivale évidée (modèle actuel de l'infanterie), après avoir rappelé la vis de pression, je poussai la sonde interne sur le projectile. L'aiguille aimantée du galvanomètre dévia immédiatement et vint se placer à angle droit de sa première position. Cette expérience répétée un certain nombre de fois, toujours avec le même succès, certain que le courant marchait convenablement, la même balle fut introduite à 9 centimètres dans la profondeur des tissus de la cuisse. La sonde lancée à sa recherche ne tarda pas à se trouver en contact avec le projectile; je poussai de nouveau la sonde intérieure, mais l'aiguille ne dévia pas d'abord, et il fallut exercer une forte pression pour amener un résultat sensible sur le galvanomètre; l'expérience plusieurs fois répétée resta très-souvent sans résultat, quoique j'eusse parfaitement la sensation du corps étranger au bout de la sonde. L'oxydation extérieure de la balle ou de l'extrémité des fils conducteurs (qui n'étaient pas encore armés de pointes), l'interposition d'une faible couche de tissus, corps oléagineux ou liquides, empêchaient dans ces cas le contact immédiat de l'extrémité des fils conducteurs avec le métal.

» Pour parer à ces inconvénients, et aussi dans la prévision de projectiles coiffés des divers tissus qui peuvent se présenter sur son passage, je fis enchâsser à l'extrémité libre de ces fils conducteurs les deux pointes d'acier mentionnées plus haut. Ainsi modifiée, la sonde fut de nouveau expérimentée, le 14, sur différents projectiles, tels que balles anciennes des différents modèles et calibres, fortement oxydées, déformées, déjà lancées par des armes à feu et enduites d'une couche des différents produits de la combustion de la poudre; balles et boutons d'habits, de fusils, préalablement recouverts de toile, drap et cuir. Grâce à ces deux pointes d'acier, pénétrant facilement les couches étrangères d'interposition, le courant électrique fut toujours rétabli par un faible frottement ou une légère percussion de la sonde sur le corps étranger. »

D'après ces expériences, M. Fontan déduit *à priori* les services que cet appareil peut être appelé à rendre à la chirurgie, en modifiant la forme, soit de la sonde, soit de l'extrémité des rhéophores, suivant les projectiles cherchés et les parties sur lesquelles on opère.

« 1° En face d'un corps offrant une certaine résistance dans le trajet au fond d'une blessure, dit-il, le praticien, au moyen de la sonde, telle que je l'ai employée, pourra toujours s'éclairer sur la nature métallique ou non de ce corps, libre ou enclavé et confondu dans le tissu osseux, ou encroûté de concrétions salines et recouvert d'enveloppes étrangères (parois de kyste, détritus de tissus, aponévroses sphacélées, drap, toile, cuir, etc.)

» 2° Si le projectile, après avoir suivi un trajet long et sinueux, ne peut se révéler par une exploration directe, et que certains indices (douleurs, dérangements fonctionnels, etc.) se réunissent pour faire soupçonner sa présence sous des tissus sains et en un lieu assez délimité, deux aiguilles à acupuncture implantées isolément à travers ces tissus jusqu'au projectile soupçonné et mises d'autre part en communication avec le courant voltaïque, pourront quelquefois convertir les soupçons en certitude, dissuader d'un débridement intempestif ou hâter l'exécution d'une opération, qui, en livrant passage au projectile, conjurera les accidents quelquefois formidables que son séjour prolongé n'aurait pas manqué de faire éclater.

» 3° En variant la forme et la nature de la sonde et de l'extrémité des fils conducteurs, on pourra dénoncer la présence de corps métalliques introduits accidentellement ou par voie de migration dans les voies et cavités normales ou accidentelles (trachée, œsophage, estomac, rectum, vessie, etc.) Un ouvrier habile pourra même construire une sonde dont les parois extérieures seront composées d'une série de fils métalliques juxtaposés, suivant la longueur de la sonde, mais isolés l'un de l'autre et de la sonde elle-même et communiquant alternativement par leur extrémité supérieure avec le pôle positif ou le pôle négatif. Avec un instrument ainsi composé, le rétablissement du courant s'effectuera aussitôt qu'un point quelconque de la sonde se trouvera en contact avec un corps métallique. »

Tumeur bénigne de la mamelle gauche (adénoïde).

M. Nélaton a opéré dernièrement une femme de quarante-huit ans, atteinte d'une tumeur du sein gauche.

Cette femme, d'une bonne santé habituelle, a reçu à l'âge de dix-huit ans un coup de coude assez violent sur le sein; elle a remarqué à la suite que la partie interne et supérieure de la mamelle était le siége d'une grosseur du volume d'une petite noix, roulant sous la peau, indolente et dont elle ne s'inquiétait nullement.

Elle se maria, devint mère de douze enfants, en nourrit cinq indifféremment des deux seins, et elle observa que pendant chaque grossesse et la période d'allaitement, ce noyau semblait disparaître. Mais depuis deux ans environ, des changements notables sont survenus, et la tumeur qui avait commencé à s'accroître est devenue le siége, depuis trois mois surtout, d'un développement plus rapide et de douleurs assez vives.

Cette masse présente aujourd'hui tout au moins le volume d'un poing d'adulte, occupant la presque totalité de la glande, sauf la partie externe, qui n'a pas été envahie; sa surface, très-irrégulière, offre de nombreux mamelons qui diffèrent entre eux de forme, de volume, de consistance; saillants ou comme étalés, petits ou volumineux; les uns mous, les autres tout à fait fluctuants; d'autres, enfin, d'une résistance assez ferme. Le tégument externe, entièrement dépourvu d'adhérences, glisse très-facilement sur la tumeur; de même que celle-ci sur les tissus profonds, et dans une grande étendue, caractère d'une importance considérable pour le diagnostic.

Un seul point ne présente pas ces signes, c'est la partie interne, petit lobe dont la forme est celle d'une demi-sphère à surface régulière, offrant une semi-adhérence avec les téguments, qui ne sont plus aussi souples que sur le reste de la grosseur: tandis que la peau est ailleurs assez pâle, là elle est d'une coloration rosée.

Enfin, cette portion interne est le siége de sensations de brûlure bien différentes de celle de pesanteur que la malade accuse à la région externe.

M. Nélaton a pensé qu'il avait affaire, dans ce cas, à une tumeur formée de deux parties de nature dissemblable, ou à un même produit dont le segment interne serait dans un état d'irritation inflammatoire. Il a admis plutôt cette deuxième supposition, se basant sur la fusion, jusqu'à un certain point complète, de l'ensemble de la tumeur, et sur l'impossibilité de lui imprimer des mouvements autres que de totalité.

A quelle variété devait-on rattacher cette affection du sein?

Son origine, si l'on en croit les commémoratifs, datait d'une époque très-éloignée; mais la malade ne s'étant pas assez observée pour préciser si les modifications survenues depuis deux ans ont bien eu pour point de départ le noyau ancien, on pourrait, à la rigueur, supposer qu'une nouvelle tumeur a pris là son développement, et qu'elle a graduellement atteint le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, M. Nélaton n'a pas hésité à affirmer que c'était une altération avec tous les caractères de bénignité, se fondant sur la marche essentiellement chronique, sur l'absence d'adhérences et de vascularité de la peau, sur le défaut absolu de rétraction du mamelon, rejeté uniquement en dehors, sur la mobilité complète des téguments, bien que les bosselures soient immédiatement sous-cutanées; enfin, sur le glissement facile de la face profonde.

Il n'a pas manqué, toutefois, de rappeler que dans certains cas de productions malignes de la mamelle naissant à une certaine distance de la peau, l'adhérence et la rétraction du mamelon, phénomènes si importants pour le diagnostic, peuvent manquer et n'apparaître que lorsque la tumeur, en se développant, a envahi de proche en proche les éléments plus superficiels de la glande, ainsi que les canaux galactophores. Mais pour peu que la lésion date de quelque temps, il est un autre caractère d'une haute valeur qui accompagne les dégénérescences du sein de mauvaise nature; ce caractère est dans l'altération des ganglions axillaires.

L'aisselle gauche a été explorée, et on y a néanmoins constaté la présence d'un ganglion un peu plus volumineux et plus dur qu'à l'ordinaire. Ce fait viendrait-il infirmer l'existence d'une tumeur bénigne chez la malade? M. Nélaton ne le pense pas. En effet, on sent dans l'aisselle du côté sain un ganglion moins développé que le précédent, mais cependant dépassant un peu la grosseur normale; de plus, ayant recherché si certaines circonstances antécédentes pouvaient expliquer l'engorgement de ce ganglion à gauche, il a appris qu'il y a peu de temps la région mammaire a été le siége d'un travail inflammatoire, favorisé très-probablement par l'application sur la peau de substances irritantes.

On avait donc, en résumé, une affection bénigne du sein dont il restait à déterminer l'espèce. Etait-ce une tumeur fibreuse (adénoïde)? Etait-ce un enchondrome? Celui-ci présente, en effet, des caractères qui se rapprochent beaucoup de ceux de l'altération en question; mais l'enchondrome de la mamelle est excessivement rare, et M. Nélaton ne l'a rencontré dans sa pratique que deux fois seulement. En outre, il est généralement plus dur, et offre toujours certains mamelons élastiques qui suffisent pour enlever tous les doutes. Chez la malade, il n'en est pas ainsi; on retrouve une sensation de mollesse, et il semble qu'on ait sous la main un agrégat d'adénoïdes et non une tumeur unique.

M. Nélaton a admis, en conséquence, un adénoïde avec prédominance d'un tissu fibreux, qui a atrophié en grande partie l'élément glandulaire, constitué de plusieurs masses blanches de densité variable, et dont un certain nombre fait saillie dans des lacunes de dimension différente remplies de liquide, comme il est aisé de le constater par l'examen clinique.

Il a pensé que si cette tumeur n'était pas opérée promptement, elle se compliquerait, au bout de quelques mois, de l'ulcération, qui dans la majorité de ces cas est un phénomène tout à fait exceptionnel. En augmentant d'intensité, la phlegmasie amènerait alors l'adhérence, une rougeur plus vive, l'amincissement, et enfin la perforation de la peau: on aurait sous les yeux une altération de mauvais aspect, mais non pas de mauvaise nature.

Dans ces cas, dit ce professeur, ce n'est pas à l'ulcère lui-même, dont les caractères peuvent être aussi défavorables que dans les tumeurs malignes, qu'il faut s'adresser pour établir un diagnostic exact, mais bien à la portion de la masse non encore ulcérée, où l'on retrouve tous les signes de l'adénoïde.

En procédant ainsi, lorsqu'il s'agissait de tumeurs ulcérées dont l'odeur, l'aspect et la suppuration paraissaient entraîner un pronostic si grave que tout traitement chirurgical avait été rejeté, M. Nélaton s'est décidé à une opération dont il a eu lieu de s'applaudir plus tard.

Récidive de fièvre continue à cinq années d'intervalle. Mort.

On sait que la fièvre continue endémique de nos pays, ou, en d'autres termes, l'affection typhoïde, comme les fièvres éruptives, ne se manifeste généralement qu'une fois dans le cours de l'existence. Il existe cependant quelques rares exemples de récidive; nous avons rapporté nous-même, il y a quelques années, la relation d'un cas très-manifeste de fièvre typhoïde récidivée. En voici un nouvel exemple, que nous communique M. le docteur Bergeret, de Saint-Léger-sur-d'Heune (Saône-et-Loire):

Une de mes clientes, écrit-il, vient de succomber atteinte pour la seconde fois d'une fièvre continue muqueuse à cinq années d'intervalle.

Voici la relation abrégée de ce fait:

En 1857, la femme N..., vigneronne aux Battées de Saint-Léger, âgée de vingt-sept ans, fut prise au mois de septembre d'une fièvre continue rémittente bilieuse. Les accès étaient bien marqués; le sulfate de quinine, précédé d'un émétique, coupa

---

rus; dans la septième espèce, par la contraction spasmodique du col utérin; enfin, dans la huitième espèce, moins connue encore que les précédentes, le trouble fonctionnel résulte d'un état anormal congénital ou acquis des trompes de Fallope.

Nous nous bornerons à signaler l'histoire de la dysménorrhée pseudo-membraneuse, qui fait partie de la cinquième espèce, et dans laquelle M. Bernutz rend aux observations de M. Oldham leur véritable signification. Mais nous devons insister sur le fait pratique très-important du traitement des rétentions menstruelles par imperforation de l'hymen ou du canal vulvo-utérin, constituant les deux premières espèces. Les accidents formidables de la péritonite suraiguë peuvent résulter d'une simple ponction ou d'une incision ayant pour but de livrer passage au sang accumulé retenu dans l'utérus et derrière l'orifice vulvaire. Ces accidents que l'opération avait pour but de conjurer viennent de l'épanchement dans la cavité péritonéale du sang renfermé dans la matrice et les trompes. L'utérus, distendu, revient sur lui-même après l'expulsion brusque de la majeure partie du sang qui le remplissait, mais ses contractions continuent et forcent le sang renfermé dans les trompes à se répandre dans le péritoine. M. Bernutz démontre que c'est une très-grave question thérapeutique que de décider, en pareil cas, si on doit livrer passage au sang menstruel accumulé, de choisir le moment opportun pour l'opération, et de déterminer le procédé qui doit sauvegarder de l'épanchement intra-péritonéal.

L'opération doit être la plus prompte possible; on doit opérer avant que les organes génitaux internes soient très-distendus, et en choisissant le moment où l'appareil ovarien et l'appareil utérin sont dans le repos le plus complet, après l'époque menstruelle présumée. Le praticien ne saurait trop se tenir en garde contre le danger formidable d'une opération en apparence aussi peu importante que l'incision de la membrane hymen imperforée, ou bien que la ponction d'une cloison membraneuse vaginale mettant obstacle à l'écoulement du sang menstruel accumulé, quel que soit le vice de conformation qui empêche l'excrétion des règles.

Le deuxième mémoire, sur l'*hématocèle péri-utérine et ses différentes variétés*, est intimement lié au précédent, car la migration du sang dans la cavité du péritoine et la production d'une tumeur sanguine intra-pelvienne, sont très-souvent en rapport direct.

Dans un historique très-soigné et très-complet, M. Bernutz rapporte à Ruysch la première indication connue du passage du sang menstruel dans le péritoine (1691); M. H. Bourdon décrivit en 1841 les signes physiques des tumeurs hématiques du petit bassin, et M. le professeur Velpeau, dans ses *Recherches sur les cavités closes*, posa le diagnostic, sans recourir à la ponction exploratrice (1843), d'une de ces tumeurs sanguines auxquelles M. le professeur Nélaton a donné, dans ses leçons orales en 1851, le nom d'hématocèle. On ne saurait contester à M. Bernutz d'avoir le premier démontré, dès l'année 1848, dans les *Archives de médecine*, la corrélation qui existe entre la majeure partie des hématocèles et les troubles de la menstruation, sans qu'il leur ait assigné à toutes une cause unique. Depuis cette époque déjà ancienne, on a peu ajouté aux descriptions anatomiques et à la symptomatologie qu'il avait présentées de ces tumeurs.

Pour M. Bernutz, et nous partageons pleinement son opinion, l'hématocèle est toujours symptomatique, qu'elle soit rétro, ou péri, ou circum-utérine; l'hématocèle ne constitue pas une maladie proprement dite, et il faut remonter du symptôme hémorrhagique à la maladie dont il n'est que la manifestation. Beaucoup plus anatomiste qu'il ne croit l'être (et nous sommes loin de lui en faire un reproche), l'auteur compare dans un parallèle ingénieux le péritoine qui enveloppe le testicule et l'ovaire, et ce qu'il appelle la tunique vaginale dans les deux sexes. Il recherche leurs analogies à travers les dissemblances considérables qui les séparent, et sur ces analogies, il base sa classification des hématocèles péri-utérines, en refusant ce nom aux suffusions sanguines des ligaments larges et du tissu cellulaire sous-vaginal, analogues aux infiltrations sanguines du scrotum; il refuse pareillement ce nom aux hémorrhagies symptomatiques de la grossesse extra-utérine. Il exclut encore des hématocèles vraies les épanchements sanguins qui sont contenus pour l'un et l'autre sexe dans cette portion du péritoine qu'il a appelée tunique vaginale commune, et les collections de sang accumulé résultant d'une rupture de varicocèle utéro-ovarienne; et enfin, les épanchements qui proviennent du sang extravasé dans la tunique vaginale, et qui sont l'analogue de la pleurésie hémorrhagique thoracique. Nous contesterions facilement ces exclusions, mais l'auteur a eu soin de remédier aux objections en traitant de la pelvi-péritonite hémorrhagique dans un des mémoires suivants.

M. Bernutz divise les hématocèles qu'il appelle féminines, c'est-à-dire sans analogues chez l'homme, en trois classes;

bientôt ces accès; il ne resta au bout de trois jours qu'une fièvre continue simple, légèrement muqueuse, qui parcourut ses deux septénaires sans autre trouble qu'un peu d'ataxie les douzième et treizième jours.

La convalescence marcha régulièrement ensuite, sans autres accidents que la chute des cheveux et l'apparition de quelques furoncles.

En octobre 1858, cette femme demeurant alors à Trézy, fut atteinte de dyssenterie; elle était enceinte de huit mois. Les ténesmes étaient si violents, que les selles, ou plutôt les envies d'aller, étaient continuelles. L'utérus commença à se contracter : l'opium à l'intérieur, le laudanum en lavements à la dose de 30 gouttes, répété trois fois par jour, arrêtèrent la dyssenterie et le commencement de travail.

Le 1er octobre 1862, cette femme fut reprise de nouveau d'une fièvre continue rémittente. Un éméto-cathartique, puis du sulfate de quinine, firent cesser en trois ou quatre jours les frissons, la céphalalgie et les sueurs; il ne restait plus qu'un peu de fatigue, une langue sale et un peu de gargouillement cœcal.

Les quinze premiers jours, la fièvre était si peu intense que l'alimentation ne fut pas complétement supprimée. Tous les matins, la malade s'accusait de paresse en ne sortant pas de son lit; elle n'éprouvait que de la fatigue, et elle avait une diarrhée assez fréquente.

Le 16, il survint subitement un coma profond, une surdité absolue; le pouls resta à 100 pulsations, et n'augmenta pas de fréquence jusqu'au 28, jour du décès de la malade. Le ventre resta souple et légèrement douloureux jusqu'au 23. Ce jour-là le ventre était fortement météorisé, le coma devint plus grand, il y eut sidération complète des forces.

Le lendemain, l'état du ventre s'améliora un peu.

Le 25, le coma céda un instant; la malade se mit à sangloter le matin; elle sua au front et sur le nez; des larmes coulèrent des yeux; la langue, quoique fuligineuse, se lubréfia; la salive était abondante dans la bouche. Il y avait quelques signes d'une crise finale, qui semblait devoir amener la convalescence vers la fin du quatrième septénaire.

Le 26, coma profond, sidération complète des forces; aucune excitation ne peut faire donner un signe de vie à cette malade, dont la respiration était régulière comme le mouvement du pendule; pouls à 100 pulsations.

Le 27, même état.

Le 28, mort.

La poitrine n'a présenté que quelques râles muqueux les derniers jours. Le ventre a toujours été très-souple, un seul jour excepté; la diarrhée a été continue pendant toute la fièvre; il n'y a pas eu de signe de perforation intestinale. Depuis le quinzième jour de la maladie, il y a eu un coma des plus profonds. Cette malade, pendant toute la période comateuse, a été d'une pâleur livide; elle n'a eu que deux fois un peu d'injection des yeux et des joues, un commencement de vultuosité; elle est morte d'épuisement en quelque sorte, sans complication.

M. Bergeret termine sa communication en disant que dans la partie de la France qu'il habite les fièvres continues sont insidieuses; elles débutent presque toujours par des accidents intermittents, et, comme les fièvres d'accès, elles sont presque toujours précédées d'accidents bilieux. Dans ce moment, ajoute-t-il, il règne une petite épidémie de fièvres continues, et toutes ont présenté des accidents intermittents au début et souvent à la fin.

NOTE

sur l'accroissement annuel de la population en France.

Par M. le docteur A. Bayard (de Cirey-sur-Blaise).

Dans le feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux* (15 novembre), je trouve ce qui suit :

« M. Bally a lu à la Société médicale de l'Yonne un excellent mémoire sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, dont la plus grande fréquence et la gravité sont attribuées par *quelques personnes* à la vaccine; il a combattu ces prétentions avec *une grande puissance de logique*. L'auteur se fait sans cesse cette question : Si le virus introduit dans la circulation de l'enfance *tue* l'adolescence, comment concilier cette singulière pensée avec l'augmentation de la population dans les pays où l'on vaccine, comme en France, où, parmi nous, l'augmentation annuelle est de 160,000? »

Simple réponse (1).

La moyenne annuelle de l'accroissement de la population prise pendant dix ans, à deux époques différentes, à trente ans d'intervalle, c'est-à-dire au commencement de la diffusion de la vaccine en France, et lorsqu'elle compte 30 ans de pratique vigoureuse, donne les résultats suivants :

Périodes décennales.	Moyenne annuelle de l'accroissement de la population.	Moyenne annuelle des mariages.
1817 — 27	196,000	229,000
1847 — 57	74,000	280,000

(*Annuaire du Bureau des Longitudes*, 1861, page 174.)

L'accroissement moyen de la population a donc éprouvé dans la seconde période une diminution de 122,000 ou 165 p. 0/0.

Quant aux mariages, c'est bien différent! ils ont augmenté de 51,000 ou 24 p. 0/0.

Leur augmentation, pour *les quelques personnes* dont parle M. Bally, n'est, à leurs yeux, qu'un corollaire de la grande question; pour elles, en effet, cette cause qui *tue* la jeunesse fait que le conjoint resté veuf et jeune vole à de secondes noces. L'augmentation des mariages qui s'observe toujours immédiatement après les grandes épidémies provient donc uniquement des seconds mariages.

(1) Il est bien entendu que nous laissons à M. Bayard la responsabilité de cette réponse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 novembre 1862. — Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. MARJOLIN. Lorsque, dans la dernière séance, j'ai soumis à votre examen un jeune enfant portant une tumeur de la voûte du crâne, nous avons tous reconnu une tumeur d'un diagnostic difficile. Vous vous rappelez le point de départ des accidents.

Dans une chute faite d'une chaise peu élevée, comme en ont les enfants, il y a eu fracture du fémur, mais rien du côté de la tête, ainsi que le témoignent les parents. Plusieurs mois après cette chute, on voit apparaître la tumeur du crâne, qui disparaît pendant quelques jours en laissant seulement une teinte ecchymotique, s'il faut en croire la famille. En même temps que la tumeur, se manifestaient des accidents cérébraux, tels que convulsions et vomissements incoercibles. Y a-t-il exactitude dans les renseignements qui nous sont fournis? j'en doute beaucoup. Peut-être y a-t-il eu une forte contusion que l'on nous cache.

Certainement une chute d'un lieu peu élevé comme la chaise de l'enfant a suffi quelquefois pour amener une fracture du crâne, mais une chute semblable ne me paraît pas capable de produire un enfoncement des os tel que celui qui existe chez cet enfant. J'avais bien reconnu le bourrelet osseux, mais je n'avais pas constaté comme M. Boinet un enfoncement central, qui, on va le voir, a été bien apprécié depuis.

Il était resté des doutes relativement à l'existence du bruit de souffle. Depuis, ces doutes se sont éclaircis, et le bruit de souffle a été constaté par les personnes les plus compétentes et par mes collègues de l'hôpital Sainte-Eugénie, MM. Bouchut, Barthez et Bergeron. Ce bruit de souffle a été surtout entendu dans la partie inférieure de la tumeur. On a dit ici que le bruit entendu était le résultat du frôlement des cheveux avec le sthétoscope, mais, après avoir fait raser la surface de la tumeur, le bruit a continué à se faire entendre d'une manière aussi évidente.

Nous avions oublié d'examiner si cette tumeur offrait de la transparence; or cet oubli a été réparé par M. Sottas, interne de mon service, et l'on a constaté une transparence complète.

D'après l'avis de la Société, j'ai dû faire une ponction, qui a été suivie immédiatement d'un jet de liquide clair, transparent. Le premier jet a été recueilli dans un verre. A mesure que le liquide s'écoulait, le pouls s'accélérait, et nous avions soin en même temps d'exercer une légère compression sur les parois de la tumeur. Les dernières gouttes, offrant un mélange de sang et de sérosité, ont été recueillies dans un verre spécial. Quand la poche a été vidée, nous avons pu constater facilement une large fracture du crâne, avec enfoncement considérable des fragments.

Quant au liquide extrait, nous l'avons confié à l'examen de M. Baudrimont, pharmacien en chef de l'hôpital. Je dois dire qu'au premier aspect il m'a présenté toutes les qualités physiques du liquide céphalo-rachidien. J'ajoute enfin que la tumeur s'est reproduite peu à peu. Ainsi, le soir, elle avait déjà un volume presque égal à celui qu'elle avait avant l'évacuation; le lendemain, elle avait atteint ses premières dimensions.

M. DEPAUL. M. Marjolin doit se rappeler que, parmi les opinions émises, il y en a eu qui n'offraient pas d'analogie avec la sienne. J'ai, pour ma part, diagnostiqué un kyste probablement séreux.

Quant à la transparence, on n'a pas oublié de la rechercher. Un de nos collègues s'est livré à cet examen dans la salle.

Je trouve que M. Marjolin n'a pas été assez explicite dans ses renseignements; il ne nous a pas donné son opinion sur la nature de ce liquide. Quel rapport y a-t-il entre cette tumeur et le liquide céphalo-rachidien?

Il est probable que la tumeur a la forme en bissac, dont une partie serait entre les os et la dure-mère et l'autre entre les os et le périoste. Je pense donc qu'il s'agit là d'une sorte de céphalématome interne, qui a usé les os, et est venu faire saillie à l'extérieur du crâne, et que pendant cette évolution, le liquide primitivement sanguinolent est devenu peu à peu séreux. Entre les deux parties, il y aurait un point rétréci, qui passerait à travers une perforation des os. Quant au bruit de souffle, je n'ai pas pu l'entendre.

M. Marjolin nous dit bien qu'il a fait raser la surface de la tumeur pour se garantir du frôlement des cheveux; mais pour que l'expérience fût probante, il aurait fallu faire la même opération sur la tête de celui qui examine. Je crois qu'il y a un bruit de souffle en rapport avec la respiration; mais, malgré l'autorité des hommes les plus compétents, je ne puis admettre le bruit de souffle.

M. HUGUIER. M. Depaul peut avoir raison; mais alors que devient l'observation de M. Marjolin, qui a senti les os du crâne, leur enfoncement, leur fracture et la saillie du bourrelet osseux? Je voudrais que M. Marjolin nous dît si le plan osseux sur lequel repose une partie de la tumeur est déprimé, irrégulier, fragmenté. Qui est dans le vrai? Est-ce M. Depaul ou bien M. Marjolin? Seraient-ce tous les deux? Je ne puis le décider en ce moment, et c'est pour cela que je demande à M. Marjolin de nouveaux détails plus précis.

M. VERNEUIL. L'analyse chimique peut seule décider la question. La différence entre la sérosité du sang et le liquide céphalo-rachidien est facile à établir. Ainsi, tandis que le liquide rachidien renferme peu d'albumine et de chlorure de sodium, la sérosité provenant du sang en renferme au contraire une assez grande quantité. Le liquide céphalo-rachidien peut du reste s'écouler non-seulement par l'oreille, mais encore par le nez, par le pharynx, par les diverses régions de la voûte crânienne. Ici ce phénomène peut s'être produit avec d'autant plus de facilité que les os sont plus minces et la dure-mère plus accessible aux blessures. Il faut savoir si le bruit de souffle est isochrone au pouls ou à la respiration. Il est plus probable qu'il l'est avec celle-ci, et s'il en est ainsi on pourrait mettre d'accord M. Marjolin et M. Depaul.

M. TRÉLAT. Je voulais faire les mêmes réflexions que M. Verneuil; j'ajouterai seulement qu'à la simple inspection on peut établir le diagnostic entre la sérosité du sang et le liquide céphalo-rachidien. Quant à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, il a été vu sur un des points de la surface du crâne à la suite de fracture.

M. BLOT. D'après les renseignements donnés par M. Marjolin, je crois qu'il y a méningocèle accidentelle. On trouve, en effet, tous les signes attribués à cette affection par Spring.

M. BOINET. Je voudrais savoir si, après l'évacuation de la tumeur, on a senti les pulsations du cerveau.

M. MARJOLIN. Avant de pratiquer la ponction, j'ai pris l'avis de mes collègues de l'hôpital Sainte-Eugénie, et le bruit de souffle a été constaté par eux en bas et en arrière de la tumeur; il coïncidait avec l'inspiration. Quand la poche a été vidée, j'ai senti manifestement la fracture. Il est donc évident qu'il y a fracture avec blessure de la dure-mère et épanchement du liquide céphalo-rachidien. La tumeur a repris son volume en vingt-quatre heures. Quel est le liquide qui pourrait ainsi se reproduire en aussi grande quantité et dans un espace de temps aussi court?

La première, renfermant les hématocèles symptomatiques d'une rupture de la trompe ou de l'ovaire;

La deuxième, comprenant les hématocèles liées à un vice de l'excrétion menstruelle;

Et la troisième classe, réunissant les épanchements sanguins péritonéaux, qui ne sont qu'un épiphénomène d'une erreur de lieu du flux métrorrhagique. Les métrorrhagies consécutives à un avortement, liées aux fièvres éruptives, aux émotions morales, etc., rentrent dans cette dernière classe.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans les descriptions qu'il donne de ces diverses classes et de leurs variétés, et dans l'intéressant chapitre du diagnostic différentiel; mais nous devons noter le soin avec lequel il défend l'abstention des moyens chirurgicaux, ponction ou incision de la tumeur sanguine. Après les premiers symptômes d'hémorrhagie et d'inflammation péritonéales, il recommande d'aider à la résorption des éléments du sang épanché au moyen d'un régime tonique et de petites doses d'opium chez les femmes chloro-anémiques surtout.

M. Goupil a inséré un important mémoire dans le premier volume de la *Clinique des maladies des femmes*. Il traite des *hémorrhagies intra-pelviennes dans les grossesses extra-utérines*, et complète l'histoire des hémorrhagies intra-pelviennes, que son collaborateur n'avait étudiées qu'à l'état de vacuité utérine.

Pour préciser rigoureusement son sujet, M. Goupil élimine les grossesses extra-utérines suivies d'hémorrhagies intra-pelviennes; il renvoie aux traités d'obstétrique, auxquels leur histoire appartient en propre. Une autre raison les lui fait encore rejeter, car elles résultent, à de très-rares exceptions près, soit d'apoplexies veineuses de l'ovaire, soit de la rupture des veines de la trompe, et elles se rattachent ainsi à la description pathologique du thrombus, qui a été faite par Deneux avec un talent consommé; il n'y a presque rien à ajouter à leur histoire. Nous approuvons fort M. Goupil du choix judicieux qu'il a fait pour les matériaux qui servent de base à son travail; quarante-deux observations irrécusables et laborieusement compulsées lui ont permis de nous donner la description la plus complète et la plus précise des hémorrhagies pelviennes liées à la grossesse extra-utérine.

M. Goupil reconnaît cinq espèces distinctes dans les hémorrhagies qu'il a étudiées :

Dans la première espèce, l'hémorrhagie a eu pour cause la rupture des veines utéro-ovariennes dilatées;

Dans la seconde, la rupture de l'ovaire produit l'hémorrhagie;

Dans la troisième, c'est une solution de continuité de la trompe;

Dans la quatrième, l'hémorrhagie provient de la rupture du kyste fœtal;

Dans la cinquième, l'hémorrhagie a lieu dans le kyste fœtal lui-même.

Nous ferons remarquer que la première espèce d'hémorrhagie symptomatique de la grossesse extra-utérine représente une des variétés de thrombus de la gestation normale, ce que M. Goupil a parfaitement compris, et que les deux dernières espèces qu'il a admises sont exclusivement propres aux grossesses extra-utérines; tandis que les trois premières espèces d'hémorrhagies peuvent également avoir lieu lorsque le produit de la conception est dans l'utérus.

On ne peut attendre de M. Goupil que, traitant un sujet malheureusement trop riche en anatomie pathologique, il nous ait tracé des indications thérapeutiques rigoureuses, mais on doit lui savoir gré de la précision avec laquelle il a rempli le cadre difficile qu'il s'était tracé. Loin de sacrifier la partie médicale de l'hémorrhagie intra-pelvienne liée à la grossesse extra-utérine, à l'étude du caillot pelvien, il a eu grand soin de mettre en première ligne le travail morbide qui a pour résultat l'épanchement du sang.

Si l'hémorrhagie vient trop souvent terminer fatalement les grossesses extra-utérines, la science possède quelques rares faits qui peuvent faire espérer une heureuse terminaison. M. Goupil a enregistré ces faits, et cette possibilité d'une guérison, quelque exceptionnelle qu'elle soit, lui fait conseiller de ne pas se laisser dominer en pareille circonstance par un découragement absolu. Modérer l'hémorrhagie autant que possible, favoriser les adhérences, s'abstenir de ponctions ou d'incisions, et relever par tous les moyens les forces et le moral des malades, telle est la conduite que M. Goupil conseille avec raison.

A. L.

M. BLOT. Y a-t-il enfoncement par perte de substance ou bien solution simple de continuité ?

M. MARJOLIN. Il y a enfoncement des os.

ÉLECTION.

Sur l'invitation de M. le président, la Société procède à l'élection de la commission pour la nomination des membres correspondants étrangers.

Cette commission est composée de MM. Giraldès, Verneuil, Follin, Danyau et de M. le secrétaire général, qui en fait partie de droit.

COMMUNICATION.

M. Lizé (du Mans), candidat au titre de membre correspondant national, à l'appui de sa candidature, donne lecture de deux travaux, à savoir :

1° *Rétrécissement du bassin, céphalotripsie ; fistule vésico-vaginale, rétrécissement du vagin après la guérison de la fistule et suppression définitive des règles.*

2° *Phlegmon du ligament large droit, terminé par suppuration ; incision méthodique, guérison.*

Ces deux mémoires sont renvoyés à une commission composée de MM. Laborie, Blot et Béraud.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. DEMARQUAY présente une femme âgée et portant sur la poitrine une production cornée, sur laquelle il remettra une note.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Kyste de l'ovaire adhérent de toutes parts, présentant dans ses parois des os parfaitement organisés et des dents. — Autopsie. — M. DEMARQUAY. Au commencement de cette année, on amenait dans mon service une femme de cinquante-deux ou cinquante-trois ans, atteinte d'une maladie du cœur très-avancée, d'une bronchite capillaire et d'un kyste volumineux de l'ovaire. Pour rendre toute intervention médicale possible, j'ai vidé le kyste de l'ovaire, et j'en ai extrait dix à douze litres de liquide. La malade a guéri. Au mois d'août dernier, elle rentrait pour se faire soigner de sa maladie de cœur ; mais elle ne tarda pas à succomber, et nous avons trouvé le kyste revenu sur lui-même et adhérent à toutes les parties voisines.

Autopsie. — On pratique l'autopsie, en suivant, pour l'extraction du kyste, les règles qu'il faut observer dans l'ovariotomie. L'incision faite sur la ligne blanche tombe immédiatement dans le kyste, à cause des adhérences très-intenses qui existent entre cette tumeur et la paroi antérieure de l'abdomen. Il s'écoule par cette ouverture un liquide brun jaunâtre contenant une grande quantité de grumeaux de la même couleur. Le kyste de l'ovaire est enlevé avec beaucoup de difficulté, par suite des adhérences très-nombreuses qu'il a contractées avec les parties voisines, en avant, sur les côtés et en arrière. On parvient cependant à l'extraire, après avoir rompu toutes ces adhérences avec les doigts.

Le kyste est petit ; son volume ne dépasse pas la grosseur d'une tête ordinaire. A sa surface, on remarque des filaments irréguliers qui le maintenaient en contact avec les organes voisins. On peut voir aussi des pelotons graisseux sous la membrane séreuse qui enveloppe le kyste. Le pédicule du kyste est long de 8 à 9 centimètres. Cette longueur est très-suffisante pour appliquer le clamp, tout en laissant l'utérus en place. Mais en même temps il a un volume très-considérable, qui est dû à une grande quantité de graisse qu'il renferme dans son épaisseur. Il faut ajouter que la femme qui était atteinte de ce kyste était extraordinairement grasse, au point qu'on a pu se figurer pendant la vie que son kyste devait avoir un volume considérable.

Dans l'épaisseur des parois du kyste, on trouve une grande quantité de plaques dures, fibreuses, de grandeur variable, qui font saillie à la face interne du kyste, et donnent à cette face un aspect rugueux. Ces plaques sont tellement dures qu'au premier abord, et à la simple vue, on pourrait très-facilement les prendre pour des plaques cartilagineuses ou au moins fibro-cartilagineuses ; mais à l'examen microscopique, il est facile de voir qu'elles sont constituées uniquement par du tissu fibreux, et qu'elles ne possèdent nullement les éléments du cartilage.

En certains points du kyste, on observe d'autres plaques contenues dans l'épaisseur de ses parois, mais plus dures et plus minces que les premières. Elles sont osseuses, et leur minceur permet de les rompre facilement par la pression. Cette rupture donne la même sensation que le froissement du parchemin.

Mais ce n'est pas ce qu'on observe de plus curieux dans le kyste. Il existe dans ses parois de véritables os, aplatis, ayant l'apparence des côtes ordinaires d'un adulte, longs de 12 à 15 centimètres et larges de 2 ou 3 ; il n'y en a que deux qui présentent ce volume. A côté de ces os volumineux, on trouve de petites plaques osseuses, minces et irrégulières, qui présentent exactement les mêmes caractères que les os précédents.

Dans le voisinage des os existaient cinq dents faisant saillie dans la cavité du kyste. Ces dents sont parfaitement organisées, et présentent à peu près le volume ordinaire des incisives ou des canines, avec lesquelles elles offrent une grande ressemblance comme forme extérieure. Ces dents sont entourées par la membrane interne du kyste jusqu'au voisinage de leur collet. Elles n'ont que des rapports de voisinage avec les os, sur lesquels elles glissent parfaitement, maintenues seulement en rapport avec eux par des ligaments fibreux. Dans la cavité du kyste, on ne trouve plus qu'une petite quantité de liquide épais, jaunâtre, et un peloton de poils jaunes, très-fins, ressemblant à des cheveux, réunis par des grumeaux d'une matière semblable à celle qui nage dans le liquide du kyste. Mais il est très-facile de séparer ces cheveux les uns des autres. On ne voit pas manifestement quel était leur point d'implantation à la face interne du kyste.

DISCUSSION.

M. BOINET. Quel temps s'est-il écoulé entre la première ponction et l'autopsie ? Je tiens à avoir ce renseignement, parce que ce fait démontre que les kystes de l'ovaire peuvent se rétracter assez promptement.

M. FORGET. L'injection que l'on a pratiquée était-elle simple ou bien iodée ?

M. DEMARQUAY. Elle était simple. Je dirai à M. Boinet que le fait est complexe ; la rétraction peut avoir été produite par des adhérences qui étaient ici nombreuses. Il devait y avoir une double cause de retrait : les adhérences d'une part et les évacuations successives.

Je ferai remarquer que le pédicule de la tumeur était très-long, et qu'il y avait dès lors, à cet égard, des conditions favorables pour l'extirpation.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 25 novembre, M. le docteur Depaul a été nommé professeur titulaire de la chaire de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. le baron Paul Dubois, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

— L'ouverture de l'année scolaire de l'Académie de Strasbourg s'est faite avec la pompe accoutumée, le 15 novembre dernier, dans la grande salle du Palais-de-Justice.

Le buste de Forget, dû au ciseau de Ph. Grass, l'habile statuaire de notre cathédrale, et exécuté en marbre, grâce à une souscription de MM. les étudiants en médecine, décorait un des angles de l'estrade.

Après un discours fort applaudi de M. le recteur, le secrétaire de l'Académie a proclamé les lauréats, savoir :

Première année. Prix : M. Robert. — *Deuxième année.* Prix : M. Faucon. *Mentions très-honorables* : MM. Cousin et Barthélemy. — *Troisième année.* Prix : M. Chauvel.

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1859-1860. — 1° Lettre de félicitations adressées par S. Exc. le ministre et médaille d'argent décernée par la Faculté à M. Feltz, docteur en médecine à Strasbourg.

2° Lettres de félicitations adressées par M. le recteur de l'Académie et mentions honorables décernées par la Faculté à MM. : 1° Seltier, médecin aide-major à Lyon ; 2° Sizaret, docteur en médecine à Epinal (Vosges) ; 3° Michel, docteur en médecine à Levécourt (Haute-Marne).

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1860-1861. — La commission permanente nommée par le ministre a désigné comme méritant des distinctions spéciales, savoir : 1° Pour une lettre de félicitations émanant de S. Exc. le ministre et pour une médaille d'argent décernée par la Faculté, à M. Schlæflin (de Mulhouse) ; 2° pour une lettre de félicitations émanant de M. le recteur et pour une mention très-honorable décernée par la Faculté : en première ligne, M. Bucquoy (de Wissembourg) ; en seconde ligne, M. Schvob, de Gray (Haute-Saône).

Ont obtenu le premier rang dans les divers concours qui ont eu lieu devant la Faculté de médecine pendant l'année scolaire 1861-1862, savoir :

1° Emploi de premier interne aide de clinique ; M. Münch ; 2° internat à l'Hôpital civil, MM. Wendling, Fournier ; 3° externat à l'Hôpital civil, MM. Cousin, Bablon ; 4° emploi d'aide de chimie, M. Rouland ; 5° emploi d'aide surnuméraire de botanique, M. Lavit.

Ecole supérieure de pharmacie. — Prix : M. Rehm.

— Le concours de l'agrégation à la Faculté de Strasbourg s'est ouvert le 24 novembre. Il y a deux places à donner. Les candidats inscrits sont MM. Paul Aronssohn, Picard, Willemin et Dumont.

— En 1863, la Société de médecine de Strasbourg décernera un prix de 500 fr. au meilleur ouvrage sur une des branches des sciences médicales, imprimé ou manuscrit, français, latin ou allemand, publié depuis le 1er janvier 1862, n'ayant encore été l'objet d'aucune récompense et adressé par l'auteur à la Société avant le 1er avril 1863.

Pour 1864, un prix de 300 fr. est offert à la meilleure statistique et topographie médicale d'un des cantons ou d'une localité de l'Alsace.

Les membres résidants de la Société sont seuls exclus du concours.

En aucun cas le prix ne sera ni ajourné, ni partagé ; la Société s'engage d'une façon obligatoire à couronner un des ouvrages qui lui auront été soumis.

Des médailles pourront être accordées à des mémoires distingués qui auront approché du prix.

Le Comité d'administration classera les ouvrages et proposera à la Société une commission de membres en nombre impair chargée de lui désigner les travaux les plus dignes de son suffrage.

— M. Samuel Lee Bigelow (de Boston), docteur en médecine de la Faculté de Paris, auteur d'une excellente thèse sur l'*Examen microscopique des calculs vésicaux*, pendant longtemps un des praticiens les plus occupés parmi les familles des Etats-Unis résidant à Paris, est mort à l'âge de trente-six ans, le 1er novembre, à Hagerstown, d'une diarrhée bilieuse. Il était en dernier lieu inspecteur médical de la division du général Franklin, dans l'armée du Potomac. Ses funérailles ont eu lieu à Worcester, près Boston, le 7 novembre.

— M. le docteur Follin commencera son cours d'ophthalmologie le mardi 2 décembre, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre de la Faculté. Ce cours sera divisé en deux parties :

1° Leçons sur les principales méthodes d'exploration de l'œil malade, les mardis et jeudis ;

2° A partir du 15 janvier, les leçons cliniques auront lieu les mardis et jeudis à l'hospice de la Salpêtrière.

— M. le docteur Mandl a commencé un cours public sur les affections chroniques des organes de la respiration, le jeudi 27 novembre, à sept heures du soir, à l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

— M. le docteur Coursserant commencera son cours public sur les maladies des yeux, le samedi 29 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Traité pratique des dermatoses classées d'après la méthode naturelle, comprenant l'exposition des meilleures méthodes de traitement, suivi d'un formulaire spécial, par L. V. DUCHESNE-DUPARC, professeur de clinique des maladies de la peau, ancien interne d'Alibert à l'hôpital Saint-Louis ; deuxième édition, revue et augmentée d'une étude sur le choix des eaux minérales dans le traitement des maladies de la peau. Un beau vol. in-18 jésus de plus de 500 pages. Prix : 5 fr. — Paris, librairie de J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

dans un point une expiration soufflée. Sous la clavicule droite, l'expiration est également soufflée. Au larynx, bruit amphorique à l'expiration et à l'inspiration. La sensation de brûlure a disparu. J'accorde une tasse de lait. Même potion qu'au 12; j'y fais ajouter 5 centigrammes d'extrait d'opium. On donne une cuillerée toutes les deux heures. Tolérance du tartre stibié.

Le 16, nuit plus calme. Crachats comme hier, toux et voix de même.

Encore quelques ronchus aux fortes inspirations en arrière à droite, avec respiration rude en quelques endroits; expiration soufflée en avant sous la clavicule droite. Respiration rude au larynx. Pouls à 80. — Deux tasses de lait; même potion; tolérance.

Le 17, à peu près comme hier. Langue encore très-chargée. Depuis cinq jours, le malade n'a plus eu de selles. Pouls à 80. Je donne 30 centigrammes de calomel en six prises (de deux en deux heures une prise).

Le 18, deux selles hier dans la journée. Aujourd'hui le malade avale de nouveau *de travers*. En abaissant fortement la langue, je puis voir une partie de l'épiglotte qui est extrêmement rouge. Crachats moins abondants, mais offrant toujours les mêmes caractères. Voix éteinte. Pouls, 92. — Lait et lait de poule pour aliments; potion gommeuse avec oxymel scillitique, 15 grammes, et sirop diacode, 30 grammes.—Dans la journée, le malade a des anxiétés, parce que la difficulté d'avaler est extrême. Il avale tellement *de travers*, qu'il refuse par moments toute boisson; il se plaint de nouveau de brûlure au larynx et au sommet de la poitrine. Le pouls est à 100 le soir. J'ordonne deux mouches de Milan sur les côtés du larynx, et du lait caillé pour aliment.

Le 19, nuit plus tranquille. Le lait caillé est bien avalé, mais les tisanes passent encore dans le larynx; pouls à 80. Il n'y a plus de râles dans la poitrine. L'expectoration est moins abondante, mais offre les mêmes caractères que les jours précédents. S'il m'avait été possible de saisir au milieu des crachats les détritus de fausses membranes, j'en aurais eu environ une cuillerée par jour. — Potion comme hier; soupe le soir.

Le 20, mieux; pouls à 80; nuit bonne; expectoration comme hier. — Trois soupes, même potion.

Le 21, vers le matin, le malade a beaucoup toussé. L'expectoration a diminué de moitié; mais offre les mêmes caractères. Plus de râles à la poitrine. La boisson passe toujours avec une difficulté extrême, mais les aliments solides sont bien avalés; pouls à 76. Encore deux mouches de Milan sur les côtés du larynx. — Trois soupes, même potion.

Le 22, nuit bonne; peu de toux; la voix revient; les détritus de fausses membranes diminuent. Moins de difficultés pour avaler les liquides; pouls à 76. — Trois soupes.

Le 23, convalescence. J'accorde de la viande. Depuis lors, le malade n'a plus rien offert de particulier à remarquer. Il sort de l'hôpital le 1er janvier, sa voix restant enrouée.

Le 12 janvier, le malade vient me voir. Il dit qu'il ne peut plus travailler de son état à cause d'une faiblesse excessive de la vue. Les objets lui paraissent troubles quand il a travaillé une demi-heure, et il ne peut plus lire les caractères ordinaires. L'œil droit est beaucoup plus affecté que l'œil gauche; il ne peut distinguer la couleur des objets avec l'œil droit. L'examen des yeux n'offre rien de particulier, sauf que les globes oculaires me paraissent un peu plus saillants. La pupille est contractile. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Notre malade nous présente donc un cas de *paralysie diphthérique*, maladie sur laquelle les auteurs nous ont rendus attentifs dans les dernières années seulement, mais qu'Hippocrate signale dans le VIe livre des *Épidémies*, selon M. Littré. La paralysie de notre malade se traduit sous forme d'*amaurose*.

Nous prescrivons un purgatif, deux mouches de Milan derrière les oreilles, et le surlendemain un régime fortifiant avec 0,10 de fer et un vésicatoire à la nuque. Il est à noter que notre malade n'est pas anémique et présente même de l'embonpoint.

Le 17, je fais porter des conserves vertes à mon malade; il dit qu'il voit un peu mieux.

Le 21, le malade distingue les gros caractères d'imprimerie; la vue est devenue égale dans les deux yeux; elle est meilleure de loin que de près (presbytie). — Fer, 0,50.

Le 23, l'amélioration ne marchant pas assez rapidement, je donne la strychnine en même temps que le fer, selon la méthode du docteur Tillier :

Strychnine	0,05
Eau distillée	180,00
Acide acétique	5 gouttes.
Sirop	60,00

A prendre une cuillerée par jour.

Cela représente environ 2 1/2 milligrammes de strychnine.

Le 26, une cuillerée et demie de la potion; fer, 0,50.

Le 30, deux cuillerées de la solution de strychnine; fer, 0,50.

Le 3 février, l'amélioration de la vue continue, mais le malade ne peut pas encore lire. — Fer, 0,50; 2 1/2 cuillerées de la solution de strychnine, qui représentent 6 milligrammes.

Le 7, la vue s'améliore d'une manière très-sensible; le malade quitte l'hôpital. Je lui conseille de continuer le fer et la strychnine pendant huit jours encore.

Le 23, je revois le malade : sa voix est revenue presque entièrement et sa vue aussi; il travaille de son état, peut lire, et ne ressent qu'une légère faiblesse dans les yeux lorsqu'il lit un peu longtemps.

En avril, je rencontre le malade; ses yeux sont parfaitement sains, mais la voix n'a pas encore son timbre normal.

Cette observation nous paraît intéressante sous plusieurs rapports :

1° Elle nous démontre que le croup chez l'adulte n'est pas une affection aussi grave que chez l'enfant. Il est probable que l'adulte résiste mieux à l'*élément diphthérique* que l'enfant; le premier a de plus un grand avantage sur le second, en ce que l'ampleur plus grande des voies respiratoires doit favoriser l'expulsion des fausses membranes.

2° Le passage des liquides dans le larynx, chez les individus affectés de croup, peut avoir lieu, quand même la trachéotomie n'a pas été faite. Cette opération ne peut donc être accusée de produire à elle seule ce phénomène, et il faut chercher ailleurs l'explication des troubles de la déglutition. Nous ne voulons point trancher cette question, interprétée différemment par les auteurs, mais nous croyons que notre fait vient à l'appui de ceux qui croient que la gêne dans la déglutition doit être attribuée à une paralysie des muscles qui président à l'occlusion de la glotte.

3° Le fer aurait-il suffi pour guérir notre malade de son amaurose ?

Nous aimons à le croire; cependant, sous l'effet de la strychnine unie au fer, la guérison a marché beaucoup plus rapidement que lorsque nous avons donné le fer seul. Nous recommandons en conséquence cette méthode de traitement, due à M. le docteur Tillier (de la Vendée).

OBSERVATIONS D'ENTORSES RÉCENTES

guéries par le massage.

Par M. le Dr Ernoul, de Saint-Malo.

Obs. I. — Le 6 mai, un ouvrier serrurier âgé de vingt-deux ans, faisant un faux pas dans son atelier, tombe en tournant le pied gauche. Immédiatement il ressent une douleur très-violente et ne peut qu'avec beaucoup de peine faire quelques pas pour se rendre chez lui.

Le lendemain, je vois le malade et constate un gonflement considérable tout autour de l'articulation tibio-tarsienne gauche, et s'étendant sur le dos du pied; la peau est violacée, tendue et ecchymosée principalement au-dessous de la malléole interne. Douleur excessive dans les mouvements du pied, impossibilité absolue de le poser par terre pour faire un seul pas.

Je pratique le massage pendant cinq minutes environ, je fais exécuter quelques mouvements à l'articulation, puis j'applique un bandage compressif. Le malade souffre beaucoup pendant l'opération, il garde le repos pendant vingt-quatre heures.

Le lendemain, 8 mai, il ne souffre plus et peut reprendre son travail, qui l'oblige à rester debout toute la journée et même à marcher.

Quelques jours après, je revois le malade, qui n'accuse aucune douleur et travaille comme avant son accident.

Obs. II. — Le 2 novembre, M. F... étant à la chasse, se donne une entorse du pied droit en sautant un fossé. Tout en souffrant beaucoup, M. F... revient à pied à son domicile, dont il était éloigné d'une lieue. Le lendemain, il applique un bandage et une pommade sur l'articulation malade. Pendant quatre jours il continue ce traitement, qui a pour effet de diminuer le gonflement; mais la douleur persiste.

Appelé le 6 novembre, quatre jours après l'accident, je vois que si la marche n'est pas impossible pendant quelques instants, elle détermine du moins des douleurs violentes; le gonflement existe encore du côté externe de l'articulation; il y a surtout un point très-douloureux au-devant de la malléole externe. Je pratique le massage, qui fait souffrir le malade pendant les premières minutes; mais bientôt la douleur diminue et cesse tout à fait. L'opération avait duré huit minutes. Immédiatement après, M. F... put marcher, et constata, à sa grande satisfaction, qu'il ne souffrait plus; il reprit ses occupations, marcha autant que d'habitude, et la douleur n'a pas reparu.

Voici comment il convient de procéder au massage :

On presse avec les pouces sur tous les points tuméfiés ou douloureux, en allant de l'extrémité du membre vers sa racine. Les pressions se font graduellement, très-légères d'abord, sans jamais devenir très-fortes; on peut se servir de la paume de la main, mais on doit toujours appuyer modérément. On fait exécuter à l'articulation quelques-uns de ses mouvements naturels, quand l'extrême intensité des douleurs ne s'y oppose pas. L'opération dure de cinq à dix minutes au plus (1).

DE LA PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE AUX MALADIES DU FOIE.

Par M. le docteur Marmisse (de Bordeaux).

L'hygiène est intéressée à connaître l'influence qu'exerce l'hérédité sur l'étiologie de nos maladies, parce que souvent il est en son pouvoir de neutraliser en temps opportun, plus ou moins complétement, les éléments qui provoquent l'explosion morbide. Cette considération m'engage à citer l'observation suivante, que j'ai recueillie dans mes fonctions de médecin vérificateur des décès.

Une famille bourgeoise originaire de Bordeaux et y demeurant, a vu cinq de ses membres atteints de maladie de foie, et jusqu'à présent quatre y ont succombé. Une circonstance commune à ce groupe, c'est que tous ont voyagé dans différents pays chauds. Les femmes, jusqu'à présent, paraissent exemptes. Voici quelques détails sur ces cinq individus :

1° Un de 67 ans; }
2° Son frère, de 65 ans; } morts.
3° Son autre frère, de 63 ans; }
4° Le fils de l'un d'eux, de 24 ans, mort pendant un séjour à la Martinique;

5° Le frère du précédent, de 32 ans, vivant encore, ayant eu une maladie de foie pendant un séjour à Calcutta.

Les deux fils d'un de ceux qui sont morts n'ont encore éprouvé aucune atteinte morbide du côté des voies hépatiques; mais ils ont visiblement, ainsi que leur cousin vivant, une prédominance bilieuse, et s'ils venaient à se mettre dans les conditions topographiques des autres membres de la famille, ils s'exposeraient à une explosion morbide.

L'hygiène doit donc conseiller aux divers individus de ce groupe domestique, pendant une certaine série de générations, d'éviter l'expatriation ou le séjour dans les pays chauds, pour détruire le germe morbide que leur transmet l'hérédité.

Si on exigeait de moi un diagnostic plus analytique que celui d'une *maladie de foie*, je répondrais que cette précision ne m'est pas possible avec les seuls éléments d'observation qui ont été à ma disposition. Mais je suis convaincu que ce *desideratum* scientifique n'ôte pas à mon observation l'intérêt hygiénique que je lui attribue.

DU MEILLEUR MODE DE PRÉPARATION

et des propriétés du vin de quinquina ferrugineux.

Par M. le Dr Jules Bruyère.

On a dit avec raison que le quinquina était le roi des médicaments. Cette grande vérité thérapeutique est admise par tous, mais l'esprit essentiellement progressiste de notre époque ne s'en tient pas aux axiomes, et lorsqu'une chose est réputée bonne, il importe de la rendre meilleure encore. Or, les préparations quiniques ne s'adressent qu'à un cadre borné d'affections pathologiques; tout le secret de leur extension et de leur plus grande efficacité consiste dans l'association pharmaceutique de la précieuse écorce du Pérou avec des substances compatibles et d'une action non douteuse. On n'a plus seulement à secourir des malades faibles, débilités, ou atteints de pyrexies intermittentes et de névralgies périodiques; mais, le champ de la pratique une fois élargi, on peut avoir de la prise sur différents autres états morbides, contre lesquels on n'avait jusqu'alors lutté qu'avec des moyens insuffisants.

Pénétré de ce principe, un pharmacien distingué de Paris, M. Moitier, vient de préparer, à l'aide du vin de Malaga, du quinquina jaune royal et du pyrophosphate de fer, un vin-médicamenteux qui nous paraît réunir toutes les conditions possibles de succès, et nous ne sommes point surpris des résultats sérieux que ceux de nos confrères qui l'ont expérimenté en ont obtenus, car il nous a rendu à nous-même un service signalé.

Le pyrophosphate de fer est un médicament nouveau et qui est aujourd'hui reconnu comme étant le sel de fer le plus actif, le plus soluble et le plus assimilable. Associé au vin de quinquina préparé au Malaga, — le plus généreux et le plus agréable de tous les vins, — il constitue un médicament qui, sous le même volume, réunit les deux plus puissants toniques employés pour rendre au sang appauvri sa composition première.

Sous l'influence du *vin de quinquina ferrugineux* de Moitier, on arrive à amender sensiblement ou à guérir de la façon la plus radicale la chlorose, la gastralgie, la leucorrhée, les accidents dysménorrhéiques, les complications de l'anémie et les phénomènes nerveux mal caractérisés qui accompagnent en général l'âge de la ménopause. Les affections lymphatiques et scrofuleuses chez les enfants et les adultes, sont modifiées par son emploi, et il n'est pas jusqu'à l'action tonique et stomachique de cette préparation qui n'excite l'appétit des vieillards et qui ne les fortifie.

Nous avons fait récemment une application des plus heureuses de ce vin sur notre propre fils, qui, après avoir démesurément grandi, fut pris à l'âge de la puberté d'une série d'accidents multiples, qui ont bien failli l'enlever! De persistantes épistaxis l'avaient plongé dans un état d'abattement, de pâleur et de maigreur réellement alarmant, et nous sommes convaincu qu'il ne doit aujourd'hui la conservation de son existence et le retour à la santé, qu'aux quatre cuillerées par jour que nous lui avons fait prendre pendant un mois du vin de quinquina au pyrophosphate de fer.

Fort de cet exemple, nous l'avons essayé quelque temps après, et également avec succès, chez une femme que des pertes utérines, les privations, l'excès de travail et des peines domestiques avaient réduite à la plus affreuse *misère physiologique*; en six semaines, nous avons reconstitué un organisme profondément altéré.

Les impressions du médecin ne sont pas exagérées chez nous par le fait d'une gratitude toute personnelle. Nous croyons que la combinaison thérapeutique imaginée par M. Moitier est heureuse et capable de rendre des services à l'humanité, aussi avons-nous le courage de notre opinion.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 décembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Cressant (de Guéret) et Gabiot (de Bar-sur-Seine) [commission des épidémies];

2° Un mémoire sur l'altération des ongles à la suite des maladies longues et graves, par M. Jobert (de Guyonvelle);

3° Une observation d'épidémie de cowpox à la vacherie du couvent de la Grande-Chartreuse, par M. le docteur Pascal. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un recueil d'observations de varioles anormales, par M. le docteur Larroque, de Masseube (commission de vaccine);

2° Une observation intitulée : *Tumeur fibro-celluleuse interstitielle de l'utérus; obstacles à l'accouchement; perforation du crâne; céphalotripsie; accidents consécutifs; mort*; par M. le docteur Devilliers (commissaire, M. Chailly);

(1) Dans les entorses récentes, il n'est pas nécessaire d'opérer le massage pendant une demi-heure, comme le fait M. Rizet. Avec des pressions légères et de courte durée, on ne s'expose nullement à provoquer l'inflammation de l'articulation entorsée.

3° Une lettre de M. le docteur de Martin fils, de Narbonne, accompagnant l'envoi d'une brochure sur les eaux de Narbonne, au point de vue hygiénique. (Commissaire, M. Poggiale.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. Ch. Robin, qui, en qualité d'exécuteur testamentaire d'Ernest Godard, informe l'Académie que la famille de ce jeune et regrettable savant a mis à sa disposition une somme destinée à instituer un prix.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Robert, membre titulaire.

M. le président appelle successivement plusieurs personnes inscrites pour des lectures. Aucune ne répondant à l'appel de son nom, M. le président demande si l'Académie désire engager la discussion sur le rapport de M. Poggiale, et invite les membres qui se proposaient de prendre la parole à s'inscrire.

— M. Gibert demande la parole.

Discussion sur les eaux potables.

M. GIBERT s'étonne d'entendre nier dans le rapport la possibilité de se procurer de l'eau fraîche en été dans les grandes villes où l'on fait usage d'eau de rivière. Le moyen de rafraîchir l'eau destinée à la boisson et aux usages domestiques est tellement simple, d'un usage tellement vulgaire, qu'il ne connaît personne qui n'y ait recours.

Il ne s'étonne pas moins de voir aussi mettre en doute l'efficacité des moyens de filtration. On semble donc avoir oublié, dit-il, que depuis plus de cinquante ans la Compagnie du quai des Célestins sert de l'eau de Seine filtrée à un grand nombre de ménages de Paris!

M. POGGIALE. Personne ne conteste la possibilité de filtrer de petites quantités d'eau; aussi n'est-ce pas là ce qui a été dit dans son rapport. Ce n'est pas là, en effet, la question. La question est de savoir s'il existe des procédés efficaces et économiques pour filtrer l'eau de Seine ou de tout autre rivière en grand, c'est-à-dire en quantités assez considérables pour satisfaire aux besoins d'une grande population. Voilà ce qu'il a contesté et ce qu'il maintient contrairement à l'assertion de M. Gibert, et d'accord avec M. Lefort, qui a très-justement fait remarquer dans son travail l'insuffisance et l'imperfection des moyens de filtrage usités jusqu'à présent.

M. ROBINET. Il est très-possible que M. Gibert, — et la plupart d'entre nous doivent se trouver dans ce cas, — s'arrange de manière à boire de l'eau fraîche en été; mais il n'en est pas ainsi pour la majorité des habitants de Paris, qui n'ont pas les mêmes ressources. L'administration municipale de Paris, dans un esprit libéral qu'on ne saurait assurément trop louer, a voulu que désormais tout le monde, pauvres ou riches, pût jouir du même privilége, boire de l'eau fraîche en été et tempérée en hiver, et pour atteindre ce but il fallait qu'on pût trouver des eaux réunissant ces qualités à toutes les fontaines publiques; c'est ce qu'elle veut faire en dérivant sur Paris les eaux de la Dhuis.

Quant au filtrage, il est incontestable que les procédés généralement usités sont imparfaits et peu économiques, et ne fournissent qu'une eau d'une limpidité douteuse. C'est encore l'ambition de la ville de Paris de fournir à la population de l'eau d'une pureté irréprochable.

M. POGGIALE regrette que le débat se soit si promptement engagé sur la question spéciale de la valeur comparative des eaux de la Seine et de la Dhuis, dont il n'a pas été question dans son rapport. C'est à dessein qu'il a omis de parler de cette question, pour ne s'occuper que du problème général des eaux potables.

M. J. CLOQUET demande à être inscrit pour la séance prochaine.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements.

La liste de présentation dressée par la section porte : en 1re ligne, M. Blot; en 2e ligne, M. Devilliers; en 3e, M. Laborie; en 4e, M. Bernutz (1); en 5e, M. Salmon.

L'Académie, sur la proposition de plusieurs membres, a ajouté à la liste le nom de M. Mattei.

(1) M. Bernutz, par une lettre adressée à l'Académie dans la précédente séance, mais après le travail de la commission, a déclaré se désister de sa candidature.

Voici quel a été le résultat du scrutin :

Au premier tour, sur 71 votants, majorité 36, les voix se sont réparties comme il suit :

M. Devilliers.	35 voix.
M. Blot.	26
M. Laborie.	8
M. Mattei.	1
Bulletin blanc.	1

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants est de 69, majorité 35 :

M. Devilliers obtient. . . .	43 voix.
M. Blot.	24
M. Laborie.	1
Bulletin blanc.	1

M. Devilliers ayant obtenu la majorité des suffrages, M. le président le proclame membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de S. M. l'Empereur.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

M. A. Robert, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, agrégé libre de la Faculté, membre de l'Académie de médecine et professeur à l'Ecole impériale des Beaux-Arts, vient de succomber, dans sa soixante et unième année, à la grave maladie qui, depuis plusieurs mois, n'avait fait que trop bien prévoir à ses nombreux amis cette terminaison fatale.

Ses obsèques auront lieu aujourd'hui jeudi, à 11 heures précises, à l'église Sainte-Clotilde.

Nous rappellerons prochainement les nombreux titres que M. Robert s'était acquis à l'estime et aux regrets de tous ses confrères.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 1er décembre, M. Bourbouze est nommé préparateur de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Baudrimont, qui est nommé préparateur d'histoire naturelle à ladite Ecole (emploi nouveau).

— M. Maillard, professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'Ecole préparatoire de Dijon, est nommé en outre chef des travaux anatomiques à ladite Ecole, en remplacement de M. Gruère, dont la démission est acceptée.

— Par suite des concours ouverts dans les trois écoles de médecine navale, le 1er octobre dernier, ont été nommés, en vertu d'un décret du 23 novembre :

Au grade de chirurgien de 1re classe, MM. Follet, pour Rochefort; Gayme, pour Toulon; Salis, pour la Martinique; Senelle, Comte, Bourgarel, pour Toulon; Orabona, pour la Nouvelle-Calédonie; Duburquois, Brion, pour Brest; Hubac, pour la Réunion; Bavay, Normand, Gestin, Mahé, pour Brest.

Au grade de chirurgien de 2e classe: MM. Rochas, aide-major pour le 3e régiment d'infanterie de marine, à la Guyane; Guyot, pour Rochefort; Pichon, pour Brest; Bonnithon, Gaudin, Viaud, pour Rochefort; Blanchon, Souliers, Aude, pour Toulon; Carbonnel, Turquet, pour Brest; Layet, Antoine, Rimbaud, Gardies, Dubraudiy, pour Toulon; Bernard, aide-major pour les troupes en Cochinchine; Marnata; Sérez, Étienne, pour le Sénégal.

Au grade de chirurgien de 3e classe : MM. Bonnafy, pour Brest; de Capdeville, pour Toulon; Thomasset, pour Brest; Lange, Peslerbe, Cassan, Dhoste, pour Rochefort; Nédelec, pour Brest; Pichez, pour le Sénégal; Coiron, Molle, Sallé, Jardin, Le Tersec, Charlopin, Silliau, Rocheforts pour Brest; Sanguer, Sellier, pour la Guyane; Leclerc, Seney, Fouque, Trucy, Coulet, Silvestrini, Dubois, Lambert, Rébufat, pour Toulon; Buisson, pour la Guadeloupe; Chevalier, pour la Guyane.

Au grade de pharmacien de 1re classe : M. Ségard, pour Toulon.

Au grade de pharmacien de 2e classe : M. Marion, pour Toulon.

Au grade de pharmacien de 3e classe : MM. Louvet, pour Rochefort; Gadreau, pour Brest.

— Le concours pour deux places de chirurgien-adjoint des hospices civils de Toulouse est terminé. Un seul compétiteur, M. le docteur Henri Molinier, a été nommé.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'Ecole de médecine de Lyon a eu lieu le 21 novembre. Voici la liste des prix décernés aux élèves en médecine et en pharmacie :

1re ANNÉE. — 1er prix, M. Français; 2e prix *ex æquo*, MM. Lucain et Michaud.

2me ANNÉE. — 1er prix, M. Bozonet; 2e prix, M. Aubert.

3me ANNÉE. — Prix unique, M. Poullet.

Elèves en pharmacie. — Prix unique, M. Bernaert.

— La rentrée solennelle des Facultés et de l'Ecole de médecine de Toulouse a eu lieu le 20 novembre. — Les lauréats sont :

1re ANNÉE. — *Sciences physiques et naturelles.* — 1er prix, M. Raymond; 2e prix, M. Filhol; — 1er accessit, M. Vieusse; 2e accessit, M. Desplats.

Anatomie et physiologie. — 1er prix, M. Lagrèze-Fossat; 2e prix, M. Desplats. — 1er accessit, M. Ladevèze; 2e accessit, M. Reynaud.

2me ANNÉE. — 1er prix, réservé; 2e prix, M. Sylvestre. — 1er accessit, M. Pradines; 2e accessit, M. Dumas.

3me ANNÉE. — 1er prix, réservé; 2e prix, M. Bichemin. — Accessit, M. Couve.

Clinique. — Prix réservé. — Accessit *ex æquo*, MM. Bichemin et Sylvestre.

Pharmacie. — 1er prix, M. Rotis; 2e prix, M. Doumenq. — 1er accessit, M. Laffon; 2e accessit, M. Nugon.

PRIX LASSERRE. — M. Deussaus.

— Les inscriptions prises à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour le premier trimestre de l'année scolaire 1862-63, s'élèvent au chiffre de 86, qui sont ainsi réparties :

Aspirants au doctorat.	48
— au titre d'officier de santé.	26
— — de pharmaciens de 2me classe.	12
Total.	86

Nous attendons que M. le doyen de notre Faculté veuille bien nous faire connaître les nombres des inscriptions prises à Paris, pour mettre cette petite statistique sous les yeux de nos lecteurs.

— A Londres, en une seule semaine, quatre nouvelles opérations d'ovariotomie ont été pratiquées dans les hôpitaux seulement, sans compter celles de la ville : l'une par M. Bryant à l'hôpital de Guy, une autre à Saint-Barthélemy, une troisième à Saint-Georges; la dernière a été relatée par M. Wels à la Société pathologique.

Cet honorable confrère avait eu, dit-il, dans le précédent exercice, 7 morts sur 12 cas. Mais ses neuf dernières opérations ont toutes été couronnées de succès.

— Les maladies du cœur sont très-nombreuses en Australie. Comparées à ce qu'on observe en Angleterre, elles offrent une disproportion des plus remarquables. A Melbourne, sur 359 décès, il y en a un dû à cette cause, tandis qu'à Londres il n'y en a qu'un sur 532, et en Angleterre, un sur 889.

— M. le docteur Clerc, médecin de Saint-Lazare, a commencé hier lundi, à l'École pratique, à sept heures du soir, son cours public sur les *maladies vénériennes*, et le continuera les vendredis et lundis suivants.

— Le nommé Frédéric Bock, déjà condamné le 24 mars dernier à vingt et un jours d'emprisonnement, 70 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts envers les médecins qui, au nom de l'Association, s'étaient portés parties civiles, a comparu de nouveau le 5 de ce mois devant le tribunal correctionnel de Lille, sous la double inculpation d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. L'Association s'est également portée partie civile dans cette affaire, et le prévenu a été condamné à quatre mois de prison, 120 fr. d'amende, et à 300 fr. de dommages-intérêts envers la partie civile, par application de l'article 36 de la loi du 19 ventôse an XI.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Recherches sur la syphilis; du chancre. — Péritonite puerpérale; traitement par la térébenthine. — Uréthrotomie interne bilatérale. — Fistules lacrymales. — HÔTEL-DIEU DE CLERMONT (M. Fleury). Paralysie de la troisième paire (moteur oculaire commun) consécutive à une lésion de la cinquième, survenue à la suite d'une chute. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 26 novembre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Climatologie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Recherches sur la syphilis. — Du chancre.

Dans la *Revue* du 8 novembre dernier, nous avons entrepris de faire connaître quelques-uns des résultats exposés dans le grand travail de M. le professeur Boeck (de Christiania) sur la syphilis. On a vu dans ce premier aperçu les résultats statistiques comparatifs des divers modes de traitement des accidents syphilitiques primitifs, employés dans les hôpitaux de Christiania pendant une longue période d'années. Nous allons exposer aujourd'hui le résultat des études de M. Boeck sur le point fondamental de l'histoire de la syphilis, sujet de tant de controverses depuis nombre d'années, le chancre.

« Quant à mon opinion sur les différents chancres, dit M. Boeck, après un examen historique très-complet de toutes les doctrines émises sur ce sujet depuis le grand mouvement imprimé à la syphiliographie par M. Ricord, je crois qu'ils sont tous le produit du même virus, mais l'intensité de ce virus étant on ne peut plus différente, il provoque les différentes formes de chancre et la durée différente de l'incubation. La grande règle de M. Ricord, que le chancre mou avec ou sans bubon suppurant reste local, et que le chancre induré avec sa pléiade donne la syphilis constitutionnelle, est vraie; mais elle est sujette à un grand nombre d'exceptions.

» Je ne rencontrerai pas beaucoup d'opposition en prétendant qu'il arrive assez souvent que les femmes contractent la syphilis constitutionnelle par suite d'un chancre mou, et de la cicatrisation de celui-ci sans induration de la cicatrice. »

Aux objections nombreuses qui peuvent s'élever contre cette observation, et dont il ne se dissimule nullement le poids, pour plusieurs du moins, M. Boeck répond par le fait suivant : Une toute jeune fille, dont la sœur était fille publique, ayant résolu de s'adonner au même genre de vie, se présenta chez le médecin d'inspection, M. Lund, qui lui donna un certificat de santé, en observant qu'elle avait encore son hymen. Peu de jours après elle entra à l'hôpital, où on lui trouva des ulcères non indurés près des orifices des conduits excréteurs des glandes vulvo-vaginales. Elle fut examinée fréquemment, et avec le plus grand soin, sans que nulle autre affection se manifestât; mais six semaines environ après l'apparition de ces ulcères, la syphilis constitutionnelle se déclara.

Une autre question est celle de savoir si la syphilis constitutionnelle peut se développer chez l'homme après le chancre mou. Comme règle générale, M. Boeck partage l'opinion que le chancre mou avec ou sans bubon suppurant n'est point suivi de syphilis constitutionnelle, mais il pense qu'il y a des exceptions à cette règle.

Une règle plus sûre à ses yeux est celle qui enseigne que le chancre induré est suivi de syphilis constitutionnelle, et il est presque impossible de dire si cette grande règle a aussi des exceptions. Ce qu'il affirme avec certitude, c'est qu'il a vu plusieurs exemples d'individus ayant eu un chancre manifestement induré, et qui sont restés plus d'une année sans être affectés de syphilis constitutionnelle; plus tard leur trace a été perdue.

Arrivant aux affections où il est réellement douteux si l'on a affaire à un chancre mou ou à un chancre induré, M. Boeck constate que quelquefois le chancre est mou à son début, qu'il devient douteux au bout de quelques jours, et qu'on a bientôt un chancre induré bien distinct. Ce n'est, suivant lui, que par le fait d'une absence complète d'observation qu'on a voulu depuis quelque temps contester d'une manière absolue ce développement du chancre, en prétendant que l'induration a toujours existé depuis le premier moment. Qui n'a pas observé des chancres, par exemple ceux qui s'étendent du prépuce au gland, dont une partie a été distinctement indurée, tandis qu'une autre partie, nommément celle qui s'étend sur le gland, n'est que peu ou point indurée? Le siége du chancre a sous ce rapport une grande influence. Ces tumeurs des glandes ne sont pas non plus toujours assez prononcées pour qu'on ose en tirer une conclusion définitive.

Relativement à l'inoculation de la matière du chancre mou, M. Boeck convient que ce chancre est en effet inoculable dans la plupart des cas, mais il admet encore des exceptions à cette règle. Il lui est arrivé de tenter en vain pendant longtemps d'inoculer la matière de tous les chancres mous qui se trouvaient à l'hôpital.

Par contre, il a réussi bien souvent à inoculer la matière du chancre induré; bien mieux, il prétend que non-seulement la matière du chancre induré peut s'inoculer sur le malade syphilitique, mais que ce n'est que par exception qu'elle n'est pas inoculable sur l'individu qui en est atteint ou sur un autre malade syphilitique. Ce dernier point lui paraît irrévocablement démontré par le résultat d'expériences réitérées faites par M. le docteur Bidenkap, son médecin de réserve.

Voici comment M. Boeck explique la différence frappante qui existe entre ces résultats et ceux qu'ont obtenus d'autres observateurs.

« En suivant exactement depuis le premier stade la marche d'un certain nombre de chancres, dit-il, on découvrira qu'au début ils sont assez identiques et présentent des ulcères à suppuration abondante. Si pendant ce stade on fait une inoculation, elle réussira presque toujours. Mais peu à peu quelques-uns des ulcères (en général le plus petit nombre) commencent à s'indurer, et à mesure des progrès de l'induration, la suppuration diminue, la sécrétion de l'ulcère devenant de plus en plus séreuse. Les inoculations faites pendant ce stade donneront dans beaucoup, et peut-être dans la plupart des cas, un résultat négatif, et plus l'induration a fait de progrès, plus on réussira rarement à provoquer des pustules avec la lancette, jusqu'à ce qu'il arrive une époque où toute inoculation sera vaine. En couvrant alors le chancre de charpie, qu'on ne renouvelle pas, au bout de vingt-quatre heures ou plus tôt, on trouvera une abondante sécrétion de matière plus épaisse et purulente, dont l'inoculation, dans la plupart des cas, donnera des résultats positifs, même lorsque l'induration est arrivée à un grand degré de développement. »

Les inoculations nombreuses sans résultats, rapportées par les auteurs, ont été faites probablement, pense-t-il, dans ce dernier stade du chancre et sans les précautions nécessaires.

On vient de voir ce que M. Boeck a cru pouvoir déduire d'observations cliniques, aidées de l'inoculation diagnostique. Voici maintenant ce que les inoculations faites comme méthode curative lui ont enseigné.

Le différent degré d'inflammation qu'on voit se déclarer chez les différents individus comme l'effet du virus syphilitique, a été attribué à l'individualité seule du malade. La syphilisation démontre, suivant M. Boeck, que c'est une erreur, que la matière possède une intensité fort différente. Ceci est un point capital quand il s'agit de porter un jugement sur les différentes espèces de chancres, ainsi que pour résoudre la question de l'unité et de la dualité du virus syphilitique. Voici quelques-unes des preuves qu'invoque M. Boeck pour démontrer que l'intensité du virus syphilitique est capable de s'affaiblir comme d'augmenter.

L'inoculation constamment répétée du même individu avec la même matière syphilitique, et en prenant toujours pour l'inoculation suivante la matière des pustules produites par la dernière inoculation, aboutit enfin à l'immunité, eu égard à cette matière, les pustules et les ulcères produits devenant de plus en plus petits. Peu importe qu'on emploie la matière d'un chancre mou ou celle d'un chancre induré, on obtient toujours la même série décroissante, en arrivant enfin à un résultat négatif. Mais le temps du procès, en supposant que les inoculations se fassent avec des intervalles égaux, est excessivement variable. Dans un cas, M. Boeck a pu continuer l'inoculation du même individu avec la même matière à travers 83 générations, et les inoculations se faisant avec trois jours d'intervalle, la matière continuait à rendre pendant 243 jours.

Une autre fois, la matière ne se laisse inoculer qu'à travers quelques générations, et en faisant simultanément des inoculations de la même matière sur plusieurs individus, on trouve qu'elle est à peu près inoculable dans le même nombre de générations sur tous ceux qui n'ont pas été déjà syphilisés pendant quelque temps.

Dans sa première série d'expériences sur la syphilisation, M. Boeck n'a employé la matière que d'un seul chancre mou. Les deux individus inoculés les premiers avec la matière de ce chancre étaient en traitement pendant plus de six mois avant d'atteindre l'immunité et la guérison. Les deux individus suivants, pour lesquels la matière fut empruntée aux deux premiers, qui à cette époque étaient soumis à la syphilisation de-

---

CLIMATOLOGIE.

Décidément la climatologie est en faveur, surtout en France, où elle est devenue l'objet d'études qui se renouvellent et se multiplient chaque jour, le texte de communications qui, des Académies, passent dans la presse ou se moulent en brochures distribuées à la main, au coin des rues, absolument comme les prospectus du commerce. Que d'inepties quelquefois sont mises de la sorte en circulation! Ces choses étranges ne font guère, il est vrai, qu'effleurer les oreilles du savant; mais elles le touchent assez néanmoins pour éveiller son attention sur une question d'importance majeure en thérapeutique hygiénique. Que l'avant-garde se perde dans les broussailles ou dans les ténèbres, peu importe; l'impulsion est donnée, c'est là l'essentiel. Si elle dévie, des hommes compétents s'engageront peut-être à sa suite pour rectifier sa marche et réprimer ses écarts.

Cependant, les travaux entrepris récemment en vue de la climatologie ne sont pas tous des œuvres de fantaisie, bonnes tout au plus à égayer les critiques d'humeur folâtre; il en est plusieurs, au contraire, de très-sains, de très-substantiels, dont s'alimente et profite la science actuelle, mais il n'en est pas de complets.

Nous avons aux Archives de la guerre une carte stratégique de toute l'Europe, sur laquelle les mouvements de terrain, les collines, les montagnes, les vallées, les plaines, les forêts, les cours d'eau, les marais, etc., sont soigneusement indiqués, après avoir été relevés suivant une méthode et un programme préalablement définis. A l'aide de cette carte, qui se morcelle par régions, quand une armée entre en campagne, son général sait toujours d'avance quels sont les avantages ou les inconvénients qu'offre chaque gîte qu'il fera prendre à ses troupes. Quels documents avons-nous à mettre au service de la stratégie hygiénique, si je puis qualifier ainsi la prophylaxie? Des ébauches faites à la volée, des monographies fort estimables sans doute, mais sans uniformité de plan, et inscrites d'ailleurs en nombre toujours insuffisant dans le même cadre, c'est-à-dire dans le même livre. Ne pourrait-on faire pour la topographie médicale ce qui se pratique pour la topographie militaire? Avoir des travailleurs sur place, un centre d'où partent les instructions et auquel aboutissent les matériaux recueillis? Il y a parmi nous une foule d'hommes de bonne volonté qui n'attendent qu'un signal; mais ce signal, quand sera-t-il donné? Probablement lorsque tout le monde sera convaincu, comme M. Michelet, que la médecine de l'avenir doit être de plus en plus la science de l'émigration, l'art de l'acclimatation.

Je le répète, dans ce grand tout qui constituerait une sorte de géographie climatérique servant à guider les pérégrinations des valétudinaires, plusieurs cases déjà sont abondamment pourvues. Celle qui correspond à l'Egypte vient d'être à son tour sinon remplie, du moins approvisionnée par M. le docteur Schnepp, médecin sanitaire à Alexandrie (1). Le livre qu'il vient de publier est, malgré quelques petites imperfections, de ceux qui se font aimer de la science, en même temps qu'il atteste toutes les grandes qualités de l'hygiéniste de vocation.

Quand on a lu cet ouvrage, on a toujours quelque bonheur à s'en souvenir, tant la facture en est honnête, le but louable et désintéressé. L'auteur, en effet, se tient modestement « entre cour et jardin »; point de fracas, point de bannière à sa porte.

Définir et classer le climat égyptien n'est point une mince affaire, quand on n'a pour s'y aider que des données incomplètes, contradictoires, faussées par l'ignorance ou avilies par le mensonge; mais rien ne trouble ce vaillant esprit au fait des fouilles patientes, laborieuses, et également habile à décrasser tout ce qu'une tradition erronée a pu ternir. Sous sa main, le climat d'Egypte prend un aspect nouveau et tout à fait inattendu. Ce n'est plus cette Egypte renommée depuis tant de siècles pour la beauté inaltérable de son ciel et sa bienfaisante influence sur les maladies de poitrine.

Loin de là. Suivant M. Schnepp, la phthisie semble se relayer avec la peste pour décimer les habitants de cette contrée. Révélation vraiment désolante pour les médecins qui, sur la foi des auteurs anciens et modernes, espèrent une destinée meilleure pour les tuberculeux dirigés sur l'Egypte.

Les faits par lesquels l'auteur entre dans la démonstration ont été observés par lui-même : la fidélité n'en saurait être douteuse, mais il me semble difficile d'en accepter toutes les conclusions.

Les stations climatériques de la basse et de la haute Egypte sont échelonnées entre le Caire et la deuxième cataracte; elles comprennent par conséquent une étendue de 8 degrés, depuis le 30e jusqu'au 22e de latitude nord. C'est habituellement sur le Nil que les malades effectuent ce parcours; voici pour eux, d'après M. Schnepp, les conditions du voyage. Il ne faut pas s'attendre, dit-il, à rencontrer au delà du Caire des hôtels ou de simples auberges, ni même une maison confortable où l'on puisse se loger. La seule habitation sur laquelle il faille compter, c'est la barque ou cange qu'on loue pour remonter le fleuve. Mais le patron de cette barque, les hommes de son équipage, sont un fléau pour le voyageur, qu'ils trompent, qu'ils volent et qu'ils abandonnent même en plein désert, pour peu que la fantaisie leur en vienne. Autres misères : pour vivres, de la farine humide, malpropre, à odeur musquée; du pain aigri, collant, d'une saveur nauséeuse et de digestion pénible; point de poisson mangeable; point de viande de bœuf, rien que du mouton, du poulet, du

(1) *Du climat d'Egypte*, par M. le docteur Schnepp. — Librairie de F. Didot.

puis quatre mois, acquirent l'immunité au bout de trois mois. Le cinquième, dont la syphilisation eut lieu cinq mois après le commencement de la syphilisation des deux premiers, et qui fut inoculé avec une matière empruntée à ceux-ci, acquit l'immunité avant l'expiration du deuxième mois.

Comme l'intensité de la matière syphilitique peut diminuer, elle peut également dans certains rapports augmenter.

La première matière employée quand M. Boeck commença la syphilisation, ne se laissant point inoculer en beaucoup de générations, et une nouvelle matière n'étant pas à sa disposition, l'idée lui vint de faire l'inoculation d'un individu affecté de syphilis constitutionnelle avec la même matière qui ne prenait pas chez le malade traité par la syphilisation; elle prit bien chez cet individu, et, ayant été réinoculée au syphilisé, elle prit de nouveau chez celui-ci à travers quelques générations.

En joignant les faits qui précèdent à ceux qu'il obtient par la syphilisation, M. Boeck est arrivé, quant aux différentes formes de chancre, au résultat suivant, qui est la conclusion de cette partie de ses recherches; savoir : Que le chancre mou comme le chancre induré est le produit du même virus, sa différence d'intensité seule faisant les deux formes.

Il nous restera, pour terminer l'exposé des principaux faits contenus dans cet important document, à parler des faits relatifs à la transmission de la syphilis constitutionnelle, du rôle de la blennorrhagie dans la syphilis et des symptômes provoqués par le mercure, etc.; c'est ce que nous ferons dans un troisième et dernier article.

Péritonite puerpérale; traitement par la térébenthine.

Une femme enceinte de huit mois est entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, pour faire ses couches; elle était bien portante; elle est accouchée le 23 novembre, très-facilement, sans aide. Les femmes qui accouchent très-facilement, dit M. Trousseau, ne sont pas celles qui ont les meilleures suites de couches; celles qui se félicitent d'accoucher en une demi-heure sont exposées à plus d'accidents que celles qui sont vingt-quatre heures en travail. Cette femme, qui était encore très-bien portante le 24 au matin, a été prise de frissons dans la journée.

Le 25, à la visite, elle avait les mains chaudes, mais moites; le pouls ample, ressemblant assez bien au pouls sudoral des fièvres éruptives; jusque-là rien ne paraissait indiquer de la gravité; mais l'utérus arrivait jusqu'à l'ombilic, et il était sensible à la pression; la malade accusait une douleur dans la région rénale, signe ordinaire du début de la péritonite.

Dans le but de prévenir les progrès ultérieurs de cette affection, à laquelle les conditions épidémiques actuelles pouvaient donner plus de gravité réelle qu'elle n'en avait en apparence (il y a, en effet, en ce moment à l'Hôtel-Dieu plusieurs cas de péritonite puerpérale), M. Trousseau a institué chez cette malade une médication active. Il a attaqué cette péritonite commençante par l'essence de térébenthine. Il a prescrit 12 capsules de 12 gouttes chacune, espérant modifier par ce moyen l'inflammation péritonéale. Le ventre a été couvert d'une mixture de belladone et d'opium, par-dessus laquelle on a appliqué un cataplasme; lavement de glycérine, qui remplace avec avantage, suivant M. Trousseau, les lavements huileux.

Cette médication, empruntée aux médecins anglais, et particulièrement à Graves, a déjà eu plusieurs fois des succès entre les mains de M. Trousseau. Il donne la térébenthine unie à l'opium d'abord, parce que l'opium est, comme on le sait, très-utile dans la péritonite; en second lieu, dans le but de faire mieux tolérer la térébenthine, qui, administrée seule, provoque souvent des vomissements.

La proportion d'opium n'a pas besoin d'être très-élevée : une goutte de laudanum suffit pour 3 capsules.

Graves et tous les auteurs anglais prescrivent la térébenthine en potion émulsionnée. M. Trousseau proscrit ce mode d'administration, qui a l'inconvénient d'inspirer un profond dégoût aux malades et de provoquer des vomissements. Comme c'est surtout le pharynx qui se révolte au contact de la térébenthine, beaucoup plus que l'estomac, on prévient cet inconvénient en administrant cet agent sous la forme capsulaire.

Le 27, cette femme allait beaucoup mieux; la fièvre avait cessé; la montée du lait avait eu lieu; l'utérus était redevenu indolent; une sueur abondante couvrait son corps : tout indiquait une franche convalescence et une guérison prochaine.

Le 29, la guérison paraissait confirmée.

Deux jours après, alors que l'on avait pu croire cette femme en voie de convalescence, elle a été reprise d'un nouveau frisson qui a fait craindre qu'il ne se formât un abcès dans la fosse iliaque. Elle a été remise aussitôt à l'usage de la térébenthine, à la dose de douze capsules. Cette nouvelle explosion de symptômes menaçants a été presque tout aussitôt conjurée.

Le 1er décembre, elle n'avait déjà plus ni fièvre ni douleurs, et elle était en pleine sudation.

Le mardi matin, lors des dernières nouvelles que M. Trousseau en a données à ses élèves, elle allait de mieux en mieux. Le traitement est continué.

Uréthrotomie interne bilatérale.

L'uréthrotomie interne dans le traitement des rétrécissements uréthraux est loin d'être adoptée par tous les chirurgiens. Mérite-t-elle réellement l'abandon auquel plusieurs semblent la condamner? Ne doit-elle pas, au contraire, être employée plus souvent?

M. Gosselin a souvent agité cette question à l'hôpital de la Pitié. Il a depuis longtemps adopté l'uréthrotomie pour les rétrécissements situés au niveau et en avant du scrotum. Mais il l'avait jusque-là rarement employée pour les rétrécissements plus profonds, à cause de l'insuffisance des instruments. Les derniers perfectionnements imaginés par M. Maisonneuve, et surtout la lame tranchante de chaque côté, lui ont paru mieux satisfaire à toutes les indications. C'est pourquoi aujourd'hui il a recours plus souvent à ce mode de traitement, qu'on aurait tort de présenter comme plus radical que les autres, mais qui a le grand avantage d'être plus expéditif et moins douloureux.

Sur le dernier opéré de M. Gosselin, le rétrécissement, situé dans la portion membraneuse, était devenu assez étroit pour que les plus fines bougies n'aient pu entrer que le troisième jour. La veille de l'opération, le malade a été mis à l'usage de la tisane de pariétaire. Le matin du jour où elle a été faite, et une heure avant, il a pris un grand bain. Un demi-lavement a été donné à la sortie du bain.

M. Gosselin se propose en employant ces précautions de faire produire une urine claire, peu chargée de matières animales, non toxique, et incapable de fournir à l'absorption de la plaie des matériaux délétères.

Le cinquième jour après l'opération, une bougie à boule du n° 17 entrait facilement dans le canal; le sixième jour, on faisait passer le n° 18; le jet de l'urine était gros, facile, presque indolent, et le malade quittait l'hôpital en promettant de passer la bougie tous les deux jours.

Fistules lacrymales.

M. Gosselin a eu depuis quelque temps dans ses salles deux fistules lacrymales, toutes les deux à l'œil gauche, l'une sur une femme, l'autre sur un homme. La première était ordinaire, en ce sens que la fistule laissait échapper du muco-pus, et que la pression faisait sortir un liquide semblable par le point lacrymal supérieur. La seconde était insolite, en ce sens que le grand angle de l'œil n'offrait ni gonflement ni rougeur, que la fistule était extrêmement étroite, et qu'elle laissait passer des larmes transparentes, sans mélange de mucus ni de pus, et en quantité considérable, surtout lorsque le malade était au grand air.

Sur la première de ces malades, M. Gosselin a eu recours au procédé qu'il emploie depuis plusieurs années, la cautérisation du sac avec le beurre d'antimoine, au moyen du dilatateur de M. Magne, et la malade est sortie guérie au bout de quelques semaines, conservant comme traces de sa maladie une cicatrice et une légère dépression au grand angle de l'œil; de plus, l'épiphora léger avec la persistance duquel guérissent presque tous les malades traités de fistule lacrymale.

Le second malade a été traité par le procédé préconisé depuis quelque temps par M. Tavignot, et qui consiste à cautériser les points et les conduits lacrymaux avec un fil de platine chauffé par la pile à pédale.

Sur un malade traité il y a huit mois par ce procédé, et qui est revenu dernièrement à la consultation de l'hôpital, M. Gosselin a pu constater que la fistule était restée guérie, que le grand angle de l'œil ne présentait ni cicatrice ni dépression, et enfin qu'à part le léger larmoiement inévitable, le résultat était aussi satisfaisant que possible. Les points et conduits lacrymaux paraissent d'ailleurs être définitivement oblitérés.

L'observation du résultat obtenu chez ce malade a décidé M. Gosselin à recourir au même moyen pour celui qu'il avait en ce moment dans ses salles. Les points et conduits lacrymaux, à la profondeur de 4 ou 5 millimètres, ont été cautérisés au moyen de la pile à pédale le 26 novembre. Les eschares ont été éliminées avec une inflammation très-modérée; dès le troisième jour, la cicatrisation de la fistule paraissait terminée le 2 décembre, et celle des trajets cautérisés assez avancée le 3, pour que le malade, ayant demandé sa sortie avec instance, M. Gosselin ait cru devoir la lui accorder.

Ce mode de traitement a du moins l'avantage d'être simple dans ses suites et d'exiger des soins de courte durée. Mais donne-t-il des guérisons aussi habituelles et aussi durables que la cautérisation du sac? C'est ce que l'expérience ultérieure apprendra.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT. — M. Fleury.

Paralysie de la troisième paire (moteur oculaire commun) consécutive à une lésion de la cinquième, survenue à la suite d'une chute.

Un cultivateur des environs de Clermont, âgé de vingt-quatre ans, doué d'une brillante constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, est renversé, le 9 juillet dernier, du haut d'une voiture et tombe assez violemment dans un fossé.

Plus préoccupé de l'état de sa femme que du sien, il se relève immédiatement pour lui porter secours; mais dès qu'elle est à l'abri de tout danger, il s'aperçoit qu'il lui est impossible de découvrir l'œil gauche. Comme la tempe de ce côté avait frappé le sol, il en était résulté une contusion assez violente et une infiltration sanguine dans le tissu lamelleux des paupières, qui pouvait très-bien rendre compte de leur occlusion. Le blessé ne s'en préoccupa donc point, et se borna à faire quelques lotions d'eau froide, puis se mit en marche pour gagner une auberge située à peu de distance du lieu où il était tombé.

Dix jours se passent; le gonflement des paupières diminue, mais elles ne s'ouvrent pas mieux. Il cherche alors à les entr'ouvrir avec ses doigts; mais quel est son étonnement, lorsqu'il s'aperçoit qu'il ne distingue pas mieux les objets que le jour de l'accident! Il attend quelques jours encore, dans l'espérance de voir sa position s'améliorer; mais lorsqu'il est convaincu que son état ne change pas, il se décide à se présenter à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il est reçu le 26 juillet.

Les paupières de l'œil gauche, sans être gonflées, présentent encore les traces d'une ecchymose; elles recouvrent complétement le globe oculaire. En les entr'ouvrant, il est facile de reconnaître la cause qui les maintient fermées.

La pupille est largement dilatée; l'œil est porté dans une abduction forcée, et ne peut exécuter aucun mouvement de rotation. Le malade assure qu'il ne distingue point les objets; la troisième paire

---

pigeon, dont la chair gluante ou insipide révolte l'estomac; point de fruits ni de légumes frais; de l'eau filtrée pour boisson; de dix heures du matin jusque vers quatre heures du soir, chaleur torride; pendant la nuit, au lever et au coucher du soleil, brouillards intenses, brises glaciales; pour compagnons de voyage, des visiteurs nocturnes qui ne lâchent votre épiderme qu'après s'être gorgés de votre sang. En résumé, voyage de trois ou quatre mois, lent, pénible, monotone, entre des rives nues, uniquement bordées de ruines.

Voilà donc ce qu'il en est du climat si vanté de la haute Egypte!

Qu'un œil me tombe de la tête, si jamais je conseille à un tuberculeux semblable promenade sur le Nil!

Mais pour le Caire? — Mêmes désastres, même désappointement.

En effet, comme tous les climats chauds, le climat du Caire, nous dit M. Schnepp, est manifestement préjudiciable aux affections de la poitrine; les tuberculeux y foisonnent, et jamais on ne les voit ni s'y rétablir ni même s'y améliorer. Dès qu'un malade présente des signes non équivoques de phthisie, il faut bien se garder de l'envoyer dans la capitale ou sur tout autre point de l'Egypte.

Ainsi, des bords de la Méditerranée jusqu'aux sources du Nil, nulle place pour la rédemption; partout l'étranger atteint ou menacé de tuberculose trouve une fosse prête à s'ouvrir sous ses pas. Mais que se passe-t-il donc en réalité là-bas, pour que M. Schnepp mette en interdit tout le territoire égyptien? Son livre en main, je trouve à cette prohibition une sévérité excessive, d'autant moins raisonnable d'ailleurs qu'elle se justifie très-peu par le propre témoignage de l'auteur.

La nature, en distribuant à l'Égypte tant d'éminentes faveurs, y aurait-elle omis les qualités du ciel? M. Schnepp, sans s'en douter, est le premier à nous rassurer sur ce point, puisqu'il nous apprend lui-même qu'au Caire la température moyenne des mois d'hiver est de 15°,45, dont 13°,36 pour janvier et 15°,34 pour février, les deux mois les plus froids de l'année. Ce n'est pas là une moyenne excessive, et c'est mieux qu'à Nice, Rome, Palerme, etc.

On dit, et l'on a répété partout, parce que cela a été constaté, que le vent du sud prédomine au Caire pendant l'hiver, et que le vent du nord y souffle surtout en été. Rien ne prouve, dit M. Schnepp, cette fixité saisonnière des vents. Pourquoi? Il néglige de nous l'apprendre. Des documents contradictoires nous persuaderaient mieux cependant qu'une simple négation.

M. Schnepp reconnaît qu'il règne au Caire une sérénité du ciel à peu près constante, quoiqu'il arrive néanmoins, surtout en hiver, que le temps se couvre, devienne nébuleux, qu'il y ait des brouillards, et qu'enfin il y pleuve. Mais ces intempéries sont de bien mince importance, puisque pour une période de cinq années on ne compte que trois orages, vingt-cinq jours de brouillard, douze de pluie, et que celle-ci passe pour excessive quand elle dure trois quarts d'heure.

Le climat du Caire a toujours passé pour un climat sec, sec même en hiver. M. Schnepp incline à lui contester cette qualité; mais il y a dans son opinion du va-et-vient, un flux et un reflux; finalement, il avoue que le manque d'observations personnelles l'empêche de se prononcer définitivement. Nous nous en tiendrons donc sur ce point au témoignage des anciens.

La ville du Caire, suffisamment éloignée des conflits atmosphériques du littoral, ayant pour elle tous les avantages d'un ciel doux et pur, d'une température hivernale à peu près constante, ne semble-t-elle pas *à priori* devoir constituer une station essentiellement favorable aux sujets atteints d'une affection chronique de la poitrine? C'est malheureusement un effet contraire qu'il faudrait en attendre, selon M. Schnepp. Voici les faits sur lesquels il établit son opinion.

« Pendant les mois d'hiver, les Européens ne contractent que très-rarement ici des affections franchement aiguës des voies respiratoires, on ne compte qu'un mort par bronchite sur 100 décès.

» M. le professeur Greisinger a rencontré sur 1,087 malades traités à sa clinique de l'hôpital arabe du Caire 16 phthisiques; il y avait donc 1 phthisique sur 67,94 malades; la plupart sont morts dans l'année.

» La proportion des phthisiques qui meurent au Caire est de 1 sur 7,15 décès. Il nous paraît certain qu'on a compris parmi les phthisiques la presque totalité des décès causés par les affections de poitrine. »

Mais M. Schnepp ne pourrait mieux dire, s'il avait l'intention de faire valoir le climat du Caire au lieu de le dénigrer. Comment! il n'est pas satisfait des faveurs d'une station où l'on ne rencontre qu'un phthisique sur 67 malades, tandis que parmi les indigènes, il y a 1 phthisique sur 20 malades à Rome, 1 sur 12 à Naples, 1 sur 10 à Hyères, 1 sur 5 à Malaga, et bien pis que cela encore à Pau, d'après Taylor!

Quelques pages plus loin cependant, M. Schnepp reprend connaissance et s'aperçoit enfin de ses distractions; mais pour se dégager de l'embarras qu'elles lui causent, il juge utile d'assimiler la scrofule à la phthisie, deux formes de la même dyscrase sanguine, et qui ne diffèrent l'une de l'autre, dit-il, que par le terrain sur lequel elles se développent. Or comme la scrofule est très-commune au Caire, il faut donc y reconnaître plus de phthisiques que l'on n'en compte habituellement. Le procédé est commode, mais il n'est pas absolument irréprochable.

Notre distingué confrère, auquel je ne suppose que de bonnes intentions, n'est point un de ces hommes de marbre qui coulent à fond, l'arme au bras; il a son but, il y tend avec ardeur, et pour cela il

est évidemment paralysée. Il se plaint, en outre, d'éprouver un léger engourdissement à la peau de la lèvre supérieure du même côté, audessous de la pommette; mais cette sensation est trop légère pour avoir une grande signification.

A quelle cause pouvons-nous attribuer cette paralysie?

Le malade est tombé, nous a-t-il dit, sur la tempe gauche; il s'est relevé de suite, et a fait un assez long trajet pour retourner chez lui; il n'y a donc eu aucun symptôme de commotions cérébrale; tout s'est borné à une contusion de la tempe san division de la peau. Les suites de cette chute ont donc été trop légères pour qu'on pût supposer l'existence d'une fracture de l'orbite, ou même la présence d'un épanchement de sang qui aurait comprimé les nerfs de la deuxième et de la troisième paire.

Serait-ce la lésion de la cinquième paire qui, par l'intermédiaire du filet nerveux que le rameau nasal envoie au ganglion ophthalmique, réagirait par l'intermédiaire du rameau du moteur commun sur le tronc de ce nerf lui-même?

Si l'on admet qu'une blessure de la cinquième paire peut être la cause d'une amaurose, on peut *a fortiori* expliquer par les anastomoses nerveuses la paralysie de la troisième, avec laquelle le ganglion ophthalmique la met en communication.

M. Marchal (de Calvi), dans un mémoire qu'il a publié dans les *Archives* de 1846, après l'avoir lu à l'Académie, a cherché à rattacher cette paralysie à une lésion du trijumeau.

Il rapporte quatre observations où il cherche à établir que la paralysie de la troisième paire a succédé à une névralgie de la cinquième.

On peut, il est vrai, lui objecter que la cause qui a exercé son action sur le trifacial a bien pu agir aussi sur le moteur oculaire commun, et que le rhumatisme a eu sur le nerf du mouvement la même influence que sur le nerf du sentiment. Dans sa cinquième observation, il y a bien eu, comme dans le fait que je relate, une lésion traumatique, mais ce ne serait que plusieurs mois après l'accident que des douleurs se seraient manifestées; c'est donc encore à une névralgie qu'il faut attribuer la paralysie.

Chez notre malade, le fait est plus concluant. De deux choses l'une, en effet, ou une compression assez forte a été exercée sur les nerfs optique et moteur oculaire commun pour anéantir leurs fonctions, ou c'est une contusion des filets de la cinquième paire qui a réagi sur les nerfs de la deuxième et de la troisième; la première hypothèse est difficilement admissible; il faut donc adopter la seconde.

Le blessé n'est resté que cinq ou six jours à l'hôpital; des vésicatoires placés à la tempe et pansés avec du cérat à la strychnine n'ont pas apporté un changement bien sensible à son état; je l'ai engagé à insister chez lui sur cette médication, et j'ai appris qu'au bout de quelques semaines les paupières de l'œil avaient repris leurs fonctions.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 novembre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Polype fibreux inséré à l'apophyse basilaire et envoyant des prolongements dans les fosses nasales, le pharynx et la joue.

Ablation préliminaire du maxillaire supérieur gauche. Guérison radicale constatée deux ans et demi plus tard: par M. FLEURY, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand (1).

M. VERNEUIL. — On doit louer le zèle des chirurgiens qui, pour éviter les dégâts inhérents à l'ablation du maxillaire supérieur, cherchent à modifier les procédés opératoires applicables à la race des polypes naso-pharyngiens. Par malheur, comme le dit M. Verneuil dans son rapport (1859), les demi-mesures, fréquemment insuffisantes, semblent même plus souvent suivies d'une issue funeste que les méthodes radicales qu'on pourrait croire beaucoup plus graves.

Comme tous les chirurgiens, j'ai eu recours à la ligature et à l'arrachement, mais sans avoir à m'en applaudir. L'arrachement a provoqué chez un de mes malades une méningite de la base du cerveau. Chez un autre, la ligature a été suivie d'infection purulente.

A l'exemple de M. Nélaton, j'ai tenté l'incision du voile du palais avec résection de la voûte palatine, procédé qui n'est pas beaucoup meilleur que les autres et qu'on devra réserver pour des cas exceptionnels. La boutonnière de M. Maisonneuve ne me séduisait pas, restait donc l'ablation préalable du maxillaire supérieur.

On s'étonne d'abord qu'une opération aussi sérieuse ait été tentée à titre d'acte simplement préparatoire; mais les succès constituent la règle, et l'objection tombe devant ces résultats. Reste à savoir si la récidive est sûrement prévenue: cela dépend sans doute du mode d'insertion du polype; si le pédicule est étroit, il y a lieu d'espérer. Malheureusement, il n'est pas donné de connaître d'avance les limites de l'implantation, et si celles-ci sont très-étendues, on peut craindre de faire sans profit pour l'avenir une mutilation qui compromet nécessairement la mastication et la parole.

J'ai été forcé par les circonstances à mettre en usage ce moyen extrême dans le cas suivant:

Pierre G..., âgé de dix-huit ans, garçon de ferme. Son père, sa mère, deux frères et une sœur sont bien portants: jamais de maladie semblable dans sa famille. A onze ans, il s'aperçoit que l'air passe difficilement dans la narine gauche, où il croit sentir un corps étranger. Un médecin du pays reconnaît un polype, qu'il cherche, mais en vain, à extraire à l'aide d'une pince. Le malade vient à l'hôpital de Clermont. Le chirurgien pratique sous les joues, sur la tumeur, de petites incisions; il s'arrêtait dès que le sang paraissait, et tamponnait la narine avec de la charpie. Ce traitement n'eut aucun effet. G... retourna à la campagne; mais l'année suivante la tumeur s'était beaucoup accrue et sortait par la narine. A plusieurs reprises il la coupa avec des ciseaux; la petite plaie se cicatrisait sans peine, mais la saillie ne tardait pas à se reproduire. Il y a trois ans, il put se croire débarrassé; il n'en était rien, l'accroissement avait seulement pris une autre direction.

Une tumeur apparut en effet au niveau du sinus maxillaire gauche; elle grossit peu à peu en soulevant les segments de la joue. Le malade effrayé revint à Clermont, et fut reçu dans mon service le 23 mars 1862.

La joue gauche est soulevée par une tumeur qui a le volume d'une grosse pomme; mobile, indolente, sans changement de couleur à la peau, elle paraît indépendante du sinus maxillaire, et sans les antécédents du malade, on serait loin de se douter qu'elle est formée par un polype. L'os de la mâchoire n'a subi aucune déformation; la voûte palatine est intacte; il n'y a pas la moindre apparence d'exophthalmie; mais en examinant le nez, on remarque un léger renflement à sa partie moyenne, du côté gauche.

En soulevant le voile du palais, on aperçoit une tumeur assez volumineuse, dont on ne peut sentir le pédicule avec le doigt. L'expiration par la narine gauche est impossible; l'air sort difficilement par la droite L'inspiration est un peu plus facile; il n'a pas remarqué que l'humidité aggravât sa position; enfin, il n'a jamais eu d'autres épistaxis que celles provoquées par les instruments que l'on employait pour extirper le polype.

Les indications étaient positives; je procédai, le 30 mars, à l'ablation du maxillaire supérieur. Cette opération n'offrit aucune particularité remarquable. Pour l'incision des parties molles, je donnai la préférence au procédé Gensoul; j'aurais craint que l'incision oblique, conseillée par M. Velpeau, n'offrît pas une voie assez large. Je n'ai eu, en effet, qu'à m'applaudir du choix que j'avais fait.

La tumeur s'offrait à la vue; on pouvait en mesurer les dimensions, en apprécier la couleur, la consistance; la contourner avec le doigt, pour juger de la largeur de son pédicule, de son mode d'insertion au pharynx; mais là devaient commencer les difficultés.

Le polype s'insérait à la paroi postérieure du pharynx par un pédicule large et épais, qui paraissait avoir l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Après avoir isolé des parties environnantes le lobe facial, qui avait contourné le bord postérieur des os palatins, au lieu de perforer le sinus maxillaire, je le retranchai avec des ciseaux; l'écoulement du sang fut insignifiant. La chaîne de l'écraseur linéaire fut engagée sous les lobes du nez et de l'arrière-gorge réunis; leur base fut promptement retranchée, mais j'étais loin d'être arrivé au niveau de la membrane muqueuse. Je tentai alors l'excision de ce qui faisait saillie avec des ciseaux courbes, mais une artère volumineuse fournit immédiatement du sang en abondance. Des tampons imbibés de perchlorure de fer, des boutons de feu, furent promenés sur cette surface; l'hémorrhagie persistait. Je ne pus m'en rendre maître qu'en introduisant sous le vaisseau, dans l'épaisseur du pédicule, une aiguille courbe armée d'un fil ciré.

Cette hémorrhagie, et la difficulté que j'ai eu à l'arrêter, fait prévoir ce qui serait advenu si on avait été forcé d'agir à travers une ouverture étroite. A la vérité on aurait pu se contenter de la section pratiquée avec l'écraseur linéaire, mais alors l'extirpation serait restée incomplète. Car, même après avoir porté sur le pédicule, le fer rouge et l'instrument tranchant, je suis loin d'être rassuré contre la récidive.

On dit qu'il est possible d'y remédier par des cautérisations répétées, mais il est possible, comme le pense M. Verneuil, que les attouchements avec les caustiques présentent des inconvénients sérieux. D'où je conclus qu'il faut absolument détruire le pédicule, si l'on ne veut pas laisser inutile une opération longue et douloureuse.

Les suites n'ont pas offert la moindre gravité. Une suture entortillée, quelques points de suture simple, ont rapproché les lambeaux. Il est à peine survenu de la fièvre, et au bout de quarante-huit heures l'opéré réclamait des aliments.

La réunion ne s'est pas faite aussi bien que je l'avais espéré. L'inflammation des parties molles a dépassé le degré adhésif, et un écartement notable s'est manifesté.

J'ai alors pratiqué au niveau du bord libre de la lèvre un point de suture enchevillée, en me servant au lieu de sonde d'un carré de diachylon qui, ne comprimant pas aussi fortement les tissus, ne les déchire point comme le font quelquefois les bouts de plume ou de sonde. Ce moyen a parfaitement réussi; le fil a pu rester en place quelques jours, et pendant ce temps des bourgeons celluleux et vasculaires ont pu faire adhérer les lèvres de la plaie.

A dater de ce moment, rien n'est venu entraver la guérison, qui était complète dans les premiers jours de mai.

Le malade a quitté l'hôpital le 8 de ce mois. En portant le doigt derrière le voile du palais, on ne retrouve aucune trace du polype. En le glissant au-dessus de lui dans la portion qui correspond à l'os enlevé, on sent une espèce de tronçon dur qui représente bien évidemment la surface d'implantation.

L'avenir nous apprendra ce que deviendra ce pédicule.

Dans une lettre adressée à M. Verneuil le 16 novembre 18 2 M. Fleury complétait l'observation qu'on vient de lire.

J'ai été assez heureux, disait-il, pour retrouver le jeune homme qui j'ai enlevé en mars 1860 un polype à trois branches inséré à a surface basilaire de l'occipital, après avoir réséqué préalablement l'os maxillaire supérieur. J'ai été stupéfait, en revoyant cet opéré, du peu de difformité consécutive à la grave opération qu'il a subie. Autrefois faible et délicat, il est aujourd'hui fort et vigoureux.

La joue gauche, sur laquelle existe la cicatrice de la triple incision, est seulement un peu moins saillante que celle du côté opposé. L'œil est parfaitement soutenu. La voûte palatine paraît presque intacte. La courbure de la moitié gauche est seulement un peu moins régulière que la droite. Au-devant du voile du palais existe encore une petite ouverture de la largeur d'une pièce de 20 centimes, qui fait communiquer la bouche avec l'intérieur de la fosse nasale. Cette perte de substance rend la voix un peu nasonnée, mais peut-être il serait possible d'y adapter un obturateur. On ne retrouve, ni à la vue ni au toucher, trace du polype. La guérison est donc aussi radicale que possible.

M. VERNEUIL, en communiquant cette observation de la part l'auteur, cherche à en faire ressortir l'importance. C'est, dit-il, un fait complet, car la guérison est confirmée longtemps après l'opération. Un tel complément manque encore au plus grand nombre des cas qui ont été publiés; aussi ne saurait-on trop vivement engager les chirurgiens à suivre leurs opérés; et à en donner des nouvelles ultérieures. En effet, après l'emploi des procédés les plus ingénieux, après les extirpations en apparence les plus complètes, la récidive des fibromes naso-pharyngiens est fort à redouter. Quelle méthode met le plus sûrement à l'abri de cette récidive? C'est ce qui reste encore à décider, et ce qui ne sera résolu qu'à la longue par une surveillance prolongée exercée sur les malades.

(1) Ce travail a été communiqué à la Société de chirurgie en deux parties: la première, datée du 9 mai 1860, renferme l'observation, le récit de l'opération et ses suites immédiates. La seconde partie complète cette histoire; elle a été adressée à M. Verneuil sous forme de lettre le 16 novembre 1862. Jusqu'à ce jour, le fait était resté inédit.

---

culbute tout ce qui fait obstacle à son élan. « Nous ne craignons pas de le dire, s'écrie-t-il, les phthisiques qui sont venus en Égypte dans un état où la diathèse était évidente, y sont morts; ceux qui ont recouvré la santé, après y avoir passé un ou deux hivers, n'étaient pas atteints de tuberculisation. Que de malades nous sont envoyés avec la triste épithète de poitrinaires, et qui cependant se remettent sous l'influence de l'exercice physique que la douceur du climat leur permet de faire *journellement*, et par suite du retour de l'appétit et d'une alimentation substantielle! C'est que là il ne s'agissait pas de phthisiques, et il nous est arrivé plus d'une fois de visiter de ces prétendus échappés à l'inexorable tuberculose, chez lesquels nous n'avons pu constater que des désordres se rapportant à une dyspepsie arrivée au second ou au troisième degré, tandis que le poumon, dont la capacité normale nous était donnée par notre spiromètre, ne présentait nulle trace de tuberculisation soit ancienne, soit récente. »

Le spiromètre l'emportant en exactitude sur tous les instruments, sur tous les signes de diagnostic! Douce illusion!

Aussitôt qu'il abandonne certaines préoccupations, l'auteur du *Climat d'Égypte* redevient l'écrivain avec lequel on aime à se trouver, parce qu'alors il est grandement instructif et intéressant. Je signalerai comme m'ayant causé une extrême satisfaction, le chapitre dans lequel il démontre qu'on aurait tort d'augurer mal d'une station climatérique par cela seul qu'on y rencontre des cas de phthisie indigène. C'est la reprise d'une proposition que j'ai déjà développée moi-même, et à laquelle il faudra peut-être revenir plus d'une fois encore avant de réussir à l'accréditer, car la vérité, ainsi que l'a fait remarquer certain philosophe, est un coin qu'il faut faire entrer dans les esprits, par le gros bout.

Qu'il y ait des tuberculeux en Égypte, il ne faut pas en être surpris: on en trouve partout. Mais ceux que l'on rencontre au Caire sont-ils un produit direct du climat ou bien les victimes d'autres influences? Parmi les sujets voués à la tuberculose, M. Schnepp appelle notre attention sur le pauvre *fellah*; sur sa nudité, sur son habitation infecte et malsaine, sur l'insuffisance et la mauvaise qualité de son régime alimentaire; il nous montre minés par la phthisie ou la scrofule les habitants de rues étroites, tortueuses, malpropres; ceux qui vivent confinés dans des boutiques basses, humides, repoussantes, et que le soleil ne visite jamais; les soldats entassés comme du bétail dans les chambrées de leurs casernes; entre tous les colons européens, les Maltais, qui en sont l'espèce la plus malheureuse.

Telle est la part de l'influence complexe qu'on nomme la misère. Mais le plus fort contingent de tuberculeux est fourni par les sujets qui viennent du haut Nil, de l'Abyssinie, de la Nubie, habiter le Caire comme mercenaires ou comme soldats. Pour ces races écloses au soleil, le climat du Delta est relativement froid, par conséquent funeste pour des poumons impressionnables à l'excès. Je me souviens, en effet, d'avoir vu en 1854 un régiment composé de Nubiens mal vêtus, mal équipés, les pieds nus, clapotants dans la boue des rues de Galata, se dépeupler en quelques semaines par l'effet des maladies de poitrine.

Tout le monde sait combien la phthisie est commune dans les villes populeuses, et à quel point elle est rare hors de leur enceinte. Il en est de même en Égypte. La proportion des tuberculeux est bien différente, avoue M. Schnepp, suivant qu'on l'observe dans un grand centre de population, comme la *sale* ville du Caire, ou dans de simples bourgs, comme Assouan, Keneh, etc. Que M. Schnepp interdise aux valétudinaires de la poitrine le séjour de la *sale* ville du Caire, il a raison, à mon avis; mais il a tort de ne point faire une exception en faveur du faubourg de Chioubra; quartier très-beau, très-salubre, composé de charmantes villas, et où je présume qu'il n'a guère rencontré de phthisiques, ni parmi les indigènes, ni parmi les étrangers.

Quelle place assigner au climat d'Égypte dans la classification des stations hivernales? Tel est le titre d'un chapitre où l'auteur se montre très-correct, très-judicieux dans l'appréciation comparative qu'il fait de toutes les stations à l'usage des poitrinaires. Ses prédilections sont tout entières pour Bone et pour Alger. Certes, je ne crois pas M. Schnepp capable de prendre une nèfle pour un diamant; mais s'il marque une juste méfiance envers le climat de Nice, par exemple, il y a peut-être un peu trop de facilité dans son enthousiasme pour nos stations d'Afrique.

Une dernière observation, et cela à propos de Venise. Le séjour dans les lagunes, au milieu des émanations iodurées et bromurées, pourrait, dit l'auteur, exercer une influence salutaire sur des malades menacés ou même atteints déjà de la tuberculose.

Mais ce précieux avantage n'est rien moins que démontré, et l'odeur de l'atmosphère, odeur qui se fait sentir sur bien d'autres plages que celle de Venise, ne me paraît pas une preuve décisive, puisque les habitants de ces localités ne sont exempts ni de scrofule ni de phthisie.

La critique dédaigne les œuvres sans valeur; mais si la célébrité a ses douceurs, elle a également ses pilules amères. Que M. Schnepp, toutefois, veuille bien ne voir qu'un témoignage d'intérêt et d'estime dans les observations que m'a suggérées la lecture de son livre, où se rencontrent tant de mérites d'un ordre supérieur.

Dr CHAMPOUILLON.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Depuis bien longtemps déjà la Société de chirurgie s'occupe sans relâche de cette question ; elle reçoit journellement de nouvelles communications, le plus souvent relatives à des modifications opératoires plus ou moins importantes, et cependant, malgré sa compétence, elle ne peut prononcer un jugement définitif. La grande discussion de 1859 a eu ce mérite de poser nettement les données du problème. La nécessité d'une opération préliminaire étant reconnue d'une manière à peu près unanime, faut-il choisir pour aborder la tumeur les voies étroites, qui ménagent le plus possible les parties saines de la face, ou créer d'emblée une voie large rendant l'éradication facile et permettant de poursuivre au besoin la récidive, mais sacrifiant d'emblée un des os maxillaires supérieurs? Telle est l'alternative posée en dernière analyse.

Pour ma part, je me suis résolûment décidé pour l'ablation du maxillaire supérieur, et tout en reconnaissant la valeur des objections adressées à ce moyen si radical, j'ai conclu de l'examen des faits que cette méthode était plus expéditive, moins laborieuse, moins dangereuse, plus sûre pour le présent et l'avenir, que les opérations économiques, beaucoup trop incertaines. Le reproche capital consistait à déplorer la perte d'une pièce osseuse aussi étendue, et la difformité consécutive. L'expérience démontre que cette difformité a été fort exagérée, et qu'elle se réduit, à la longue, à une petite perforation palatine facile à corriger par la prothèse. Aux grands maux, les grands remèdes. Les polypes naso-pharyngiens constituent une affection très-grave qu'il faut combattre avec une énergie proportionnelle. La perte de quelques dents et d'une petite pièce osseuse est peu de chose lorsqu'il y va de la vie.

Les succès bien constatés de cette méthode sont déjà nombreux ; les faits récents de MM. Bauchet et Fleury en grossissent le total et confirment mon opinion, que je maintiens donc jusqu'à preuve du contraire. Aussi dis-je encore aujourd'hui comme autrefois: *Lorsqu'un polype fibreux naso-pharyngien a acquis un volume notable, il faut d'emblée se frayer la route jusqu'à lui en enlevant l'os maxillaire supérieur correspondant.*

DISCUSSION.

M. DEBOUT. Si la Société veut entrer dans la voie indiquée par M. Verneuil, je prierai M. Marjolin de nous donner l'état actuel d'un malade qui a été opéré par M. Maisonneuve, et qui est actuellement employé comme charretier à l'hôpital Sainte-Eugénie. Il y a six ans qu'il a subi cette opération ; on pourra donc sur lui apprécier le résultat définitif de l'extraction du maxillaire supérieur. Je connais un autre malade opéré par M. Robert, il y a une quinzaine d'années. Or ce malade boit, mange, parle sans aucune gêne, et sa difformité est vraiment peu considérable.

M. MARJOLIN. Je ferai l'examen auquel je suis invité par M. Debout, et j'en rendrai compte à la Société.

M. VERNEUIL. Pour mettre fin à ce débat, il faut nécessairement établir une enquête sur des faits qui datent déjà d'une époque assez éloignée. On pourra seulement alors apprécier les avantages et les inconvénients des diverses méthodes opératoires pour les polypes naso-pharyngiens.

ÉLECTION.

M. LE PRÉSIDENT ouvre le scrutin pour la nomination d'une commission de cinq membres chargée de présenter une liste de candidats pour le titre de membre associé étranger de la Société de chirurgie.

Cette commission se compose de MM. Giraldès, Broca, Verneuil, Danyau et Larrey.

COMMUNICATIONS.

Anévrysme de l'artère axillaire. — Ligature de la sous-clavière. Amélioration. — M. BROCA fait sur ce sujet une communication de vive voix.

— M. LIÉGEOIS communique à la Société deux observations, dont l'une est relative à la staphyloraphie, et l'autre se rapporte à un kyste de la mâchoire inférieure.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. LE Dr WECKER présente à la Société un malade dont l'histoire est relatée par lui de la manière suivante :

Ce malade est venu le consulter il y a à peu près trois semaines. Il avait sur la cornée gauche une large tache centrale semi-transparente, datant de plusieurs années. Par la diffusion des rayons lumineux occasionnée par la tache, le malade était tellement troublé dans sa vue que ses occupations lui étaient rendues impossibles, et qu'il était sur le point de perdre sa place comme employé du chemin de fer.

Il s'agissait ici de choisir un procédé opératoire apte à rendre au malade la vue sur l'œil gauche et de le débarrasser surtout de ces éblouissements continuels occasionnés par la diffusion de lumière sur cet œil. Une simple iridectomie aurait bien permis au malade de voir avec l'œil gauche, avec lequel il ne pouvait pas compter les doigts ; mais l'iridectomie aurait, en agrandissant la pupille et en la privant en grande partie de sa mobilité, aurait, disons-nous, contribué à augmenter les éblouissements du malade.

Nous avons donc préféré ici un autre procédé opératoire, c'est celui de M. Critchett, auquel nous avons fait subir quelques modifications. Cette opération, nommée par lui *iridesis*, à laquelle on ferait bien de donner le nom de *déplacement pupillaire*, consiste, comme vous pouvez le constater sur le malade, à porter le bord pupillaire vers le bord cornéen, en conservant intègres toutes les fibres du sphincter de l'iris. Selon M. Critchett, on pratique une petite incision au bord de la cornée, et, après avoir produit à l'aide de pinces un prolapsus de l'iris, on le lie avec un fil, pour s'opposer à sa rétraction dans l'œil.

Ce prolapsus se nécrose après quelques jours, un iridenkleisis s'est produit à l'endroit de la ponction de la cornée, et le bord pupillaire est fortement altéré vers ce point. La pupille ainsi déplacée conserve une contractilité parfaite aussitôt qu'on a eu soin de ne pas comprendre les fibres du sphincter de l'iris dans le prolapsus qu'on laisse couper par la ligature.

Il nous est possible par ce procédé ingénieux de placer la pupille de manière qu'elle occupe l'endroit de la cornée le plus favorable pour le passage des rayons lumineux, en même temps que l'iris, attiré pour permettre ce déplacement, cachera des endroits de la cornée ou du cristallin qui peuvent être défavorables au passage des rayons lumineux.

Les modifications que nous faisons subir au procédé de M. Critchett sont les suivantes :

1° Comme vous pouvez le constater sur le malade, nous pratiquons l'incision dans la sclérotique à deux millimètres du bord cornéen et non dans la cornée, parce qu'il arrive facilement que la partie de cette membrane où l'on a pratiqué la paracentèse s'opacifie ou présente un changement dans sa courbure, et qu'on voit ainsi échouer le résultat de l'opération, parce qu'on se trouve près de la partie de la cornée qui par sa transparence pouvait le mieux servir à la vue ;

2° Nous plaçons bien, comme M. Critchett, une ligature autour du prolapsus iridien, mais, après vingt-quatre heures, nous coupons la partie proéminente de l'iris. La ligature n'a pour but que d'empêcher la rentrée du prolapsus iridien ; après vingt-quatre heures ce but est atteint par l'adhésion de l'iris à la plaie, et on évitera une irritation inutile en ne laissant pas plus longtemps séjourner la ligature et la partie prolobée de l'iris entre les paupières et le globe oculaire.

Pour placer la ligature, nous nous servons de la pince de M. Waldan (de Berlin), que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

Le malade que nous avons opéré selon le procédé de M. Critchett, modifié comme nous venons de l'indiquer, peut aujourd'hui très-bien se servir de son œil. L'iris, attiré par le déplacement de la pupille, cache pour la plus grande partie la tache semi-transparente et centrale de la cornée; cette pupille se contracte très-énergiquement, et s'oppose ainsi à la diffusion des rayons lumineux qui traversaient auparavant la tache.

Le malade, qui ne pouvait travailler qu'en cachant l'œil gauche ou en tournant la tête fortement à gauche pour exclure autant que possible la vue de l'œil gauche, est aujourd'hui en état de se servir parfaitement bien de ses deux yeux; l'éblouissement a presque complétement cessé, et le malade n'est plus gêné dans son travail.

Je serais heureux si mes communications contribuaient à vulgariser l'excellent procédé opératoire de M. Critchett. L'*iridesis* ou *déplacement pupillaire*, modifié comme nous venons de l'indiquer pourra rendre des services sensibles à la pratique oculaire.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle mardi prochain, à trois heures. M. Dubois (d'Amiens), prononcera l'éloge de Thénard, et M. Béclard, secrétaire annuel, fera le rapport général sur les prix.

— On nous assure qu'à la suite de discussions assez vives qui se seraient élevées au sein de la commission chargée de la révision du *Codex*, MM. Boudet, Poggiale et Robinet se sont retirés.

— Les obsèques de M. Robert ont eu lieu hier jeudi, à onze heures, à l'église Sainte-Clotilde, au milieu d'un grand concours de collègues, de savants et d'amis. Les coins du poêle étaient tenus par M. Rayer, représentant la Faculté de médecine; M. Bouillaud, l'Académie de médecine; M. Morel-Lavallée, la Société de chirurgie; et M. Brascassat, l'École des beaux-arts. Le deuil était conduit par son gendre, M. le docteur Blain des Cormiers. Une députation de la Faculté y assistait en robes, ainsi qu'une députation de l'Académie de médecine et de l'École des beaux-arts. La Société de chirurgie y était presque tout entière.

Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe. Nous les reproduirons dans un prochain numéro.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Deleau, dont les travaux sur la physiologie et la pathologie de l'audition ont eu une si grande notoriété ; il est mort le 30 novembre dernier, à l'âge de 67 ans ;

Et celle de M. Coulomb, chirurgien de 3e classe de la marine, décédé à la Vera-Cruz, à bord de la frégate cuirassée *la Normandie*.

— M. Giraldès, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital des Enfants, commencera des conférences cliniques chirurgicales et d'ophthalmologie le jeudi 11 décembre, et les continuera le jeudi de chaque semaine. Visite des malades tous les jours de huit à dix heures. Leçons et opérations le jeudi, de neuf à dix heures. Consultations tous les jours, jeudi et dimanche exceptés. Maladies des yeux, les lundis, mercredis et vendredis.

— M. Sichel recommencera son cours de clinique ophthalmologique le jeudi 11 décembre, à deux heures, à son dispensaire, rue du Jardinet, 3, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur Félix ROUBAUD ; 15e année, 1863. Prix *franco* pour toute la France: 4 fr. Adresser un mandat ou des timbres au directeur de la *France médicale*, 13, rue de la Monnaie, à Paris. — Depuis quinze ans qu'il est fondé, l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* a rendu assez de services pour qu'il soit inutile de le recommander aujourd'hui à l'attention de nos confrères. Nous nous contentons d'indiquer le sommaire des principaux chapitres de cet important ouvrage.

SOMMAIRE. — L'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* comprend le recueil complet de la législation médicale et pharmaceutique, et celle des établissements sanitaires et de bienfaisance ; la nomenclature de toutes les places médicales et pharmaceutiques dépendant du gouvernement ; la désignation des Sociétés de médecine et de pharmacie de la France ; le personnel des Facultés, des Ecoles de pharmacie, des Ecoles préparatoires de médecine et pharmacie ; la liste nominative, divisée par départements, arrondissements, cantons et communes, de tous les médecins et pharmaciens de la France ; le tableau par département des villes de 2,000 âmes et au-dessus qui n'ont ni médecin ni pharmacien, etc. — Un fort volume in-12 de 464 pages, imprimé avec des caractères neufs.

De la liqueur d'absinthe et de ses effets, par Ferdinand MOREAU. In-8° de 36 pages. Prix : 1 franc. Chez F. Savy, 24, rue Hautefeuille.

Théorie de la vision normale et sa conséquence : la vision interne ou l'esprit, par Adrien LERONDEAU. In-8° de 100 pages. Prix : 2 fr. *franco*. Paris, 1862, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Leçons de clinique médicale de R. J. Graves, précédées d'une introduction de M. le professeur TROUSSEAU, ouvrage traduit et annoté par le docteur JACCOUD, médecin des hôpitaux de Paris ; 2e édition, revue et corrigée. Deux volumes. Prix : 20 fr. (Le tome Ier seul a paru, le tome IIe paraîtra très-prochainement.) — Paris, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 143. — MARDI 9 DÉCEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 143. — MARDI 9 DÉCEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 8 DÉCEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

La dernière séance de l'Académie des sciences n'a été publique que pour la lecture du procès-verbal et de la correspondance, qui ne renferme aucune pièce dont nous ayons à faire mention ici. A trois heures et demie l'Académie s'est formée en comité secret pour la discussion du titre des candidats à la place vacante dans la section de minéralogie, par suite du décès de M. de Sénarmont. Les candidats sont : 1° MM. Descloiseaux et Pasteur, *ex æquo*; 2° M. Delesse; 3° M. Hébert.

L'élection vient d'avoir lieu. Sur 60 votants M. Pasteur a obtenu 36 voix, M. Descloiseaux 21 et M. Delesse 3. En conséquence, M. Pasteur a été proclamé membre de l'Académie des sciences, sauf l'approbation de l'Empereur.

La nomination de M. Pasteur, dont les beaux travaux touchent par tant de points aux sciences physiologiques, ne peut manquer d'être favorablement accueillie par tous les hommes qui s'intéressent aux progrès de ces sciences.

Nous rappelons que c'est aujourd'hui mardi, à trois heures, que doit avoir lieu la séance publique annuelle de l'Académie de médecine, dans laquelle M. Dubois (d'Amiens) doit prononcer l'éloge de Thénard. On en dit d'avance beaucoup de bien. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Ch. ROBIN.

Cours d'histologie.

RAPPORTS DE L'HISTOLOGIE AVEC LES AUTRES BRANCHES DE L'ANATOMIE ET AVEC LA PATHOLOGIE (1).

§ V. Des moyens d'étude dont use l'histologie.

L'anatomie générale est si nettement caractérisée par la nature des procédés suivis dans son étude et dans les applications qu'on en fait chaque jour à la médecine, qu'il n'est pas rare de la voir désignée sous les acceptions de *microscopie*, d'*anatomie microscopique*, de *micrographie*, etc., d'après le nom de l'instrument le plus usité dans les observations qui lui servent de base.

(1) Fin de la première leçon. — Voir le numéro du 4 décembre.

L'anatomie générale n'est pas plus la microscopie, c'est-à-dire l'art de se servir du microscope, que l'astronomie n'est l'art de se servir du télescope; mais les observations sur lesquelles reposent ces deux sciences exigent l'une et l'autre l'emploi de ces instruments et au même titre : l'une pour préciser les infiniment petits, l'autre pour rapprocher les infiniment grands. Un esprit de détail exagéré, et surtout irréfléchi, a seul pu faire prendre de la sorte le moyen pour le but, et faire donner à cette science le nom de l'un des instruments dont elle use. Il ne serait pas moins ridicule de vouloir fonder une branche de l'anatomie sous le nom d'anatomie microscopique, en la fondant sur la considération du volume des parties à étudier, et en lui donnant pour sujet tout ce qui dans l'économie est trop petit pour être vu à l'œil nu. Cette manière illogique de procéder a été suivie en Angleterre et en Allemagne principalement par quelques auteurs; mais en France où domine l'esprit de généralisation, qui seul mène à l'adoption de méthodes sûres dans les applications de la science, une pareille confusion a été évitée par un assez grand nombre d'observateurs; ce qui a pu les préserver des erreurs qui en sont la conséquence.

Les divers procédés auxquels recourt l'anatomie générale pour arriver à la solution des problèmes de structure normale et pathologique, qu'elle seule a permis de résoudre par l'observation et en dehors de toute hypothèse, sont, comme on le comprend aisément, en rapport avec la nature délicate et les minimes dimensions des objets qu'ils font connaître. Ces objets sont les principes immédiats de nos humeurs, les éléments solides que celles-ci tiennent en suspension, et ceux qui, par leur agglomération en nombre considérable dans un ordre déterminé, forment nos tissus.

Le rapport naturel que l'expérience a conduit laborieusement à établir entre la nature des particules constituantes à observer et les instruments de précision, qui permettent seuls de les voir, a eu plusieurs conséquences dignes d'être signalées. En premier lieu, les instruments employés et les résultats obtenus étant nouveaux, ont suscité de la part de quelques médecins la négation de l'utilité des premiers et de la vérité des seconds. Les faits de ce genre, communs dans l'histoire, sont la conséquence d'une tendance naturelle à certains esprits, dont l'existence, bien que fâcheuse, ne saurait être niée.

En second lieu, ces moyens étant à la fois nouveaux et délicats, exigent une éducation nouvelle, qui ne peut s'acquérir que par une série de démonstrations, aidée de l'expérience personnelle.

Les parties élémentaires, directement actives en nous, dont la réunion dans un ordre déterminé a pour résultat la formation de nos organes, étant trop petites pour être perceptibles à l'œil nu, le moyen principal d'étude en anatomie générale est le microscope. Lui seul peut nous déceler la présence de ces corps, et son emploi est inévitable dès qu'il s'agit de savoir si on veut étudier l'histologie. Cet instrument faisant voir des objets dont il était impossible de découvrir l'existence avant qu'il fût connu, nous a révélé comme parties constituantes de nos tissus tout un ordre de corps dont jusqu'alors on n'avait pas d'idée; et de cet ordre de particules, il ne montre pas seulement la superficie; mais par la nature même de sa construction, il nous permet d'examiner à la fois leur surface et leur profondeur, leur structure intime. Ce fait seul devient la source de tout un ordre nouveau de notions des plus précieuses pour la science de la vie, et dont l'enseignement est des plus utiles pour la médecine.

En même temps ce mode d'examen nécessite tout un nouvel ordre d'interprétations, parce que les objets découverts à l'aide de cet instrument sont vus par transparence à l'aide de la lumière transmise et réfractée au travers de leur épaisseur. De là ressort la nécessité d'une éducation expérimentale telle que celle exigée par tout instrument d'anatomie ou de chirurgie, car les éléments des tissus, les principes cristallins ou non, déposés par certaines humeurs excrétées, ne sont pas vus à l'aide de la lumière réfléchie par leur surface seulement, comme le sont les corps que nous avons communément sous les yeux; aussi serait-on conduit à des erreurs, si sans cette éducation préalable on venait à vouloir interpréter les impressions causées par les objets microscopiques de la même manière que celles que nous devons aux corps visibles à l'œil nu. De là vient enfin que l'anatomie générale, plus encore que l'anatomie descriptive, ne peut pas être apprise dans les livres seulement, sans avoir observé les éléments anatomiques, tellement est spécial l'aspect de ces corps vraiment nouveaux et dont ceux qui sont visibles à l'œil nu ne donnent aucune idée.

Ainsi, l'anatomie générale est analytique par les moyens d'investigation qu'elle emploie; élémentaire par les résultats auxquels ces derniers conduisent, et générale par son esprit, c'est-à-dire par les notions synthétiques qui découlent inévitablement de ces résultats et qui guident ensuite dans les applications qu'on en fait à la pratique de l'art. Ces particularités la distinguent nettement des généralités qui peuvent être dites sur les dispositions anatomiques d'ordre divers de l'ensemble des animaux et des végétaux.

La dénomination d'anatomie générale donnée à cette partie de l'anatomie est donc tirée de son esprit et non des moyens dont elle use. En cela elle est préférable à tout autre nom, car le but qui dirige dans une étude en est la chose essentielle, dominante, tandis que les moyens sont toujours variés et peuvent être applicables à diverses branches de la science. C'est ainsi que le microscope est presque aussi utile en anatomie descriptive qu'en anatomie générale, au moins pour l'anatomie descriptive d'un grand nombre d'animaux.

L'anatomie descriptive est également analytique par ses moyens, car, sous ce rapport, il en est ainsi de toute l'anatomie; mais ses résultats sont toujours spéciaux, individuels et nullement synthétiques.

Vous voyez, Messieurs, que les moyens d'étude en histologie ne diffèrent pas au fond, quant au but poursuivi, qui est la connaissance des lois de l'organisation, de ceux qui sont usités en anatomie descriptive.

FEUILLETON.

De la pureté du chloroforme. — De l'âge des ossements humains. *La Terre avant le déluge.*

Dans les *Archives de médecine* d'octobre 1862, M. E. Hardy propose un nouveau moyen de s'assurer de la pureté du chloroforme. En présence des accidents terribles auxquels a souvent donné lieu l'emploi de ce précieux anesthésique, on a dû tout d'abord mettre en question le degré de pureté plus ou moins grand de l'agent employé. De là un nombre considérable de propositions tendant toutes à permettre au praticien de s'assurer facilement de cette qualité.

L'alcool, l'aldéhyde, l'esprit de bois, composés méthylique, amylique, etc., ont toujours attiré l'attention.

On eut d'abord recours aux moyens expéditifs; le chloroforme, versé goutte à goutte dans de l'eau, restait transparent — à l'état de pureté —, devenait, au contraire, opalin s'il était mêlé à de l'alcool. A l'eau ajoutons de l'acide sulfurique, de manière à obtenir un mélange d'une densité de 1,440, et nous verrons le chloroforme surnager s'il ne contient aucune matière étrangère. Peut-on considérer ces moyens comme suffisants?

L'acide chromique ou le bichromate de potasse et quelques gouttes d'acide sulfurique, devaient faire naître une teinte verte dans un chloroforme mélangé d'alcool. Cette conclusion a été rejetée, et on admet que le chloroforme pur — en présence de ces mêmes agents — offrirait encore la teinte verte.

Chacun connaît le moyen que Soubeiran proposait : agiter le chloroforme avec de l'huile d'amandes douces. Pur, le chloroforme restait transparent; mélangé d'alcool, il prenait une teinte laiteuse. Dans sa simplicité, ce procédé avait le tort de n'être pas assez sensible.

Nous ne parlerons pas du procédé de M. Roussin. Excellent dans le laboratoire, il n'est pas à la portée du praticien.

M. Hardy vient, au contraire, proposer un réactif qu'on trouve partout, et chaque essai n'entraîne une dépense que de 5 ou 6 centimes, toutes conditions non à dédaigner dans la pratique.

Voici la manière de procéder :

Dans un tube de verre fermé par un bout, on verse quelques grammes de chloroforme, et l'on projette dans le tube un fragment de sodium desséché à l'avance pour enlever l'huile de naphthe qui le recouvre. Un millième de substances étrangères existe-t-il dans le chloroforme, on voit, à froid, des bulles de gaz se dégager presque instantanément et avec une rapidité d'autant plus vive que le produit est moins pur.

Deux ou trois minutes suffisent pour cet essai, et toute production de gaz démontre l'impureté de l'agent anesthésique.

Que se passe-t-il donc dans cette réaction?

Le sodium est sans influence sur le chloroforme pur, il ne saurait l'altérer. Mais celui-ci contient-il de l'alcool ou d'autres produits d'altération, aussitôt, en présence du sodium, il se décompose, avec dégagement de gaz et formation de matières fixes, et cette action dure jusqu'à destruction complète des matières étrangères.

Les gaz sont formés d'hydrogène, de gaz des marais et d'oxyde de carbone; l'esprit de bois ne donne que de l'hydrogène et de l'oxyde de carbone.

Les matières fixes appartiennent aux séries des acides, des acides méthulmique, éthulmique, etc., combinés avec la soude, et en un dépôt de sel marin.

— Des ossements humains trouvés dans deux tombeaux antiques, à Vertheuil, ont donné lieu à des considérations intéressantes de la part de M. Couerbe.

Les tombeaux avaient la forme d'un cercueil; ils étaient en pierre à gros grain et renfermaient chacun un squelette humain. Les ossements, légèrement ambrés, étaient assez friables, mais parfaitement conservés. La tête de l'humérus était spongieuse, se réduisait facilement en poudre. M. Couerbe en fit l'analyse et trouva la composition suivante :

Carbonate de chaux	15,50
Phosphate de chaux	67,47
Phosphate de magnésie	3,36
Oxyde de fer, de manganèse et d'aluminium	1,50
Silice	2, »
Matière organique azotée	10,47
Chlorures	traces.

Si l'on rapproche cette analyse de celle de Berzélius, on voit que ce dernier savant avait indiqué 33 p. 100 de matière organique animalisée; 22,5 auraient donc disparu des os exhumés du château de Vertheuil.

Ne serait-il pas intéressant de rechercher le temps précis exigé par cette disparition des matières organiques des os renfermés dans les tombes? Aujourd'hui les matériaux manquent pour établir des chiffres exacts; mais le calcul approximatif démontre le profit qu'on pourrait tirer d'analyses faites sur des os d'un âge déterminé.

Vogelsang a trouvé que des os enterrés depuis onze cents ans ne renfermaient que des traces appréciables de matière organique azotée. Ne pourrait-on pas conclure de cette observation que la matière organique disparaît tous les cent ans dans une proportion de 3 p. 100?

L'enseignement que je commence comprendra aussi deux parties, comme celui de l'anatomie descriptive : l'une, de description des objets et d'exposition dogmatique, continuera dans cette enceinte; l'autre, de démonstration, aura lieu à l'Ecole pratique.

Cette dernière partie du cours, qui correspond aux dissections ordinaires, dont elle ne diffère que par la délicatesse des objets à observer, ne pourra guère commencer qu'à la fin de décembre au plus tôt, la construction de l'amphithéâtre approprié à ce but n'étant pas encore achevée.

Quant à la partie dogmatique de ce cours, vous verrez dès la prochaine leçon qu'elle comprend l'exposé d'un ensemble considérable de notions acquises à la science, susceptibles d'applications directes à l'art médical et saisissables à notre esprit en dehors de l'usage de quelque instrument que ce soit. Vous verrez surtout que l'usage du microscope est même singulièrement facilité lorsque celui qui s'en sert possède déjà ces notions avant de recourir à l'observation directe.

§ VI. **Des caractères que présentent les objets dont l'étude rentre dans le domaine de l'histologie.**

Jetons actuellement les yeux sur les caractères que les moyens physiques et chimiques indiqués précédemment nous font découvrir sur les objets qui sont du domaine de l'histologie. Vous verrez, Messieurs, qu'ils sont de même ordre que ceux que vous êtes appelés à constater et à décrire chaque jour en anatomie descriptive, normale et pathologique.

Que ce soit un élément, une humeur, un tissu ou un système anatomique, ou quelque produit morbide en dérivant, que vous ayez à observer, vous constaterez en premier lieu qu'il possède les caractères que présentent tous les corps quelconques. Ainsi, ce seront des caractères d'*ordre mathématique*, savoir : une situation, des dimensions, une forme, une durée; puis des caractères d'*ordre physique* : tels sont sa consistance, son élasticité, sa densité, son hygrométricité, son odeur, sa saveur, son pouvoir réfringent, sa couleur, et chacun, de plus, vous offrira des caractères d'*ordre chimique* qui comprennent :

1° L'étude de l'action chimique des agents physiques sur lui, action toujours décomposante;

2° Les actions chimiques des corps simples ou composés, qui sont des actions de combinaison;

3° S'il s'agit d'un élément anatomique, l'étude des actions précédentes conduit à reconnaître le corps comme résultant de la combinaison de *principes immédiats* nombreux, qui sont, les uns des composés chimiques définis cristallisables, les autres des *substances organiques* non cristallisables;

4° Enfin, de la connaissance de ces principes immédiats, on peut déduire la composition médiate ou élémentaire du corps.

En outre, ces parties de l'organisme vous offriront des caractères qui n'appartiennent à aucun des corps du règne minéral, sans analogues avec eux, caractères qui sont essentiellement propres aux êtres organisés, qui ne sont ni physiques ni chimiques, et qui, en raison de cela, ont mérité un nom particulier, différent des précédents. La dénomination adoptée est celle de *caractères d'ordre organique*.

Il existe aussi plusieurs caractères propres aux êtres organisés, dont chacun indique un degré d'organisation distinct, de plus en plus complexe et dont l'ensemble forme le groupe des caractères dits d'ordre organique. Ces caractères sont les suivants :

1° Une matière complétement homogène, amorphe, sans structure en un mot, pourra être reconnue comme substance organisée, vivante ou ayant vécu, si elle a ce seul caractère : d'être constituée par des principes immédiats nombreux appartenant à trois groupes ou classes distinctes, unis molécule à molécule, par combinaison et dissolution réciproque. C'est là, il est vrai, le degré d'organisation le plus simple, le plus élémentaire, mais c'est le caractère d'ordre organique le plus général, le plus invariable, et il suffit pour qu'on puisse dire qu'il y a organisation, que la substance est organisée. Toute simple qu'est cette organisation, c'est assez pour que la substance puisse *vivre*; et réciproquement, quels que soient du reste les autres caractères de cette matière, tant d'ordre inorganique que de structure, si celui qui vient d'être défini n'existe pas, il n'y a pas organisation, ni vie par conséquent. De même les matières gazeuses, liquides ou cristallines, qui surtout normalement ou pathologiquement de l'organisme, ne sont pas organisées, parce qu'elles ne sont formées que par des principes d'une ou de deux des trois classes de principes immédiats, et ne présentent pas cet état dont nous venons de parler.

Il suit de là qu'une cellule végétale ou animale, ou tout autre élément anatomique ayant forme de fibre, de tube, etc., sont organisés aussi.

Ils ont d'abord pour caractère d'être formés de substance organisée, caractère qui ne se retrouve dans aucun des corps du règne minéral. Il y a même des éléments anatomiques qui n'ont que ce caractère-là : tels sont la substance homogène du cartilage, celle de la capsule du cristallin, la matière amorphe de la moelle des os, celle de la substance grise du cerveau, etc.

2° Mais, en général, chaque *élément anatomique* a de plus un autre caractère d'ordre organique, caractère qu'on ne retrouve nulle part ailleurs que dans les corps vivants, c'est d'avoir une *structure*, c'est-à-dire d'être *construit de parties* (structus) *diverses de cette substance organisée*. Ces parties constituantes diffèrent de forme, de volume, de consistance, de couleur, de solubilité; elles diffèrent en outre par leur composition chimique. Dans une cellule, le corps de la cellule, le noyau, le nucléole, les granulations moléculaires en sont des exemples.

L'un des caractères de la substance organisée est donc de ne pas être identique avec elle-même dans toute la masse de chaque être qui vit ou a vécu, qui en est constitué, et cela non-seulement au point de vue de la configuration extérieure du volume, des caractères physiques, mais encore au point de vue de la composition immédiate, en tant que substance organisée. Ici elle est en masses ou couches amorphes, ailleurs à l'état de granulations, de filaments, etc.; chacune de ces parties à son tour offre une consistance, une couleur, des réactions chimiques différentes; souvent même de la matière organisée sous forme de granulations moléculaires visibles au microscope, de gouttelettes liquides, etc., se trouve associée à une masse homogène pour composer des tubes, des filaments ou plus souvent des masses polyédriques creuses ou non, appelées *globules*, *cellules*, etc. Et dans l'intérieur de chacune des parties ainsi constituées, ayant son mode de naissance, de développement, sa manière propre d'agir, chaque portion qui est à l'état de noyau, de granule, de gouttes ou de contenu liquide, est formée de substance organisée distincte des autres portions par sa composition immédiate et par le mode d'union moléculaire de ses principes constituants.

Or toutes ces dispositions spéciales de granulations, corpuscules, etc., présentant des couleurs et réactions diverses, sont des particularités dites de structure qui doivent être prises en considération, car chacune de ces parties, quelque petite qu'elle soit, joue certainement un rôle différent des autres, du moment où elle réagit autrement au contact des menstrues chimiques, dès l'instant où elle a une autre consistance, etc. Chacune tire certainement à soi, d'une manière spéciale, les matériaux nutritifs ou les expulse dans le double acte d'assimilation et de désassimilation. Vous sentez dès à présent combien, avant d'étudier ces diverses parties de la substance organisée réunies, formant des éléments anatomiques, des humeurs et des tissus, il importe de les envisager en général, puis séparément quand elles diffèrent; sans cela il serait impossible de bien saisir combien sont complexes les parties du corps, dont les actes nous semblent simples parce qu'ils frappent quelqu'un de nos sens d'une manière immédiate; par suite on ne saurait comprendre combien sont nombreuses les causes élémentaires qui modifient nos organes, et sans la connaissance séparée desquelles on ne peut bien apprécier le tout.

Ainsi prise en elle-même, la matière organisée n'a pas de structure; mais les parties qui en sont construites, comme les *éléments anatomiques figurés*, en offrent une qui leur est propre. Avec cette structure, avec ce caractère d'ordre organique nouveau, nous voyons apparaître dans chaque espèce d'éléments anatomiques, ou bien seulement une modification en plus ou en moins de la propriété de nutrition, ou bien d'autres propriétés, celle de développement et celle de reproduction, ou bien encore une ou deux propriétés d'un autre ordre, la sensibilité et la contractilité, appelées propriétés animales, parce qu'on ne les trouve que chez les animaux. C'est cet ensemble de propriétés qu'on nomme *propriétés vitales élémentaires* ou simplement *propriétés vitales*.

A partir du degré d'organisation le plus simple, ou tout au moins à partir du caractère de structure qui est inhérent à la plupart des éléments anatomiques, ce ne sont plus, à proprement parler, des parties nouvelles ni des caractères nouveaux d'ordre organique qu'on observe dans l'économie, mais seulement, ainsi que je vous l'ai déjà dit, des dispositions ou arrangements nouveaux des parties élémentaires amorphes ou figurées. C'est ce que montre l'énoncé suivant :

3° Les *tissus* ont d'abord les caractères d'ordre organique qui précèdent, savoir : d'être formés de matière organisée, et en outre d'avoir une structure, c'est-à-dire d'être construits de parties diverses, distinctes, isolables, qui sont les éléments anatomiques amorphes ou figurés, enchevêtrés les uns avec les autres d'une manière particulière.

Mais, en outre, ils ont un caractère propre, c'est une *texture* spéciale, c'est-à-dire un arrangement réciproque particulier des éléments anatomiques dont ils sont composés. A ce caractère se rattachent comme attribut physiologique, outre les propriétés vitales élémentaires, plusieurs autres dites *propriétés de tissu*, les unes d'ordre organique, comme la sécrétion et l'absorption; les autres physiques, comme l'élasticité, l'hygrométricité.

La *structure* et la *texture* sont les seuls caractères offerts par la substance organisée dans ses divers degrés d'arrangement qui aient reçu des noms particuliers. Chacun d'eux est fort différent de l'autre, et le dernier de ces mots ne saurait être employé pour le précédent sans erreur.

La structure a pour chaque espèce d'éléments anatomiques quelque chose de spécifique, qui est caractéristique et qu'on ne retrouve pas dans d'autres espèces. La spécificité de la texture n'est pas moins caractéristique, c'est-à-dire que tout élément anatomique offre dans chacun des points différents de l'économie où il se rencontre, et selon les autres espèces d'éléments avec lesquels il s'enchevêtre, quelque chose de particulier dans son arrangement. Il en résulte d'un lieu à l'autre de l'économie de grandes différences dans l'aspect des tissus, qui pourtant au point de vue de la composition intime ont la même espèce pour élément principal.

Il n'est pas vrai que les tissus soient les éléments anatomiques ou parties simples et élémentaires dont sont formés nos organes, comme persistent pourtant à le dire certains auteurs même très-modernes. Les tissus sont déjà des parties compliquées formées par la réunion de plusieurs espèces d'éléments anatomiques, ou, si l'on veut, sont des parties du corps encore très-complexes et subdivisibles en plusieurs espèces de ceux-ci. Ceux qui les ont appelés *tissus simples, primitifs ou élémentaires*, sont dans l'erreur, ainsi que vous le voyez facilement dès à présent.

Les *humeurs* ont pour caractère ou attribut anatomique l'état de combinaison par dissolution réciproque de principes immédiats nombreux, ainsi que l'état de suspension dans lequel se trouvent les éléments anatomiques que renferment plusieurs d'entre elles.

4° Les *systèmes* ont tous les caractères des tissus, et de plus une *conformation générale* propre à chacun d'eux, et ils se di-

---

Et si cette conclusion est exacte, ne pourrait-on démontrer que l'inhumation des squelettes de Vertheuil remonte à 1140 environ, ce qui porterait l'âge de ces ossements à sept cent cinquante ans, chiffres que les observations archéologiques semblent confirmer ?

En 1800, Fourcroy et Vauquelin analysèrent un crâne monstrueux déterré à Reims. Celui-ci ne contenait que 12 pour cent de matière animale. Ce crâne s'est-il trouvé soumis à des conditions de décomposition analogues à celles des squelettes de Vertheuil, nous arrivons encore à l'année 1100.

On voit ce qu'a d'ingénieux l'approximation de M. Couerbe : divisez la perte de la matière organique d'un ossement par 3, le quotient représentera son âge en siècles. Il est bien entendu que les ossements pouvant se trouver exposés à mille causes de destruction diverses, l'idée de M. Couerbe ne s'applique qu'aux ossements conservés dans des tombes, c'est presque dire dans des vases approximativement clos.

— Le travail de M. Couerbe nous amène directement à vous parler d'un livre qui fait en ce moment une véritable sensation. Tandis que M. Couerbe nous présente des idées qui, au premier abord, semblent tenir un peu du roman, M. Figuier a déposé de son côté sur le bureau de l'Académie un ouvrage qui est le vrai roman scientifique : — il s'agit de géologie.

Le titre est tout d'abord plein de fascination : *La Terre avant le déluge* (1); mais la surprise est bien plus grande lorsqu'en l'ouvrant on se trouve en présence de cette période anté-diluvienne retracée en vraies et palpables gravures. Ce n'est plus l'hypothèse vague que nous connaissions, c'est le monde reconstruit et présenté avec certitude. Ici, c'est une vue *idéale* de la terre pendant la période dévonienne; là, se caressent ou se dévorent deux animaux fantastiques de la période crétacée inférieure; plus loin, le déluge du nord de l'Europe nous remplit l'âme d'épouvante et de désolation, et nous ne savons plus ce qu'il faut le plus admirer de l'imagination du dessinateur M. Riou ou du talent d'exposition de M. Figuier.

Nous aurions peut-être glissé sur cette exagération donnée au merveilleux de la géologie — la science des merveilles par excellence, — si nous n'avions pas été frappé par la thèse soutenue par M. Figuier dans la préface de son livre.

Le charmant conteur scientifique, se laissant entraîner par le succès de sa plume facile, a voulu créer une école nouvelle. Nous nous trompons; il a voulu renverser les idées anciennes pour couronner les idées qu'il représente si dignement, car son école est créée. Il propose donc pour l'enfance une littérature scientifique, exclusivement scientifique.

Ces contes pleins de charme dont on berçait notre enfance; cette *Peau d'Ane* si chère au fabuliste, ces fictions légères qui nous transportaient au monde des chimères et que l'homme sait retrouver encore, à ses heures, avec un certain plaisir; toute cette littérature des fées et des génies est, selon M. Figuier, une des causes qui faussent l'esprit de l'homme. L'âge du progrès a sonné: il faut dès le berceau former nos intelligences, et ne leur exposer que des idées vraies et sérieuses; l'histoire naturelle, les diverses conquêtes de la science, voilà les aliments qui, donnés au jeune âge, nous formeront des hommes.

M. Figuier nous permettra de nous inscrire contre une semblable proposition. L'impression laissée par les contes bleus disparaît promptement dans ce qu'elle peut avoir de funeste : elle laisse au contraire notre imagination se jouer dans des régions que l'homme aime à fréquenter; la terre et l'exact ne peuvent toujours l'accaparer; il lui faut les nuages et les rêves. Et voilà pourquoi nous avons des poëtes et une littérature que nous envient bien des nations.

Où nous conduirait l'éducation grave, *exacte*, de M. Figuier?

Mais pourquoi toucher cette thèse qui demanderait plus de développements que nous n'en pouvons donner dans ces colonnes étroites! M. Figuier lui-même est l'homme de l'imagination, et sa *Terre avant le déluge* est le conte bleu le plus charmant qui nous ait été jamais redit. Notre savant confrère ne saurait le nier, les géologues ont eu parfois beaucoup d'imagination, mais il est vrai d'ajouter qu'ils n'appartenaient pas à cette génération sevrée des contes de fée que M. Figuier semble appeler de ses vœux.

Quoi qu'il en soit de cette divergence d'idées, nous revenons complétement à M. Figuier, lorsqu'il s'agit d'apprécier le talent qu'il déploie dans ses initiations à la science. C'est toujours le même style, la même clarté et le même charme. Nous souhaitons donc à la *Terre avant le déluge* — cette remarquable exposition de la géologie — tout le succès qu'ont obtenu les publications de son ingénieux auteur, et nous sommes très-disposé à penser que ce succès ne manquera pas.

D[r] E. RENAUD.

(1) Un vol. grand in-8°, avec planches et cartes coloriées. Prix : 10 fr. Paris, 1863. L. Hachette et C[ie], libraires-éditeurs.

Traité pratique des dermatoses classées d'après la méthode naturelle, comprenant l'exposition des meilleures méthodes de traitement, suivi d'un formulaire spécial, par L. V. DUCHESNE-DUPARC, professeur de clinique des maladies de la peau, ancien interne d'Alibert à l'hôpital Saint-Louis; deuxième édition, revue et augmentée d'une étude sur le choix des eaux minerales dans le traitement des maladies de la peau. Un beau vol. in-18 jésus de plus de 500 pages. Prix : 5 fr. — Paris, librairie de J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

visent en parties similaires ou organes premiers ; caractères que n'offrent pas les tissus considérés au point de vue de ce qui les caractérise essentiellement, savoir : la composition anatomique et la texture. Il faut y rapporter comme attribut physiologique correspondant toutes les propriétés ci-dessus, et de plus l'idée d'*usage général* commun à toutes les parties du système, mais variant avec chacun d'eux. Si maintenant vous voulez considérer avec moi les autres branches de l'anatomie, vous verrez que :

5° Les organes ont naturellement tous les caractères précédents, puisqu'ils sont composés de matière organisée sous forme d'éléments enchevêtrés en tissu, subdivisés eux-mêmes en parties similaires appartenant à divers systèmes ; mais chacun a une *conformation spéciale*, et à ce caractère se rapporte, au point de vue physiologique, l'idée d'un ou de plusieurs *usages* propres à chacun d'eux également.

6° Les appareils nous montrent d'abord des caractères de structure et de conformation générale, tenant à ce qu'ils sont formés d'organes divers ; mais ils offrent, en outre, un arrangement spécial avec continuité médiate ou immédiate des organes qui les constituent. Ils jouissent de toutes les propriétés physiologiques possédées par toutes les autres parties du corps, et il faut y rattacher en outre l'idée de *fonction*, unique pour chaque appareil.

7° Chaque organisme ou corps organisé, considéré isolément dans son ensemble, a naturellement pour caractère d'ordre organique de réunir tous les attributs précédents et d'avoir une *conformation extérieure* qui lui est propre. Il manifeste l'ensemble des actes physiologiques énumérés ci-dessus et d'autres appelés *résultats*, ensemble qui reçoit le nom de *vitalité*.

Il y a donc dans chaque organisme autant de caractères d'ordre organique qu'il y a d'ordres de parties distinctes qui le constituent ; chaque partie offre également un attribut dynamique, physiologique ou vital correspondant, qui lui est inhérent.

Ainsi chacun des caractères propres à l'un des ordres de parties plus simples se retrouve dans celles qui appartiennent à un ordre plus élevé en complication, mais on voit en outre que chacune de celles-ci en possède en même temps un de plus.

C'est par cet ensemble de données et de moyens que l'anatomie générale vient systématiser les emprunts que depuis longtemps les sciences qui servent de base à l'art médical font à l'embryogénie, à l'anatomie comparée surtout, à la zoologie et à la botanique. Enseignant enfin la nature des choses par les analogies de structure et par leur origine, elle conduit à préciser les caractères et la nature des productions morbides, les changements continus de leurs éléments pendant leur évolution, la manière dont elles se rattachent par leur texture à tel ou tel ordre de tissu normal, et dans quelles limites elles en diffèrent. Elle permet de résoudre tout un ordre de questions dont le médecin peut tirer des indications relatives au traitement de ces troubles organiques ; questions que les autres moyens d'investigation ne peuvent aborder, si ce n'est à l'aide d'hypothèses que leur peu de valeur dans la pratique a fait abandonner.

§ VII. — Résumé.

Il résulte manifestement, Messieurs, des données que je viens de vous exposer, que l'anatomie générale ne constitue pas un simple complément du cours d'anatomie descriptive normale et pathologique. Elle apporte tout un ordre de notions nouvelles, même à côté de celles qui ressortent des autres branches de l'anatomie.

Ces notions l'emportent dans leurs applications à l'art médical sur celles qui ressortent de l'anatomie descriptive. En effet, celle-ci est indispensable au chirurgien pour la pratique des opérations, et au médecin pour la délimitation des viscères dont il a souvent à apprécier les changements de forme, de volume et de rapports ; mais elle n'est qu'accessoire pour la solution de toutes les questions qui concernent l'origine, la nature intime et les changements évolutifs des lésions qu'il faut diagnostiquer et traiter par les moyens soit internes, soit chirurgicaux. Or, c'est l'histologie qui résout par une série d'observations logiquement enchaînées, et non par des hypothèses, ces problèmes fondamentaux à l'élucidation desquels le diagnostic et le traitement sont subordonnés. C'est elle qui guide le médecin dans la distinction des maladies qui sont locales de celles qui sont générales, qui lui font reconnaître si elles ont pour point de départ un trouble survenu dans les solides ou un changement de composition des humeurs, qui lui font enfin adopter un traitement de même ordre lorsque les lésions sont analogues.

Il n'est pas de science, comme vous le voyez, dont le sujet et le but soient plus nettement indiqués que ceux de l'anatomie générale.

1° Cherchant à déterminer la nature des tissus et des organes par la connaissance de leurs éléments anatomiques, elle fait sortir la science de l'incertitude où elle était demeurée relativement au rôle rempli par les tissus que ces éléments anatomiques concourent à former ; car chaque espèce d'élément naît, se développe, se nourrit et s'altère à sa manière, et possède quelque propriété physiologique spéciale dont les autres espèces ne sont pas douées.

2° Elle fait connaître la composition immédiate des humeurs et celle des derniers éléments que la dissection isole dans les tissus par dissociation mécanique, sans destruction physique ou moléculaire. Une semblable connaissance est d'autant plus essentielle qu'elle est relative aux corps sur lesquels portent directement ou indirectement les observations de l'anatomiste et du médecin, comme les expériences du physiologiste. Elle est un guide précieux dans l'étude de l'origine des produits morbides dont les tissus et les humeurs sont le point de départ, par suite des conditions anormales dans lesquelles ils peuvent se trouver accidentellement placés.

3° Elle étudie l'arrangement réciproque des parties élémentaires qui forment les tissus par leur association, les relations intimes entre ceux-ci et les humeurs.

4° Elle enseigne quel est le mode de distribution de chaque tissu dans l'économie sous forme de systèmes organiques, comment ils se disposent les uns par rapport aux autres, pour constituer des organes distincts, et des appareils ayant chacun une fonction déterminée concourant à un but commun, l'existence individuelle et la perpétuation de l'espèce.

5° Enfin, comme résultat dominant tous les autres, il importe de noter que nulle étude d'anatomie générale n'a d'utilité tant qu'elle ne repose pas sur l'examen des tissus et des humeurs : 1° de l'embryon ; 2° de l'adulte à l'état normal ; 3° de l'un et de l'autre à l'état morbide.

Tant que l'un de ces trois termes de comparaison est négligé, on ne peut faire aucune application de cette science à la pathologie. Ce fait, que la lecture des travaux modernes et l'expérience font reconnaître, conduit à porter toute l'attention des médecins sur l'anatomie pathologique des tissus et des humeurs du fœtus et de l'adulte, en même temps que sur leur état normal.

En suivant cette voie, le champ des applications de cet ensemble d'observations s'étend bientôt au delà de tout ce qu'on pouvait espérer. L'étude de la structure intime des produits morbides, faite à l'aide du microscope, devient ainsi plus précieuse que toute description isolée de leurs caractères extérieurs, tout en faisant ressortir l'importance de celle-ci.

Plus de précision dans les rapports existant entre les troubles fonctionnels et la lésion, plus de certitude sur la nature réelle de celle-ci, tel est donc le résultat général auquel conduit l'étude de l'histologie.

En suivant cette voie, on arrive enfin à reconnaître que les lésions des tissus sont des cas particuliers de cette évolution, se manifestant par une atrophie, une hypertrophie ou une aberration de leur structure, qui sont autant de sources de disharmonie des actes auxquels ils concourent ; disharmonie dont je vous ai déjà fait sentir la signification dans toute étude pathologique. Les conditions accidentelles et variables qui amènent ces changements dans les lois les plus constantes de l'évolution sont elles-mêmes susceptibles d'être déterminées.

C'est ainsi que toutes les découvertes primitivement isolées des anatomistes modernes forment un ensemble dans lequel tout se tient, tout se lie et tout concourt vers un but commun.

L'ÉPILEPSIE ET SON TRAITEMENT.

Par M. le docteur A. ROYER.

Nous avons eu déjà l'occasion, à propos des observations cliniques recueillies par M. le docteur Ebrard, médecin en chef de l'hôpital général de Nîmes, de dire, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 3 mai dernier, combien il était nécessaire de ne point perdre courage, thérapeutiquement parlant, lorsqu'un praticien venait à se trouver en face d'un cas rebelle d'épilepsie. Cette terrible névrose convulsive s'améliore en général si péniblement, que les médecins, découragés par d'infructueuses tentatives, se condamnent volontiers aujourd'hui à l'inaction la plus absolue. Nous ne saurions approuver cette conduite, et nous pensons que lorsque l'intérêt d'une classe malheureusement fort nombreuse de malades est en jeu, il ne doit jamais être permis d'abandonner tout espoir.

Voici encore en effet un cas observé par M. le docteur E. Bertherand, de Poligny (Jura), qui vient à l'appui de l'efficacité des préparations de *gallium album*, qui entrent dans la composition de l'élixir anti-épileptique de M. Taillotte :

G..., de Poligny, âgé de onze ans, est d'un tempérament très-nerveux.

Un mois après sa naissance, il a été pris de convulsions, qui, d'abord très-rapprochées, finirent par s'éloigner un peu.

A l'âge de trois ans, les crises n'apparaissaient que tous les trois ou quatre mois.

Cet état persista jusqu'à l'âge de huit ans, et tous les essais thérapeutiques imaginables furent tentés sans succès.

Il y a trois ans, les accidents nerveux se modifièrent, prirent une nouvelle forme, et se changèrent tout à coup en une épilepsie bien confirmée, avec un accès le jour et un autre la nuit. Bains de rivière, oxyde de zinc, valériane, préparations ferrugineuses, eau sédative, purgatifs, strychnine, bains sulfureux, exercice musculaire, préparations éthérées, régime substantiel, anthelminthiques, tout fut essayé sans le moindre résultat. Cependant des vésicatoires promenés le long de la colonne vertébrale parurent exercer quelque influence sur la fréquence des accès, qui s'éloignèrent effectivement un peu ; mais ces exutoires fatiguaient et épuisaient tellement le petit malade qu'il fallut bientôt y renoncer à tout prix.

Sur ces entrefaites, l'élixir anti-épileptique de M. Taillotte fut conseillé. L'action du médicament a été sérieuse : les accès nocturnes ont complétement disparu, et ceux de jour sont devenus moins fréquents, moins longs et moins violents. L'enfant reste souvent plusieurs jours sans avoir de crise.

Cette notable amélioration, signalée seulement depuis l'usage de l'élixir, autorise à penser que par la continuation du même traitement la guérison pourra peut-être être obtenue dans un temps plus ou moins éloigné.

Le fait qui précède n'a sans doute qu'une signification relative; mais, alors même que les médecins devraient compter encore sur de nombreux revers, ne doit-on pas appeler sérieusement leur attention sur des expérimentations capables de produire quelques avantages sur l'état de santé si triste des épileptiques? Nous ne reculerons pas devant cette tâche.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 octobre 1862. — Présidence de M. DUPERTUIS, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Atrésies du vagin. — A l'occasion du procès-verbal, M. GUERSANT dit qu'il a observé à l'hôpital des Enfants plus de cent cas d'adhérences des petites lèvres. Il a cherché à savoir si cette lésion était congénitale, et il a consulté des accoucheurs, qui tous lui ont dit n'avoir jamais observé cette lésion à la naissance.

M. Guersant a toujours considéré ces adhérences comme la conséquence de vaginites. Elles sont très-faciles à opérer; le plus souvent très-minces et saignant à peine; seulement, il faut avoir soin de maintenir le vagin dilaté pendant quelques jours par une boulette de charpie.

M. MATTEI n'a jamais observé d'atrésie congénitale; ce qui pourrait s'expliquer par la position des petites lèvres et du clitoris, qui à cette époque offrent une forte saillie.

Guérison des hernies par la belladone. — M. GUERSANT fait un rapport sur un mémoire de M. Chrestien, membre correspondant, intitulé : *Guérison des hernies par la belladone.*

Depuis trente ans, M. Chrestien n'a jamais eu besoin, pour réduire les hernies, d'autre médication que la belladone, et il a même réduit des hernies crurales dans deux ou trois cas. M. Chrestien n'a pas signalé dans quelles circonstances il a réussi; cependant il y a une grande distinction à établir ; les malades qui se présentent dans les hôpitaux ont le plus souvent une hernie étranglée, tandis qu'en ville le médecin est appelé au bout de quelques heures. C'est probablement dans ces derniers cas que la belladone a réussi entre les mains de M. Chrestien, comme elle a réussi entre les mains de M. Guersant plusieurs fois.

M. Guersant termine en proposant d'adresser des remercîments à M. Chrestien, et de déposer son mémoire dans les archives de la Société.

M. JALADE-LAFOND. Loin de moi la pensée de m'élever contre les faits avancés par M. Chrestien, et contre les conclusions de l'honorable M. Guersant. Toutefois je me rappelle les nombreux succès obtenus par les lavements de tabac, quand j'étais élève. Le fait était hors de discussion, si bien qu'on ne s'occupait plus que des moyens d'en perfectionner le mode d'administration : ce médicament me semble beaucoup moins employé aujourd'hui. C'était un antiphlogistique, agissant sur l'organisation générale, comme la saignée aidée ou non des bains chauds, comme le chloroforme, etc.

Dans le même ordre d'idées, nous avons vu recommander dernièrement en Italie et dans le midi de la France l'emploi du café à doses fractionnées et continues sans interruption.

M. Chrestien ne croit à la belladone que comme topique; à l'intérieur, elle lui paraît nuisible, et c'est à son action purement locale qu'il attribue des succès qui ne se sont jamais démentis ; c'est ainsi qu'on a employé la ciguë, la glace, et tant d'autres médicaments.

La glace, toutefois, pourrait être rangée avec l'opium au nombre des substances dont l'efficacité était à la fois locale et générale.

Mais pourquoi tous ces moyens, qui pendant un temps donné ont eu de si beaux résultats, et qui tous ont compté de nombreux partisans, ont-ils ensuite été négligés?

C'est qu'on y avait recours dans tous les cas indistinctement, et que ces moyens, aussi efficaces les uns que les autres quand on a affaire à une hernie engouée, perdent toute leur vertu devant un étranglement véritable.

A quels signes peut-on reconnaître que l'on a affaire à un étranglement ou à un engouement ?

J'avoue que la réponse ne me paraît pas très-facile ; c'est une chose de pratique bien plus que de théorie. Toutefois, il me semble permis d'établir comme règle générale, et par conséquent susceptible d'exception, que les hernies anciennes et volumineuses s'étranglent rarement. Dans ces cas, on peut, on doit temporiser. Que si, au contraire, on a devant soi une tumeur petite, marronnée, récente surtout, avec des accidents, je crois qu'il est plus sage alors de suivre le précepte de Desault, c'est-à-dire d'avoir recours à l'opération de bonne heure.

Convulsions éclamptiques à huit mois de grossesse. Erreurs sur la provocation du travail. Mort de la femme. Extraction de l'enfant par les voies naturelles. — M. MATTEI. Un fait bien grave vient de se passer chez une malheureuse femme qui, aussi bien que son enfant, a été peut-être victime des principes qui règnent sur ce point de la science.

Le 2 septembre dernier, je suis appelé en consultation auprès de Mme M..., assistée par M. le docteur R...

Cette femme, âgée de vingt-cinq ans, primipare, un peu lymphatique, est arrivée au huitième mois de sa grossesse sans beaucoup de malaise. Depuis huit jours seulement elle a accusé de l'anorexie, des douleurs de tête, de la gastralgie, et enfin de l'œdème aux jambes.

M. le docteur R..., qui a quelque prédilection pour l'homœopathie, a administré des remèdes indiqués pour ces cas, mais sans succès, et aux symptômes précédents ont bientôt succédé la fièvre et les convulsions.

Voyant l'homœopathie rester impuissante, il fait mettre à trois reprises des sangsues derrière les oreilles, applique de la glace sur la tête et donne du calomel. Ce dernier a été d'abord administré à doses réfractées, puis à doses purgatives.

Les convulsions, cette fois, s'arrêtent un instant; mais le médecin n'étant pas rassuré sur l'état de la malade, me fait appeler en consultation.

A ma visite, je trouve la femme dans le coma qui suit les attaques éclamptiques; il y a de l'écume à la bouche. Le palper me permet de constater une seconde position du sommet de la tête ; l'auscultation fait entendre très-distinctement les pulsations du cœur fœtal, et avec cela il n'y a aucun symptôme de travail.

Comme les attaques convulsives avaient cessé, je n'osai pas proposer l'accouchement forcé. Je me suis contenté de faire continuer la méthode dérivative (lavements drastiques, frictions à l'huile de croton-tiglium, etc.,); cependant, craignant le retour des convulsions, je dis au médecin traitant et à la famille que si les attaques revenaient, il fallait pratiquer immédiatement l'accouchement.

La nuit et le lendemain les convulsions reprirent en effet; mais, loin de me faire appeler, loin de faire appeler le médecin traitant, on fit venir le médecin le plus rapproché du quartier. Celui-ci fit appliquer de nouvelles sangsues aux apophyses mastoïdes et continua la médication dérivative, mais sans arrêter les attaques, qui durèrent toute la journée du 3 et la nuit suivante.

Le 4, M. R..., à sa visite de neuf heures, trouve la malade en péril, et me fait appeler pour procéder à l'accouchement. Malheureusement, j'étais absent et ne rentrai qu'à une heure après midi.

Pendant ce temps, la malade était agonisante, et à midi elle expirait. La famille, dans la consternation, fit aussitôt appeler le médecin du voisinage, le priant de sauver au moins l'enfant, mais celui-ci pensa qu'il était trop tard pour pratiquer l'opération césarienne.

A une heure, j'arrivais avec M. R... La mort remontait à une heure, et mon premier mouvement fut d'ausculter l'abdomen. Je sentis quelques pulsations lointaines et rares pour un fœtus, et je me demandai si ce n'étaient pas les pulsations de mes artères que j'entendais; mais que pouvais-je risquer en extrayant l'enfant? Je me décidai à faire l'accouchement forcé.

Les deux autres médecins étant alors présents, nous avons placé aussitôt le cadavre en travers du lit et procédé à l'opération.

Le col s'était un peu raccourci depuis l'avant-veille, mais non dilaté. L'utérus était dans une contraction permanente. J'ai fait pénétrer dans l'orifice utérin un, puis deux, puis trois doigts; mais comme la dilatation était lente à se produire, j'ai débridé le col sur plusieurs points avec un bistouri courbe boutonné.

Dès que ma main a pu passer, j'ai déchiré les membranes, je suis allé chercher les pieds et j'ai fait la version podalique. Le tronc de l'enfant est sorti assez facilement; j'ai abaissé les bras l'un après l'autre, mais la tête a résisté; j'ai cru devoir l'extraire avec mon léniceps. L'opération a duré en tout cinq minutes.

L'enfant n'est pas seulement mort, il commence à avoir les chairs ramollies, preuve évidente qu'il était déjà mort avant l'opération. Pour acquit de conscience, j'ai fait l'insufflation pulmonaire, et l'air ne distendait même pas le poumon, tant les bronches étaient pleines de liquide.

Il y a beaucoup à présumer que si on avait opéré l'accouchement forcé pendant les convulsions, on aurait sauvé la mère ou l'enfant, peut-être même tous les deux.

Les médecins traitants ont fait ce qu'on conseille dans les livres et les cours les plus autorisés, c'est de ne pas toucher au col utérin dans l'éclampsie, parce que le travail et l'expulsion de l'enfant se feraient par les seules forces de la nature.

Aujourd'hui plus que jamais je suis autorisé à dire que lorsque la femme est prise de convulsions éclamptiques dans l'état de grossesse et qu'elle a surtout de l'albuminurie, ou l'enfant meurt, et alors les convulsions peuvent être arrêtées par les seules forces de la nature ou par les ressources de l'art; si l'enfant ne meurt pas, il faut que la femme accouche. Les convulsions peuvent se suspendre un instant; elles reprennent jusqu'à ce que l'enfant soit expulsé ou que la femme succombe.

Je ne connais pas de fait bien avéré où les véritables convulsions éclamptiques, qu'il ne faut pas confondre avec d'autres, aient cessé, et que la femme ait porté son enfant vivant jusqu'à terme, surtout lorsque ce terme était encore éloigné.

M. ELLEAUME partage complétement l'opinion de M. Mattei relativement aux avantages de l'accouchement dans le cours de l'éclampsie. Il a vu plusieurs cas d'éclampsie chez des femmes enceintes, et chaque fois les accidents nerveux ont été modifiés et même complétement suspendus lorsque la matrice a été débarrassée du produit de la conception. Il se rappelle le cas d'une dame qui fut prise d'accidents formidables au sixième mois de sa grossesse : les saignées répétées et abondantes, les sangsues, les antispasmodiques les plus énergiques restèrent impuissants. M. Elleaume, assisté de deux de ses confrères, proposa l'accouchement forcé; mais l'un d'eux, accoucheur distingué, le rejeta comme une opération inutile et même dangereuse. La malade était considérée comme perdue, lorsque tout à coup survinrent des contractions utérines; le travail se fit au milieu de crises affreuses. Aussitôt l'utérus débarrassé, les attaques éclamptiques cessèrent, et la malade, après être restée pendant quelques heures dans le coma, se rétablit bientôt complétement.

M. Elleaume critique la conduite de M. Mattei dans le cas qu'il vient de rapporter : se trouvant en présence d'un cadavre, M. Mattei ausculte l'abdomen; il croit entendre quelques bruits, mais si faibles qu'il est certain, s'il n'a pas été abusé, que la mort du fœtus est imminente. Pourquoi M. Mattei, au lieu d'avoir recours à l'accouchement forcé, n'a-t-il pas pratiqué l'opération césarienne?

M. MATTEI avait proposé l'opération césarienne, mais la famille s'y est opposée.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — Réunion immédiate. — Guérison. — **M. LABALBARY** adresse à la Société l'observation suivante :

Le jeune X..., de Bourg-la-Reine, âgé de onze ans, est d'un caractère turbulent que ses parents ont beaucoup de peine à contenir. Le 11 novembre, à midi, il sortit de son domicile tenant une bouteille vide à la main, et se mit à courir à toutes jambes dans la rue. Ayant trébuché contre une pierre en voulant monter sur le trottoir, il tomba violemment à plat ventre sur sa bouteille, qui se brisa sur le pavé. Dans cette chute, un fragment de verre aigu et triangulaire coupa ses vêtements et perfora la paroi abdominale de ce jeune étourdi dans une étendue de 3 centimètres.

Appelé immédiatement après cet accident, je constatai les lésions suivantes :

La paroi abdominale était complétement sectionnée du côté gauche, dans la direction d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, et dans l'étendue déjà indiquée. A travers cette solution de continuité s'échappait au dehors une masse d'épiploon grosse comme une noix, et qui, s'allongeant par suite des efforts et des cris de l'enfant, n'avait pas moins de 6 centimètres de longueur. Je distinguai très-bien les battements des capillaires artériels, qui sillonnaient la surface de cette hernie épiploïque, et qui n'avaient pas été intéressés. En arrière de cette partie herniée, il y avait une saillie formée par une anse intestinale, qui tendait également à sortir. Après l'avoir enduite d'huile d'olives, je n'eus pas de peine à la faire rentrer, en pratiquant un taxis modéré; mais il n'en fut pas de même pour l'épiploon, que j'eus beaucoup de mal à réduire. Comme cette masse molle et spongieuse glissait entre mes doigts à mesure que je la comprimais, je me servis d'un linge sec pour la maintenir, pendant que mes doigts faisaient successivement rentrer chaque lobe de cette épiplocèle rebelle à mes manœuvres.

Après un taxis qui ne dura pas moins de trois quarts d'heure, je fus assez heureux pour remettre en place intestin et épiploon, et je les fis contenir par un aide, pendant que je pratiquais quatre points de suture, qui affrontèrent parfaitement les lèvres de la plaie abdominale et favorisèrent la réunion par première intention.

Nulle hémorrhagie n'était survenue après cet accident. Il n'y eut qu'un faible écoulement de sérosité provenant de la cavité péritonéale.

J'ordonnai des irrigations froides et continues pendant trois jours consécutifs, et comme je me défiais de la docilité du petit patient, je pratiquai une compression méthodique avec des compresses graduées et un bandage de corps approprié, dans le but d'éviter la rupture des fils.

Au cinquième jour, j'enlevai les points de suture, la plaie était parfaitement reprise. Il ne restait au-dessous de ses bords qu'une petite tumeur, qui n'était autre que la masse d'épiploon déplacé, et sur laquelle j'exerçai la compression pendant huit jours au moyen du même bandage.

Mon attention, justement tenue en éveil, ne me fit remarquer aucune fièvre pendant tout le temps que dura le travail de cicatrisation. Il n'y eut non plus nulle manifestation de péritonite partielle, ce qui démontre une fois de plus le fait sur lequel j'ai fort insisté dans mon travail sur l'ovariotomie (1), à savoir, l'innocuité des solutions de continuité du péritoine, si redoutées autrefois, que ce n'était qu'en tremblant qu'on osait intéresser cette enveloppe séreuse. Aujourd'hui, grâce aux progrès de l'art secondé par l'observation, nous sommes beaucoup plus hardis que nos devanciers...

J'ai permis chaque jour une alimentation légère. Le décubitus dorsal a été continué pendant huit jours. Les selles ont toujours été régulières. Nul trouble n'est survenu dans les fonctions digestives. Le malade a conservé son humeur enjouée, et il m'a maintes fois affirmé n'avoir éprouvé d'autre douleur que celle qu'ont déterminée les points de suture.

Le 23 septembre, c'est-à-dire douze jours après l'accident, le jeune X... était assez bien rétabli pour pouvoir entreprendre avec son père un voyage dans le Midi.

Le secrétaire annuel, MILON.

(1) *De l'hydrovarie et de l'ovariotomie* d'après la méthode anglaise de B. Brown, par le docteur Labalbary. (Librairie Delahaye).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 3 décembre, M. Guérineau, professeur suppléant, a été nommé professeur adjoint pour la chaire de clinique externe à l'École préparatoire de Poitiers.

— Par arrêtés du 23 novembre 1862, M. Bardinet, médecin adjoint au lycée impérial de Limoges, a été nommé médecin au même lycée, en remplacement de M. Bouteilloux, décédé.

M. Bouteilloux (Léon), docteur en médecine, a été nommé médecin adjoint au même lycée, en remplacement de M. Bardinet.

— M. le professeur Velpeau vient d'être nommé membre de l'Institut de Bologne.

— Dans sa séance du 5 décembre, la Société centrale de l'Association générale des médecins de France, a procédé à la réception des nouveaux membres dont les noms suivent :

MM. Ball, Barudel, Coronat, Elleaume, Lobligeois, Pinel, Thevenet, Van Oord, Vernet et Wertheim.

— Dans sa séance du 29 novembre, l'Académie royale de médecine de Belgique a nommé M. le professeur Thiry, membre titulaire dans la section de chirurgie, en remplacement de M. le baron Seutin, décédé.

Dans la même séance, M. Depaire a été nommé membre dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Hensmans, également décédé.

— La séance solennelle de rentrée de l'École de médecine et de pharmacie d'Alger a eu lieu le 20 novembre.

Les lauréats sont :

Médecine. — 1[re] année, M. Sézary; 2[e] année, M. Garreau.

Pharmacie. — 1[re] année, M. Gobert.

— Un concours d'agrégation (section des sciences anatomiques et physiologiques) est actuellement ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier. Un seul candidat s'est fait inscrire : M. le docteur Camille Bertrand, prosecteur de cette Faculté.

Un autre concours pour la place de prosecteur est également ouvert. Deux candidats sont en présence : MM. Masse et Gignoux.

— Le concours de l'internat en chirurgie à l'hôpital civil d'Alger vient de se terminer par la nomination de MM. Lotard, Lecouteux, Feldmuller, Larmande, internes titulaires; Stépban, Leboutellier, internes provisoires.

— La mort vient de frapper M. Lassalvy, professeur agrégé libre de la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le projet d'érection à Montpellier des statues de Lapeyronie et de Barthez, dont l'initiative est due à M. le professeur Bouisson, va être mis prochainement à exécution.

On assure que MM. Gumery et Lamy, sculpteurs à Paris, seront chargés, le premier de la statue de Lapeyronie, le second de celle de Barthez. Ces statues seront placées aux extrémités du pont qui précède l'entrée de l'Ecole de médecine.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera son cours de médecine au Collége de France vendredi prochain, 12 décembre, à une heure, et le continuera le mercredi et le vendredi à la même heure.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 144. — JEUDI 11 DÉCEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 144. — JEUDI 11 DÉCEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance publique annuelle de l'Académie de médecine. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance publique annuelle du 9 décembre. Prix décernés et prix proposés. — Éloge de M. Thenard par M. Fréd. Dubois.

PARIS, 10 DÉCEMBRE 1862.

Séance annuelle DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'exactitude, qui est, dit-on, la politesse des rois, est aussi la politesse des académies. L'Académie de médecine nous a depuis longtemps habitués à compter à cet égard sur cette royale tradition. Le deuxième mardi de décembre est invariablement consacré à la solennité du lieu, c'est-à-dire à la distribution des prix et des récompenses que de généreux donateurs ont mis à la disposition de la Compagnie et à la glorification des savants qui l'ont illustrée. C'est donc hier, deuxième mardi du mois, qu'a eu lieu cette solennité, ainsi que nous l'avions annoncé.

Le programme habituel a été fidèlement rempli. M. Béclard, secrétaire annuel, a très-convenablement accompli la tâche, toujours quelque peu ingrate, de présenter, devant un auditoire mi-partie composé de médecins assez disposés ce jour-là à oublier les sujets de leurs préoccupations journalières, et de gens du monde peu soucieux de faire en un jour leur éducation médicale, l'analyse de travaux très-recommandables sans doute, mais qui n'ont pas toujours, il faut bien le dire, un intérêt capable d'imposer l'attention.

Nous avons été frappé cette année, comme nous l'avions été déjà l'année dernière, de l'extrême parcimonie avec laquelle l'Académie a réparti ses couronnes. Des six prix dont elle avait à disposer pour cette année, elle n'en a donné qu'un seul, le prix Capuron; — que les deux jeunes internes des hôpitaux de Paris, MM. Olivier et Ranvier, qui ont été seuls jugés dignes d'un pareil honneur, en reçoivent ici nos félicitations sincères. —Nous n'aurons garde assurément de blâmer les commissions de prix de se montrer sévères et de maintenir élevé le but du concours; mais nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer notre surprise, en même temps que notre regret de voir ou tant d'insuffisance ou si peu d'empressement à répondre à l'appel que l'Académie fait tous les ans au zèle des travailleurs. Est-ce indifférence? est-ce la difficulté ou le peu d'attrait des questions proposées? Il y a là pour l'Académie un sujet sérieux de méditation et d'étude.

Nous ne quitterons pas le rapport général des prix sans joindre nos applaudissements à ceux qui ont chaleureusement accueilli l'hommage si légitime que M. Béclard a rendu, en terminant, à la mémoire du jeune et regretté savant, M. Ernest Godard, qui, en mourant victime de son dévouement à la science, signait de Jérusalem l'acte de donation qui investit l'Académie du droit de décerner annuellement un nouveau prix.

Arrivons à la deuxième partie du programme. L'*Éloge* a été cette fois une vérité.

En choisissant pour sujet de son panégyrique l'illustre savant en qui se personnifiaient si bien les deux types parfaits de l'académicien et du professeur, le chef éminent de ce grand corps, qui, suivant une belle citation, devait avoir ses pieds dans les bancs de l'école et sa tête dans le sénat, M. Dubois (d'Amiens) s'est donné, comme il l'a dit lui-même, « l'indicible satisfaction de toujours louer et de souvent admirer sans cesser d'être vrai ». Il y a parfaitement réussi. Nous aimons mieux ce genre de succès que celui qui a trop souvent tenté son esprit naturellement enclin à la critique, et nous y applaudissons de bon cœur.

Mais pourquoi, dans cet éloge d'un membre associé de l'Académie de médecine, qui, s'il n'avait pas pris directement part à ses travaux, n'était pas du moins resté étranger au mouvement scientifique et aux progrès des études médicales et physiologiques, dans un éloge prononcé du haut de la tribune de l'Académie de médecine, devant les représentants les plus éminents de notre science, pourquoi, dis-je, ce silence absolu sur la part qu'avait pu prendre Thenard aux choses médicales, soit dans les travaux de commissions mixtes dont il avait fait si souvent partie, soit dans les conseils de l'Université? Pourquoi ne faire intervenir la médecine que pour l'humilier en quelque sorte, par la comparaison de ses incertitudes et de ses fluctuations séculaires avec l'accroissement rapide et les progrès incessants de la chimie? La chimie n'avait pas besoin de cette flatterie, et la médecine méritait plus d'égards. — Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 9 DÉCEMBRE 1862.

Présidence de M. BOUILLAUD.

M. J. BÉCLARD, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés.

Voici les prix et récompenses qui ont été décernés :

Prix de l'Académie (de la valeur de 1,000 fr.). — L'Académie avait proposé pour question :

« Déterminer, en s'appuyant sur des faits cliniques : 1° Quelle est la marche *naturelle* des diverses espèces de pneumonies, considérées dans les différentes conditions physiologiques des malades; 2° quelle est la valeur relative de l'expectation dans le traitement de ces maladies. »

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde :

1° Une récompense de 600 francs à M. le docteur Louis Duclout, médecin à Sainte-Marie-aux-Mines (Haut-Rhin);

2° Un encouragement de 400 francs à M. le docteur Émile Molland (de Paris);

3° Une mention honorable à M. le docteur Jules Daudé, médecin à Marvejols (Lozère).

Prix fondé par M. le baron Portal (de la valeur de 600 fr.). — La question proposée par l'Académie était la suivante :

« Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon, et des applications pratiques qui en découlent. »

L'Académie accorde, à titre d'encouragement, une somme de 300 francs à MM. G. Colin et Goubaux.

Prix Civrieux (de la valeur de 2,000 fr.). — La question proposée par l'Académie était celle-ci :

« Déterminer la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses. »

L'Académie accorde :

1° Une récompense de 1,000 francs à M. le docteur Padioleau, médecin à Nantes (Loire-Inférieure);

2° Un encouragement de 500 francs à M. le docteur Pasturel, médecin à Alban (Tarn);

3° Un encouragement de 500 francs à M. le docteur Artance, médecin à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme);

4° Une mention honorable à M. le docteur Piedvache, médecin à Dinan (Côtes-du-Nord);

5° Enfin, une mention honorable à M. le docteur Charpignon, médecin à Orléans (Loiret).

Prix Barbier.—Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.)

Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Onze ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie; aucun d'eux n'a paru mériter le prix, mais elle accorde :

1° A titre de récompense, un encouragement de la valeur de 2,000 francs, à M. le docteur Kœberlé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour sa relation de deux opérations d'ovariotomie pratiquées avec succès;

2° Un encouragement de la valeur de 1,000 francs à MM. les docteurs Charcot et Vulpian, agrégés à la Faculté de médecine de Paris, pour leur mémoire sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive.

Prix Capuron (de la valeur de 1,000 fr.). — La question mise au concours était ainsi conçue :

« Du pemphigus des nouveau-nés. »

L'Académie décerne le prix à MM. Olivier et Ranvier, internes des hôpitaux de Paris.

Des mentions honorables sont accordées à M. Paul Fèvre, docteur-médecin à Bassou (Yonne), et à M. Desruelles, docteur-médecin à Paris.

Prix Orfila (de la valeur de 4,000 fr.). — L'Académie avait remis au concours, conformément aux prescriptions de M. Orfila, la question relative aux champignons.

Trois mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie.

Aucun de ces mémoires n'a été jugé digne du prix, et l'Académie, pour rester fidèle au vœu exprimé par M. Orfila, n'a pu décerner ni récompense ni encouragement en dehors du prix.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS-VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1861.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, a accordé, sur la proposition de l'Académie :

1° Un prix de 1,500 francs partagé entre MM. Renault, chirurgien de l'hospice des aliénés à Alençon (Orne); Sigalas, officier de santé à Marmande (Lot-et-Garonne); Testelle, docteur en médecine à Paris.

2° Des médailles d'or :

1° A MM. les docteurs Hérbet et G. Lenoël, professeurs à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens (Somme), pour leur travail très-important et très-complet intitulé : *Recherches historiques sur la petite vérole et sur la vaccine;*

2° A M. le docteur Mordret, du Mans (Sarthe);

3° A M. le docteur Rebory, de Digne (Basses-Alpes);

4° A M. le docteur Ménard (Alphonse), de Cette (Hérault).

Cent médailles d'argent sont en outre décernées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre des vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, sur la proposition de l'Académie, a accordé pour le service des épidémies en 1861 :

1° *Deux médailles d'or :* l'une à M. le docteur Guipon (de Laon), l'autre à M. le docteur Jacquez (de Lure), tous deux déjà honorés de médailles d'argent et de plusieurs rappels de médailles.

2° *Médailles d'argent* à MM. Joseph Mavel (d'Ambert); Bourdin (de Choisy-le-Roy); Chairou (de Rueil); Larivière, médecin militaire de 1re classe; Mignot (de Ganat); Boterel (de Saint-Malo); Chevreuse (de Mirecourt); Demonchaux (de Saint-Quentin).

3° *Médailles de bronze* à MM. Rouault (de Couësquelin); Marmy, médecin principal de l'armée; Bernard (de Prangey); Vicherat (de Nemours); Jourdeuil, médecin-major de 1re classe; Balme du Garay, du Puy (Haute-Loire); Palanchon (de Cuisery); Dagorreau (de Saint-Calais); Lemaistre (de Limoges); Martin Duclaux (de Villefranche).

4° *Rappels de médailles* à MM. Lecadre (du Havre), Haime (de Tours), Carassus (de Milly), Emile Bordes (de Beauvais).

5° *Mentions honorables* à MM. Cagnion (de Vitry-le-François); Lemoine (de Château-Chinon); Lariche (de Lormes); Lemaire (de Cosne); Aguilhon (de Riom); Lacaze (de Montauban); Suquet, médecin sanitaire, à Beyrouth; Guy (de Bonneville); Douriff (de Clermont-Ferrand); Mialet (de Gourdon).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS-INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a accordé pour le service des eaux minérales en 1860 :

1° *Médailles d'argent* à MM. Pidoux, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées); Alquié, médecin inspecteur de l'établissement civil de Vichy (Allier); Patézon, médecin inspecteur des eaux de Vittel (Vosges); F. Roubaud, médecin inspecteur des eaux de Pougues (Nièvre); Miramont, médecin inspecteur des bains de mer d'Etretat (Seine-Inférieure); Basset, médecin inspecteur des eaux de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).

2° *Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables* à MM. De Laurès, médecin inspecteur des eaux de Néris (Allier); Caillat, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville (Vosges); Bailly, médecin inspecteur des eaux de Bains (Vosges); E. Génieys, médecin inspecteur de l'établissement civil d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales); Cabrol, médecin en chef de l'établissement militaire de Bourbonne-les-Bains; Crouzet, médecin inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault); Buissard, médecin inspecteur des eaux de Lamotte-les-Bains (Isère).

3° *Médailles de bronze* à MM. Artigues, médecin en chef de l'établissement militaire d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales); Cisseville, médecin inspecteur des eaux de Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure); E. Damourette, médecin inspecteur adjoint des eaux de Sermaize (Marne); Tripier, médecin inspecteur des eaux d'Evaux (Creuse).

4° *Des mentions honorables* à MM. Lemonnier, médecin inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées); Chabannes, médecin inspecteur des eaux de Vals (Ardèche).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1863.

M. LE PRÉSIDENT lit le programme des prix proposés pour les années 1863 et 1864.

Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante :

« Des maladies charbonneuses chez l'homme et chez les animaux. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — L'Académie propose la question suivante :

« Des altérations pathologiques du placenta, et de leur influence sur le développement du fœtus. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Civrieux. — La question proposée par l'Académie est ainsi conçue :

« De la dyspepsie. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Capuron. (*Question relative à l'art des accouchements*). — L'Académie propose aux concurrents :

« De comparer les avantages et les inconvénients de la version pelvienne, et de l'application du forceps dans le cas de rétrécissement du bassin. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Lefèvre. — La question est de nouveau :

« De la mélancolie. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Barbier. — (Voir plus haut les conditions du concours).

Ce prix sera de la valeur de 6,000 fr.

Prix d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant la période de 1856 à 1862, ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix sera de la valeur de 12,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1864.

Prix de l'Académie. — La question proposée par l'Académie est celle-ci :

« Étudier d'après des faits cliniques les complications qui dans le cours du rhumatisme aigu peuvent survenir du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — L'Académie propose la question suivante :

« Déterminer quel est l'état des nerfs dans les paralysies locales. »

Ce prix sera de la valeur de 600 fr.

Prix Civrieux. — L'Académie met au concours cette question :

« Faire l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Capuron. — L'Académie met au concours cette question :

« Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix Orfila. — Ce prix, qui ne peut pas être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale.

L'Académie, pour se conformer aux prescriptions de M. Orfila, propose pour la troisième fois la question relative aux champignons vénéneux, formulée ainsi qu'il suit :

1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour tout le monde;

2° Rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur les effets nuisibles des champignons, soit sur leurs qualités comestibles;

3° Isoler les principes toxiques des champignons vénéneux, indiquer leurs caractères physiques et chimiques, insister sur les moyens propres à déceler leur présence en cas d'empoisonnement;

4° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leurs principes vénéneux ou de les neutraliser, et dans ce dernier cas rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie;

5° Étudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir et les remèdes qu'on peut lui opposer.

Ce prix sera de la valeur de 6,000 fr.

Prix Barbier. — Voir plus haut les conditions du concours.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

— Les mémoires pour les prix à décerner en 1863 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera par ce seul fait exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat, sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix fondé par M. Capuron pour la question relative aux eaux minérales.

ÉLOGE DE M. THENARD.

M. DUBOIS (d'Amiens) lit l'éloge de M. Thenard. Voici ce discours :

Messieurs,

Lorsque, en 1820, l'Académie de médecine reçut sa première organisation, héritière de l'ancienne Société royale de médecine et de l'ancienne Académie royale de chirurgie, elle dut se partager en trois grandes sections, pour comprendre dans ses deux premières l'élite des médecins et des chirurgiens de Paris, et dans la troisième, les hommes qui s'étaient fait un nom dans les sciences auxiliaires de la médecine.

Mais ce qui dut jeter un incomparable éclat sur cette Société naissante, ce fut de voir de hauts administrateurs, tels que MM. de Corbières, Chabrol (de Volvic), la Rochefoucauld et Chaptal; des savants, tels que MM. Berthollet, Cuvier, Arago, Geoffroy Saint-Hilaire et Thenard, rechercher l'honneur de lui appartenir sous le titre d'*associés libres*.

C'étaient là, Messieurs, de magnifiques sujets d'éloge que l'avenir réservait au futur historien de la Compagnie, et notre éloquent Pariset n'a eu garde, pour sa part, de faillir à cette tâche. Peut-être m'avez-vous su quelque gré d'avoir placé, à côté du beau panégyrique de Cuvier, une notice sur Geoffroy Saint-Hilaire. Aujourd'hui, reprenant cette voie, je vais compléter en quelque sorte le touchant éloge de Berthollet par celui de M. Thenard.

Mais ce n'est pas seulement parce que M. Thenard a été l'un de nos dix associés libres, que je le choisis ici de préférence à tant d'autres, c'est aussi et surtout parce que, trouvant en lui ce qui se rencontre si rarement, l'accord d'un vrai talent et d'un beau caractère, j'ai compris que je pourrais me donner cette fois l'indicible satisfaction de toujours louer et de souvent admirer sans cesser d'être vrai.

J'arrive, il est vrai, après bien d'autres, trop tard peut-être; que pourrais-je, en effet, ajouter aux plaintes éloquentes qui retentirent aux funérailles de M. Thenard? Que dire après les solennités où se firent entendre tant de nobles paroles? Marchons cependant, me suis-je dit, marchons sous les auspices des hommes de talent qui m'ont précédé; ils seront mes guides, ils soutiendront mes pas; et grâce à eux peut-être mes paroles ne seront pas trop indignes ni de vous, Messieurs, ni du savant dont je veux honorer la mémoire. (Applaudissements.)

Louis-Jacques Thenard naquit à la Louptière, petit village du département de l'Aube, le 4 mai 1777. Ses parents étaient d'honnêtes et laborieux cultivateurs. Il avait à peine neuf ans lorsqu'il fut conduit chez le curé de Villeneuve-l'Archevêque, qui commença son instruction. Deux ans après, il devint élève du collége de Sens, d'où il sortit à l'âge de seize ans, après y avoir fait d'assez fortes études, puis il passa une année chez ses parents. Il avait ainsi atteint sa dix-septième année, lorsqu'il quitta définitivement son pays natal et se mit en route pour Paris. Il n'y était pas attiré par l'espoir d'y faire quelque grande fortune, ou d'y arriver à quelque haute position; ses vues étaient bien modestes; et s'il se fût trouvé en la compagnie des trois jeunes voyageurs dont nous a parlé Pariset, il eût formé avec eux un étrange contraste. Il est vrai que ces trois jeunes gens étaient Treilhard, l'abbé Maury et Portal, tous les trois si confiants dans l'avenir, si sûrs d'eux-mêmes, que, arrivés, dit-on, sur les hauteurs qui dominent Paris, et entendant le bruit de ses cloches, ce fut pour eux comme autant de voix argentines qui dirent à l'un : Toi, tu seras ministre; à l'autre : Toi, tu seras archevêque de Paris; et au troisième : Tu seras premier médecin du roi.

A lui aussi cependant, ce pauvre enfant de la Bourgogne, les cloches de Paris auraient pu prédire le plus brillant avenir; elles auraient pu lui dire : Toi, tu marcheras un jour revêtu de l'hermine, et comme chancelier de l'Université, à la tête de tous les corps enseignants, et tu iras t'asseoir à la Chambre des pairs. Mais d'abord le jeune Thenard ne venait pas du midi de la France, il ne comprenait pas le langage des cloches; puis au moment où il entrait dans Paris, il n'y avait plus de cloches : on était en 1794, la République venait de les convertir en gros sous et en pièces de canon.

Le moment paraissait assez mal choisi pour venir faire à Paris des études scientifiques; mais il eût été plus mal choisi encore pour des études littéraires. De quelque part que vienne la tyrannie, qu'elle vienne d'en haut ou qu'elle vienne d'en bas, elle a pour les lettres une invincible répulsion, et pour les lettrés une haine instinctive, tandis qu'elle enrégimente les savants; il est vrai qu'à l'occasion ceci ne l'empêche pas de les décimer. Ainsi cette même année venait de voir périr Bailly, Condorcet et Lavoisier; toutes les écoles étaient fermées; seuls, les laboratoires de chimie restaient ouverts. Bien plus, la France entière avait été transformée en un vaste laboratoire, et les grands chimistes de l'époque, les Berthollet, les Fourcroy, les Guyton de Morveau, avaient été mis en réquisition; leurs découvertes et leurs procédés étaient devenus des instruments de victoire; Vicq-d'Azyr lui-même, pour faire oublier qu'il avait été médecin de la reine, était entré dans une commission chargée de visiter les caves pour y trouver du salpêtre, et il y remplissait les obscures fonctions de citoyen dégustateur.

Sauf cependant ce périlleux spectacle de la société, les commencements de M. Thenard n'eurent rien de bien pénible. Bien que dépourvu de toute recommandation et d'apparence encore un peu inculte, il n'en fut pas moins cordialement accueilli dans le laboratoire de Vauquelin, et de temps à autre dans celui de Fourcroy. Sa bonne volonté, son zèle, son assiduité, le firent bientôt remarquer de ces deux grands maîtres, et c'est sous leur bienveillant patronage qu'il commença ses premiers travaux ou plutôt ses premières études.

Il y mit du temps et de la réflexion, et ce n'est qu'après un stage de cinq années, c'est-à-dire en 1799, qu'il eut assez de confiance en lui-même pour oser publier ses premiers essais et pour les soumettre au jugement de l'Académie des sciences.

Je voudrais pouvoir dès à présent, Messieurs, vous faire connaître cette longue série de travaux qui commence avec le siècle et qui en embrasse plus de la moitié; mais pour se faire une idée juste et exacte des travaux de M. Thenard, pour bien en apprécier la valeur et la portée, il faut encore cette fois remonter un peu plus haut, et voir quel était en France l'état de la chimie à la fin du dix-huitième siècle. Il faut dire comment cette science venait de se constituer, ce qu'elle devait aux savants de l'époque et ce qu'elle attendait de leurs successeurs; nous aurons ainsi un point de départ fixe dans la carrière toute scientifique de M. Thenard, nous l'accompagnerons dans chaque période de sa vie, et nous verrons quelle part il est venu prendre aux travaux de ses contemporains, comment enfin il a contribué aux progrès de la science.

La chimie, Messieurs, venait de donner au monde un merveilleux spectacle; bien différente de la médecine, dont les annales remontent à près de trois mille ans, et qui en est encore à chercher sa voie au milieu des incertitudes de ses théories et des tâtonnements de ses expériences, la chimie, cultivée d'abord par des esprits enthousiastes mais égarés, se place tout à coup au premier rang des connaissances humaines : elle a ses théories générales, elle a ses lois, ses principes; elle donne lieu aux plus belles applications, et c'est un seul homme qui vient d'opérer ce prodige; cet homme, Messieurs, vous l'avez déjà nommé : c'est Lavoisier.

Vous n'attendez pas de moi, Messieurs, que je vienne vous rappeler ici par quelle série d'expériences Lavoisier, renversant tout ce qui avait été enseigné avant lui, a fait de la chimie une science aussi belle dans ses lois que féconde dans ses applications : il me suffira de dire quels sont les principes qui l'ont guidé dans ses recherches et quelles sont les conséquences auxquelles il est arrivé.

Après avoir établi la lumineuse doctrine des corps *simples* et des corps *composés*, Lavoisier a montré que pour trouver les véritables bases de chimie, il fallait avant tout arriver aux *indécomposables;* que c'était là pour les chimistes contemporains la recherche de l'*absolu*, et que la seule voie à suivre était celle des analyses. L'indécomposable est donc devenu la *pierre philosophale* des modernes savants, et cette pierre pour eux était d'autant plus précieuse que c'était sur elle qu'ils allaient élever l'édifice de la chimie.

Mais, Messieurs, la découverte des indécomposables ne pouvait donner le dernier mot de la science; l'indécomposable n'est, en effet, que le *substratum* des *actions chimiques* et des phénomènes qui les caractérisent. Or ce sont ces actions chimiques, ce sont ces phénomènes qui sont en quelque sorte la vie, l'âme de la chimie, et leur connaissance peut seule conduire à cette haute philosophie qui consiste beaucoup plus à savoir ce qui se fait qu'à savoir ce qui est dans la nature.

Toutes décisives cependant et toutes séduisantes qu'étaient ces expériences, peut-être n'auraient-elles pas eu plus d'influence sur les progrès de la chimie que celles de ses devanciers si en même temps ce beau génie n'avait introduit dans la science une méthode de vérification si incontestable, je pourrais dire, si infaillible, que les plus difficiles ont dû s'incliner devant elle. Je veux parler de l'emploi de la balance. Certes, Messieurs, Lavoisier n'a pas inventé la balance, depuis des siècles cet instrument était entre les mains des savants; mais personne, il faut bien le reconnaître, n'avait su s'en servir.

Lavoisier, le premier, et c'est là ce que M. Dumas a parfaitement prouvé, Lavoisier, le premier, est venu enseigner aux chimistes l'art, le grand art de peser les corps.

Quel admirable procédé, Messieurs, que celui qui permet ainsi de mesurer les effets de l'attraction moléculaire par ceux de l'attraction à distance, c'est-à-dire de la pesanteur universelle, et qui rattache par conséquent les principes de la chimie à ceux de cette science si parfaite qu'on nomme l'astronomie!

Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, qu'à ce point de vue Lavoisier est venu se placer à côté de Newton? Newton, en effet, a marché comme Lavoisier, la balance à la main, avec cette seule différence que dans ses évaluations c'était vers l'infini en grandeur qu'il se dirigeait, tandis que Lavoisier marchait vers cet autre infini dont a parlé Pascal, c'est-à-dire l'infini en petitesse. L'un allait dans les espaces célestes chercher des mondes pour les jeter dans les plateaux de sa balance, l'autre allait chercher autour de lui et sous ses pieds des molécules et des atomes pour les jeter dans la sienne. (Très-bien).

Mais, Messieurs, je n'ose aller plus loin dans ce rapprochement entre ces deux grands hommes, quand je me prends à penser aux profondes et douloureuses différences de leurs destinées!

Arrivé au terme de sa longue et paisible carrière, Newton meurt au milieu de sa gloire; ses contemporains, pénétrés de reconnaissance, le portent en triomphe à Westminster; il y est inhumé à côté des rois! Et nous, qu'avons-nous fait de Lavoisier? qui pourrait dire où reposent ses cendres? Mais détournons nos regards de ces tristes et lugubres souvenirs, et revenons à M. Thenard, que nous avons laissé dans le laboratoire de Vauquelin.

Déjà il avait entrepris pour son propre compte des travaux assez importants, et il pouvait marcher avec d'autant plus de sûreté que les lumières lui arrivaient de toutes parts. Non-seulement la science était systématisée, mais elle avait de grandes institutions et d'illustres interprètes; la Convention avait ouvert en l'an III les célèbres écoles normales dont j'ai parlé ailleurs, et où toutes les sciences étaient enseignées. J'ai pu ne pas prendre au sérieux la médecine de l'an III, mais je me garderai bien d'en faire autant pour la chimie de la même époque. La médecine, telle qu'on l'enseignait dans ces écoles, était une science factice, dont on avait fait bon gré mal gré une branche de l'histoire naturelle; mais la chimie existait par elle-même et avec le plus haut degré de certitude. Formé à cette école, M. Thenard était alors dans tout le feu de ses recherches. J'ai dit qu'il avait débuté en 1799. Guyton de Morveau, chargé de rendre compte à l'Académie des sciences de son premier travail, se plaisait à reconnaître dans l'auteur un homme tout à la fois imbu des vrais principes et très-exercé aux manipulations chimiques, aussi lui présageait-il de durables succès.

Le temps ne me permettrait pas, Messieurs, de vous faire ici l'énumération de ces travaux. M. Thenard a touché en quelque sorte à tout, rendant ainsi d'éminents services, tantôt à la science elle-même, tantôt aux arts, tantôt à l'industrie : il faut donc distinguer et faire un choix.

Lavoisier, nous l'avons vu, ne s'était pas contenté de poser les principes; il avait ramené lui-même plusieurs composés à leurs éléments essentiels; mais il en était qui avaient résisté à ses analyses. Ainsi la potasse, la soude, la baryte, la chaux, la magnésie, la silice, s'étaient montrés réfractaires à toutes ses tentatives; c'était une tâche qu'il avait léguée à la postérité, et qui devait tenter l'ambition des jeunes travailleurs. Aussi M. Thenard, l'un des premiers, s'était engagé intrépidement dans cette voie; l'entreprise était remplie de difficultés; il ne s'agissait plus de corps tellement instables qu'ils se détruisent en quelque sorte d'eux-mêmes; tellement même qu'il suffit de mettre un autre corps en contact avec eux pour en provoquer la séparation; il s'agissait de composés qui avaient résisté aux plus savantes analyses et aux expérimentateurs les plus habiles.

Or la science en était là, lorsqu'en 1807 une grande nouvelle se répand tout à coup dans le monde savant : on annonce qu'un chimiste anglais, le célèbre Davy, s'inspirant des idées de Lavoisier et marchant d'analyse en analyse, était parvenu à décomposer la potasse et à montrer, pièces en main, que ce corps est un composé d'oxygène uni à un radical métallique qu'on allait désigner sous le nom de *potassium*.

La découverte était immense; mais pour arriver à ce résultat inespéré, Davy avait dû recourir à des forces nouvelles : aucun agent chimique n'ayant pu opérer cette désassociation entre ses mains, il avait employé une pile voltaïque d'une grande puissance, et il avait réussi. Jamais alchimiste du moyen âge, penché sur ses fourneaux, ne dut éprouver de pareilles émotions; mais aussi quelle fut sa joie lorsque, sous l'action de la pile, ses yeux ravis aperçurent enfin des globules tout brillants de l'éclat métallique qui lui annonçaient que son but était atteint! Semblable au navigateur qui, après de longs et pénibles voyages, aperçoit enfin des rivages inconnus, il avait découvert un nouveau monde.

Davy, en effet, venait de résoudre, par cette mémorable expérience, une des plus hautes et des plus belles questions de philosophie naturelle. Sa découverte produisit une émotion générale; mais personne peut-être n'en fut aussi frappé que M. Thenard. Lorsque la première nouvelle lui en fut donnée, il ne put se contenir : « Heureux Davy! s'écriait-il en marchant à grands pas à travers son laboratoire, ton nom ne périra plus! quel honneur pour ton pays! Ah! que n'en donnerais-je pas pour avoir fait une pareille découverte! » Et comme un de ses amis se récriait : « Taisez-vous! lui dit-il, âme froide et indifférente; vous ne sentirez jamais le feu sacré de la science! »

M. Thenard toutefois ne voulut point s'en tenir à une stérile admiration. Il avait formé avec M. Gay-Lussac une étroite association de recherches et de travaux. La découverte de Davy devint pour eux le point de départ de nouvelles expériences. Ce signal parti de l'Angleterre avait excité parmi les savants français une émulation générale; le gouvernement lui-même avait pris part à cet événement. Toujours généreux, il avait accordé à Davy le grand prix fondé pour les progrès du galvanisme, et cela bien qu'on fût en pleine guerre avec la Grande-Bretagne. Ce n'est pas tout : pour mettre les savants en mesure de féconder sa découverte, il avait fait don à l'École polytechnique d'une pile voltaïque d'une grande puissance. Mais ce n'était pas à l'aide de la pile, c'est-à-dire des forces physiques, que MM. Gay-Lussac et Thenard se proposaient d'attaquer à nouveau la potasse et la soude : c'était à l'aide des seules forces de la chimie, et ici c'était une véritable lutte qu'ils allaient en quelque sorte soutenir contre ces composés. Je dis lutte, et le mot n'est pas trop fort, car ils avaient affaire à des substances redoutables, qui brûlent à l'air libre et avec une énergie sans égale, qui décomposent l'eau avec une intensité et une rapidité dont rien n'approche. Ils réussirent cependant : leurs efforts furent couronnés de succès, et ce que Davy n'avait pu obtenir qu'à l'aide d'une pile gigantesque et en quantité à peine perceptible, MM. Gay-Lussac et Thenard l'obtinrent sans employer d'autres forces que celles de la chimie, et avec une facilité, une abondance, qu'eux-mêmes étaient loin d'espérer.

C'est toujours un beau spectacle, Messieurs, que celui d'une lutte engagée ainsi entre l'intelligence humaine et les forces de la nature; mais je dois dire que la lutte la plus savante et la plus hardie dans cet ordre de faits, c'est celle qui a été soutenue par l'auteur de la découverte de l'électro-magnétisme, c'est-à-dire par Oersted (de Copenhague). Nous venons de voir que la potasse et la soude avaient cédé à l'action de la pile entre les mains de Davy, et qu'elles avaient également cédé aux forces chimiques entre les mains de MM. Gay-Lussac et Thenard; mais il était un composé qui avait opposé une résistance invincible aussi bien à l'action de la pile qu'à celle des forces chimiques : c'était la terre d'argile. Elle aussi cependant devait recéler dans son sein, et comme un de ses éléments, un corps métallique. Mais d'où vient que jusque-là personne n'avait pu l'en faire sortir? Oersted, mieux inspiré que ses devanciers, revint à une idée émise en d'autres temps par MM. Gay-Lussac et Thenard; il pensa que cela tenait sans doute à ce qu'on n'avait attaqué cette terre d'argile qu'à armes égales, et en quelque sorte directement. Il résolut donc, tout en l'abordant de front avec le chlore, de jeter pour ainsi dire sur ses derrières un auxiliaire approprié, c'est-à-dire le charbon, et cette manœuvre lui réussit pleinement : l'argile ne put résister à cette double attaque; elle céda son métal au chlore et son oxygène au carbone.

La victoire toutefois n'était pas complète, et ce ne fut pas Oersted qui l'acheva; l'honneur en revint à Wöhler.

Dans l'opération que nous venons de décrire, le métal s'était bien détaché de son oxygène, mais c'était pour s'unir au chlore; de sorte que finalement on n'avait obtenu que du chlorure d'aluminium. Or c'est Wöhler qui, en 1826, vint mettre aux prises, en quelque sorte, le chlorure d'aluminium avec un nouvel ennemi, c'est-à-dire avec le potassium, qui, détachant le chlore, laissa l'aluminium complétement à nu, ou plutôt à l'état métallique.

Les choses cependant ne devaient point encore en rester là; un dernier perfectionnement devait être apporté à cette opération, et c'est un chimiste français, M. Henry Sainte-Claire Deville, qui en fut l'auteur. Substituant le sodium au potassium, et ramenant ainsi le chlorure d'aluminium à l'éta t de sel marin, M. Deville rendit l'opération si simple et si fructueuse, qu'il créa pour ainsi dire toute une nouvelle métallurgie.

Voilà, Messieurs, ce qui s'était fait depuis les travaux de MM. Gay-Lussac et Thenard dans cette partie de la science; mais il y aurait injustice à ne pas reconnaître que c'est à ces deux chimistes que revient l'honneur d'avoir ici posé les principes et d'avoir fourni jusqu'aux agents d'analyse. Sans eux peut-être notre âge n'aurait pas été témoin de ces merveilleuses découvertes, et de longues années se seraient peut-être encore écoulées avant qu'on eût pu faire sortir de cette terre d'argile, jusque-là si négligée, un métal rival de l'argent, poli, dur et sonore comme l'acier, léger comme le verre et à jamais inaltérable.

C'est dans le cours de 1811 que la plupart de ces recherches furent publiées; elles montrèrent ce qu'on devait attendre de l'union de deux fortes intelligences, et cependant, Messieurs, le dirai-je? tout en reconnaissant que les noms de MM. Gay-Lussac et Thenard se trouvent ainsi indissolublement unis dans une glorieuse communauté de travaux, je ne puis m'empêcher de regretter cette communauté elle-même, je la regrette parce qu'elle m'empêche de faire la part de chacun d'eux dans l'œuvre commune.

Mais maintenant, Messieurs, il est temps de passer à un autre ordre de faits; nous venons de voir que M. Thenard, à cette première époque de sa vie, avait contribué autant qu'il était en lui à la réalisation des idées de Lavoisier, en ce qui concerne la recherche et l'étude des indécomposables; mais ceci ne pouvait être qu'une préparation à de plus hautes études. Après avoir ramené les corps à leurs éléments essentiels, après en avoir isolé les radicaux, il fallait arriver aux lois de leurs diverses combinaisons, les suivre dans leur action les uns sur les autres, et de là remonter à cette sublime étude des causes premières qui, ici comme partout, fait la force et l'honneur de l'esprit humain.

Vous savez, Messieurs, qu'au point de vue de la science, il y a en quelque sorte trois grandes âmes dans l'univers, ou, si l'on aime mieux, trois grands principes d'action, qui, seuls ou combinés, produisent fatalement tous les phénomènes de la nature. C'est d'une part le principe d'action des corps organisés ou la *vie* proprement dite que je mentionne ici la première, bien qu'elle soit la dernière venue; d'autre part, la pesanteur universelle ou le principe de l'action à distance de la matière sur la matière; en troisième lieu, la cause probablement unique de la lumière, de la chaleur, de l'électricité et des combinaisons moléculaires.

Le domaine respectif de ces trois centres d'action n'est pas parfaitement limité; chaque science a ses prétentions : la physique, de sa nature envahissante, après s'être attribué la théorie des impondérables, a voulu s'adjuger toutes les combinaisons chimiques, sous le prétexte que celles-ci rentrent dans l'ordre des phénomènes dus à l'électricité; il n'y a pas jusqu'à nos propriétés vitales qu'elle n'ait voulu nous disputer pour leur substituer les siennes.

La chimie, moins ambitieuse, est restée sur la défensive, ce qui ne l'a pas empêchée d'embrasser les plus hautes et les plus belles questions de philosophie naturelle.

Voyez, en effet, Messieurs, quelles brillantes théories se succèdent coup sur coup et toujours comme conséquence des principes de Lavoisier.

C'est d'abord Dalton, qui vient établir la loi des *proportions multiples*, et donner ainsi, conjointement avec Wenlzel et Richter, une base indispensable aux tables d'*équivalents chimiques*, et de là toute une législation scientifique : d'une part, la *théorie atomique*; d'autre part, celle que Gay-Lussac a cherché à faire prévaloir, en étendant aux gaz les principes de Dalton, et en formulant la loi de leurs diverses combinaisons. Mais déjà Berthollet avait cherché, de son côté, à rallier toutes les actions chimiques à un autre point de vue; lui aussi veut les expliquer par une loi générale, mais il est effacé par Davy, qui, non content d'avoir attaché son nom à de belles découvertes, vient en donner lui-même la théorie la plus séduisante.

Arrivent ensuite MM. Petit et Dulong, qui reprennent et étendent les lois établies par M. Gay-Lussac, et qui les appliquent aux corps solides.

M. Ampère associe ses vues ingénieuses aux idées de Davy; il cherche aussi à expliquer par l'action de la pile les décompositions chimiques, mais d'une manière plus simple et plus satisfaisante.

Deux hommes éminents viennent enfin s'ajouter à cette liste d'esprits élevés: c'est, d'une part, Berzélius, qui, tout en restant dans les mêmes idées, rattache les phénomènes de l'électricité au développement des actions chimiques, et met ainsi la théorie au-dessus de toute objection; d'autre part, c'est M. Dumas qui, par sa belle théorie des *substitutions*, nous révèle les lois en vertu desquelles certains corps peuvent en remplacer d'autres à *équivalents* égaux, et donner lieu ainsi à des combinaisons du plus haut intérêt.

Tels sont, Messieurs, les grands théoriciens qui, dans la première moitié de ce siècle, ont jeté tant d'éclat sur la chimie. Les aptitudes et les goûts de M. Thenard ne l'ont point porté, il est vrai, vers ce genre d'études; mais, du moins, il ne les a pas dédaignées, il n'a point passé sa vie à les contester et à les repousser; il les a, au contraire, propagées autant qu'il était en lui; il les a enseignées à dix générations successives. Il a fait plus, et ici sa part ne sera pas sans gloire : il a eu la main assez heureuse pour faire une de ces découvertes qui, étendues et fécondées par d'autres, deviennent le point de départ de généralisations aussi belles qu'imprévues.

Après avoir, en effet, passé les premières années de sa vie à désassocier les corps les uns des autres, un jour est venu où M. Thenard, tout en poursuivant ses recherches, a été amené à produire une des combinaisons les plus curieuses et les plus étranges qu'on puisse citer. Vous pensez bien, Messieurs, que je veux parler de l'*eau oxygénée*. C'est le hasard, a-t-on dit, un pur hasard qui l'y a conduit. Je le veux bien; mais je vous le demande, Messieurs, quelle est la découverte un peu importante dans laquelle le hasard ne soit entré pour quelque chose? Et puis, n'est-ce rien que de discerner un fait important, même dû au hasard, que de savoir l'interpréter et de lui assigner toute sa valeur?

Et notez, Messieurs, que pour reproduire ce composé, ce fut encore, à chaque fois, une lutte qu'eut à soutenir l'expérimentateur, mais une lutte inverse de celle qu'en d'autres temps il avait eu à soutenir dans ses premières analyses.

La grande difficulté avait été alors de désassocier des corps que rien jusque-là n'avait pu entamer : la potasse, la soude, l'alumine. Cette fois il s'agit d'associer des corps tellement instables, tellement mobiles, que le simple contact d'une foule de substances en sépare tout aussitôt les éléments, et souvent avec explosion. Il peut même se faire qu'au moment où on les prépare les réactifs les mieux appropriés en provoquent la désassociation; mais toutes ces difficultés, ces dangers même, sont autant de stimulants pour les grands expérimentateurs.

C'est du reste, Messieurs, un bien singulier produit que cette eau oxygénée découverte par M. Thenard. Figurez-vous un composé qui non-seulement tend toujours à se décomposer lui-même, mais encore à détruire tous les corps qui s'en approchent de trop près! Et ce n'est point tout : par une propriété non moins singulière, ce corps mystérieux va jusqu'à détruire certains corps, comme pour le plaisir de les détruire, c'est-à-dire sans rien leur prendre et sans rien leur donner!

Si vous vouliez bien me permettre ici une comparaison, je dirais que cet étrange composé est comme le génie de la destruction dans le monde chimique, et cependant, chose non moins surprenante, ce même corps, si réfractaire, si antipathique à toute espèce de combinaison, manié par un chimiste habile, peut rendre les plus grands services; de sorte qu'on pourrait dire de lui qu'il est comme ce principe de désordre avec lequel en d'autres temps de grands politiques prétendaient qu'on pouvait faire de l'ordre. (Sourires.)

C'est là, en effet, Messieurs, ce que M. Thenard a encore démontré. Vous savez que non content de doter la science de cette belle découverte, il s'est servi de l'eau oxygénée pour déterminer tout un groupe de phénomènes qui sont venus prendre place dans la science, et qu'on a désignés sous le nom de phénomènes *catalytiques*, phénomènes inégaux, variables, encore entourés de beaucoup d'obscurités, mais dont M. Thenard poursuivit l'étude jusque dans les dernières années de sa vie. D'autres sont venus depuis, et parmi eux il faut avant tout citer M. Schönbein, qui, obéissant à cette première impulsion, nous a révélé les faits les plus curieux.

Mais, Messieurs, je me laisse entraîner; il est temps de considérer M. Thenard sous un autre point de vue.

Après avoir parlé de ses longues et fortes études, de ses patientes recherches, de ces trésors de science enfin acquis dans ses plus belles années, il faut montrer comment, pendant tout le reste de sa vie, il a su en quelque sorte les dispenser à des flots d'auditeurs empressés de l'entendre.

Ici, Messieurs, ma tâche sera douce et facile; elle sera pleine de charme et de satisfaction, puisque, n'ayant encore que du bien à dire de M. Thenard, je vais le reprendre dans la partie la plus brillante et la plus fructueuse de sa carrière de savant, c'est-à-dire dans son enseignement.

M. Thenard, en effet, a été le type le plus complet et le plus expressif du parfait professeur. Il est vrai que le professeur par excellence, le professeur proprement dit, ne peut guère se trouver que dans l'ordre des sciences, et il n'y a aucune comparaison sous ce rapport à établir avec le professeur dans l'ordre des lettres.

Les sciences seules, j'ose le dire, se peuvent enseigner; les lettres ne s'enseignent pas, elles s'inspirent. Dans les sciences, il y a des faits, des notions dont la somme va sans cesse en s'augmentant d'âge en âge, et qui se transmettent de générations en générations, ce qui a fait dire à Pascal que la société est un homme qui apprend toujours; tandis que dans les lettres il y a des moments d'éclat et d'obscurcissement, de forces et de défaillances, et comme elles ne consistent guère que dans des sentiments et des idées, dans des manières de sentir et d'exprimer, elles ne se transmettent pas, elles se réveillent à des moments donnés et chez certaines nations, car elles ne s'importent pas non plus. Ce n'est donc point dans des archives que le génie va les chercher; c'est dans le cœur, c'est dans l'âme humaine. Sans doute il se rencontre parfois de grands artistes, des lettrés parmi les savants, qui savent unir les inspirations de l'âme aux acquisitions du savoir, et qui assurent ainsi l'immortalité à leurs écrits; mais le pur savant, le savant classique, n'est que savant, et tel était M. Thenard.

Rompu à toute espèce de manipulation, fort de ses longues études et de son excellente méthode, M. Thenard faisait marcher pour ainsi dire de front l'exposé oral des faits et leur démonstration pratique : c'était tout à la fois le *subjecta oculis* et le *demissa per aurem*. Il aurait même voulu que ses expériences, aussi dociles que sa parole, ne fussent jamais ni en retard ni en avance sur elle; de là ses impatiences un peu trop publiques et ses véhémentes objurgations contre ses préparateurs. On voyait, du reste, que M. Thenard était toujours maître de son sujet; ce qui pour d'autres aurait pu présenter quelques difficultés, était un jeu pour lui. Aussi, sans négliger le fond, s'amusait-il un peu de la forme, qui lui était comme une récréation, un délassement. Non qu'il ne cherchât le plus souvent à rendre sa diction imposante; il y mettait, au contraire, quelque chose de pompeux et de solennel, comme s'il eût voulu rappeler Fourcroy. Mais qui aurait pu, de notre temps, rivaliser avec celui que mon prédécesseur appelait le séduisant, le brillant, l'étincelant Fourcroy? Fourcroy, tout à la forme, était un modèle achevé de ce que peut produire la culture latine dans ce qu'elle a de plus exquis et de plus distingué. Ce qui dominait, au contraire, en M. Thenard, c'était la verve gauloise dans ce qu'elle a de plus imprévu, de plus spontané et de plus inégal.

Mais si M. Thenard le cédait à Fourcroy pour le talent professoral, il était, sous ce rapport, bien au-dessus de son maître Vauquelin, qui, lui, ne voyait que le fond des choses.

Quel contraste entre ces deux savants! Tout parlait en M. Thenard : le regard, le geste, l'attitude; on entendait cette parole retentissante jusque par delà les portes de son amphithéâtre. Vauquelin, toujours calme, toujours souriant, impassible, laissait échapper de ses lèvres un filet de voix qui atteignait à peine les premières banquettes de son auditoire; c'était la science elle-même, mais sans chaleur, sans mouvement, sans éclat; tandis que chez M. Thenard c'était la science toute vive, ardente et colorée, qui se faisait jour *ab ore rotundo*, surtout lorsque, secouant sa tête expressive et donnant à sa voix de nouvelles intonations, il semblait s'en prendre à tout ce qui l'entourait, et jusqu'aux matières en expérience dont il gourmandait la paresse. (Bravos!)

Il y avait donc un peu d'emphase et de déclamation dans l'enseignement de M. Thenard, on peut même dire quelque chose de théâtral; mais ceci encore avait son bon côté, il était impossible d'oublier ce qu'on lui avait entendu une fois raconter. Du reste, M. Thenard connaissait parfaitement son terrain, il savait très-bien à qui il s'adressait; doué d'un talent à la fois ferme et flexible, il savait changer les formes de son enseignement en changeant d'auditoire. Ainsi, lorsqu'il avait à parler dans l'amphithéâtre de l'École polytechnique, son langage restait essentiellement scientifique, toujours sérieux, toujours sobre et concis. Avait-il à professer à la Faculté des sciences, il était tout à la fois élémentaire et classique; il savait qu'il s'adressait plus particulièrement à de futurs médecins et à de nombreux aspirants au baccalauréat. Mais au Collége de France, où se trouvaient beaucoup de gens du monde, il se sentait d'autant plus à l'aise qu'il n'y était lié par aucune espèce de programme; aussi était-ce là qu'il faisait un peu spectacle, sans cesser cependant de donner une excellente instruction, de sorte que, tout en excitant le sourire, il n'en maintenait pas moins sa dignité.

M. Thenard, du reste, n'était pas de ces professeurs qui sont toujours et partout professeurs, dans une tribune académique comme dans une tribune politique, et jusque dans un salon; qui toujours et partout improvisent des leçons, et des leçons d'une heure. M. Thenard à l'Académie était parfaitement écouté de ses collègues, précisément parce qu'il ne les ramenait pas sur les bancs de l'école; son solide savoir, sa parfaite urbanité, son esprit conciliant, lui assuraient une autorité et une influence que personne ne contestait; il y avait même dans les dernières années quelque chose de patriarcal dans ses allocutions qui touchait les cœurs en même temps que les esprits. (Très-bien!)

C'est ainsi, Messieurs, c'est par ce sage esprit de conduite, par cette constance dans l'accomplissement de ses devoirs, et surtout par ses longs et éminents services dans l'instruction publique, que M. Thenard entra dans le gouvernement même de l'Université, d'abord comme simple conseiller, puis comme chancelier.

Les fonctions dont se trouvait chargé M. Thenard, même comme conseiller, étaient déjà fort délicates; il avait entre autres la mission de désigner, parmi les jeunes chimistes et les jeunes physiciens, ce qu'on appelle les *chargés de cours*, aussi bien dans les lycées que dans les facultés; il avait même, depuis la mort de Cuvier, à faire un choix semblable parmi les jeunes naturalistes. L'expérience a prouvé que ses choix étaient excellents; presque tous ceux qu'il a désignés sont devenus de très-habiles professeurs, et quelques-uns même des savants de premier ordre.

Dans les hautes fonctions de chancelier, sa tâche était encore plus délicate, il avait à gouverner deux corps qui de tout temps ont eu des préventions l'un contre l'autre, celui des *lettrés* et celui des *savants*. Il y avait là comme deux partis en présence, et dont le contact était inévitable, surtout à l'époque des grands concours de l'Université.

Les lettrés, plus occupés du beau que de l'utile, étaient très-disposés à regarder les savants comme des gens restés pour la plupart

incultes et étrangers aux choses de l'esprit, fermant les yeux à l'idéal pour ne voir que le positif, et avec lesquels il était impossible de s'entendre.

Les savants, de leur côté n'étaient pas plus indulgents à l'égard des lettrés; ils ne voyaient en eux que des gens hérissés de grec et de latin, toujours occupés de mots et jamais de faits, qui condamnent les élèves à perdre de longues années dans des études parfaitement inutiles.

M. Thenard, je le répète, ayant à régenter ces deux tribus, avait fort à faire, d'autant qu'une ingénieuse bifurcation n'était pas encore venue placer maîtres et élèves dans deux routes distinctes, au risque d'abaisser et de mutiler les intelligences.

Mais M. Thenard était au-dessus de tous ces préjugés de corps, et par cela même qu'il devait à la science sa haute position, il se montrait en toute circonstance disposé à faire aux lettres les plus grandes concessions. Lui-même d'ailleurs aimait les lettres, il savait qu'avant de faire un savant il faut faire un homme, et que c'est là la noble mission des lettres.

Je viens de dire qu'il devait tout aux sciences, j'ajoute que toute son ambition s'y était concentrée : il suffit en effet de jeter les yeux sur les ouvrages sortis de sa plume pour voir qu'il n'a jamais eu la prétention de marquer dans les lettres; les ouvrages que M. Thenard a publiés ont exercé une grande influence sur les esprits, mais au seul point de vue de la science. On peut les diviser en deux classes : les uns sont des mémoires, des notes ou des comptes rendus insérés dans les recueils de l'époque; les autres sont des ouvrages didactiques; le plus considérable et le plus important est sans contredit son grand *Traité théorique et pratique de chimie*, livre excellent, qui dans chacune de ses éditions représentait de tout point le mouvement de la science et qui n'a pas encore été remplacé; il le sera cependant : lui aussi sera dépassé; quelque autre travail, moins bien fait peut-être, mais plus au courant des progrès de la chimie, le fera oublier.

Tel est le sort, Messieurs, des livres de science, à moins que le génie d'un Buffon ne vienne leur donner cette forme qui fait traverser les siècles. Le livre de M. Thenard est assurément fort remarquable; il l'est surtout par la méthode, par le choix et la disposition des faits et par la fidélité des détails; il a donc été éminemment utile; mais l'utilité dans la science est chose d'un moment, le beau seul est impérissable. Or, M. Thenard, tout grand savant qu'il était, ne connaissait pas le secret de cette chimie intellectuelle qui, sans autre réactif que le sentiment, donne à des feuilles légères la pérennité du marbre et de l'airain.

Mais, Messieurs, puisque me voici amené à vous parler de la personne et des qualités particulières de M. Thenard, je vais remplir ma promesse, et vous montrer qu'en M. Thenard le savoir était rehaussé par un beau caractère; que sous cette apparence un peu lourde et un peu épaisse, M. Thenard cachait infiniment d'esprit et surtout beaucoup de cœur.

Ce n'était pas un de ces esprits mordants, sceptiques, railleurs, qui réussissent vite dans le monde sans se faire estimer; c'était un esprit fin, juste, aiguisé par une pointe de malice et de bonhomie; plein d'égards et d'urbanité pour tous ceux qui avaient à lui soumettre des travaux, à réclamer son appui ou à solliciter son suffrage, il ne contristait ni ne décourageait personne; mais c'était à une condition, c'est que les candidats ne se permissent aucune insinuation malveillante les uns à l'égard des autres. Le cas échéant, il prenait vivement la défense de l'absent, et souvent avec esprit; j'en citerai un seul exemple.

Un candidat assez peu charitable était venu le visiter pour une place vacante à l'Académie des sciences; il avait rencontré dans le grand escalier de M. Thenard un de ses compétiteurs qui sortait de chez l'illustre savant. « Savez-vous, lui dit-il, ce qu'on dit du candidat qui vient de vous quitter? — Mais, répond M. Thenard, on en dit beaucoup de bien, et je sais que c'est un homme de mérite. — C'est possible, ajoute le visiteur, mais ce que vous ne savez peut-être pas, c'est que ce n'est pas lui qui écrit les ouvrages publiés sous son nom; il a une plume complaisante à son service. — Prenez garde, reprit en souriant M. Thenard, on m'a dit la même chose de vous. » Et le piquant de la scène, c'est qu'on retournant ainsi l'accusation, M. Thenard, si l'on s'en rapporte à la croyance générale, touchait parfaitement juste.

M. Thenard, du reste, ne s'offensait pas lui-même d'une parole hardie, lorsque d'ailleurs elle était spirituelle et dite à propos. Ses pauvres préparateurs, assez confus d'être réprimandés publiquement, en étaient le plus souvent réduits à se taire.

Un jour, cependant, l'un d'eux ne put résister au désir de fermer la bouche à son maître par une réponse, qui après tout ne devait pas lui être trop désagréable. « Mon pauvre garçon, lui avait dit M. Thenard, on ne pourra jamais rien faire de vous! — Ah bah! lui répondit le préparateur, c'est un horoscope qui ne m'inquiète pas le moins du monde, car vous étiez sous Fourcroy, il vous en a tiré un tout pareil. — Pas mal, pas mal, » dit M. Thenard. (Sourires.)

Chacun sait, du reste, que tous ces bons et dévoués préparateurs, M. Thenard les aimait profondément; lui-même avait passé par ces épreuves; les premières années de sa jeunesse étaient toujours présentes à sa mémoire, et il tenait à se montrer aussi bienveillant pour ses subordonnés qu'on l'avait été pour lui; et de même pour ses anciens maîtres, s'il leur avait voué une éternelle reconnaissance, s'il en parlait avec le plus profond respect, c'est qu'il avait trouvé de la délicatesse dans leur assistance et du désintéressement dans leur protection. A tous ces titres, Berthollet et Vauquelin avaient la première place dans ses souvenirs.

M. Thenard n'était point de ceux que les grandes gloires offusquent; j'ai déjà montré qu'il savait admirer, ce qui est la marque des âmes délicates; mais pour des hommes comme Laplace, son cœur était de moitié dans cette admiration, qui était un véritable culte. Quand ce grand géomètre fut à ses derniers moments, M. Thenard voulut absolument le visiter : « Ah! dit-il en sortant à l'un de ses plus chers élèves, aujourd'hui notre collègue (M. Lecanu), Laplace se meurt; il ne passera pas la nuit. Quelle perte! mon ami; quelle calamité! Que sommes-nous à côté d'un homme comme celui-là! »

Lui aussi cependant, M. Thenard, grâce à ses longs services dans l'enseignement, grâce à ses talents, à son savoir, à ses qualités personnelles, était arrivé à une haute position; il avait atteint ce que l'empereur Napoléon avait donné en perspective à tous les jeunes professeurs lorsqu'il réorganisa en France l'Université : « Je veux, avait-il dit en se servant d'une belle image, je veux que ce grand corps ait ses pieds dans les bancs de l'école et sa tête dans le sénat. » Or, M. Thenard, sans perdre de vue les banquettes du collége du Plessis et celles du Collége de France, était allé s'asseoir à la Chambre des pairs, à côté des vieux maréchaux du grand empire et des plus grands personnages de l'ancienne noblesse. (Bravos.)

Ce n'est pas tout : grâce aux grands emplois qu'il avait exercés, grâce aussi à ses habitudes d'ordre et d'économie, il avait très-honorablement et très-légitimement acquis une grande fortune. Il est des cœurs qui s'abaissent et s'endurcissent dans la prospérité; il en est d'autres, au contraire, qui s'élèvent et s'attendrissent. Chez M. Thenard, le cœur est toujours resté le même, c'est-à-dire plein de délicatesse et accessible aux plus nobles sentiments. Il n'avait guère plus de vingt ans lorsque, nommé répétiteur à l'École polytechnique aux appointements de 1200 fr., arriva le moment si heureux pour un jeune homme de signer pour la première fois une feuille d'émargement. Au bout du premier semestre, il avait 600 francs par devers lui. L'emploi d'une pareille somme n'était pas bien difficile à l'âge des plaisirs et dans une ville comme Paris; mais ce brave jeune homme, dans le secret de son âme, avait pris avec lui-même l'engagement d'acquitter avant tout une dette sacrée : il envoya ces 600 francs au pauvre curé de village qui lui avait donné les premières leçons de latin. (Applaudissements.)

Maintenant il est riche, la fortune lui a souri; il est conseiller de l'Université. Une dame aussi fière que pauvre s'était adressée à lui. Veuve d'un savant qui avait rendu des services à l'État, elle sollicitait un secours annuel du gouvernement. M. Thenard ne s'était pas épargné; mais toutes ses démarches avaient échoué, il n'avait rien pu obtenir. Que faire? Il savait que tout ce qui ressemblerait à une aumône ne pourrait que blesser et révolter cette dame. Il prit tout simplement le parti de lui faire servir à chaque trimestre une somme assez importante, lui laissant croire que ce secours lui était alloué par l'État.

Vous voyez donc, Messieurs, que la fortune n'eut d'autre effet sur ce noble cœur que de lui permettre de donner un libre cours à ses généreux instincts, et les occasions ne lui manquèrent pas; mais il avait ses préférences, et vous les comprendrez. Ce qui, avant tout, l'avait pénétré de douleur, c'était de voir tant d'hommes de mérite qui, ayant voué leur vie à la science, n'en demeurent pas moins dans un état voisin de la misère. Sans avoir précisément passé par les mêmes situations et sans en avoir éprouvé les dures étreintes, M. Thenard, en d'autres temps, avait vu de près ces décentes et pudiques misères, et le tableau en était resté devant ses yeux. Il savait que ce n'est pas à ces pauvres ouvriers de la science que le monde s'intéresse, et que la charité publique ne les connaît pas.

Or c'est pour venir en aide à ces nobles infortunes qu'en 1855 il jeta les premiers fondements de la *Société de secours des amis des sciences*. Il fit cela tout simplement, tout uniment; il commença par doter lui-même et très-richement la Société, puis et successivement il ajouta à ce premier fonds des sommes importantes; et après avoir ainsi donné l'exemple, il fit un appel à toutes les âmes généreuses, et bientôt de nombreux souscripteurs se groupèrent autour de lui.

De là cette Société dans laquelle tout se passe en famille, et ici le mot est parfaitement juste; car M. Thenard, en créant la Société de secours des amis des sciences, a donné une véritable famille à tous ces déshérités de la fortune.

C'est par ce grand acte, Messieurs, que M. Thenard a en quelque sorte couronné sa vie; il y a consacré ses derniers moments et ses dernières pensées. Deux ans à peine s'étaient écoulés depuis cette fondation, qu'il sortait de ce monde, plus vénéré et plus estimé que jamais, le 21 juin 1857, à l'âge de quatre-vingts ans.

Je crois, Messieurs, vous avoir fait un tableau exact et fidèle de la vie de M. Thenard : je vous ai rappelé les travaux de sa jeunesse et les découvertes de son âge mûr; je vous ai parlé de son enseignement si populaire et si fructueux, de son administration si sage et si digne dans le gouvernement de l'Université; je vous ai dit enfin par quels bienfaits il a honoré sa vieillesse.

Chaque période de cette longue vie a donc été marquée par de beaux travaux et par de belles actions. Mais ce qu'il y avait de plus touchant, c'était ce persévérant amour de la science, qui avait fini par se confondre en lui avec l'amour de l'humanité; c'était cette bienveillance de cœur, cette sérénité d'âme, qui donnaient tant de charmes à son commerce et à ses doctes entretiens.

M. Thenard aurait donc pu tenir le langage que Cicéron prête au savant maître d'Isocrate : Et moi aussi, aurait-il pu dire, je n'ai pas à me plaindre de la vieillesse : *Et nihil habeo quod accusem senectutem;* puisque après de longs jours honnêtes et utiles, j'ai trouvé des jours non moins doux et non moins désirables.

Ainsi, Messieurs, la vieillesse, si triste parfois pour l'homme de lettres, peut devenir pour l'homme de science l'époque la plus heureuse et la plus douce de sa vie.

Le poëte peut mourir jeune, à ce moment suprême il peut encore se grandir; il peut, comme André Chénier, essayer encore sa lyre au pied de l'échafaud; et s'il y monte, c'est comme un piédestal qui, par delà les spectateurs attendris, le montre aux futures générations pour qu'il en devienne l'éternel entretien.

Que si, au contraire, la mort vient à frapper un jeune savant, il n'y a qu'un cri de douleur et de regret. Et qu'est-ce quand elle vient à faire tomber une tête comme celle d'un Lavoisier, toute pleine de science acquise et de science en germe?

Le savant n'a pas trop d'une longue vie pour assurer sa gloire; c'est à ses derniers jours qu'il en trouve le complément; mais de quelle auréole n'entoure-t-il pas son nom lorsque, après s'être illustré par de longs travaux, il vient, comme M. Thenard, prendre en main la plus noble des causes, celle de l'infortune imméritée; quand il vient faire un touchant appel à ses concitoyens, non pas pour lui, mais pour de pauvres savants qui, eux aussi, jusque dans le sein de la misère, contribuent à la grandeur de la commune patrie? (Applaudissements).

Un jeune docteur en médecine, ancien élève interne des hôpitaux de Paris, M. Ernest Godard, vient de mourir à Jaffa, victime de son dévouement à la science.

Voulant témoigner de ses sentiments pour l'institution de l'internat et pour les jeunes gens qui y débutent avec distinction, il a dans son testament, daté de Jérusalem, légué à l'administration de l'Assistance publique le capital d'une rente de 200 fr., 3 pour 100, pour donner chaque année au premier interne, nommé à son choix, une trousse ou une boîte d'instruments. Ce don sera remis au nom du testateur.

M. Ernest Godard a voulu aussi témoigner de l'intérêt qu'il portait aux malades recueillis dans les hôpitaux, et il a laissé à l'administration de l'Assistance publique une somme de 7,000 fr. pour fonder des bibliothèques à l'usage des malades dans les hôpitaux de la Charité, Necker et du Midi.

L'Administration, qui ne néglige aucune mesure tendant à fortifier et encourager l'internat, et qui a déjà commencé à mettre dans plusieurs de ses établissements des moyens de distraction et de lecture à la disposition de ses administrés, a accepté ces legs avec reconnaissance, et elle s'occupe de les exécuter avec le concours empressé de la famille de M. Godard et de son exécuteur testamentaire M. le docteur Charles Robin, professeur à la Faculté de médecine.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques coïncidences du rhumatisme articulaire aigu.

Lorsque M. Bouillaud a formulé la loi de coïncidence des lésions internes du cœur avec le rhumatisme, il a ouvert la voie à un nouvel ordre de recherches qui a conduit à reconstituer sur des bases plus positives la fièvre rhumatismale des anciens auteurs. Voici quelques considérations cliniques que nous communique sur cet intéressant sujet M. le docteur Duroziez, et qui viennent à l'appui de cette proposition. Nous laissons la parole à notre confrère :

Le rhumatisme articulaire aigu, dit M. Duroziez, est une maladie perfide qui ne s'est laissé démasquer que dans ces dernières années, et l'honneur en revient surtout à notre maître M. Bouillaud. Cependant il est encore beaucoup de médecins qui semblent tenir peu compte de l'avertissement. Dans le rhumatisme articulaire aigu, les jointures doivent jouer un rôle secondaire, sinon pour le malade qui en souffre atrocement, du moins pour le médecin, qui doit plus se préoccuper de l'avenir que du présent. Si l'endopéricardite eût été reconnue le jour même où on reconnaissait la lésion des jointures, il eût fallu mettre le cœur au premier rang, les jointures au second ; et encore mieux eût-il valu que Bichat se chargeât de donner un nom au nouveau mal, car la maladie est essentiellement générale.

Nous voudrions appeler une fois de plus l'attention sur la généralisation des lésions rhumatismales, ou du moins des lésions qui accompagnent le rhumatisme articulaire aigu et semblent avoir la même essence que lui.

Parfois ces lésions coexistent avec la lésion articulaire ; parfois elles la précèdent ou la suivent.

Beaucoup d'auteurs, surtout en Angleterre, recherchent si la lésion du foie, des reins, si la cirrhose ou la maladie de Bright dépendent de la maladie du cœur ou *vice versâ*, et très-peu d'entre eux se demandent si ces maladies n'ont pas une même origine.

Nous avons la conviction que les hépatites, les néphrites, les splénites d'origine rhumatismale, sont aussi fréquentes que les dyssenteries, les angines, les pneumonies, de même origine ; nous pensons que les cirrhoses, les maladies de Bright, certaines lésions chroniques organiques de la rate, des poumons, reconnaissent bien souvent la même cause que les adhérences du péricarde et les rétrécissements de la valvule mitrale.

Les exemples ne nous manquent pas, mais l'espace nous fait défaut.

Nous citerons un des exemples les plus frappants que nous ayons rencontrés dans ces dernières années.

Une jeune fleuriste, âgée de seize ans, entre à la Charité le 21 août et y meurt le 9 décembre. Elle était restée six mois dans le service de M. Pidoux pour un rhumatisme articulaire aigu, et en était sortie quatre mois et demi avant son entrée à la Charité.

La lésion cardiaque est grave; les palpitations, l'anxiété considérable en font foi. Le souffle s'entend de la tête aux pieds; tous les orifices sont malades, ainsi que le péricarde. Le pouls reste régulier.

Trois jours de suite, en octobre, cette enfant a, vers midi, un accès de fièvre d'une heure ; le frisson dure dix minutes, et est suivi de chaleur et de sueur froide. Quelques semaines plus tard, en novembre, elle est prise d'angine ; les amygdales sont couvertes de fausses membranes. Puis vient une bronchite capillaire généralisée, la cyanose, et la malade meurt.

Il est difficile de trouver une constitution rhumatisante mieux dessinée, et l'atrophie va le prouver du reste.

Le cœur est gros, plutôt dilaté qu'hypertrophié. Le péricarde a conservé les traces d'anciennes lésions qui existent surtout vers la partie supérieure du sac ; il y a là des lambeaux entiers de membranes complétement organisées; puis, comme preuve des péricardites récentes, on trouve une surface papilleuse, des flocons de fibrine, de l'épanchement.

Dans l'oreillette gauche, l'endocarde est rouge, boursouflé, granuleux. La valvule bicuspide est épaisse ; la grande lame est à peu près saine, mais le reste est notablement réduit de largeur et recroquevillé; les cordes tendineuses sont épaissies, diminuées de longueur; le bord de la valvule est recouvert de végétations de date récente. La face interne des valvules sigmoïdes, celle qui regarde l'axe du vaisseau, est garnie de petites dents de poisson ; le bord libre est un peu froncé; les sigmoïdes gardent mal l'eau.

L'endocardite, comme c'est la règle, s'est étendue sur la tricuspide, qui est recouverte à son bord libre de dentelures fines.

Les poumons sont durs, carnifiés, fermes.

L'abdomen va nous offrir des lésions intéressantes. La péritonite est générale, légère; la cavité contient un peu de liquide et de la fibrine molle.

Le foie est assez gros, recouvert de papilles tout à fait semblables à celles du péricarde. La substance rouge a disparu : il n'y a plus que la substance jaune étranglée par l'épanchement fibrineux ; il semble que les vaisseaux aient disparu dans la fibrine.

La rate est également couverte de papilles et remplie de grains de couleur grise.

Les reins sont seulement un peu gros, anémiés, blanc jaunâtre.

Je ne sais, ajoute M. Duroziez, si ce fait frappera tout le monde comme moi, mais je ne trouve aucune différence entre ce foie, cette rate, envahis *intus et extra* par la fibrine, et le cœur. Si la lésion du cœur est admise comme ayant une parenté quelconque avec la lésion des jointures, il nous faut admettre la même parenté pour la lésion du foie et de la rate. La lésion du cœur s'organisera ; le tissu fibreux se rétractera, se durcira, produira des rétrécissements; de même la lésion du foie, des reins, s'organisera et conduira à la cirrhose et à la maladie de Bright.

Notons ici la lésion de la rate, qui pourrait être en rapport avec les accès de fièvre intermittente signalés chez notre malade, et assez fréquents chez les sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu. Nous penserions que les individus rhumatisants seraient plus exposés que d'autres à la fièvre intermittente, que le froid s'ajouterait à l'élément palustre pour produire la fièvre intermittente.

La dyssenterie, compagne ordinaire de cette fièvre dans les pays chauds, n'est-elle pas regardée comme le rhumatisme de l'intestin?

Dans l'observation que nous rapportons, la lésion rénale est peu prononcée : elle existe néanmoins ; l'urine, malheureusement, n'a pas été examinée; mais il n'est pas rare, dans le rhumatisme articulaire aigu, de trouver des urines albumineuses, et chez les individus qui meurent avec une maladie du cœur, on trouve, tandis qu'on avait constaté l'albumine en plus ou moins grande abondance pendant la vie, des reins plus ou moins altérés; ici un mélange d'anémie, de congestion et de granulations ; là, de la friabilité, de l'injection ; autre part, de la congestion, etc.

L'ictère se montre aussi quelquefois comme accompagnement du rhumatisme articulaire aigu ; et chacun sait combien les malades supportent différemment soit la vératrine, soit le sulfate de quinine, ce que nous ne pouvons expliquer que par l'intégrité plus ou moins grande des voies digestives. Tel malade supportera 5 centigrammes de vératrine, tandis que tel autre n'en supportera pas un sans avoir des vomissements et de la diarrhée.

Enfin, devons-nous insister sur l'état de chloro-anémie dans lequel le rhumatisme articulaire aigu jette certains malades, pour montrer la part des organes de l'hématose dans la maladie?

Voici, en résumé, les conclusions que notre confrère tire de ces faits :

Les lésions qui coïncident avec le rhumatisme articulaire aigu et reconnaissent la même cause que lui, sont variées et fré-

FEUILLETON.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine de Montpellier. — Éloge de Lallemand.

La Faculté de médecine de Montpellier a inauguré la nouvelle année scolaire avec la solennité traditionnelle. Le rapport annuel, fait au nom du doyen de la Faculté par M. le professeur Anglada, a eu, d'après les journaux de la localité, un retentissant et sympathique succès auprès des maîtres, dont il a apprécié les plus récents travaux, comme auprès des élèves, dont il a signalé les progrès et stimulé le zèle. M. le professeur Courty a prononcé ensuite l'éloge de Lallemand.

Lallemand avait déjà eu cette bonne fortune, bien due aux éminentes qualités de son esprit et à l'originalité si accentuée de son caractère, d'être loué par deux hommes d'un égal talent, un peu philosophes tous deux, et qui, ne différant que par la spécialité de leurs études, l'un médecin et l'autre chirurgien (1), semblaient si bien répondre par cela même aux aspects multiples de leur modèle, qu'il y avait lieu de se demander, non sans quelque inquiétude, ce qui pourrait rester à dire à un troisième panégyriste. La lecture du discours de M. Courty n'a pas tardé à dissiper nos appréhensions, et le plaisir que nous y avons éprouvé nous a fait penser que nos lecteurs nous sauraient gré d'en reproduire ici quelques fragments.

Voici en quels termes, après avoir rappelé les brillants débuts de la carrière de Lallemand et résumé l'ensemble des beaux travaux que tout le monde connaît, M. Courty apprécie les qualités du professeur, et le rôle qu'il a pris dans l'enseignement à côté des deux éminents chirurgiens qui furent ses rivaux ou plutôt ses émules :

« A son arrivée dans notre Faculté, Lallemand trouva, à la tête de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Éloi, un homme aussi brillant que profond, régénérateur, pour ne pas dire fondateur de la chirurgie dans le midi de la France, avec lequel il n'eut pas un instant la ridicule pensée d'établir une rivalité sans objet. Le génie de Delpech était si différent de celui de Lallemand que le jeune interne de Dupuytren ne pouvait songer à établir, entre ses travaux et ceux de son collègue, d'autre émulation que celle du travail lui-même. Du reste, Lallemand s'occupait alors de la rédaction de ses *Recherches sur l'encéphale*, son œuvre de prédilection, le grand ouvrage qui devait fonder sa renommée, et cet ouvrage était bien plus médical que chirurgical. Chemin faisant, il se contentait de puiser dans sa clinique l'occasion de publications spéciales sur des observations de chirurgie rares ou intéressantes.

» Mais la mort prématurée de Delpech, la terminaison des *Lettres sur l'encéphale*, le courant chirurgical dans lequel l'entraînaient de plus en plus les devoirs de sa position, la pratique de l'art et le nombre croissant de matériaux que quinze années d'exercice avaient accumulés autour de lui, le placèrent naturellement à la tête de notre école chirurgicale.

» Est-ce à dire qu'il fut alors regardé comme un chirurgien accompli et que les exigences minutieuses de l'art le trouvèrent sans défaut ? La perfection n'est pas de ce monde ; la fougue et l'originalité excluent souvent les qualités plus modestes dévolues à des natures qui, pour être moins élevées et moins brillantes, ne s'accommodent que mieux, par leur souplesse, à tous les détails de la pratique.

» Sous ce rapport, le successeur que le concours donna à Delpech plaça près de Lallemand un collègue bien fait pour établir entre ces deux hommes un contraste frappant de qualités et de défauts. Les oppositions par lesquelles ils se complétaient mutuellement, propres à faire ressortir leur mérite et à les faire également valoir l'un par l'autre, ne manquèrent pas de produire dans notre Faculté un enseignement clinique des plus instructifs, dont il nous paraît juste de fixer ici le souvenir.

» Entre Lallemand et Serre tout semblait différer, et tout différait en effet.

» Lallemand allait droit au but : avec le tact inspiré de l'artiste autant que l'analyse du philosophe, il portait un diagnostic aussi rapide que précis et saisissait l'indication. En face de lésions terribles, d'une complication soudaine, il démêlait l'unique ressource, et, confiant dans son art, sur seul espoir d'un succès possible, il abordait hardiment la cure, préférant à une désespérante expectation l'essai d'un moyen incertain mais indiqué, ne reculant pas devant le danger même du traitement, et se rappelant, avec Hippocrate, qu'aux maux extrêmes il convient d'appliquer les remèdes extrêmes. Son adresse n'était pas dans les doigts, mais elle était dans l'esprit, et au milieu d'une opération, contre un accident imprévu, il improvisait un procédé ou une méthode. Confiant dans les lumières de la physiologie et de l'anatomie pathologique, il imposait à ses malades des opérations que le bonheur ne couronnait pas toujours, et dont il ne consentait pas à déposséder la pratique sans être battu par plus d'un échec. Il profitait, d'ailleurs, de ses revers pour le progrès de la science, autant que de ses succès pour le progrès de l'art. L'impatience ne lui laissait pas le temps de préparer son malade ; le besoin d'invention lui faisait tenter des essais impossibles, et l'ardeur fougueuse qui l'entraînait à des créations nouvelles pouvait lui faire négliger l'opéré de la veille pour l'opération du lendemain.

» Il trouvait le remède, mais il ne mettait pas assez de soin ou de persévérance à assurer la guérison. Il demandait trop à lui-même, pas assez à l'art et à la nature. Il créait et ne perfectionnait pas. Il était lui, plus qu'aucun chirurgien de son époque.

» Serre, sachant sur quelle mer orageuse navigue le chirurgien et se méfiant du pilote, aimait à louvoyer au lieu de porter le cap à la tempête. Prudent à l'excès, il diagnostiquait lentement. Sa timidité était encore plus marquée en thérapeutique. N'ayant d'assurance ni en lui-même ni dans l'art, il hésitait avant de déterminer l'indication. Il aimait mieux abandonner à la nature les soins d'une guérison in-

(1) MM. Broca et Gubler.

quentes; elles peuvent se manifester en même temps que lui ou en dehors de lui.

Les lésions du foie, des reins, de la rate, la cirrhose, la maladie de Bright reconnaissent aussi souvent pour cause le vice rhumatismal que tout autre vice.

L'angine, la pneumonie rhumatismale avec exhalation de fibrine, sont vulgaires.

Double cataracte. — Cataracte liquide à noyau dur (à gauche). — Extraction linéaire.

Un vieillard atteint d'une double cataracte est entré depuis quelques jours dans le service de M. le professeur Nélaton, à la Clinique. Il raconte qu'il y a environ trois ans, l'œil gauche commença à éprouver quelques troubles visuels, qui, n'ayant pas tardé à se manifester à l'œil droit, et ayant progressivement augmenté des deux côtés, amenèrent au bout de dix-huit mois une abolition complète de la vue.

L'exploration de l'œil droit permet de constater que le cristallin devenu opaque, loin d'avoir une coloration uniforme, présente des points dont les uns sont d'un blanc mat, terne, et les autres légèrement transparents et d'un reflet nacré. La conjonctive n'a pas d'injection anormale; la pupille est circulaire, sans aucune trace de synéchie. Dans l'œil gauche, la cataracte paraît avoir une couleur d'un blanc grisâtre uniforme, comparable à celle de l'empois bien lié; mais si on l'étudie plus attentivement, on y reconnaît bientôt deux portions distinctes, dont l'une moins foncée est constituée par les couches corticales, et l'autre d'un jaune ambré représente le noyau cristallinien.

Pour mettre en toute évidence cette curieuse disposition, il suffit d'engager le malade à courber la tête pour que le noyau relativement plus lourd en se séparant de l'élément liquide, apparaisse à la partie antéro-inférieure, et forme une espèce de zone bien limitée par une courbe à convexité supérieure.

A quel traitement convenait-il d'avoir recours pour cette dernière cataracte?

M. Nélaton pense qu'il y a lieu d'appliquer une méthode peu employée jusqu'ici, mais qui ne tardera pas à prendre une place importante dans la chirurgie oculaire, grâce au patronage d'hommes expérimentés, tels que Jæger, Græfe, Sichel et Desmarres.

On sait, dit-il, que dans l'extraction ordinaire on taille un lambeau supérieur ou inférieur, occupant presque la demi-circonférence de la cornée, ou, pour parler d'une manière plus précise, les 5/12es de son pourtour. Or il est facile de remarquer que cette opération, quelque bonne qu'elle soit, n'est pas exempte de tout danger, tandis que dans la pupille artificielle, où il suffit de pratiquer une petite section de la cornée, les suites en sont d'une bénignité étonnante.

Ne pourrait-on pas, dans certaines circonstances, extraire la cataracte par une méthode tout aussi innocente que l'est la pupille artificielle?

Depuis quelques années déjà un chirurgien anglais, Gipson, après avoir fait la déchirure de la capsule, voyant que la résorption était un peu lente à se produire, eut l'idée de pratiquer une petite ouverture à la cornée et d'extraire les débris cristalliniens. L'extraction linéaire prenait ainsi naissance comme une opération complémentaire de la discision de la cristalloïde; mais on s'aperçut bientôt qu'une part autrement importante devait lui être réservée. En effet, dans les cas de cataractes molles, traumatiques, diabétiques, albuminuriques, et dans celles qui ont même un petit noyau dur comme chez notre malade, l'extraction linéaire est de beaucoup préférable à tous les autres procédés.

Dans la pensée d'étendre le bénéfice de cette méthode aux cas où le noyau central présente un volume un peu considérable, on a encore conseillé l'extraction linéaire, mais alors avec iridectomie, pour éviter tout froissement de l'iris.

Voici maintenant les détails du procédé opératoire :

Le malade doit être dans le décubitus dorsal. Les deux paupières sont maintenues largement ouvertes pendant toute la durée de l'opération à l'aide de deux écarteurs. D'une main, le chirurgien fixe solidement le globe oculaire avec une pince à dents de souris, qui doit saisir non-seulement un pli conjonctival, mais encore le prolongement fibreux du muscle droit interne; de l'autre, il fait avec un couteau lancéolaire une ponction d'une étendue de 7 à 8 millimètres à la partie externe de la circonférence de la cornée, à 2 millimètres environ de sa jonction avec la sclérotique.

Ce premier temps achevé, on ouvre la capsule, et, engageant alors une petite curette, on la conduit jusqu'à la face postérieure du cristallin, que l'on cherche par de légers mouvements de bascule en avant à déplacer et à amener au dehors.

M. Desmarres a imaginé, dans le but de simplifier la manœuvre opératoire, un petit instrument, qui sert également à la déchirure de la capsule et à l'extraction de la lentille : c'est une petite curette pourvue d'un crochet qu'on peut rendre saillant ou caché, suivant que l'on pousse ou qu'on lâche la petite pédale.

Amaurose cérébrale chez un enfant d'un an, guérie par un traitement antisyphilitique.

Les observations de cécité occasionnée par la syphilis sont assez nombreuses pour que le docteur J. Ladreit de la Charrière (thèse de Paris, 1861) ait pu récemment en compter trente-quatre, empruntées à divers auteurs. Jusqu'à l'époque où l'usage de l'ophthalmoscope n'a pas été généralisé, on se contentait de présomptions sur la nature du mal. La rétine était-elle affectée? ou bien le nerf optique? ou bien enfin la portion de l'encéphale d'où naît ce cordon nerveux?

Dans un travail sur la rétinite syphilitique, publié en 1861, M. le docteur Fano a essayé de démontrer qu'il existe une cécité syphilitique due à une phlegmasie de la rétine et caractérisée par la production d'une exsudation à la surface de cette membrane.

L'ophthalmoscope est également apte à faire reconnaître si une cécité syphilitique est due à une altération du nerf optique, attendu que dans ce cas la papille optique présente les caractères non équivoques de l'atrophie; et enfin, en l'absence de toute altération matérielle constatée à la surface de la rétine et de la papille optique, s'il existe en même temps que la cécité des troubles du côté de la sensibilité et de la motilité générales, une perversion des fonctions intellectuelles, on sera conduit à la fois, par voie d'exclusion et par voie d'analogie, à rapporter au système nerveux central le point de départ de l'amaurose syphilitique.

L'observation suivante est un exemple de la dernière variété.

Georges L....., âgé d'un an, est envoyé à la Clinique de M. Fano, le 28 août dernier, avec un mémoire à consulter rédigé par M. Hommey, de Seez (Orne).

Voici la note de ce médecin :

« L'enfant était depuis son arrivée dans la contrée sujet à une *éruption herpétique d'une nature particulière*, venant à des intervalles irréguliers.

« Le 16 mai dernier, il est pris d'un violent accès de fièvre accompagné de convulsions; ces symptômes continuent jusqu'à ce que la figure se couvre d'un herpès. A peine l'éruption arrivait-elle à la dernière période, que les phénomènes généraux reparaissent; il se déclare une pneumonie à droite. Cette phlegmasie était à peine terminée par résolution, quand le poumon gauche se prend; cette fois encore la maladie se termine par résolution. Alors de nouveaux phénomènes surgissent : ce sont des convulsions épileptiformes ressemblant à de véritables accès tétaniques et caractérisées par de l'opisthotonos, de la roideur des membres et du tronc, du trismus.

» Ces accès durent plusieurs jours. On administre les antispasmodiques sous toutes les formes : belladone, valériane, opium, bains entiers, etc.

» Sous l'influence de ce traitement, les accès s'éloignent, mais l'enfant demeure privé de la *vue* et de l'ouïe; la jambe et le bras droits demeurent sujets à des alternatives de contracture et d'extension forcée; l'opisthotonos persiste également. Cependant, sous l'influence du traitement général, les troubles fonctionnels s'amendèrent, l'enfant qu'on n'avait pas cessé d'alimenter autant que possible, reprit peu à peu l'usage des membres; l'ouïe revint, mais la *vision demeura perdue*, malgré tous les moyens mis en usage : vésicatoires au cou, frictions stimulantes sur les régions orbitaires, etc.

» Cependant la pupille, qui pendant longtemps était restée très-dilatée, a repris sa contractilité depuis une dizaine de jours. (On verra tout à l'heure que lors de l'examen de l'enfant, ce phénomène, que M. Hommey avait considéré avec raison comme d'un bon augure, avait disparu.) »

L'examen de l'enfant fait constater les particularités suivantes :

Il existe une éruption papulo-squameuse sur le tronc et sur les jambes; à la plante du pied gauche, on voit quelques vésicules. La tête est dans l'extension forcée sur la colonne vertébrale; il en résulte la formation au bas de la nuque d'un sillon profond, dans lequel se voient plusieurs papules qui présentent la plus grande ressemblance avec des plaques muqueuses. La bouche n'offre rien d'insolite, si ce n'est un tubercule osseux sur la ligne médiane et vers la partie antérieure de la voûte palatine.

Les yeux ont une fixité remarquable; ils sont tournés en haut, et restent dans cette position pendant plusieurs minutes, sans qu'il soit possible de les faire changer de place en passant la main plusieurs fois devant la face. Ils sont sains en apparence, et n'offrent à l'extérieur aucune congestion.

L'ouïe est bien revenue, car l'enfant prête une attention suivie au bruit d'une petite sonnette de table qu'on agite à côté de lui. Je profite de cette circonstance pour procéder à l'examen des yeux au moyen de l'ophthalmoscope. Pendant qu'une personne tient le petit malade dans une situation convenable, M. Fano constate avec le miroir réflecteur que les milieux réfringents ont une transparence parfaite, et que la pupille reste dilatée et ne se contracte pas, malgré la lumière fort vive projetée par le miroir au fond de l'œil. L'image de la rétine et de la papille optique est plus difficile à saisir avec le miroir et la lentille convexe, à cause des mouvements des yeux; néanmoins, en y mettant le temps et la persévérance nécessaires, notre confrère saisit tous les détails du fond de l'œil. La papille optique, de grandeur ordinaire, est de couleur rosée; les vaisseaux de la rétine sont nombreux, et la rétine elle-même ne présente aucune altération. En arrière de ce plan vasculaire, on en découvre un autre appartenant à la choroïde, d'une richesse telle qu'on a peine à démêler la direction de tous ces vaisseaux.

M. Fano prescrivit une onction à faire tous les soirs sur la plante de l'un des pieds, avec un mélange d'onguent hydrargyrique et d'axonge, 1 gramme de chaque.

Le 6 septembre, il ordonne un bain d'eau tiède additionnée du mélange suivant :

Alcool.	40 grammes.
Sublimé corrosif.	2 —

Il fait continuer les onctions hydrargyriques, en recommandant de les pratiquer sous les aisselles.

---

certaine que de compromettre l'art par l'emploi d'un moyen douteux. Quand il avait assuré le succès d'une opération en mettant, avant de l'entreprendre, toutes les chances de son côté par de longues préparations, il l'assurait encore en suivant, dans son exécution, les règles de l'art, sans en omettre aucune, en entourant l'opéré des soins les plus minutieux que comportent un pansement méthodique, un traitement médical rationnel, une surveillance de tous les instants, enfin un ensemble de précautions dont il se plaisait à se faire gloire. Ne donnant rien à la fortune, il n'entreprenait pas une opération qu'il n'eût la certitude humaine de réussir; la probabilité ne lui suffisait pas; quant au possible, il était tout bonnement impossible. Il ne demandait rien à lui-même que de faire valoir les finesses de l'art et de tirer parti des ressources de la nature. Aucun soin ne lui coûtait, aucun temps n'était long pour une guérison. Sa statistique ne devait pas compter de morts. Il ne créait rien, il cherchait à perfectionner tout. Il était moins lui-même que la chirurgie de son temps.

» En un mot, l'un montrait tout ce que le génie, appliqué aux soins du malade, perd à n'être pas secondé par la patience; l'autre, tout ce que la plus longue patience, sans être le génie, peut encore pour le salut des opérés.

» Il y avait pourtant des cas où ce chirurgien, audacieux jusqu'à l'imprudence, hardi jusqu'à la témérité (c'est de Lallemand que je parle), montrait une patience à toute épreuve et réprimait de lui-même les bouillonnements périlleux de sa spontanéité. Quand son amour-propre était piqué par la difficulté, quand il se trouvait en face d'une de ces résistances dont il était si habile à triompher, il savait s'arrêter à temps, éloigner l'instrument de sa main, revenir à la charge, et, fécondant alors ses inspirations par la prudence, il levait des obstacles qui ne tombaient que devant lui.....

» Il y avait enfin et surtout un côté par lequel il ne le cédait à personne. On lui opposait des opérateurs plus habiles, on ne pouvait lui comparer aucun clinicien.....

» Dans cet enseignement (l'enseignement de la clinique), Lallemand était un modèle. C'est qu'il réalisait la plus haute expression du médecin : un savant doublé d'un philosophe. Logicien rigoureux, il maniait l'analyse avec autant de sûreté dans ses leçons que dans ses livres. Et ce qui le rendait irrésistible, c'était justement cette logique implacable qui, le point de départ accordé, vous forçait à le suivre jusqu'à la conséquence la plus extrême de ses prémisses; car il vous retenait par ce fil conducteur de l'induction qu'il savait dévider avec une habileté à justifier le mot heureux de Cervantes dont il s'est fait à lui-même l'application : « *Quien tiene el hilo, tiene el ovillo* », qui a le fil a le peloton. Logique tyrannique qui lui donnait dans la poursuite de ses idées une énergie et une persistance de volonté auxquelles tout devait céder.

» L'interrogatoire et l'examen du malade étaient faits avec soin, de manière à ne rien omettre, à tout découvrir. Les symptômes une fois bien constatés étaient autant de faits qui, soumis avec sévérité à l'analyse la plus détaillée et en même temps la plus lumineuse, permettaient à l'induction de s'élever peu à peu, de conséquence en conséquence, à l'interprétation la plus claire, la plus saisissante, à la comparaison la plus féconde avec les faits analogues et les faits différents, à la conclusion la plus juste et la plus exacte. On dirait qu'il s'est peint lui-même dans cette ligne : « Je suivais ses explications, car elles étaient claires et séduisantes, et répondaient d'avance aux objections ». (Hachych.) En effet, la lumière se faisait peu à peu dans l'esprit des assistants, vive, éclatante autant que pure, et sans nuages. Les digressions physiologiques, les applications pratiques, les déductions scientifiques, animaient ce tableau. De nouvelles observations se groupaient autour des premières, des citations sévèrement choisies, empruntées surtout à Hippocrate, fécondaient ce germe, hâtaient son éclosion, favorisaient son développement, donnaient enfin une forme et un corps à quelqu'un de ces axiomes, premiers de la médecine, qui étaient la fin de la conférence comme ils auraient pu en être le début, l'alpha et l'oméga de la science.....

» Le lit des malades était sa chaire, la salle des opérations, plus rapprochée du théâtre de ses exploits que celle des conférences, était son amphithéâtre de prédilection. Il semblait être plus à l'aise étant plus près de son terrain, c'est-à-dire des faits qu'il venait d'observer, tant le fait avait de puissance dans son enseignement. Il s'y oubliait souvent, et nous ne nous lassions pas de l'écouter une matinée entière. Ce n'est pas qu'il nous captivât par sa faconde ou le charme de sa diction, car sa parole était lente et embarrassée. Mais on était retenu par l'intérêt croissant de ce tableau dont l'analyse et la logique déroulaient peu à peu devant nous les aspects lumineux. Souvent il cherchait le mot, mais c'était pour trouver toujours le terme propre. Et lorsqu'on avait écouté la plume à la main, deux heures durant, cette longue exposition qui n'avait pas le prestige de l'éloquence, l'enchaînement des idées était si rigoureux, l'expression si juste, qu'on pouvait envoyer à l'imprimeur telle quelle une improvisation à laquelle il n'y avait rien à retoucher. »

On vient de voir le professeur avec ses qualités et ses imperfections, non d'après des relations ou des ouï-dire, mais peint d'après nature par un de ses anciens auditeurs et élèves, qui n'a eu pour cela qu'à se souvenir. M. Courty va nous le présenter sous un autre aspect.

« Le champ de la chirurgie devenait trop étroit pour cet esprit encyclopédique. Quoiqu'il n'eût que cinquante-cinq ans, il voulut renoncer à la clientèle. En lui donnant la fortune, la pratique lui avait procuré un loisir dans lequel il aspirait à poursuivre ses études sur l'humanité. Sa renommée, la juste estime de ses ouvrages, l'étendue de ses connaissances, la profondeur et la maturité de son jugement, marquaient sa place au milieu des législateurs de la science.....

» De retour à Paris, Lallemand s'empressa de reprendre ses travaux : il rédigeait alors son *Traité d'éducation*, dont il avait déjà fait paraître un premier volume. Cette publication avait elle-même été précédée d'un petit ouvrage aussi remarquable par la profondeur des vues que piquant par le titre, se rattachant, comme le *Traité d'éducation*, aux sciences anthropologiques et humanitaires.

Le 8, onze jours après le début du traitement précédent, on constate qu'en présentant brusquement à l'enfant une lumière les pupilles se contractent. En promenant la main devant les yeux, le clignement est plus fréquent que lorsqu'on laisse le petit malade tranquille. La tête est moins fortement étendue sur le cou, l'éruption papulo-squameuse du tronc et des membres est complétement dissipée. — Nouveau bain de sublimé, onctions hydrargyriques.

Le 11, il existe quelques vésicules dans la paume de la main gauche. L'amélioration est évidente du côté des yeux; les pupilles se contractent énergiquement lorsqu'on approche brusquement la flamme d'une bougie. Le mouvement de clignement est manifeste quand on approche brusquement le doigt des yeux de l'enfant. — Nouveau bain de sublimé; onctions hydrargyriques.

Le 15, même état favorable.

Le 18, les pupilles se contractent manifestement à la lumière du jour, comme on peut le constater en faisant tourner l'enfant alternativement en divers sens, par rapport à la fenêtre. — Les onctions hydrargyriques sont continuées encore pendant huit jours et on renouvelle le bain de sublimé. L'enfant quitte ensuite Paris.

Il serait difficile de méconnaître, dans les diverses phases de l'observation précédente, une cécité développée sous l'influence d'un état général de l'économie : éruption herpétique d'une nature particulière, convulsions toniques et cloniques, abolition de l'ouïe et de la vision; pneumonie intercurrente. Ainsi, la peau, le système nerveux encéphalo-rachidien, les viscères du thorax, sont envahis successivement. Restait à déterminer l'espèce de diathèse à laquelle il fallait rattacher les phénomènes précédents. L'existence d'une éruption papulo-squammeuse sur le tronc et les jambes; la présence au bas de la nuque, à l'endroit où la peau flottait sur elle-même, d'une autre éruption ayant la plus grande analogie avec des plaques muqueuses; la production antérieure d'une ostéite palatine; tous ces symptômes réunis semblaient se rapporter à une diathèse syphilitique, et très-probablement à une syphilis transmise par les parents. Les renseignements sur la santé antérieure de ces derniers n'ont pu être pris qu'avec une grande réserve; aussi n'en a-t-il pas été parlé dans le cours de l'observation.

Toutefois, s'il pouvait rester le moindre doute sur la nature de la diathèse, les résultats très-prompts et très-favorables de l'espèce de traitement institué, étaient de nature à dissiper l'incertitude. Les symptômes se sont amendés sous l'influence de préparations hydrargyriques. La vision a été recouvrée; l'éruption cutanée a disparu; les phénomènes convulsifs se sont également dissipés.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici les résultats donnés par l'examen ophthalmoscopique. Le miroir et la lentille ont démontré qu'il n'existait aucune lésion ni de la rétine ni du nerf optique. On était donc conduit, par voie d'exclusion, à mettre le point de départ de la cécité dans une lésion du centre nerveux.

Le siége de cette lésion explique bien les attaques convulsives dont l'enfant a été atteint, en même temps que la vision et l'ouïe ont été abolis.

DE L'HÉTÉROPLASTIE,

Par M. le docteur HIFFELSHEIM.

A l'occasion de la communication d'un naturaliste distingué, faite à la Société philomatique de Paris, le 17 mai dernier, M. Hiffelsheim a rappelé à la savante Compagnie quelques faits qui se sont passés à la clinique chirurgicale du professeur Sédillot, à Strasbourg, et que nous reproduisons en raison de l'actualité de cette question, soulevée il y a peu de jours à la Société de chirurgie : la question des cicatrices vicieuses.

« M. Bert a fait une importante expérience pour la physiologie; je lui trouve une importance pratique plus considérable. »

En effet, M. Bert a cherché à réunir deux animaux l'un à l'autre, de manière à leur créer une vie nutritive commune.

A cet effet, il pratiqua sur deux jeunes rats albinos une incision dans toute la longueur du flanc droit chez l'un, du flanc gauche chez l'autre. Cette incision intéressait la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Après avoir disséqué les lambeaux et enlevé de la graisse, évité les tiraillements et assuré le contact des surfaces saignantes par une suture entrecoupée et un bandage collodionné, il vit survenir vers le cinquième jour une réunion par première intention, sans une goutte de pus. Six jours après cette opération, les deux animaux furent débarrassés de leur maillot. Ils marchaient côte à côte, réunis par une bande cutanée de 3 à 4 centimètres, sur laquelle on voyait la cicatrice. Ces animaux tirèrent chacun de son côté et réduisirent la bande de moitié, puis ils se mirent à la ronger, M. Bert n'ayant pris aucune précaution contre ces accidents.

A ce moment, et avant de les sacrifier, on tenta de les empoisonner l'un par l'autre, ce qui ne réussit pas. Mais une injection, poussée par la jugulaire externe de l'un des rats, se retrouva dans les veines cutanées et fémorales de son conjoint. Ainsi la communication vasculaire était démontrée, si minime qu'elle fût. Par conséquent, ils avaient, en ces points du moins, une nutrition solidaire.

Ce que M. Bert a fait dans cette circonstance, mon éminent maître M. Sédillot l'a fait dans une circonstance différente, mais plus significative encore.

Il s'agissait d'un enfant, dont l'une des mains était à peu près fermée par des cicatrices résultant d'une vaste brûlure de la face palmaire.

La manière de résoudre la difficulté fut des plus ingénieuses. On fixa dans une cage un petit chien danois, dont le ventre était couvert d'une peau blanche et glabre. M. Sédillot, après avoir enlevé tout le tissu de la vaste cicatrice, tailla un lambeau sur le ventre du petit chien, et après l'avoir disséqué, le fixa sur la face palmaire de l'enfant. L'animal était maintenu dans la cage, près du lit de l'enfant, le lambeau passant par une ouverture contre laquelle la main était également fixée. Le tout avait été très-commodément disposé.

Le lambeau vécut par son pédicule, mais il s'établit également des adhérences entre celui-ci et les bords de la plaie de la main. Tout faisait espérer une *hétéroplastie* des plus heureuses. Malheureusement pour le succès de l'expérience, M. Sédillot ayant négligé de rendre l'animal paralytique, ses nombreux tiraillements finirent par détruire beaucoup trop tôt, en tous cas, le pédicule, et le lambeau se gangréna.

Mais cette intéressante question se trouve toujours posée, et le résultat de cette demi-expérience me paraît des plus encourageants. Que l'on fasse de l'hétéroplastie, en franchissant l'immense distance du chien à l'homme, ou en empruntant à son semblable, c'est à tenter. Du reste, le choix de ce chien me paraît d'autant plus justifié encore aujourd'hui, c'est-à-dire quinze ans après l'opération, qu'il est inhumain d'emprunter à un autre homme sa peau, s'il consentait à la vendre; secondement, parce que cette variété de chien est le seul animal présentant les caractères extérieurs compatibles avec notre couleur. Enfin, je crois qu'il est des cas où, par la présence d'états diathésiques et surtout d'états cachectiques, c'est-à-dire avec altération réalisée dans les humeurs et les tissus, on ne pourrait rien emprunter de bon au sujet lui-même, et où, à défaut d'autoplastie, il serait heureux que l'on pût logiquement tenter l'hétéroplastie.

Je n'ai point qualité pour traiter le côté essentiellement chirurgical de la question; aussi ne puis-je m'empêcher de rappeler qu'au fond ce sujet est essentiellement du domaine de la physiologie.

Le point de départ de ce problème, ce qui lui donne naissance, c'est la déplorable rétractilité du tissu inodulaire. Mon savant ami Ch. Robin pense que ce tissu finit toujours par acquérir la structure de la peau qu'il complète; mon bien cher collègue M. Follin a fait ressortir dans un excellent travail la facilité avec laquelle ces tissus sont troublés dans leur vitalité.

M. Robin affirme que la cicatrice a toujours la composition du tissu qu'elle remplace et dont les surfaces vivantes et bourgeonnées lui donnent naissance. Assurément le cal osseux démontre bien ce fait. Il en est de même du *cal* nerveux, dont la production rentre dans la loi commune, ainsi que MM. Philippeau et Vulpian l'ont démontré.

M. Jobert (de Lamballe), dans une remarquable communication faite à l'Académie des sciences, a temoigné d'une certaine confiance dans la vitalité du tissu de cicatrice, et annonça avoir transplanté des lambeaux empruntés dans le voisinage, au centre de plaies très-vastes, pour remplacer la majeure partie seulement du tissu inodulaire dont la présence entravait des fonctions importantes.

M. Sédillot ne diffère dans sa pratique que par un point fondamental, c'est qu'il enlève toute trace de tissu cicatriciel avant que d'implanter le lambeau autoplastique. M. Jobert (de Lamballe fonde sa manière de voir sur l'idée un peu différente qu'il se fait des inodules.

La tendance à la reproduction du tissu inodulaire a un caractère de fatalité qui ressemble fort à une loi.

Quand la perte de substance est grande, rarement on l'évite, malgré la laxité des tissus et le bon affrontement des bords, qui rarement se réunissent par première intention dans nos contrées.

Ceci, chacun le sait, et je n'entends rien apprendre aux chirurgiens.

Je rappellerai seulement un cas où je fus frappé de cette particularité :

Un sujet adulte, après une saignée malheureuse, eut une phlébite, des abcès, et une vaste cicatrice répara la perte de substance. Il se forma une bride d'un décimètre de haut sur quatre centimètres de large: Le bras était fléchi à angle droit.

Mon éminent maître a signalé ce cas dans sa communication à l'Académie des sciences (1856). Tandis que M. Sédillot exprimait son intention de refaire ce bras par voie anaplastique, des chirurgiens, d'ailleurs fort habiles, exprimèrent la pensée que l'on pourrait éviter cette opération en se contentant d'enlever toute la vaste cicatrice et en maintenant en contact les bords du tissu sain, très-lâche chez ce sujet, dont le bras était amaigri.

M. Sédillot laissa guider sa main magistrale par le plus convaincu d'entre eux, et enleva tout ce qui était visible de tissu cicatriciel. On affronta les bords, et un pansement avec extension du bras devait remédier à la rétraction annoncée par mon habile maître. Le pansement fut fait religieusement. C'était en mars 1848.

Tout fut vain: le bras fléchit peu à peu, avec une bride bien moins étendue, mais avec le même angle qu'auparavant.

Ainsi et par de semblables exemples, l'on conçoit que l'anaplastie devient une nécessité partout où une heureuse réunion par première intention ne vient combler l'espace, et où celui-ci, par son étendue, ne se sépare que par voie de bourgeonnement.

Je me suis proposé dans cette note, trop longue parce qu'elle n'est d'aucune utilité directe, trop courte parce qu'il y aurait encore bien à dire, je me suis proposé, dis-je, de faire ressortir

---

» Dans un voyage entrepris en hiver pour aller soutenir sa candidature à l'Institut, Lallemand est surpris par la neige au milieu des Cévennes. Le courrier ne peut plus passer : il faut se réfugier dans une chaumière du Larzac et attendre la fin de la tourmente. Que faire pendant trois jours, sans livres, sans ressources, condamné à l'isolement? L'activité dévorante de ce cerveau a besoin d'une occupation. N'ayant pas de but au dehors, elle se replie sur elle-même. Notre penseur s'installe dans une étable pour se préserver du froid; et là, enveloppé dans sa robe de chambre, la tête enfoncée jusqu'aux oreilles dans ce grand bonnet phrygien que nous lui avons tous connu, il griffonne sur une méchante table tout ce qu'il possède de papier blanc, et il achève en quelques heures un tableau des sociétés humaines, non pas telles qu'elles sont, mais telles qu'il les a rêvées. D'un seul jet de plume, il termine un petit livre aussi étonnant par la profondeur que par la verve facile. Il attribue cette fantaisie aux inspirations enivrantes du haschisch; il la signe d'un pseudonyme grec, qui, pour être la traduction de son nom, ne parut pas plus transparent; et, pour donner à ses prédictions le temps de s'accomplir, il les date de 1943, assignant lui-même l'intervalle d'un siècle à la réalisation de sa prophétie.

» Eh bien, Messieurs, en quoi croyez-vous que cet étrange prophète se soit trompé? Uniquement peut-être dans le terme assigné par lui-même à la réalisation de son rêve. Trois ans à peine après l'apparition du *haschisch*, notre révolution de 1848 sembla jeter la société dans le courant des idées qu'il y avait développées, et aujourd'hui que vingt ans ne se sont pas encore écoulés depuis cette publication, nous avons vu tant d'événements supposés là se graver déjà en traits ineffaçables dans notre histoire, qu'il n'est pas déraisonnable de présumer que les autres passent y trouver leur place dans un avenir plus ou moins éloigné. »

Après avoir vu passer sous les yeux cette brillante et prophétique fantasmagorie, avec tant de netteté et de précision, continue M. Courty, qui vient d'énumérer les grands événements qui se sont réalisés dans ces dernières années, on sent que tout en y jouant un grand rôle l'imagination n'y est pas tout à fait la folle du logis; qu'une vive lumière semble y éclairer tout d'un coup, à travers l'espace et le temps, le long et logique enchaînement des faits sociaux nécessaires; enfin que tout cela n'est qu'un rêve, mais un rêve de la raison. Ce fonds si riche, ajoute-t-il, est revêtu d'une forme qui tient à la fois des dialogues de Platon pour la grâce et des paraboles pour la simplicité.

Nous regrettons de ne pouvoir citer ici le jugement de M. Courty sur l'un des ouvrages les plus remarquables de Lallemand, le *Traité de l'éducation*, jugement dans lequel le panégyriste s'élève lui-même aux considérations philosophiques et scientifiques les plus dignes d'intérêt. Nous terminerons par cette dernière citation, qui résume ce jugement :

« Nous faisons donc nos réserves sur les principes philosophiques de Lallemand, ou plutôt sur les limites qu'il impose au champ de l'observation, en ne laissant pas sortir celle-ci de la matière. Mais, en ne demandant à ses œuvres que la conséquence logique des faits matériels, il faut convenir qu'il a su tirer le plus grand parti possible de leur observation et des inductions qui la fécondent. Il les a étudiés avec cette logique qui ne laisse de place à aucune objection; avec cette clarté qui permet à la pensée de se mouvoir librement au milieu d'eux, de les grouper, de les généraliser et d'arriver par l'abstraction à la connaissance de la loi. Il les a vus, enfin, en vrai savant et en savant plein de génie, c'est-à-dire en philosophe. Car le génie, n'en déplaise à Buffon, n'est pas une longue patience : c'est une étincelle qui jaillit de l'intelligence pour illuminer la pensée. Enflamme-t-il l'imagination, il enfante les artistes; éclaire-t-il la raison, il engendre les philosophes. »

D'après le rapport fourni par la commission organisée pour signaler les thèses du doctorat les plus remarquables et offrant un mérite absolu très-réel, M. le ministre de l'instruction publique a classé au premier rang la thèse de M. Combescure, sur l'*Explication des effets thérapeutiques des ammoniacaux par leur action fluidifiante*, et celle de M. Maurin, ayant pour titre : *Esquisse sur Marseille au point de vue de l'hygiène.*

Les thèses de MM. Dueuron, Raspail et Quatrefages ont été classées au second rang.

Prix pour l'année 1861-1862. — 1re année. Prix : M. Vergez-Vignau; mention honorable, M. Laroque.

2e année. Prix : M. Cade; mention honorable, M. Trélaün-Bascou.

3e année. Prix : M. Boyer; mention honorable, M. Cauvy.

4e année. Prix : M. Coural; mention honorable, M. Bernadou.

Le *Levant Herald* nous apporte de Constantinople une petite anecdote qui vient à l'appui du proverbe : *Qui va à la chasse perd sa place !*

Le sultan ayant été pris, un dimanche du commencement de novembre, d'un très-violent mal de dents, envoya querir son dentiste. Celui-ci, grand Nemrod, était à la chasse; impossible de lui signaler les souffrances de Sa Majesté. Sur ces entrefaites, les chambellans apprennent que vis-à-vis Galata-Seraï se trouve un pauvre diable de dentiste, fort habile homme du reste. Aussitôt on le prend, on l'amène au palais : là, ses habits grossiers sont bientôt remplacés par des vêtements en harmonie avec son auguste client. Bref, Sa Majesté soulagée veut reconnaître les soins de son nouveau dentiste; elle apprend sa position, le nomme sur-le-champ *son dentiste* ordinaire, aux appointements de 16,000 piastres par mois.

Une belle maison à Ortakeni et un cadeau de 150 livres sterling prouvent aujourd'hui à l'ex-pauvre diable qu'il n'a pas fait un rêve.

tout ce qu'il y a à espérer de l'hétéroplastie appliquée dans des cas difficiles et embarrassants pour la chirurgie réparatrice.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 décembre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. Larrey fait don à la Société de l'*Histoire de la médecine*, de Freind, de quarante thèses de chirurgie et de plusieurs collections de journaux.

— M. Charrière père adresse une réclamation de priorité relative à l'appareil pulvérisateur qui a été présenté dans une précédente séance par M. Giraldès. (Commissaires, MM. Giraldès, Debout et Bauchet).

— M. le docteur Ancelet, candidat au titre de membre correspondant national, adresse une note sur l'*extraction des phalanges intermédiaires*. (M. Verneuil, rapporteur).

— M. le président annonce à la Société la mort de M. Robert, un de ses membres fondateurs, et après une courte allocution, dans laquelle il exprime ses regrets et ceux de la Société, il lève la séance.

Discours prononcé sur la tombe de M. Robert, le 4 décembre 1862, par M. le Dr Verneuil, au nom de la Société de chirurgie.

Si toute une vie de travail et de probité assurait une vieillesse longue et sereine; si le dévouement d'une famille, l'attachement sincère de nombreux amis et l'estime de tous pouvaient retarder le dénoûment fatal, nous ne serions pas ici rangés tristement autour de cette tombe, et la douleur d'une séparation inévitable serait encore pour longtemps ajournée. Mais tout est impuissant, la mort frappe à ses heures et suivant son caprice, aussi peu soucieuse de décimer les bons que d'épargner les méchants; elle plane: celui-ci tombe, l'autre survit, et tout reste inexpliqué.

Ainsi disparaissent fatalement les hommes d'élite comme les pauvres d'esprit; ils meurent au début, au milieu, à la fin de la lutte; rarement ils survivent au triomphe, plus rarement encore ils en recueillent les fruits mérités, et nous, spectateurs incertains du lendemain, nous courbons la tête en attendant notre tour.

En prenant la parole au nom de la Société de chirurgie, dont Robert était membre fondateur, et au sein de laquelle il comptait tant de disciples et tant d'amis, je n'accomplis pas un devoir banal imposé par les convenances. En attendant l'époque où sera dignement racontée la vie de l'éminent chirurgien à qui elle doit tant, la Société tout entière, plongée dans un véritable deuil, m'envoie déposer sur ce tombeau le tribut de ses regrets unanimes, car elle sent tout ce qu'elle perd en se séparant pour jamais d'un membre pour lequel elle a toujours professé autant d'affection que de respect.

J'ai d'ailleurs vivement sollicité cette mission douloureuse, non que je pense acquitter par un discours imparfait une dette de reconnaissance que je compte garder comme un pieux souvenir, mais parce que j'étais aussi jaloux de la remplir qu'un fils peut l'être de fermer les yeux d'un père vénéré.

C'est en 1847 que j'approchai ce maître si cher. J'avais vingt-quatre ans, il en avait presque le double. D'abord je ne fus naturellement que son modeste élève; mais il voulut bien oublier la distance que mettaient entre nous l'âge et la position, et bientôt, non content de m'avoir rendu des services de tout genre, il me fit l'honneur et le plaisir de m'appeler son jeune ami. C'est ainsi que quinze ans de respectueuse sympathie et de cordiale intimité m'ont permis de voir de près, c'est-à-dire d'admirer un des esprits les plus justes, un des cœurs les plus nobles, une des âmes les plus pures qu'il m'ait été donné de rencontrer.

Ce qu'ont été pour moi un tel contact et de tels exemples, je ne pourrais l'exprimer; mais je veux dire combien fut intelligent, bon et honnête, l'homme auquel nous disons à cette heure un suprême adieu.

Je ne vous raconterai pas les premières années de Robert, ni ses débuts, ni ses concours primaires, ni les succès plus importants qui lui valurent la place de chirurgien des hôpitaux et celle d'agrégé à la Faculté. Je ne vous rappellerai pas ses titres honorifiques nombreux; j'affirmerai seulement que titres et places furent conquis au grand jour, par le concours ou par suite d'élections loyales sans intrigue et sans bassesse.

A quoi servirait d'ailleurs d'énoncer ces ébauches et ces phases d'une carrière brillante? Ne le connaissez-vous pas? C'est presque toujours la même légende, avec les mêmes chapitres et les mêmes paragraphes: bourse légère, âpre travail, sobres appétits, vaillant courage; au début, la jeunesse avec ses ardeurs et ses rêves; plus tard, la virilité avec sa force et sa persévérance.

En passant sous silence la jeunesse de Robert et en ne parlant que de l'homme fait que j'ai connu, je ne m'expose pas, du reste, à des appréciations erronées, car s'il est des organisations exceptionnelles dont l'aurore ne fait pas prévoir l'avenir ou le dément, il existe au contraire pour certaines natures tempérées et pondérées une unité de sentiments et d'actes qui n'implique autour de la ligne choisie que des oscillations sans portée; pour elles l'esquisse de la vie est définitive, quoique précoce; il ne reste à faire à l'épreuve tirée de bonne heure que des corrections dont se chargent plus tard les succès ou les revers, les souhaits réalisés ou les espoirs déçus. Robert était une de ces natures égales dirigées par des principes fermes et simples; sa carrière eut une évolution logique déduite des traits principaux de son caractère, de l'époque à laquelle il vécut et du milieu qu'il traversa.

Physionomie agréable, parole douce, abord bienveillant, manières affables, exquise urbanité, tenue correcte sans affectation, dignité calme, rien d'obséquieux, rien de tranchant dans les formes, inspirant la sympathie, commandant la confiance, tel était l'homme extérieur. Ces heureuses qualités le servaient beaucoup auprès des malades, qui, passez-moi cette expression, aiment à aimer leur médecin comme homme autant qu'à lui confier leur sort à titre de savant. Il méprisait à la fois cette brutalité qui inspire moins de respect que de terreur, et cette fausse bonhomie à l'aide de laquelle on capte les clients sans s'y intéresser.

Parmi ses confrères et ses collègues, Robert, grâce à son aménité, comptait des amis nombreux et dévoués. Paraissait-il à la Société de chirurgie, où depuis quelque temps ses visites étaient malheureusement trop rares, toutes les mains tendues, allaient chercher la sienne et le remerciaient en quelque sorte de sa présence; ses contemporains le fêtaient, et peut-être encore plus les jeunes gens, qui ne sont froids et sévères que pour les mauvais vieillards.

Ce que Robert fut comme chirurgien et comme savant, d'autres vous le diront longuement, ils énuméreront ses travaux substantiels et tous empreints de maturité. Élève brillant de cette forte école de Dupuytren, qui hérita des qualités du maître sans continuer ses défauts, il était le modèle du chirurgien d'hôpital.

Vous vous rappelez ses remarquables concours, ses argumentations sérieuses et pressantes. Il excellait en effet dans ces luttes mémorables que nous regrettons et où il était au moins permis de faire savoir, *urbi et orbi*, ce qu'on était et ce qu'on valait.

Quinze années durant, il enseigna à l'École pratique la médecine opératoire, dont nul ne connut jamais mieux que lui les principes et l'application. Plus tard, à l'hôpital Beaujon, puis à l'Hôtel-Dieu, il s'était acquis une juste renommée par un enseignement clinique soigneusement élaboré.

A l'Académie, à la Société de chirurgie, il prit souvent part à des discussions importantes, non pour remplir de ses discours les colonnes des journaux de médecine, mais pour servir le progrès et pour élucider, à l'aide de sa vaste expérience, les points difficiles de notre art.

Robert, dans ses leçons ou ses discours, n'avait pas cette parole retentissante ou imagée qui passionne le public; sa diction était sobre, correcte, d'une clarté et d'une netteté sans pareilles; pas plus ici qu'ailleurs il ne visait à l'effet, mais on l'écoutait avec plaisir et attention, de sorte que les préceptes instructifs qu'il promulgait pénétraient sans effort dans l'esprit, pour y laisser une empreinte durable.

Quels fruits portèrent d'aussi fortes qualités, servies par un travail opiniâtre? Pour ceux qui ne voient d'autre couronnement à la vie que la fortune et la considération plus ou moins factice qu'elle procure, Robert avait atteint le but, car il avait acquis une honorable aisance et conquis l'estime générale. Mais nous savons bien qu'il avait une plus noble ambition, et que son vœu le plus cher étai d'arriver au professorat à la Faculté. Pendant trente ans il sacrifia à poursuivre cette distinction repos, lucre et santé.

Lorsque l'heure de la justice aura sonné, il faudra raconter pourquoi et comment furent déçues des espérances légitimes, qui plus d'une fois touchèrent de bien près à la réalisation; il faudra prononcer des paroles amères, dévoiler des trahisons et des faiblesses dont Robert a été victime, et dire alors que cette longue lutte contre l'injustice et la partialité abrégèrent notablement la vie de ce martyr des concours.

J'ai assisté à toutes ces angoisses; j'ai écouté tous les battements de ce cœur agité; j'ai compté les illusions et les désenchantements; et tandis que mon noble maître avait eu la grandeur d'âme de tout oublier, je me souviens de tout. Aussi, croyez-le bien, il ne faut rien moins que la douleur qui m'oppresse, et le caractère solennel du lieu où nous sommes, pour arrêter l'essor de mon ressentiment.

Soyez-en convaincus comme moi, Robert eût été un professeur de clinique accompli. Une instruction profonde, un jugement sûr, une grande ardeur pour le travail, lui eussent permis de tenir élevé le drapeau de notre chirurgie française.

J'ajoute, et cela en vaut la peine, qu'il eût encore servi les élèves, en leur offrant l'exemple de la moralité professionnelle la plus irréprochable. Tout en s'instruisant par sa parole, la jeunesse aurait appris ce qu'est un chirurgien probe et désintéressé, respectant dans la personne du malade l'homme, son semblable; hardi dans l'occasion, jamais téméraire; agissant d'après sa conscience, sans s'inquiéter si l'issue serait profitable ou non à sa célébrité; toujours prêt, en un mot, à sacrifier la gloire à la vérité, la science à l'humanité, l'intérêt au devoir.

Elle l'aurait vu dédaignant les adroites mises en scène, les expédients de popularité et les appels fructueux à la publicité. Et faisant tomber du haut de la chaire des conseils qui retentissent trop rarement à l'oreille des néophytes, Robert leur aurait enseigné qu'il n'y a qu'une route, c'est la droite; qu'un but, les honneurs mérités; qu'un moyen, le travail; qu'une faveur enfin, celle d'être jugé par ses pairs et selon ses œuvres.

Voilà bien longtemps que je parle, Messieurs, et je n'ai fait cependant qu'esquisser incomplétement l'homme public, tel que tout le monde l'a pu juger. Que de pages ne me faudrait-il pas pour vous faire connaître l'homme privé!

Austère sans rudesse, vertueux sans intolérance, confiant dans la parole d'autrui, parce qu'il n'avait jamais, quoi qu'on en ait dit, violé la sienne, il croyait à peine au mal, au mensonge, à la calomnie, parce qu'il n'aurait jamais su, pour sa part, nuire, médire ou mentir. Doué au plus haut degré de cette délicatesse de conscience qu'on appelle sens moral, il l'appliquait tout d'abord à ses propres actes, et ne se trompait jamais sur le juste et l'injuste; jamais il ne s'indigna que contre l'iniquité.

Tel fut l'homme que nous avons perdu. Personne à coup sûr n'aurait pu lui trouver de défauts réels, et quiconque l'approchait pouvait en l'imitant apprendre comment on pratique la vertu.

Puissions-nous, comme lui, sans peur et sans reproche, abandonner la terre, car il n'a fait couler les larmes que de ceux qui lui survivent!

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Par décret du 20 octobre 1862, les médecins militaires dont les noms suivent ont été autorisés à accepter et à porter les décorations qui leur ont été conférées par les souverains étrangers, savoir:

M. le baron Larrey, médecin inspecteur, membre du conseil de santé, chevalier de Saint-Stanislas de 2e classe de Russie (avec plaque).

M. Sédillot, médecin inspecteur, directeur de l'École de Strasbourg, commandeur de Saint-Grégoire le Grand.

— La seconde épreuve écrite pour le concours des prix de l'internat a eu lieu hier vendredi. Douze candidats ont eu à traiter la question suivante:

Internes de 3e et 4e année: *De la tuberculisation des organes génitaux dans les deux sexes.*

Internes de 1re et 2e année: *Des obstacles au cours des matières fécales, considérés principalement sous le rapport du diagnostic et du traitement.*

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 146. — MARDI 16 DÉCEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 146. — MARDI 16 DÉCEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 DÉCEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question du chauffage et de la ventilation des bâtiments publics ou privés est sans contredit l'une des plus importantes de l'hygiène. Elle est d'un intérêt capital surtout dans les pays froids, où il est nécessaire de combiner les moyens propres à s'assurer un renouvellement suffisant de l'air avec l'entretien d'une température constamment élevée. Les expériences anémométriques donnent un moyen de mesurer la quantité d'air renouvelé et la vitesse du courant, pendant un temps donné, dans un espace clos; elles sont appliquées avec un grand avantage à l'étude et à la détermination des conditions hygiéniques des lieux consacrés à de nombreuses réunions d'hommes ou à des usages qui réclament une active ventilation, tels que les hôpitaux, les casernes, les théâtres, les gymnases, écoles publiques, amphithéâtres, salles de dissection, etc. Mais les anémomètres usités jusqu'ici ont l'inconvénient de ne pouvoir servir qu'à des expériences d'une durée très-limitée. Comprenant combien il serait utile d'avoir le résultat aussi positif que possible du mouvement de l'air pendant vingt-quatre heures et même pendant plusieurs jours, sans forcer un observateur à suivre continuellement les indications de l'instrument pour déterminer les variations de vitesse, un habile ingénieur russe, M. le baron de Derschau, a eu l'idée de joindre à l'anémomètre de M. Combes, généralement usité, un système enregistreur automatique obtenu par l'emploi de l'électro-magnétisme, qui, tout en laissant à l'instrument ses qualités précieuses de sensibilité et d'exactitude, permet la constatation continue de ses effets et en rend ainsi l'application beaucoup plus usuelle et beaucoup plus utile. On trouvera dans le compte rendu la description de l'appareil ainsi modifié.

Nous signalerons aussi à l'attention de nos lecteurs une note de M. le docteur Durand, de Lunel, relative à l'action directe de l'électricité sur la contraction musculaire, et le mémoire de M. le docteur Legrand du Saulle, notre collaborateur, sur le délire des pellagreux considéré au point de vue médico-légal. — Dr Brochin.

Nous avons le douloureux devoir d'annoncer à nos lecteurs la perte bien cruelle que nous venons de faire dans la personne de notre cher et excellent ami et collaborateur M. le docteur Jamain, qui vendredi soir encore avait donné ses soins ordinaires à l'impression de la *Gazette*, et dont nous apprenions la mort samedi matin. Jamain, connu de tous par ses ouvrages d'anatomie et de chirurgie, qui sont entre les mains de tous les élèves, et qui promettait aux hôpitaux de Paris un chirurgien habile, était aussi un botaniste distingué; à ce titre, il faisait partie de la Société botanique de France. C'est en sortant de la séance de cette Société, vendredi, à huit heures du soir, qu'il a été frappé mortellement.

Les obsèques de notre si regrettable collaborateur ont eu lieu hier dimanche, au milieu d'un concours de parents, d'amis, de confrères et de collègues, presque tous également ses amis, et qui le laissaient assez voir par l'expression de profonde douleur qui était peinte sur tous les visages. Parmi le grand nombre de chirurgiens qui s'étaient empressés de venir lui rendre ce dernier hommage, nous avons remarqué la plupart de nos maîtres les plus éminents. L'Association générale des médecins de France, dont M. Jamain faisait partie, y était officiellement représentée par une députation composée de MM. le docteur Legouest, secrétaire général de la Société centrale, Brierre de Boismont, Guersant et Piogey, membres de la commission administrative.

Au cimetière du Mont-Parnasse, où il a été inhumé, plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe: par M. le docteur Dolbeau, au nom des chirurgiens des hôpitaux; par M. de Cambray, chef de la division de secrétariat de l'administration de l'Assistance publique, au nom de l'administration et pour M. Husson, empêché par une indisposition d'assister à la cérémonie; par M. Gubler, vice-président de la Société botanique de France, au nom de ses collègues; par M. Legouest, pour l'Association générale des médecins de France; et par M. Brochin, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, au nom de ses collaborateurs et amis.

Nos lecteurs nous sauront assurément gré de mettre sous leurs yeux ces discours qui peignent si bien notre malheureux ami.

Discours de M. Dolbeau.

Messieurs,

C'est au nom des chirurgiens des hôpitaux que je viens prononcer quelques paroles sur la tombe d'un collègue que nous regrettons bien sincèrement.

En effet, M. Jamain était un des membres les plus affectionnés de notre corporation. Doux et simple de manières, il n'éloignait personne; sa grande bonhomie attirait même les plus indifférents. Affable, et toujours disposé à rendre service, M. Jamain avait su s'attacher un grand nombre d'amis, soit au milieu des jeunes étudiants, soit même parmi les maîtres éminents qui avaient su l'apprécier; l'un d'eux l'avait choisi pour son collaborateur.

Ce n'est pas sans beaucoup de travail et sans de nombreuses luttes que M. Jamain a conquis le titre qu'il ambitionnait le plus; cependant, vous ne l'avez jamais entendu se plaindre ni parler d'injustice; c'est, Messieurs, que notre confrère était modeste. Parvenu au but tant désiré, vous avez tous été témoins de sa joie, et nous avons tous remarqué avec quelle franche satisfaction il accomplissait les nouvelles fonctions qui lui étaient confiées. Jamain touchait au terme de son labeur; pourquoi faut-il que la mort nous l'ait ravi si vite et si prématurément!!!

Devant cette loi qui nous gouverne tous, hélas! Messieurs, vous le savez, nous n'avons qu'à nous incliner. Notre rôle se réduit ici à rendre témoignage; j'accomplis personnellement un devoir bien doux, en proclamant que Jamain fut un modèle de travail, de probité, de loyauté et de dévouement à ses amis.

Adieu, Jamain! adieu, cher ami! adieu, excellent collègue!

Discours de M. de Cambray.

Messieurs,

Je voudrais qu'une voix plus autorisée que la mienne se fît entendre au nom de l'Administration dans cette douloureuse circonstance; mais, vous le savez, une indisposition empêche absolument M. le directeur d'assister à cette triste cérémonie.

Je me bornerai à vous dire en peu de mots que l'Administration s'unit tout entière aux vifs regrets que fait naître la mort imprévue de M. Jamain.

Des hommes plus compétents que moi vous parleront de ses titres scientifiques, comme chirurgien, comme anatomiste, comme écrivain. Me plaçant à un point de vue plus spécial, je dirai que l'Administration appréciait hautement le zèle éclairé et le dévouement sans bornes qu'il apportait dans ses fonctions.

Soit que comme chirurgien du Bureau central il eût à visiter des malades pour les diriger sur les hôpitaux, ou qu'il fût momentanément chargé de leur donner des soins dans un service hospitalier, il les entourait d'une touchante sollicitude, et savait trouver de bonnes paroles pour adoucir leurs souffrances. Il lui semblait que chaque malade était un parent ou un ami.

Les excellentes qualités de M. Jamain ne brillaient pas moins dans les jurys des concours. Avec quelle bienveillante attention il écoutait les élèves! Avec quel soin religieux il notait leurs réponses pour faire ressortir tout ce qui était à leur avantage! Et, dans la discussion, quel calme, quelle aménité, et en même temps quel esprit de justice et d'impartialité!

M. Jamain, entré un peu tard dans la carrière, faisait encore partie du Bureau central; mais il touchait au moment de voir réaliser ses vœux en devenant chirurgien titulaire des hôpitaux. Il avait même choisi le poste de Bicêtre, poste délicat et difficile sous plusieurs rapports. L'administration l'y voyait arriver avec satisfaction, parce qu'elle le savait doué des qualités nécessaires pour remplir dignement cette tâche.

Très-capable, en effet, de diriger les élèves dans leurs études anatomiques, il aurait su les encourager au travail en gagnant leur confiance et leur affection.

Sa parole douce et sympathique ne pouvait manquer non plus de plaire aux vieillards de l'hospice, qui, faibles et craintifs, sont si heureux d'être traités avec bienveillance, comme aussi d'être rassurés sur le danger de leur situation. La bonté naturelle de M. Jamain aurait trouvé de nombreuses occasions de s'exercer dans cet asile de la vieillesse.

Ce sont précisément ces précieuses qualités du cœur et de l'espri qui nous font sentir plus vivement la perte d'un homme aussi bon, d'un chirurgien aussi dévoué à ses devoirs, et je ne peux que répéter, au nom de M. le directeur, que l'Administration s'associe pleinement aux justes regrets que la mort inopinée de M. Jamain inspire au corps médical, et plus particulièrement à ses amis et à sa famille désolée.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par MM. Gustave BERNUTZ et Ernest GOUPIL (1).

Le deuxième volume de la *Clinique des maladies des femmes* est la digne continuation du premier; il ne renferme que deux mémoires, mais qui se recommandent par leur valeur médicale et qui méritent un sérieux examen.

De la pelvi-péritonite et de ses diverses variétés, tel est le titre du premier travail écrit par M. Bernutz avec des matériaux recueillis par les deux auteurs. Grâce aux recherches d'anatomie pathologique, nous trouvons ici, après la discussion des opinions diverses qui ont régné sur les engorgements de l'utérus et les prétendus phlegmons péri-utérins, la démonstration de la non-existence de ces engorgements et de ces phlegmons. Déjà, dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine* en mars et avril 1857, MM. Bernutz et Goupil avaient prouvé que l'agglutination des anses péritonéales et les brides qui reliaient entre eux les principaux viscères du bassin en avaient imposé soit pour des tumeurs, soit pour des phlegmons entourant l'utérus. Le travail beaucoup plus complet que nous analysons a permis à M. Bernutz, dans une revue rétrospective, de faire voir comment le nom d'*engorgement* de l'utérus fut créé d'une manière vague par Lisfranc pour grouper des tuméfactions en connexion avec l'utérus et s'accompagnant de douleurs pelviennes. La dénomination de *métrite chronique partielle* délimita mieux le siége du mal et sa nature phlegmasique. M. Nonat, avec la dénomination de *phlegmon utérin*, a eu le mérite de préciser une lésion simplement juxtaposée à l'utérus et ne faisant point partie du parenchyme propre de cet organe. La qualification de *péri-utérin* présente une idée vraie; mais le mot phlegmon exprime une erreur, car il assimile aux tumeurs phlegmoneuses et aux abcès des ligaments larges et de la fosse iliaque un genre de tumeurs spéciales qui en diffère totalement.

Disons-le bien haut, l'anatomie pathologique seule a permis à M. Bernutz de prouver sans réplique la véritable nature du prétendu phlegmon péri-utérin. Une dissection minutieuse indiquait déjà que le tissu sous-jacent au péritoine est presque nul en avant et en arrière de l'utérus, et que sur les côtés seulement le tissu cellulaire formait le canevas des ligaments larges. C'est en pratiquant deux nécroscopies chez deux femmes qui avaient succombé d'une manière imprévue, que MM. Bernutz et Goupil ont pu établir l'existence de la pelvi-péritonite sur des bases solides et irrécusables. L'erreur accréditée du phlegmon péri-utérin doit aujourd'hui être reléguée dans l'histoire de la science. Pour notre part, nous avons eu occasion de vérifier la découverte de MM. Bernutz et Goupil, et nous partageons leur manière de voir.

Un fait capital domine l'histoire de la pelvi-péritonite, et M. Bernutz l'a mis en évidence constamment; c'est que dans la majeure partie des cas observés, l'inflammation de la séreuse péritonéale du bassin est consécutive, et symptomatique d'un état morbide antérieur des organes génitaux internes. Ceci nous rappelle l'histoire des phlegmasies pleurales limitées et symptomatiques d'une maladie pulmonaire. Mais les organes génitaux utérins, trompes et ovaires, n'ont pendant la vie que des symptômes obscurs pour caractériser leur état de souffrance, et, dans l'état actuel de la science, il est impossible de ne pas donner la première place aux symptômes secondaires de la péritonite pelvienne, jusqu'à ce qu'une étude plus approfondie nous permette de remonter jusqu'à l'affection primitive de l'utérus, de l'ovaire, et surtout des trompes de Fallope.

La difficulté d'arriver, au lit du malade, à une détermination rigoureuse de celui des organes génitaux dont l'état morbide a retenti sur le péritoine, oblige l'auteur à classer les pelvi-péritonites d'après leur étiologie. Cette classification n'est que provisoire, mais c'est la seule qu'il soit actuellement possible de tenter; elle divise les pelvi-péritonites en puerpérales, survenant après un accouchement ou un avortement; en menstruelles; blennorrhagiques; traumatiques, *a venere immoderata*, par application de l'hystéromètre, de douches vaginales, de caustiques, etc.; chroniques, tuberculeuses et cancéreuses.

La pelvi-péritonite puerpérale a fourni à M. Bernutz l'occasion d'étudier la relation qui existe entre l'inflammation du péritoine et la fièvre puerpérale. La puerpéralité est pour lui le fait primordial, l'inflammation du péritoine qui peut arriver n'est que subsidiaire; elle sera *boni moris* ou *mali moris*, suivant la nature des causes perturbatrices du travail physiologique de l'accouchement. Comparant la fièvre puerpérale à la variole, la première peut être comme la seconde régulière et bénigne, ou au contraire anormale et maligne, et dans ce dernier cas elle offre les traits d'une maladie pernicieuse, et peut s'accompagner de phlébite, de lymphangite, etc., qui ne sont que des manifestations secondaires. L'auteur ne s'est occupé que de la pelvi-péritonite puerpérale bénigne.

On lira avec intérêt l'histoire des inflammations péritonéales suite d'avortement, et surtout celle des pelvi-péritonites menstruelles, où M. Bernutz compare l'état puerpéral et le travail menstruel. Les pelvi-péritonites hémorrhagiques, traumatiques, et celles qui sont la

(1) Voir le numéro du 29 novembre pour le premier volume. — Deux vol. grand in-8°, avec figures intercalées dans le texte. — Paris, Chamerot, 1860-1862.

Discours de M. Gubler.

La perte des gens de bien est toujours un deuil public; mais l'émotion générale est plus poignante, les regrets sont plus amers, quand la mort frappe tout à coup un homme dans la force do l'âge et de la santé.

Ces deux causes réunies aggravent en ce moment notre affliction.

Le Dr Jean-Alexandre Jamain s'était voué particulièrement à la carrière chirurgicale; plusieurs travaux classiques d'anatomie et de chirurgie l'ont fait connaître avantageusement. Il a même eu l'honneur de collaborer à l'œuvre magistrale d'un professeur déjà illustre, maintenant devenu populaire. Ces travaux professionnels ne l'occupaient pourtant pas d'une manière exclusive. Jamain avait hérité d'un goût prononcé pour l'histoire naturelle et surtout pour la botanique. Des herborisations fréquentes aux environs de Paris, des voyages plus lointains dans diverses régions de la France, et le soin de ses collections, absorbaient à peu près des loisirs trop rares dans la profession médicale. Toutefois, il trouvait encore le temps de s'occuper activement des intérêts de la Société botanique de France, dont il était l'un des fondateurs, et dans laquelle il remplissait les fonctions d'archiviste avec un zèle des plus méritoires.

Après une journée de fatigues consacrée à ses malades, Jamain, mû par le sentiment du devoir, assistait encore avant-hier à notre dernière réunion. Cependant il se plaignit à moi d'une souffrance insolite qu'il attribuait au froid, et me pria de l'ausculter. Je trouvai les signes d'une angine de poitrine en rapport avec une lésion du cœur, et lui prescrivis de se retirer aussitôt chez lui pour se soigner. Il sortit en effet quelques instants après, suivant mes conseils; mais à peine était-il arrivé dans la rue, qu'il s'affaissa sur lui-même pour ne plus se relever.

Cette mort foudroyante à frappé de stupéfaction à la fois et de douleur tous ceux qui cinq minutes auparavant l'avaient vu en apparence plein de vie et de santé.

Notre infortuné collègue succombe au moment où, après avoir emporté au concours la place enviée de chirurgien des hôpitaux de Paris, il allait jouir enfin de la position méritée qu'il avait si laborieusement conquise.

Je suis l'interprète de la Société botanique de France; mais j'obéis aussi à un sentiment personnel, en venant déposer un juste tribut de regrets sur la tombe d'un de ses membres les plus notables et les plus aimés.

Discours de M. Legouest.

Messieurs,

C'est au nom de la Société centrale de l'Association des médecins de France que je viens adresser un dernier adieu à notre confrère le docteur Jamain.

La tombe se fermait, il y a peu de jours, sur un des membres de notre Société, le regrettable docteur Robert, sans que nous ayons pu payer à ce chirurgien, aussi savant qu'homme de bien, le tribut de nos hommages; notre deuil n'en a été que plus profond : elle se rouvre aujourd'hui pour recevoir de nouveau un de nos sociétaires qui, lui aussi, a marqué sa place parmi les hommes de travail et de probité.

Quand la mort vient à frapper une des sommités de notre profession, on se complaît généralement à rappeler le point de départ infime de l'illustre défunt, ses luttes avec l'âpreté du sort, ses triomphes disputés, et l'on glorifie ses travaux par le pompeux étalage de la haute fortune à laquelle il est parvenu. Cette haute fortune, on ne dit pas pour combien de nos morts elle n'a été qu'un séduisant mirage dont la poursuite n'a eu pour terme que d'amères déceptions; et l'on n'estime pas assez heureux les poursuivants de cette chimère qui dans leurs efforts ont rencontré quelque bribe de la réalité, ont pu se signaler par des travaux utiles, ont su garder l'honorabilité sans atteindre aux honneurs, et mériter l'estime et la reconnaissance de leurs confrères en devenant de modestes et laborieux ouvriers de la science.

Le docteur Jamain était du nombre de ces derniers; il s'est rangé au milieu de l'élite de ces infatigables travailleurs qu'anime une honorable ambition, et qui consacrent leurs labeurs à répandre les principes de notre art, en même temps qu'ils aspirent à en devenir sinon les maîtres, au moins les adeptes les plus remarquables.

On vous l'a dit, Messieurs, de nombreuses publications sont sorties de la plume du confrère dont nous déplorons la perte : parmi les plus importantes, il faut citer une anatomie et une chirurgie élémentaires qui sont entre les mains de tous les élèves, deux thèses de concours pour l'agrégation, concours où sa fortune est restée au-dessous de son mérite, enfin la rédaction des derniers volumes des *Éléments de pathologie chirurgicale* dus à un professeur éminent, qui a honoré le savoir et la rectitude de jugement du docteur Jamain, en lui confiant une tâche qu'il était lui-même empêché d'accomplir. Vous le savez aussi, il fut un des collaborateurs assidus de l'un de nos journaux de médecine les plus justement répandus; et dans ses critiques toujours polies, sans laisser d'être appréciateur exact, il n'a jamais blessé personne.

Le docteur Jamain avait atteint depuis quelques années seulement l'un des buts auxquels il s'était proposé d'arriver: il avait enfin conquis le titre de chirurgien des hôpitaux, qui fut pour lui le tardif dédommagement de travaux dont la valeur était depuis longtemps consacrée.

Esprit droit et sûr, plus curieux d'instruire et de savoir que d'éblouir et de briller, écrivain correct, clair et concis, telles furent les qualités scientifiques qui distinguèrent le docteur Jamain et que la plupart d'entre nous ont pu apprécier. La nombreuse réunion d'amis et de confrères qui se pressent autour de sa tombe vous apprend assez quelles étaient son inaltérable aménité, la bonté et la sûreté de son commerce. Il fut un des premiers membres de la Société centrale de l'Association des médecins de France : il eût manqué à son caractère s'il ne s'était empressé de saisir cette occasion de faire le bien et d'honorer ainsi sa profession, dont il était un des plus dignes représentants.

Interprète de la Société, je joins à l'expression de ses regrets pour le docteur Jamain, celle de ma propre tristesse en présence d'une mort qui frappe inopinément l'homme, le chef de famille et le médecin, dans la maturité de son âge, de ses espérances et de son talent.

Discours de M. Brochin.

Messieurs,

Il y a moins d'un an, au nom de quelques amis, au nom de mes collaborateurs, de ces hommes de savoir et de dévouement dont le concours m'a toujours été si précieux et si utile, j'adressais ici les derniers adieux à l'un des plus vaillants d'entre eux, enlevé à l'âge où le talent et l'intelligence ont acquis à peine leur pleine maturité. J'étais loin de m'attendre alors que sitôt j'aurais à remplir encore une fois un aussi douloureux devoir envers un de ceux-là même qui s'étaient associés à l'expression de mes regrets.

Hier, encore plein de vie et de santé, plein d'un charmant et naïf espoir dans l'avenir nouveau qui allait s'ouvrir devant lui, à la veille de toucher au but si désiré et si laborieusement conquis, au moment où il venait de goûter en compagnie de quelques hommes d'élite ces délicats loisirs que connaissent seuls les esprits cultivés, Jamain tombe comme foudroyé par un de ces accidents que la science est aussi impuissante à conjurer qu'à prévoir. Et de cet avenir qui s'ouvrait heureux et riant pour sa famille, et de ces longs espoirs que semblait lui permettre son âge, et de ces succès qui devaient couronner sa laborieuse carrière, que reste-t-il ?... Les larmes de sa famille et de ses amis vous répondent pour moi.

On vient de vous dire ce que perd l'administration des pauvres dans ce serviteur zélé dont le dévouement éclairé lui était assuré d'avance; on vous a dit les légitimes regrets que va inspirer sa perte à ses collègues des hôpitaux, presque tous ses amis, les titres qu'il s'était acquis par d'utiles publications devenues depuis longtemps classiques et par sa coopération à l'une des œuvres chirurgicales les plus considérables de l'époque. Je ne veux dire ici que la part que Jamain a prise à la collaboration de la *Gazette des Hôpitaux*, et ses titres à l'affection et aux regrets de chacun d'entre nous.

Les rares loisirs que lui laissaient la rédaction ou la réimpression de ses livres et les soins qu'il donnait à la publication du grand ouvrage d'un de ses maîtres bien-aimés, Jamain avait voulu les consacrer à la presse. La *Gazette des Hôpitaux* avait eu ses prédilections. Si, à raison de la multiplicité de ses occupations, sa coopération a été peu active, elle ne nous en a pas moins été utile. C'était, en effet, moins par la plume que par le conseil que sa collaboration nous était précieuse. Ceux qui savent combien de faits et d'idées entrent dans les préoccupations quotidiennes du journaliste; combien de sujets divers réclament sa compétence; quelle situation difficile et parfois périlleuse lui crée souvent la nécessité où il est de porter inopinément un jugement sur un fait, sur un événement ou sur un homme; de quelles perplexités est assailli son esprit en face d'une semblable responsabilité : ceux-là seuls apprécieront tout le prix d'un conseil donné à propos. Jamain apportait dans l'accomplissement de ce rôle délicat cet esprit positif qui lui était inné, cette expression, un peu froide peut-être, mais nette et précise, dont il avait contracté l'habitude dans l'étude des sciences principalement descriptives, auxquelles il s'était plus particulièrement consacré; et plus d'une fois il a heureusement influé par ce sage tempérament sur la rédaction de ses collègues, soit en ramenant au fait les esprits un peu enclins à l'abstraction, soit en modérant les entraînements de la plume.

Un pareil rôle, qui aurait pu peut-être jeter quelque froideur dans les rapports entre des hommes moins faits pour s'entendre, n'a été, au contraire, grâce à la nature franche et honnête de Jamain, grâce à son caractère si aimant et si bienveillant, qu'une occasion pour ses collaborateurs de contracter envers lui, avec le devoir de la reconnaissance, cette cordiale affection, source des amers regrets que j'ai voulu, dans cette triste solennité, exprimer en leur nom.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Plaie par arme à feu de la paume de la main gauche et des doigts. — Hémorrhagies consécutives au nombre de quatorze. — Ligature de l'artère dans la plaie. — Guérison.

Un jeune homme de trente-trois ans, entré le 23 septembre, étant sur le point de sortir guéri, je dois profiter de cette occasion pour faire pénétrer dans votre esprit une doctrine acceptée maintenant par la plupart des chirurgiens, et qui est selon moi d'une très-grande importance; je veux parler du traitement des plaies suivies d'hémorrhagies affectant particulièrement la paume de la main. Vous verrez que le principe que je désire établir devant vous est applicable aussi aux plaies des autres régions. La relation du fait qui est actuellement sous nos yeux va nous montrer les choses d'une manière plus évidente.

Ce jeune homme, en chassant le 23 septembre, se servait d'un fusil défectueux qu'il avait donné récemment à l'armurier dans le but de le faire réparer, et que ce dernier détrempa en le chauffant maladroitement. Au premier coup le fusil creva, et un éclat du canon ayant brisé le bois sur lequel était appuyée la main gauche, celle-ci reçut dans la paume une blessure assez profonde.

Il est une chose qui doit tout d'abord attirer votre attention; c'est la simplicité avec laquelle certaines plaies par armes à feu se comportent dans leur marche ultérieure. Aussi les chirurgiens ne doivent jamais se hâter d'en arriver à une amputation. Je ne saurais trop insister là-dessus, car de telles blessures, malgré l'aspect défavorable qu'elles présentent, guérissent très-bien dans la majorité des cas, et bien mieux qu'on n'aurait pu le supposer de prime abord.

C'est là un très-beau sujet de recherches, d'autant plus que la variété de plaies par armes à feu à laquelle je fais allusion ne se trouve nullement décrite dans les traités de chirurgie que vous avez entre les mains : je veux parler des plaies produites par une décharge de plomb de chasse reçue à une courte distance, un mètre ou un mètre et demi, de celles, par exemple, qui résultent de la maladresse d'un chasseur présentant à son camarade le fusil par le canon et faisant partir le coup presque à bout portant.

Si les plaies de ce genre ne sont pas immédiatement fatales par les désordres nombreux qui les accompagnent, elles ne doivent pas inspirer une trop grande inquiétude, car elles sont suivies d'une guérison complète qui ne se fait pas attendre très-longtemps.

Je me souviens avoir été mandé un jour auprès d'un notaire qui à la chasse avait reçu une charge entière dans l'aisselle du côté droit. Je pus aisément, à l'aide d'une contre-ouverture au niveau de l'épaule, faire l'extraction de la bourre et du projectile, et cet accident se termina par une guérison prompte et radicale.

Ce n'est pas là, je le répète, une chose exceptionnelle; tant

---

manifestation des diathèses tuberculeuse et cancéreuse, ne sont pas moins bien traitées.

A notre avis, le chapitre consacré à la symptomatologie de la pelvi-péritonite est un des plus remarquables du mémoire. Passant tour à tour en revue la forme aiguë, séro-adhésive de l'inflammation du péritoine, la forme aiguë purulente; les formes chronique, tuberculeuse et cancéreuse, M. Bernutz établit leurs caractères d'une manière précise. La douleur, la tumeur péri-utérine et les déviations qu'elle occasionne, les recrudescences, les métrorrhagies fréquentes arrivant aux périodes d'acuité ou de déclin, etc., sont passées en revue et soigneusement décrites. Les figures intercalées dans le texte sont un puissant auxiliaire des descriptions que le praticien ne trouvera jamais trop complètes.

Le diagnostic des pelvi-péritonites aiguës ou chroniques est très-difficile en général. La variabilité excessive de la douleur et des symptômes réactionnels de l'inflammation du péritoine pelvien, en rendent compte. M. Bernutz étudie successivement le diagnostic différentiel des pelvi-péritonites séro-adhésives et des pelvi-péritonites hémorrhagiques, puis des kystes de l'ovaire enflammés, des phlegmons de la fosse iliaque, des engorgements proprement dits de l'utérus, des tumeurs fibreuses et de l'hystéralgie.

Le traitement, basé sur un relevé considérable de faits et sur la grande expérience des auteurs, est tracé tour à tour pour les pelvi-péritonites suraiguës, séro-adhésives et chroniques. Les indications thérapeutiques ne peuvent être que très-diverses pour une affection secondaire et symptomatique do maladies différentes, comme l'est si souvent la pelvi-péritonite. L'auteur, sans repousser complétement l'intervention chirurgicale, ne veut que son emploi tardif, et il redoute les injections dans les foyers de la pelvi-péritonite purulente.

M. Bernutz est partisan, dans les formes aiguës et séro-adhésives, des sangsues sur le col de l'utérus et des vésicatoires, si utiles dans la pleurésie, analogue de la pelvi-péritonite. La ciguë lui a aussi rendu des services réels comme calmant spécial des organes génitaux. Dans la forme chronique, l'hygiène, les médications générales, les bains médicamenteux ou pris aux stations thermales, l'hydrothérapie.

M. Goupil est l'auteur exclusif du mémoire sur les *déviations utérines*. On se rappelle encore les discussions passionnées auxquelles cet épineux sujet a donné lieu, et les opinions contradictoires de MM. les professeurs Paul Dubois, Depaul, Malgaigne, et les efforts tentés pour remédier aux déviations, par Simpson et Valleix.

M. Goupil a profité de toutes les controverses qui ont agité le public médical, et si le temps écoulé depuis l'époque où ce travail a été entrepris pouvait avoir l'inconvénient de faire paraître moins neuves quelques opinions de l'auteur, il a pu vérifier l'exactitude des résultats auxquels, sans idée préconçue, il était arrivé. Il a déterminé le rapport de fréquence des diverses déviations utérines, leur influence sur la symptomatologie, et parfois l'absence complète de troubles morbides, malgré l'existence irrécusable de déviations bien prononcées. Disons, du reste, qu'il ressort du travail consciencieux de M. Goupil cette donnée nouvelle, que les flexions et les versions n'ont aucun symptôme qui leur soit propre; que jamais elles ne deviennent cause de troubles, à moins qu'elles ne soient compliquées d'affections utérines ou péri-utérines, tandis que l'abaissement de l'utérus ou sa chute offrent des symptômes particuliers, quoique moins prononcés qu'on ne le croit généralement.

Les relevés statistiques propres à l'auteur sur la configuration et la position normale de l'utérus, et ceux qu'il a empruntés aux sources les plus authentiques, lui font établir comme règle que dans le tiers des cas, chez les jeunes filles, on trouve normalement une courbure antérieure et même une légère antéflexion utérines. L'accouchement vient changer cette disposition, qui est exceptionnelle chez les femmes qui ont eu des enfants; la parturition redresse l'utérus, l'abaisse légèrement et produit un peu d'antéversion.

Les résultats auxquels est parvenu M. Goupil concordent avec les relevés de M. le professeur Gosselin et de M. Richet. M. Picard a ajouté récemment quelques détails intéressants et plus précis à ceux déjà observés par M. Goupil, mais en somme en les confirmant.

L'antéversion, la rétroversion et les latéro-versions, n'ont, suivant l'auteur, que peu d'influence sur les troubles fonctionnels. L'antéversion est fréquente surtout chez les nullipares, où elle passe inaperçue tant qu'il n'existe pas de pelvi-péritonite ou d'affection utérine proprement dite, telle qu'un catarrhe utérin, de la congestion utérine, etc. M. Goupil étudie avec soin les signes avec lesquels on peut reconnaître la pelvi-péritonite compliquant une antéversion. La rétroversion est rare et la pelvi-péritonite en est la cause prédominante, aussi la rétroversion n'est-elle presque jamais simple. Les rétroversions congénitales sont d'une complète innocuité.

Les latéro-versions et les latéro-flexions, les premières surtout, sont les plus fréquentes de toutes les déviations utérines, à cause de la fréquence de la pelvi-péritonite, car les latéro-versions sont très-rares chez les nullipares qui n'ont jamais eu d'affection utérine ou péri-utérine. Au contraire, chez les femmes qui ont eu des enfants, les latéro-versions sont très-communes, et tout médecin d'hôpital a pu vérifier le fait; la grossesse et ses suites, la pelvi-péritonite, les abcès des ligaments larges, les congestions utérines, viennent l'expliquer. Quand la latéro-version est simple, elle est presque toujours latérale droite.

Nous ne dirons que peu de chose de l'antéflexion; les douleurs qui la compliquent ne tiennent pas à la flexion elle-même, mais aux affections intercurrentes; notons cependant que l'antéflexion a pour caractère la fréquence des douleurs dysménorrhéiques chez les femmes qui en

que des viscères d'une importance capitale, tels que le poumon, le cœur, etc., sont épargnés, le chirurgien n'est pas en droit de porter un pronostic alarmant.

Chez notre malade, le traitement fut des plus simples; mais vers le dixième jour, l'accident fréquent, je dirais même ordinaire des plaies par armes à feu se produisit; une première hémorrhagie consécutive, sous l'influence d'un simple effort de défécation, se manifesta subitement à la surface de la plaie, recouverte par de nombreuses granulations pyogéniques. On comprima les artères cubitale et radiale; l'écoulement de sang s'arrêta, mais l'appareil compresseur ne pouvant pas être maintenu indéfiniment, la circulation se rétablit et l'hémorrhagie se produisit de nouveau.

On chercha alors à coaguler le sang dans les vaisseaux à l'aide de cautérisations avec la pâte de chlorure de zinc; l'écoulement ne s'arrêta que momentanément, et de nouvelles hémorrhagies nécessitèrent à différentes reprises l'emploi du même caustique et du perchlorure de fer, secondé par la compression de l'artère brachiale. Bref, dans l'espace de vingt-cinq jours, quatorze hémorrhagies se succédèrent plus ou moins rapidement et réduisirent le malade à un état d'anémie inquiétant. Que fallait-il tenter?

J'arrive enfin au point pratique, que j'essayerai de faire prévaloir devant vous.

Dupuytren, notre vénéré maître, proscrivait hautement la ligature des vaisseaux dans une plaie enflammée. Or, pour que j'ose me mettre ici en opposition avec un homme pour lequel nous professons tous une admiration légitime, il faut que la conviction soit bien profonde dans mon esprit. Dupuytren rejetait cette ligature en vertu d'une théorie qui ne lui parut pas infirmée par ses recherches pathologiques; à savoir, que dans une plaie en voie de réparation une ligature ne peut être apposée sur une artère en raison de la sécabilité de l'extrémité du vaisseau dont les parois sont ramollies sous l'influence du travail suppuratif. Les diverses circonstances analogues dans lesquelles j'ai été appelé, m'ont amené à douter de l'excellence de cette méthode, et ce doute se confirmant de plus en plus par suite des expériences que mes élèves et moi nous avons exécutées sur des animaux, je suis arrivé à croire que dans le cas d'hémorrhagie consécutive au milieu d'une couche de granulations pyogéniques, le plus grand service que l'on peut rendre au malade est de pratiquer la ligature du bout artériel dans la plaie, malgré sa prétendue sécabilité.

Telle est la conduite à suivre que je ne saurais trop vous conseiller; telle est aussi celle que je me suis empressé d'observer dans les nombreux faits de ce genre qui se sont présentés à moi depuis quelques années. Voici, du reste, ce que l'expérience m'a appris à cet égard :

Lorsqu'on jette un fil sur une artère dans les conditions précédentes, c'est-à-dire dans une plaie en voie de suppuration, il est reconnu, et cela avec beaucoup de raison, que les tuniques du vaisseau sont coupées plus tôt que si on a affaire à une portion d'artère tout à fait saine.

La ligature embrassant des parois qui n'ont subi aucune altération, tombe à peu près du dixième au quinzième jour, tandis que, dans une plaie bourgeonnante, la chute du fil arrive du quatrième au cinquième jour. Le vaisseau est donc coupé plus promptement dans ce cas; mais qu'importe, si le travail oblitérateur n'en a pas moins eu le temps de se produire, si un caillot a pu se former assez adhérent et assez solide pour ne pas être expulsé par la pression du courant sanguin?

C'est, en effet, ce qui arrive : la chute de la ligature est hâtive, mais non pas prématurée, puisque l'hémorrhagie ne se répète pas ultérieurement.

Si on n'avait pas agi de la sorte chez le malade qui fait le sujet de cette conférence, que serait-il advenu? On se serait décidé à lier la radiale; l'arrêt de l'écoulement sanguin aurait peut-être persisté pendant quelques heures, mais les communications nombreuses des artères de l'avant-bras auraient bientôt rétabli la circulation et ramené les hémorrhagies dans un laps de temps assez court.

Bérard jeune fit pour un pareil exemple la ligature des deux artères, mais il dut reconnaître l'insuffisance de ce moyen, car au bout de trois ou quatre jours l'écoulement recommença. C'est encore pour des cas semblables qu'on a été obligé de lier l'artère brachiale, et M. Robert nous a dit avoir eu recours à l'oblitération même de l'artère axillaire.

Ne voyez-vous pas alors survenir pour une plaie en apparence peu inquiétante les résultats les plus désastreux? Ou bien le membre maléficié, torturé par les topiques, les liquides hémostatiques de différentes sortes, les agents compresseurs, s'œdématie et se gangrène par suite de l'interruption de toute circulation, ou bien les hémorrhagies se renouvelant forcent le chirurgien d'en venir à des amputations et à des mutilations épouvantables.

Il doit vous paraître bien singulier au premier abord de voir persister un pareil accident après la ligature des artères radiale, cubitale, humérale même; mais pour vous en rendre compte, il vous suffira de comparer le mécanisme de l'oblitération vasculaire :

1° Dans une plaie saignante;

2° Au milieu d'une plaie en voie de suppuration.

Dans le premier cas, voici quels sont les phénomènes qu'on observe : l'artère sectionnée se rétracte en quelque sorte dans sa gaîne, et le sang, arrêté un moment soit par la compression, soit par suite d'une syncope, se coagule dans la portion de la gaîne que l'artère occupait préalablement. Ce coagulum remonte dans son intérieur à peu près jusqu'à la première collatérale, et constitue une espèce de bouchon conique dont la base se trouve au niveau de la section vasculaire et dont la partie effilée regarde du côté du cœur.

Ce caillot contracte des adhérences avec les parois : un travail d'absorption s'accomplit, et le vaisseau s'oblitère bientôt. Donc trois phénomènes principaux à noter :

1° Coagulum dans l'intérieur de la gaîne et dans le tissu cellulaire ambiant;

2° Formation d'un caillot interne;

3° Oblitération par un travail de résorption intra-vasculaire.

Dans le second cas, c'est-à-dire dans une plaie qui suppure, nous nous trouvons dans des conditions tout à fait opposées. Des granulations pyogéniques nombreuses maintiennent l'extrémité de l'artère bien fixe et bien béante. Cette dernière ne pouvant pas se rétracter dans sa gaîne, l'orifice vasculaire verse au dehors un sang qui ne peut plus aisément se coaguler. Liez-vous une artère au loin, vous ne faites qu'interrompre momentanément l'hémorrhagie. En effet, une ligature appliquée, par exemple, sur l'humérale, ne saurait avoir la moindre influence sur un travail oblitérateur qui devrait se passer uniquement à l'extrémité du vaisseau maintenue largement ouverte dans une plaie de la paume de la main.

Cependant il est un mécanisme qu'il me reste à vous indiquer, à l'aide duquel l'hémorrhagie peut être définitivement arrêtée à la surface d'une plaie de la main ou du pied (car tout ce dont je viens de vous parler est également applicable aux membres supérieurs et inférieurs, sans qu'on soit obligé de pratiquer la ligature sur place.

Supposez l'orifice de l'artère béant au fond des anfractuosités de la surface en suppuration; supposez encore qu'on puisse par la compression interrompre la circulation sanguine pendant quelques jours, les granulations pyogéniques finiront par se rapprocher, par s'unir, et oblitérer la lumière du vaisseau; et alors, une fois la compression enlevée, le sang, reprenant son cours, arrivera à l'extrémité de l'artère, et trouvera dans l'agglutination des parties molles et leur adhérence cicatricielle une barrière solide qui s'opposera à son issue.

Tel est le travail extra-vasculaire dû aux bourgeons charnus qui entourent le vaisseau, et capable d'arrêter l'hémorrhagie, pourvu que la circulation soit suspendue pendant un temps assez long.

En résumé, il faut, pour mettre une entrave à la production de ces hémorrhagies, provoquer un travail d'oblitération intra-vasculaire; or, pour arriver à ce résultat, vous avez un moyen infaillible, c'est la ligature de l'artère dans la plaie elle-même.

Une semblable conduite offre, je le sais, des difficultés, car on est obligé de chercher le vaisseau au milieu d'un tissu granuleux infiltré de sang et de pus, mais en revanche elle a pour elle cette raison péremptoire de réussir toujours. Depuis nombre d'années que j'ai adopté cette méthode, il m'a été possible dans tous les cas de trouver l'artère dans une plaie quelque profonde qu'elle fût, et de parer ainsi très-heureusement à ce terrible accident.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 décembre. — Présidence de M. Duhamel.

L'Académie procède dans cette séance au scrutin pour la nomination d'un membre dans la section de minéralogie. (Nous avons fait connaître le résultat du scrutin dans le numéro du 9 décembre).

Action directe de l'électricité sur la contraction musculaire. — M. le Dr A. Durand, de Lunel, adresse sous ce titre la note suivante :

Plusieurs physiologistes, entre autres MM. Matteucci, Longet et Cl. Bernard, considèrent le galvanisme, quand il porte son action sur un nerf moteur de manière à provoquer la contraction musculaire, non comme un simple agent de cette contraction, mais comme un simple excitant d'un influx nerveux spécial, qui, selon ces physiologistes, serait, dans ce cas, le seul provocateur direct de cette contraction.

Posée d'une manière aussi absolue, cette opinion me paraît contestable, et je crois devoir lui opposer les résultats des remarquables expériences de M. Cl. Bernard lui-même sur l'anéantissement de la fonction motrice des nerfs moteurs, après l'empoisonnement par le curare.

Quels sont ces résultats? On voit dans une première expérience que, si un courant est porté sur un nerf moteur, de manière à traverser obliquement son épaisseur, il ne provoque, par l'effet de l'empoisonnement du nerf, aucune contraction musculaire. On voit dans une seconde expérience que, si l'on porte l'action galvanique directement sur le muscle, de manière à le comprendre entre les deux pôles de la pile, elle y provoque au contraire des contractions; ce qui, je dois le dire en passant, a fait penser à M. Cl. Bernard que la contraction musculaire ne dépend pas essentiellement de l'action nerveuse. Enfin, il est un troisième fait, consigné dans une autre leçon de l'éminent professeur, où, après que les pôles de la pile ont été appliqués l'un sur le nerf et l'autre sur le muscle de l'animal empoisonné, on voit les contractions s'opérer.

N'est-il pas évident que l'électricité est un agent direct de la contraction, d'abord dans la seconde expérience, où elle est appliquée directement sur le muscle, un pôle d'un côté et l'autre pôle de l'autre, et où la fonction motrice des extrémités nerveuses est dite anéantie; et ensuite dans la troisième, où l'électricité suit directement le trajet nerveux et arrive en nature sur le muscle, n'étant du reste censée rencontrer nulle part l'influx nerveux supposé détruit?

Ces deux faits démontrent d'une manière incontestable l'influence directe de l'électricité sur la contraction musculaire. Ils sont d'une très-haute valeur : ils établissent par eux seuls que, toutes les fois qu'une influence électrique parcourra les nerfs moteurs, elle n'aura pas essentiellement besoin d'un agent nerveux intermédiaire pour provoquer des contractions.

Voyons maintenant ce qu'il faut penser de la première expérience, de celle où le courant excitateur traverse obliquement le calibre du nerf et où, à l'inverse de ce qui se passe dans l'état sain, la contraction n'a plus lieu.

M. Cl. Bernard pense que dans ce cas l'électricité passe dans le nerf, et que si elle ne provoque pas de contractions, c'est que l'influence particulière en vertu de laquelle ce nerf, après l'excitation galvanique, se trouve moteur, a été annihilée par le curare. Il est possible, dirai-je à l'habile expérimentateur, que l'électricité passe, en ce cas, dans le nerf directement entre les deux pôles; mais, à

---

sont affectées. Beaucoup plus rares chez les femmes qui ont eu des enfants, les antéflexions se reproduisent ou reparaissent après l'accouchement, c'est-à-dire que l'accouchement en pareil cas ne modifie pas l'antéflexion congénitale effacée pendant la grossesse.

M. Goupil nous paraît avoir prouvé que la mobilité de la matrice dans une antéflexion n'est cause de douleurs que s'il existe une augmentation de volume ou de la congestion, et en résumé les antéflexions, comme les autres déviations utérines, ne causent pas par elles-mêmes d'accidents, mais prédisposent à la dysménorrhée, qui survient pour la moindre cause.

La rétroflexion, parfois congénitale, est assez fréquente chez les multipares. Le toucher seul permet de constater les rétroflexions congénitales; les autres résultent d'une pelvi-péritonite, et la rétroflexion peut très-bien succéder à l'antéversion.

En étudiant l'abaissement et l'élévation de l'utérus, M. Goupil s'est assuré que presque toujours l'élévation de l'utérus est acquise; très-rarement elle est congénitale. L'abaissement s'observe, au contraire, normalement par suite de l'âge, et il amène de la gêne et des troubles fonctionnels, même quand il est simple; quand il est très-douloureux, il existe à coup sûr une complication. L'auteur a adopté les idées de M. Huguier sur cet état de l'utérus, et il a admis l'abaissement sans allongement marqué de la matrice, avec hypertrophie sous-vaginale du col, avec hypertrophie sus-vaginale.

L'abaissement simple peut survenir lentement ou brusquement; dans ce dernier cas, il est rare et il a une cause traumatique. On l'observe presque exclusivement chez des femmes avancées en âge. Dans l'allongement hypertrophique du col avec abaissement, tant que le col n'a pas franchi la vulve, les troubles sont peu caractérisés; mais ils le deviennent dès que le col a dépassé l'orifice vulvaire; l'hypertrophie peut n'avoir pour siége qu'une des lèvres du col. L'allongement de la partie sus-vaginale du col, peu connu avant M. Huguier, paraît être, suivant M. Goupil, tantôt un vice congénital de la conformation du col utérin, mais le plus souvent il survient par suite de l'absence du retrait de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement, ou par étirement. L'allongement existe avant l'abaissement; c'est quand celui-ci s'est produit que les symptômes douloureux apparaissent; aussi faut-il combattre l'abaissement pour les faire cesser.

M. Goupil examine dans la symptomatologie les renseignements fournis par le palper, le cathétérisme vésical, l'hystéromètre, etc. Ce dernier moyen est dangereux; on ne doit y avoir recours que très-prudemment. Le diagnostic est partant difficile. L'auteur est d'avis que le pronostic des déviations est assez grave, à cause de la pelvipéritonite qui coexiste si souvent et qui peut se généraliser.

En résumé, les déviations utérines simples ne sont pour M. Goupil que des difformités n'amenant aucun trouble. Il ne les traite point, mais il conseille de prévenir leurs complications. Le repos et l'immobilité de l'utérus amènent toujours du soulagement. L'éponge intravaginale et la ceinture hypogastrique sont les moyens les plus simples et les meilleurs dans bien des cas. Du reste, l'histoire des pessaires de toutes les formes, les divers hystérophores de Zwanck, d'Eulenburg, de Roser, de Scanzoni, sont passés en revue par l'auteur, qui signale leurs avantages et leurs inconvénients. La périnéoraphie, l'épisioraphie et l'amputation du col par le bistouri, ou sa résection par le serre-nœud écraseur, ont aussi leur appréciation dans ce remarquable travail.

Jusqu'à présent, nous renfermant dans notre rôle d'historien, nous n'avons pas discuté l'ensemble de la *Clinique des maladies des femmes*; nous tenons à y venir et à mettre en vue les mérites particuliers de cette publication.

Par le nombre des observations propres aux auteurs et par toutes celles qui sont transmises et rapportées en note, par le soin avec lequel toutes ces observations sont discutées; enfin, par les vues neuves et originales, par la critique des erreurs combattues, par l'exposition sûre et parfois très-soignée de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement, les deux volumes parus de la *Clinique des maladies des femmes* se placent au premier rang de la pathologie utérine. Un autre point que nous louons sans réserve, est la judicieuse remarque qu'il ne faut pas étudier seulement les maladies utérines en elles-mêmes, mais aussi dans leurs rapports avec les autres maladies générales, et les états diathésiques auxquels elles se rattachent.

Serions-nous maintenant bien avisé en venant reprocher à l'ouvrage de MM. Bernutz et Goupil une exposition quelquefois monotone et de très-longues observations? Un plan variant avec chaque sujet traité, des redites nécessitées par l'emploi fréquent des mêmes affections se confondant ou se côtoyant les unes avec les autres? Des renvois multipliés et souvent difficiles à trouver? Ces imperfections tiennent à la nature même de l'œuvre, composée, comme nous l'avons dit, de monographies ou de mémoires. Ces légers défauts ne peuvent amoindrir les services que rendra aux travailleurs sérieux et aux praticiens un ouvrage basé sur l'observation, écrit avec une conviction sincère, détruisant des erreurs accréditées, riche d'idées nouvelles et d'indications thérapeutiques bien établies.

A. Laboulbène.

Appareil en gutta-percha pour les fractures des mâchoires et pour leur section et leur résection (avec gravures), par M. Morel-Lavallée, chirurgien des hôpitaux. Brochure in-8° de 40 pages. Prix : 1 fr. 50 c. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris.

coup sûr, elle ne descend pas dans les ramifications nerveuses, car si elle y descendait, elle irait positivement provoquer la contraction, absolument comme dans les deux autres cas que j'ai examinés, cas où cependant la fonction motrice du nerf était censée détruite aussi. Si elle n'y descend pas, le curare a donc simplement rendu les ramifications nerveuses de mauvais conducteurs de l'électricité, et telle est, quant au point de doctrine que je débats, la seule signification de l'expérience invoquée.

Le résultat de l'expérience en question n'infirme donc pas la portée des deux autres, et ne démontre pas davantage l'existence, dans les nerfs moteurs, d'un influx étranger à l'électricité.

Au cas de l'empoisonnement par le curare j'assimile les cas, encore invoqués par M. Cl. Bernard en faveur de son opinion sur le rôle intermédiaire d'un agent nerveux spécial, dans lesquels les contractions musculaires ne s'obtiennent plus, malgré l'excitation galvanique, dès que le nerf a été ligaturé, mâché par une pince ou contourné et serré en forme de nœud, au-dessous du siége de l'excitement. En ces cas, le cylindre axique de chaque filet nerveux a été évidemment lacéré, tiraillé, rompu, en partie dispersé dans la moelle nerveuse qui l'entoure et enfin pénétré et interrompu par elle : ne sont-ce pas là des motifs suffisants pour que le nerf ne soit plus, au siége de la lésion, un assez bon conducteur pour laisser passer les dérivations électriques qui pourvoyaient auparavant à la contraction? J'affirme, en effet, malgré l'opinion contraire de M. Cl. Bernard, que l'électricité n'y passe plus ; car, si elle y passait, elle irait nécessairement provoquer au-dessous de ce point la contraction musculaire, soit comme agent provocateur direct de cette contraction, soit, dans l'hypothèse des physiologistes que je combats, comme agent excitateur de l'influx spécial résidant dans le nerf qui, d'après eux, est l'agent provocateur direct de cette même contraction.

Ainsi je conclus que le galvanisme, appliqué sur un nerf moteur, peut directement et par lui seul provoquer la contraction musculaire.

Je puis maintenant ajouter, comme corollaire de cette conclusion, que toute influence électrique qui viendra à parcourir les nerfs moteurs dans l'état sain, pourra, quelle qu'en soit la cause, externe ou interne, mécanique, physique, chimique ou physiologique, se transmettre électriquement jusqu'aux muscles pour y provoquer la contraction.

La note de M. Durand est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Becquerel, Cl. Bernard et Longet.

— M. LEGRAND DU SAULLE adresse un mémoire sur le délire des pellagreux, considéré au point de vue médico-légal. (Nous publierons ce travail dans le prochain numéro.)

(Ce mémoire est réservé pour la commission du concours pour le prix proposé par l'Académie sur la question de la pellagre.)

M. WANNER présente une Note ayant pour titre : « De l'influence de la pression utéro-amniotique sur la circulation fœtale », Note qui fait suite à de précédentes communications de l'auteur sur le mécanisme et les causes de la circulation durant la vie extra-utérine. (Commissaires précédemment nommés : MM. Flourens, Bernard.)

— M. GOLTZ adresse de Kœnigsberg, au concours pour le prix de physiologie expérimentale, quatre opuscules écrits en allemand et relatifs : au nerf vague et au cœur, — au principe des mouvements du cœur, — aux mouvements dits automatiques du cœur détaché de la grenouille, — aux fonctions de la moelle épinière chez les grenouilles.

Chauffage et ventilation. — Perfectionnement à l'anémomètre de M. Combes. — M. le baron N. DE DERSCHAU, ingénieur attaché au ministère de la guerre à Saint-Pétersbourg, adresse sur ce sujet à l'Académie une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« Pour étudier les différents problèmes que soulève l'importante question du chauffage et de la ventilation des bâtiments publics et particuliers, on emploie généralement l'*anémomètre de M. Combes*, qui donne les vitesses de l'air pour une expérience qui ne peut durer dans tous les cas que pendant quelques minutes.

» Les roues dentées dont est muni cet anémomètre très-sensible donnent un nombre de 5,000 tours. Si l'on veut ajouter une nouvelle roue dentée, ce qui a été fait par M. le général Morin, l'instrument perd de sa sensibilité, et les formules deviennent moins exactes.

» D'ailleurs, pour mettre en expérience l'anémomètre, il faut tirer des cordonnets en soie et établir avec une montre à secondes la concordance des instants précis du commencement et de la fin du mouvement.

» Il y a dans ce mode une incertitude qui nuit aux évaluations. D'un autre côté, on comprend combien il est utile d'avoir le résultat aussi positif que possible du mouvement de l'air pendant vingt-quatre heures, et même pendant plusieurs jours, sans forcer un observateur à suivre continuellement les indications de l'instrument pour déterminer les variations de vitesse.

» J'ai pensé qu'il y aurait un grand intérêt à réaliser dans la pratique ce désir des expérimentateurs, et je me suis décidé à joindre à l'anémomètre de M. Combes un système d'enregistrateur automatique qui laisse à l'instrument ses qualités précieuses de sensibilité et d'exactitude. Cet enregistrateur automatique est obtenu par l'emploi de l'électro-magnétisme.

» Une horloge à ressort fait mouvoir un plateau horizontal sur lequel est collée une feuille circulaire, ou bien cette horloge fait dérouler une bande de papier tendue. Un style qui s'abaisse à intervalles s'imprègne d'encre et vient marquer sur le papier l'instant précis où l'anémomètre marque 5,000 tours.

» Le mouvement de la pointe est déterminé pour les 5,000 tours de l'anémomètre par l'aimentation du fer doux d'un électro-aimant, qu'un bouton en platine placé sur l'anémomètre de Combes met en communication par un ressort également en platine avec les fils d'une pile de deux petits éléments de Daniel.

» On voit par cette courte description combien l'instrument est simple et pratique.

» On peut lire, comme sur une bande de papier du télégraphe de Morse, le procès-verbal de la variation des vitesses, ainsi que des intermittences pour une période de vingt-quatre heures et plus. »

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un opuscule de M. Semelaigne sur la réorganisation du service des aliénés du département de la Seine.

M. le secrétaire perpétuel met ensuite sous les yeux de l'Académie un pulvérisateur de l'eau construit par M. Luër, fabricant d'instruments de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 20 octobre 1862, les médecins militaires dont les noms suivent ont été autorisés à accepter et à porter les décorations qui leur ont été conférées par les souverains étrangers, savoir :

M. Armand, médecin-major au 2e voltigeurs de la garde impériale, chevalier d'Isabelle la Catholique d'Espagne.

M. Guérin, médecin aide-major à l'hôpital de Nancy (démissionnaire), chevalier d'Isabelle la Catholique d'Espagne.

— Par bref du 2 octobre dernier, Sa Sainteté le Pape a nommé chevaliers de l'ordre de Pie IX MM. Le Roy (J. A. M.) et Védrènes, médecins-majors à l'hôpital militaire de Rome.

— M. Nélaton a reçu la lettre suivante du général Garibaldi :

« Mon bien cher ami, je vous dois une parole d'amour et de gratitude. Votre apparition à la Spezzia a été un bonheur pour moi, et si jamais quelque doute avait pu traverser mon esprit, malgré les soins fraternels de mes savants chirurgiens, votre entrevue si éminemment sympathique, votre parole dont les encouragements étaient si éloquents, ne m'ont plus permis de douter de ma guérison. Je suis beaucoup mieux depuis l'extraction de la balle, opérée avec tant d'habileté par notre illustre compatriote le professeur Zanetti, avec les instruments que vous aviez eu la bienveillance de m'envoyer. Demain on m'appliquera un bandage fixe, et j'espère pouvoir bientôt me mouvoir sur des béquilles. Que Dieu vous bénisse, ainsi que les hommes vertueux dont les principes humanitaires ont honoré l'homme éminent de la science et le bienfaiteur ! »

— La Société de médecine pratique, dans sa séance du 11 décembre, a constitué son bureau pour l'année 1863 :

M. le baron Paul Dubois a été nommé par acclamation *président honoraire*.

Ont été élus :

Président, M. le professeur Trousseau; 1er *vice-président*, M. Elleaume; 2e *vice-président*, M. Guersant; *secrétaire général*, M. Magne; *secrétaire annuel*, M. Milon; *secrétaire adjoint*, M. Quantin; *trésorier*, M. Caron.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'École de médecine de Bordeaux a eu lieu le 17 novembre. Voici la liste des prix décernés aux élèves :

1re ANNÉE : Prix *ex æquo*, MM. Loignon et Mazières. 1re mention, M. Machenaud; 2me mention, M. Delsouiller.

2me ANNÉE : 1er prix, M. Addison; 2me prix, M. Mallet. 1re mention, MM. Martin et Luzun; 2me mention, MM. Heguy et Faduilhe.

3me ANNÉE : 1re mention, M. Pujos; 2me mention, M. Mourié.

Elèves en pharmacie : Mention, M. Nadaud.

— Les inscriptions prises à l'École de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour le premier trimestre de l'année scolaire 1862-1863, s'élèvent au chiffre de 102, ainsi réparties :

Aspirants au doctorat	55
— au titre d'officier de santé	22
— — de pharmacien de 1re classe	1
— — — de 2me classe	24
	102

— M. le docteur Béhier reprendra ses conférences cliniques à la Pitié lundi prochain, 15 décembre; il les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à neuf heures un quart. La visite est à huit heures un quart.

— M. le docteur Durand-Fardel commencera son cours sur les eaux minérales le mercredi 17 décembre, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Hiffelsheim ouvrira, samedi 20 décembre, un cours clinique à son dispensaire électro-thérapique. Les séances gratuites auront lieu les mardis et samedis, de midi à deux heures. Rue d'Anjou-Dauphine, 8.

— M. Em. Goubert, professeur dans un des colléges de Paris, ouvrira, le 18 décembre, à 7 heures et demie du soir, dans son laboratoire, rue Contrescarpe, 18 (Panthéon), une nouvelle série de cours théoriques et pratiques pour la préparation au premier examen de fin d'année et au troisième examen de doctorat.

Les cours comprendront la chimie, la physique et l'histoire naturelle médicales, et seront continués tous les soirs. La leçon du dimanche sera consacrée à des conférences orales d'après un recueil des questions adressées le plus souvent aux examens de la Faculté.

— *Erratum*. — Il s'est glissé dans le compte rendu de la Société de médecine pratique (numéro du 9 décembre, p. 571, lignes 29 et 30), une erreur d'impression qui rend incompréhensible le sens d'une phrase. *Au lieu de :* Les malades qui se présentent dans les hôpitaux ont le plus souvent une hernie étranglée, tandis que, etc. ; *lisez :* Les malades qui se présentent dans les hôpitaux ont le plus souvent une hernie étranglée depuis 24 et même 48 heures, tandis que, etc.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les médicaments topiques, les bandages, les appareils de fractures et des affections articulaires, l'application des bandages herniaires et des pessaires, les pansements des plaies, des hémorrhagies, de la gangrène, des brûlures, des ulcères, la rubéfaction, la vésication, la cautérisation, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc. 1860, 3e édition, refondue. Un volume grand in-18 de 716 pages, avec 307 figures; par M. A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux, etc. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 147. — JEUDI 18 DÉCEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 147. — JEUDI 18 DÉCEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 DÉCEMBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur les eaux potables, engagée dans la séance du 2 décembre et interrompue par la séance annuelle, a été reprise hier. M. Poggiale a maintenu contre les courtes observations de M. Gibert les dires du rapport. M. Bouchardat est monté ensuite à la tribune, moins pour entrer dans la discussion, ainsi qu'il l'a dit lui-même, que pour lire, à l'occasion du rapport de M. Poggiale, un travail *ex professo* sur la matière. Le travail de M. Bouchardat, dont nous résumons la première partie dans le compte rendu de la séance, est en effet une série d'études sur tous les points de science relatifs à la question générale des eaux potables. Cette lecture, qui n'a pu être terminée à cause du comité secret qui était à l'ordre du jour, sera reprise mardi prochain.

Les deux dernières séances de l'année étant habituellement consacrées presque tout entières aux opérations de scrutin pour le renouvellement du bureau et des commissions permanentes, il y a peu d'apparence qu'il reste beaucoup de temps pour la suite de ce débat, qui ne prendra, suivant toute apparence, des proportions sérieuses qu'au mois de janvier.

M. le président a déclaré deux places vacantes, l'une dans la section de physique et de chimie médicales, l'autre dans la section d'hygiène publique et médecine légale. Avis aux prétendants. — Dr Brochin.

LE DÉLIRE DES PELLAGREUX,

étudié au point de vue médico-légal.

Les circonstances les plus imprévues soulèvent parfois en pathologie, mais surtout en médecine légale, un problème tout à fait inattendu. Si le hasard fait, en général, les frais de l'apparition de ces questions neuves et pleines d'intérêt, au point de vue pratique, il faut malheureusement dire qu'il préside aussi à leur solution, lorsque les esprits ne sont point suffisamment préparés à ces sortes de rencontres fortuites. Des pellagreux, par exemple, obéissant aux impulsions homicides dont leur délire est si fréquemment entaché, ont été condamnés comme meurtriers, et c'est avec l'assentiment des médecins-experts, ou du moins sur les conclusions de leurs rapports, qu'ont été prononcées ces sentences iniques. « Je viens d'acquérir la conviction, disait naguère M. Landouzy, que j'ai fait condamner pour homicide une femme qui, à n'en pas douter, avait agi dans un accès de folie pellagreuse ! »

Cet aveu est affligeant pour la science, affligeant aussi pour l'humanité, puisqu'il démontre que l'intervention médicale a pu être impuissante et nuisible; mais il appelle très-sérieusement l'attention sur un ordre de faits qu'il importe de bien préciser. Si de nouvelles erreurs judiciaires peuvent être prévenues, si le diagnostic médico-légal peut être rendu plus sûr, le revers essuyé par M. Landouzy aura été la source d'un enseignement profitable.

La pellagre est, on le sait, une affection chronique caractérisée par des troubles digestifs, par un érythème sur les parties du corps en rapport avec les rayons solaires, et dans le tiers des cas, par des désordres du côté de l'intelligence; le plus souvent endémique, mais observée aussi à l'état sporadique, la pellagre subit l'influence saisonnière, apparaît au printemps, décline sensiblement à l'automne, et disparaît en hiver, après avoir frappé de préférence les pâtres, les terrassiers, les bouviers ou les mendiants.

Ceux des malades dont les facultés de l'entendement vont être compromises, passent en général par une période initiale dans laquelle on peut noter quelques-unes des manifestations symptomatologiques suivantes : céphalalgie, éblouissements, vertiges, marche incertaine et titubante ; taciturnité, attitude morose, et parfois anaphrodisie, héméralopie ou diplopie. Lorsque l'invasion des accidents est graduelle et progressive, les pellagreux deviennent apathiques, insouciants, hypochondriaques, silencieux et tristes; puis ils se montrent insensibles à leurs travaux ordinaires, s'éloignent de leurs maisons au besoin, et tombent parfois dans l'immobilité et la stupeur. Affaissés dans un coin, n'articulant pas un seul mot, laissant échapper de leurs lèvres et tomber sur leur poitrine une bave presque continuelle, on croit qu'ils demeurent complétement étrangers aux choses du monde extérieur; qu'il ne saurait se produire chez eux un enchaînement quelconque d'idées, et cependant ces automates en apparence sont des êtres extrêmement dangereux. Dans cet état, ils mettent le feu, étranglent leurs enfants, ou se précipitent, se pendent, ou se noient. C'est à la pellagre que l'on doit le nombre relativement si considérable de suicides dans les Landes.

Le délire des pellagreux est sujet à des variations, et il s'en faut qu'il soit toujours stéréotypé de la sorte. On voit, par exemple, à la suite d'une insolation prolongée, éclater un véritable accès maniaque : pouls accéléré, soif vive, loquacité, chants, cris, extrême susceptibilité de caractère, agitation, coloration de la face, injection des yeux, hallucinations, etc. ; mais les signes les plus saillants consistent dans des crises vertigineuses, des actes de violence et des impulsions irrésistibles à l'homicide et au suicide. Ces malheureux malades, sous l'empire d'un égarement frénétique, se mettent quelquefois à courir à travers champs jusqu'à ce qu'ils tombent haletants et épuisés. A cette phase d'exaltation succède un engourdissement comateux, que la mort se charge souvent de terminer, et l'ouverture cadavérique démontre alors les lésions anatomo-pathologiques propres à la méningite. Si, au contraire, la chaleur n'est pas très-élevée en ce moment et si l'automne approche, l'intelligence renaît. Dans un plus grand nombre des cas, le délire subit une transformation complète; l'excitation fait place à la dépression, la manie à la mélancolie, et c'est la démence qui clôt bientôt toute cette scène d'altérations psychiques. Du reste, lorsque la folie pellagreuse a débuté par l'affaissement moral, par la mélancolie avec ou sans stupeur, la démence, compliquée ou non de paralysie, en est aussi d'ordinaire le triste couronnement.

En Lombardie, le délire roule très-fréquemment sur des sujets religieux, et l'on voit les malades s'agenouiller, joindre les mains, lever les yeux au ciel, réciter des prières, se confesser, s'accuser de péchés imaginaires, se prétendre persécutés, se croire damnés, transformés en loups ou en chiens, et ployer, enfin, avec d'inexprimables angoisses, sous le faix du désespoir.

En remplissant en Italie sa mission scientifique, M. Baillarger a pu noter cependant dans quelques cas les idées ambitieuses, et rapprocher ces conceptions délirantes de celles que l'on observe dans la paralysie générale des aliénés.

Bien que le plus souvent l'aliénation de l'esprit ne soit qu'un phénomène tardif de la pellagre, elle précède parfois l'affection gastro-intestinale et l'érythème cutané. Strambio en a cité deux exemples, et M. Landouzy a rapporté le cas d'un homme qui, ayant la tête nue en plein soleil et regardant passer une procession, fut pris instantanément de vertige avec impulsion au meurtre : il se précipita sur le prêtre, l'injuria et essaya de le tuer, mais il n'y parvint pas et fut arrêté. Ce même individu présenta, quelques jours après, tous les signes les plus accentués de la pellagre.

Dans les observations qu'il a recueillies au grand hôpital de Milan, M. Brierre de Boismont déclare que le tiers « et souvent la moitié des pellagreux » sont tourmentés par l'idée de mettre fin à leurs jours. Strambio, en voyant si souvent les malades se jeter à l'eau, attribue cette préférence à la soif très-vive, *au feu dévorant* qu'éprouvent ces malheureux, et il caractérise leur acte suprême de désespoir par l'expression *hydromanie*. Bien que cette opinion soit très-accréditée en Italie, nous ne l'enregistrons ici que sous toutes réserves.

Tout pellagreux n'est point un aliéné. Le délire ne s'observant, ainsi que nous l'avons établi en commençant, que chez le tiers des malades, les actes seuls de ces derniers doivent préoccuper le médecin légiste. Or, dans la lourde tâche qui lui incombe lorsqu'il est appelé à donner son avis sur l'état mental d'un criminel soupçonné de pellagre, l'expert doit nécessairement rechercher si l'acte commis présente quelque rapport avec les manifestations délirantes, hallucinatoires et impulsives qui s'observent le plus ordinairement dans cette affection; s'il a pu se trouver sous la dépendance directe de l'excitation maniaque, de la dépression stupide ou de la démence, ces trois formes communes de la folie pellagreuse; s'il s'est produit au moment des exacerbations vernales; si l'insolation a pu agir comme circonstance étiologique; si le prévenu porte sur la langue des traces d'embarras gastrique prononcé et sur le dos des mains des stigmates non douteux d'érythème ; s'il a éprouvé des vertiges quelques jours auparavant; s'il a offert de la *vacillance* locomotrice, et s'il n'a pas déjà fait quelques tentatives de suicide susceptibles, au besoin, d'être démontrées par la préexistence d'indices cicatriciels.

On comprend sans peine que si les investigations médico-légales mettent en relief le concours simultané de la plupart de ces circonstances chez un individu qui aura assassiné son semblable, ou qui aura étranglé ou noyé ses propres enfants, aucune expiation n'est possible. Toute peine nécessairement inefficace est inutile. La crainte du châtiment n'a rien retenu, la peine guérira-t-elle de l'erreur ?

Lorsque la pellagre est endémique quelque part, toute erreur de diagnostic est prévenue, et le rapport des médecins emprunte à l'état sanitaire de la localité des arguments qui portent facilement la conviction dans les esprits ; mais il n'en est pas de même si la maladie se montre à l'état sporadique : on est d'abord exposé à la méconnaître et à formuler ensuite des conclusions empreintes d'une réserve embarrassée. Si le fait incriminé ne paraît être aux yeux du juge qu'un cas ordinaire d'aliénation mentale, le mal n'est pas grand, puisque la loi innocente le prévenu ; mais si, comme cela s'est présenté, le manque d'attention ou d'expérience de la part du médecin devient la cause d'un de ces inintelligibles arrêts qui ne tuent ni ne pardonnent, mais qui portent atteinte à la considération, à l'honneur et à la liberté d'un malade, et qui flétrissent sa famille, combien ne doit-on pas regretter une erreur aussi préjudiciable !

Une sérieuse difficulté peut sans doute surgir, c'est lorsqu'une agression homicide tout à fait inexplicable est tentée par un individu dont l'intelligence n'avait point été troublée jusqu'alors et chez lequel on ne retrouve pas d'ailleurs les altérations du tube digestif et les lésions cutanées, mais que l'on sait avoir été exposé à l'action des rayons solaires. Il faut songer dans ce cas à la possibilité d'un cas de pellagre sporadique, ne point se hâter de conclure, demander tous les suppléments d'instructions désirables, et attendre que les phénomènes concomitants de la pellagre se déclarent nettement. Lorsque le doute n'est plus permis, la solution est très-simple ; mais si le degré de la température s'abaisse, si l'on entre en automne, si l'affection rétrocède et disparaît, le médecin légiste doit loyalement exprimer ses craintes, faire ressortir toutes les raisons qui le portent à admettre le délire pellagreux et demander que l'individu soit placé en observation dans un asile d'aliénés jusqu'à l'été suivant. Si cet atermoiement est refusé par la justice, la conscience de l'expert reste du moins à l'abri de tout reproche.

Il a été beaucoup parlé dans ces derniers temps de la cachexie pellagreuse chez les aliénés, et M. le docteur Billod a étudié cette question avec un soin des plus louables. Mais ici l'aliénation mentale a préexisté, et c'est comme complication ultime de la folie qu'ont apparu les phénomènes morbides du côté de l'axe cérébro-spinal, du tube digestif et de la peau. C'est au médecin de l'asile à savoir prévenir les accidents possibles, et si néanmoins un malheur survient, toutes les conséquences juridiques de l'événement s'évanouissent en face de l'internement antérieur du malade.

Examinée au point de vue de ses conséquences civiles, la pellagre est grosse de périls. D'après ce que nous avons dit de la nature du délire, on devine aisément que l'isolement, la dépression mélancolique et les idées de persécution puissent faire sombrer à un moment donné le libre arbitre du donateur et la volonté du testateur, et favoriser d'indignes tentatives spoliatrices. Bien que les actes de donation ou de dernière volonté ne soient pas toujours attaquables, les prétendants légitimes à la succession pourront, s'ils ont été frustrés, introduire d'autant mieux une demande en nullité que les libéralités du décédé auront été en concordance parfaite avec les particularités de son délire. Un pellagreux, par exemple, dont les idées religieuses sont poussées jusqu'à l'exagération maladive la mieux avérée, déshérite de proches parents dans le besoin, dissémine sa fortune en fondations pieuses ou enrichit des monastères, n'y a-t-il pas lieu de se demander dans ce cas si ces dispositions ont été mûrement souhaitées, librement consenties ? Nous le pensons, et le témoignage du médecin appelé dans la dernière maladie peut devenir d'une importance considérable.

Il ne nous semble pas que la folie pellagreuse puisse être simulée avec quelques chances de succès, en vertu même de cette multiplicité de phénomènes qui frappent à la fois plusieurs appareils; nous ne nous y arrêterons donc point.

Et maintenant prévenons tout reproche d'exagération, et disons que la pellagre ne confère pas le bénéfice de l'impunité quand même et qu'il ne suffit pas de mal digérer ou de porter des rougeurs sur le dos des mains pour échapper à la vindicte des lois. Dans les localités où l'affection sévit endémiquement, que deviendraient les transactions si tous les marchés étaient attaquables ? que deviendraient aussi les honnêtes gens si les outrages envers la société venaient à jouir des mêmes priviléges que le malheur ? Non, l'excuse légale n'est dévolue qu'à celui qui s'est trouvé dans les circonstances prévues dans ce travail, et dont le libre arbitre a complétement fait naufrage.

De ces diverses considérations, nous croyons pouvoir faire ressortir les propositions suivantes :

1° Chez les pellagreux dont l'intelligence a été lésée, le délire subit souvent des transformations, mais les impulsions à l'homicide et au suicide persistent et éclairent le diagnostic médico-légal ;

2° Les troubles psychiques précèdent dans quelques cas les altérations de la nutrition et les phénomènes cutanés, et cette circonstance, surtout si la pellagre est sporadique, expose le médecin légiste à de graves erreurs, qu'un examen prolongé pendant un certain temps peut seul lui faire éviter ;

3° Le délire pellagreux *bien constaté* entraîne, en droit criminel, l'irresponsabilité des actes commis, et, en droit civil, la juste suspicion des marchés, contrats, donations et testaments.

Telle est, dans l'état actuel de la science, l'esquisse médico-légale qui ressort clairement de tous les travaux des pathologistes sur la bizarre affection dont il vient d'être ici question.

L'Académie des sciences, en promettant un prix d'une valeur très-considérable à l'auteur de la meilleure monographie sur la pellagre, a tracé un large programme aux concurrents, et s'est principalement préoccupée de l'étiologie, de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement de la maladie, mais elle ne paraît pas avoir songé aux conséquences juridiques *possibles* du délire des pellagreux. Or, le fait existant, nous avons tenté de poser un jalon qui ne permît plus désormais de laisser dans l'ombre ce côté si intéressant de la question.

Dr Legrand du Saulle.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. DESMARRES.

De l'amaurose cérébrale et de l'œdème de la papille.

Par M. le docteur X. GALEZOWSKI.

L'application de l'examen ophthalmoscopique au diagnostic de certaines maladies cérébrales a été faite par quelques auteurs dans ces derniers temps (1). Le premier, M. Desmarres père attira l'attention sur l'infiltration ou ramollissement de la papille, et sur son atrophie en champignon, avec saillie provenant de la compression du nerf dans sa partie extra-oculaire.

« Dans cette affection, dit-il, la papille est manifestement gonflée..., et la direction des vaisseaux prouve qu'elle est saillante, ce qui ne paraît pas devoir arriver sans que le nerf optique soit comprimé. »

Plus tard, M. Græfe, de Berlin, communiqua à la Société de biologie de Paris (2) ses observations sur certaines altérations de la rétine et du nerf optique, qui accompagnent diverses affections du cerveau. Enfin, M. Bouchut a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* des recherches que M. Desmarres fils a poursuivies dans sa clinique, sur les changements que présente le nerf optique dans la méningite granuleuse des enfants.

Rien n'est plus simple que de comprendre la possibilité de la transmission de l'inflammation ou œdème cérébral au nerf optique et à la rétine par la loi de continuité, au moyen des fibres nerveuses, depuis les corps genouillés et le chiasma jusqu'à la papille et la rétine. Ces affections peuvent même se communiquer aux deux yeux en suivant cette voie par continuité d'un seul hémisphère et d'une seule bandelette optique avant l'entrecroisement, parce que les fibres de chaque bandelette se divisent dans le chiasma, d'après Wollaston et M. Béclard (3), en deux moitiés, l'une qui se rend à la partie externe de l'œil correspondant, et l'autre à la partie interne de l'œil opposé, comme cela est représenté par une figure explicative dans la *Physiologie* de M. Béclard. M. Longet a démontré, en outre, que les nerfs optiques sont composés de deux racines blanches bien distinctes, l'une externe, qui va au corps genouillé externe, et l'autre interne, qui va au corps genouillé interne. En combinant les études de ces deux célèbres physiologistes, nous arrivons nécessairement à la conclusion que l'affection qui aurait son siége dans le corps genouillé externe, d'un côté, n'atteindrait que l'œil du côté correspondant, et même la partie externe seule de la rétine de cet œil. Le champ visuel serait donc aboli en dedans. L'affection, au contraire, qui siégerait dans le corps genouillé interne, pourrait abolir la vue dans l'œil du côté opposé, principalement ou exclusivement dans sa partie interne, et le champ visuel externe serait altéré. Si nous supposons que les deux corps genouillés de l'hémisphère droit, par exemple, sont malades, nous devrons avoir une diminution de la vision dans les deux yeux, mais affectant une telle forme, qu'elle nous permettrait de reconnaître le siége de la lésion centrale.

Il y a encore d'autres parties du cerveau qui jouent un rôle très-important dans la fonction visuelle, ce sont les corps quadrijumeaux. MM. Longet et Flourens ont démontré par des expériences que lorsqu'on enlève ces corps chez les mammifères, la cécité est immédiate. Un cas de cécité publié par Magendie, ayant offert à l'autopsie une altération des tubercules quadrijumeaux antérieurs, confirme aussi cette assertion. Quant aux affections d'autres parties du cerveau, elles ne peuvent produire la cécité qu'indirectement, en comprimant les nerfs optiques à travers l'épaisseur de la substance cérébrale, comme, par exemple, les tumeurs encéphaliques volumineuses situées dans un hémisphère (Græfe), ou bien les cancers de la glande pituitaire (Andral). Dans ce dernier cas, l'affection se propage progressivement d'une fibre à l'autre jusqu'à ce qu'elle atteigne l'appareil de la vision. C'est de cette manière seulement que nous nous expliquons les faits observés par M. Calmeil, qui dit « que les péri-encéphalites chroniques diffuses tendent plus souvent qu'on ne le pense communément à abolir aussi l'action des nerfs et des agents sensoriels. Je les ai vues, dit-il, débuter cinq ou six fois par la cécité » (4). De même les encéphalites locales aiguës avec ou sans caillots peuvent produire la perte de la vue, comme les observations de M. Calmeil le démontrent.

L'amaurose cérébrale présente à l'ophthalmoscope trois différentes formes : atrophie du nerf optique simple, atrophie de la papille avec excavation, et enfin œdème ou infiltration du nerf optique (névrite optique). Cette dernière forme est plus rare que les autres; sur 100 amauroses cérébrales, elle n'a été observée que sept fois.

En laissant de côté toutes les autres formes de l'amaurose, nous abordons tout de suite la question des infiltrations séreuses du nerf optique.

L'œdème ou infiltration séreuse du nerf optique présente des caractères très-positifs, je dirai même pathognomoniques; ils ne manquent jamais et ils permettent de reconnaître la maladie dès son début même, aussi bien que dans une période très-avancée, alors que le nerf optique est devenu consécutivement atrophique.

Les signes physiologiques sont presque les mêmes que ceux de l'atrophie ordinaire de la papille, si ce n'est que la marche de la maladie est beaucoup plus rapide et même brusque dans l'œdème, et qu'elle amène la cécité dans l'espace de deux ou trois semaines. Quelquefois même en huit ou dix jours la vue est complétement perdue; au contraire, l'atrophie ordinaire du nerf optique met des années entières à se développer.

Les *signes de l'affection cérébrale* sont constants et bien caractérisés dans l'œdème. Ainsi nous observons chez tous nos malades que des douleurs de tête violentes précèdent ordinairement les troubles visuels; puis viennent d'autres signes de l'affection cérébrale, tels que des vomissements, la perte de connaissance, l'hémiplégie, ou des convulsions dans les bras et les jambes. Bientôt après il se déclare de la diplopie, et ensuite la vue se perd très-rapidement. Quelquefois nous avons pu constater la perte de la parole et l'affaiblissement de l'intelligence.

Les *signes ophthalmoscopiques* s'observent ordinairement dans les deux yeux à la fois; l'on reconnaît d'abord par l'éclairage du réflecteur seul, et sans lentille biconvexe, la saillie de la papille. Dans le commencement de l'affection, on distingue deux formes bien différentes : la première est caractérisée par une forte congestion et une légère infiltration des contours papillaires, avec engorgement et sinuosités des veines, avec épanchements multiples de sang sur la papille et autour d'elle.

C'est à cette forme que nous devons rapporter les changements observés dans la méningite granuleuse, par M. Desmarres fils, dans le service de M. Bouchut, aussi bien que les amblyopies qui accompagnent les congestions cérébrales, et que nous avons pu reconnaître chez plusieurs malades.

Dans la deuxième forme, l'infiltration du nerf optique se présente dès le début avec le même aspect, qu'elle conserve pendant toute la durée de la maladie, et que M. Desmarres père a décrit sous le nom d'atrophie en champignon. On voit alors que la papille est blanche, que ses contours sont infiltrés, irréguliers, couverts entièrement par une exsudation séreuse, laquelle s'étend à 3 ou 4 millimètres au delà de la papille. Cette exsudation occupe toutes les couches de la rétine; c'est pourquoi les vaisseaux sont complétement masqués partout où elle se trouve; « au lieu de courir directement en rayonnant, on » constate, dit M. Desmarres, qu'ils marchent non plus sur une » surface plane, mais sur une surface convexe. Arrivés à la » circonférence de la papille, quelques-uns passent sous son » bord, disparaissent dans un court trajet, puis se montrent un » peu plus loin. » On voit en même temps que les veines sont partout engorgées, tortueuses, et présentent de véritables varices. Rien dans le reste de la rétine, si ce n'est quelquefois de petites plaques blanches disséminées vers la macula.

Il n'y a rien de semblable dans l'atrophie ordinaire; l'œdème de la papille pourrait être confondu dans certains cas avec une dégénérescence graisseuse albuminurique qui serait limitée à la papille; mais nous pouvons établir que cela n'arrive que très-rarement, car pour notre part nous n'avons vu qu'une seule fois l'infiltration séreuse des nerfs optiques, exempte de tout autre signe d'albuminurie, dépendre de cette affection.

La marche de la maladie est très-incertaine; l'infiltration de la papille, une fois déclarée, ne se dissipe pas facilement. Peu à peu le nerf commence à devenir plus blanc, ses vaisseaux s'atrophient de plus en plus. Il arrive enfin de deux choses l'une : ou bien que le nerf optique s'atrophie, et alors la vue se perd complétement; la papille devient tout à fait blanche, avec des vaisseaux tortueux, mais amincis; pourtant ses contours restent irréguliers et comme infiltrés; ou bien l'exsudation séreuse commence à se résorber; la papille, quoique plus blanche qu'à l'état normal, s'injecte sensiblement; certaines fibres nerveuses reprennent peu à peu leurs fonctions, et le malade recouvre une partie de la vision.

Nous avons observé une terminaison de cette nature sur une malade de M. Duchenne (de Boulogne), laquelle avait perdu la vue à la suite d'une fièvre cérébrale. Plus tard cette fonction se rétablit à un tel degré que la malade peut maintenant se guider toute seule, et à l'aide de fortes lunettes distinguer les gros caractères.

Sur les vingt-neuf malades que nous avons examinés et suivis à la clinique de M. Desmarres, nous avons réussi à obtenir chez neuf une amélioration notable, je dirai même la guérison relative, par le traitement antiphlogistique le plus énergique. Voici le résumé de quelques-unes de ces observations :

OBS. I. — Garçon F..., âgé de douze ans, fils d'un jardinier de Versailles, fut amené à la clinique, le 21 novembre 1860, dans un état de cécité complète. Le père nous raconta que son enfant avait toujours été bien portant, qu'il possédait auparavant une excellente vue, que son intelligence offrait un état parfait d'intégrité, et qu'il était un bon élève à l'école.

Il y a un mois il fut pris d'un violent mal de tête qui dura deux jours, principalement concentré au front et aux tempes; il se dissipa peu à peu, mais il fut suivi de quelques vomissements dont la cause était inexplicable.

Le 15 novembre, la vue se troubla brusquement : l'enfant ne pouvait plus lire; les jours suivants la vue baissa de plus en plus et à tel point que le 19 il apercevait à peine la lampe. Le malade nous affirma pourtant qu'il y avait des moments où il voyait plus net et où il pouvait même distinguer les grands objets.

A l'examen, nous trouvons les pupilles dilatées et immobiles; les nerfs optiques sont infiltrés, saillants, avec les contours mal distincts. Les veines sont fortement engorgées sur toute la rétine et présentent même comme des coagulums, tandis que sur la papille elles sont à peine visibles. Nous prescrivons les saignées locales sur les tempes et derrière les oreilles, le calomel à l'intérieur, des frictions mercurielles au pourtour des orbites.

Après deux semaines de ce traitement, le malade va beaucoup mieux; mais comme il a de temps en temps des étourdissements, nous appliquons des ventouses sèches le long du dos tous les deux jours; à l'intérieur l'iodure de potassium est administré à petites doses.

Notre traitement a été très-efficace; déjà le 13 décembre le malade pouvait se conduire tout seul. A cette époque l'ophthalmoscope démontre que l'infiltration a en grande partie disparu et que la circulation se fait plus facilement dans la rétine, l'engorgement des veines n'existant plus.

Le 16 janvier 1861, le malade peut lire le n° 16 de Jæger.

Le 10 mai, il lit le n° 5.

Ayant revu ce malade à Versailles, vers le mois d'août de la même année, M. Desmarres fils constata qu'il voyait parfaitement bien pour lire et pour faire tous ses travaux.

OBS. II. — Mme J..., âgée de soixante-quatre ans, femme d'un cultivateur demeurant près de Mantes, vint à la clinique le 24 juillet 1862, atteinte d'une forte amblyopie double avec hémiopie. Il y a quinze jours, en travaillant aux champs, elle a été prise d'un vertige qui l'a forcée de quitter son travail.

Le lendemain, elle se trouva lourde et appesantie, souffrant d'une espèce d'étourdissement avec un léger mal de tête qui ne se passa pas.

Au moment où nous l'examinons, elle a la jambe et le bras gauche sensiblement affaiblis. La vue est très-trouble; elle ne peut même pas distinguer le n° 20 de Jæger. Le champ visuel interne de l'œil droit et l'externe de l'œil gauche sont abolis. A l'ophthalmoscope, on trouve une forte injection de deux papilles avec infiltration de la rétine au pourtour du nerf optique, et des épanchements de sang le long des gros vaisseaux. Il était évident que nous avions affaire à une affection du cerveau située sur le trajet des deux corps genouillés droits, et probablement de la même nature que celle des papilles du nerf optique, c'est-à-dire épanchement de sang avec infiltration.

Après avoir comparé tous les cas de ce genre, nous avons cru possible d'établir les conclusions suivantes :

1° Que les infiltrations séreuses du nerf optique sont accompagnées des signes d'encéphalo-méningite localisée;

2° Que cette maladie se développe ordinairement très-rapidement;

3° Que le pronostic de cette affection est souvent plus favorable que celui de l'atrophie ordinaire; le plus souvent le champ visuel n'est pas entièrement aboli, et peut être restitué en partie;

4° Que le traitement antiphlogistique énergique réussit ordinairement à arrêter la maladie et à rétablir un degré notable de vision;

5° Que consécutivement à cette maladie il reste parfois une atrophie partielle ou totale de la papille avec des exsudations péripapillaires organisées, signes qui nous permettent de reconnaître l'origine de la maladie.

HOPITAL MILITAIRE DE NICE. — M. WAHU.

Nouveau cas de tænia expulsé par la semence de citrouille. — Modification dans le mode d'administration du tænifuge.

(Observation recueillie par M. TROCZEWSKI, médecin requis.)

Un militaire, fatigué depuis longtemps déjà par la présence du tænia, est entré au mois d'août dernier dans le service de M. Wahu, médecin en chef de l'hôpital militaire de Nice. Ce militaire servait dans les zouaves, et il était entré à l'hôpital de Biskara pour qu'on l'y débarrassât du parasite qui l'incommodait, lorsqu'eut lieu l'expédition de Syrie. Il n'avait eu le temps que d'ingérer une seule dose de kousso lorsque le départ eut lieu; néanmoins il avait rendu quelques mètres de *tænia solium*. Désireux de prendre part avec ses camarades à la campagne de Syrie, il partit.

Pendant tout le temps que dura l'expédition, il continua à rendre, à époques très-rapprochées, des fragments de tænia. Incorporé, sur sa demande, dans le 22e d'infanterie, il arriva à Nice avec le régiment au commencement de l'été de 1862, et bientôt il demanda à entrer à l'hôpital, fatigué qu'il était des souffrances continuelles, bien que légères, que lui faisait endurer le parasite.

Lors de son entrée à l'hôpital, les fonctions digestives se faisaient assez bien; toutefois, les digestions étaient parfois lentes et pénibles, et il y avait un amaigrissement qui commençait à inquiéter le malade.

M. Wahu saisit avec empressement l'occasion qui lui était offerte d'expérimenter la semence de citrouille contre le tænia, expérimentation parfaitement justifiée au surplus par les succès déjà obtenus et aussi par l'innocuité absolue de cette semence.

Pendant une quinzaine de jours, le malade ne prit aucune espèce de médicament, et chaque jour, en allant à la garde-robe, il rendait des fragments de *tænia solium* de 3 à 15 et 20 centimètres de long.

Au bout de ce laps de temps, on lui administra un matin 45 grammes d'huile de ricin, puis le lendemain matin on lui fit prendre 40 grammes de semence de citrouille (potiron) pilée avec du sucre et délayée dans 100 grammes de lait. Deux heures après, le malade prit 45 grammes d'huile de ricin.

Le lendemain matin, à la visite, on constata que 2 mètres et demi de tænia avaient été expulsés, mais sans aucune apparence de cou ni de tête. On laissa reposer le malade pendant une dizaine de jours, parce que la diète qu'on était obligé de lui imposer le jour où il prenait la première dose d'huile de ricin et le lendemain, jour de l'administration de la semence de citrouille et de la seconde dose d'huile de ricin, le fatiguait beaucoup.

Dix jours après, M. Wahu administra de nouveau le remède, mais avec les modifications suivantes : au lieu de donner de l'huile de ricin le premier jour, il fit prendre 12 décigrammes de calomel en pilules le matin, en maintenant pendant toute cette première journée le malade à la diète, au bouillon.

Puis le lendemain matin, au lieu de faire faire un magma de semences de citrouille pilées avec du sucre dans du lait, M. Wahu fit préparer avec 80 grammes de semences de citrouille une véritable émulsion, qui fut édulcorée et que le malade prit en une seule fois à huit heures. A dix heures, on administra 50 grammes d'huile de ricin.

Les pilules de calomel avaient donné lieu à quelques selles, dans

(1) *Traité des maladies des yeux*, 1858, t. III, p. 513-515.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 707.
(3) *Traité élémentaire de physiologie*. Paris, 1856, p. 935.
(4) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, Calmeil. Paris, 1859; tome I, page 490.

lesquelles on ne découvrait aucun fragment de tænia. L'huile de ricin, prise le lendemain, produisit également quelques garde-robes sans aucune portion de parasite. Ce ne fut que le jour suivant que le malade rendit en une seule fois, en allant à la garde-robe, un paquet de tænia enroulé. Ce paquet, déroulé avec soin, donna trois portions de tænia d'une longueur totale de 17 mètres. Une des extrémités de chacune de ces portions était terminée par un appendice filiforme de 10 centimètres de long. Deux de ces tænias portaient une tête ; le cou du troisième en était dépourvu. Mais s'il faut en croire M. Kœberlé, qui a publié dans la *Gazette hebdomadaire* de 1861 l'histoire des cysticerques de tænias chez l'homme, il n'est pas indispensable de voir sortir la tête ; et l'on peut être sûr que le parasite ne se reproduira pas, si l'on a obtenu, indépendamment des anneaux d'une certaine largeur, quelques centimètres de la portion filiforme, c'est-à-dire du cou.

M. Wahu, après avoir laissé reposer le malade une quinzaine de jours, pendant lesquels aucun fragment de tænia ne fut plus rendu, lui fit prendre de nouveau du calomel et une émulsion de graines de citrouille ; mais le malade ne rendit plus rien, et on put dès lors le considérer comme débarrassé de ses parasites.

Nous pensons avec M. le docteur Wahu qu'il vaut mieux employer le calomel à dose purgative que l'huile de ricin la veille du jour où l'on administre la semence de citrouille, le calomel devant aider plus puissamment l'action de cette semence; nous pensons aussi, avec M. Wahu, qu'une émulsion bien préparée avec les semences de citrouille est tout aussi active, et sera, dans tous les cas, plus facile à faire prendre, surtout aux hommes et aux enfants, que le magma résultant de la semence pilée avec du sucre et du lait.

MALADIE SIMULÉE CHEZ UNE FILLE DE SEPT ANS.

Par M. le docteur Bonifas, d'Anduze.

Il faut savoir en médecine suspendre son jugement, et, quelque dur qu'il puisse être de ne pas se former une opinion en présence d'une famille dans l'anxiété, on doit se tenir dans une prudente réserve tant qu'on n'a pu réunir les éléments nécessaires à un bon diagnostic. C'est la conduite que j'ai tenue dans le fait qu'on va lire, et l'on verra que si dès le début j'avais porté un diagnostic quelconque, je me serais grossièrement trompé.

On vint me chercher en toute hâte dans la journée du 10 juillet 1862, pour une petite fille de sept ans et demi, qui venait d'être prise d'une crise nerveuse. Je ne pus être chez elle qu'une heure après. La crise avait été de très-courte durée, et l'enfant, parfaitement remise, avait pu retourner à l'école, située tout à côté. Au moment où j'allais interroger plus à fond la mère, on apporte l'enfant qui venait de tomber dans une nouvelle crise. On la dépose sur un lit; son aspect était tout à fait celui d'une enfant endormie du sommeil le plus paisible ; le pouls était normal, il n'y avait ni contractures ni convulsions ; seulement, à deux reprises, l'enfant fléchit lentement, souplement, ses avant-bras et les étendit de même.

Je n'eus le temps de faire aucune tentative pour m'assurer si l'insensibilité existait, car, au bout de deux ou trois minutes, Sophie X... ouvrit les yeux, regarda autour d'elle d'un air hébété, comme quelqu'un qui sort d'un profond sommeil ; ses yeux étaient un peu cernés, elle resta quelques secondes sans rien dire, puis, comme faisant effort pour rassembler ses idées, elle demanda, en parlant très-lentement, où elle était, comment elle se trouvait là, et pourquoi elle n'était plus à l'école. Très-peu après, elle reprit sa physionomie habituelle, et fut comme si elle n'avait rien eu ; elle prétendait seulement n'avoir aucun souvenir de ce qui s'était passé. L'attaque avait en tout duré cinq minutes, et avait débuté de la manière suivante :

Sophie X... était assise sur son banc, tenant son livre à la main ; tout à coup sa tête s'était penchée en avant, ses yeux s'étaient fermés; ses doigts, peu à peu étendus, avaient laissé échapper le livre ; l'enfant s'était affaissée sur elle-même et avait doucement glissé à terre ; c'est alors qu'on l'avait relevée et apportée chez sa mère pendant que j'y étais.

La crise passée, j'interrogeai la mère et recueillis les renseignements suivants :

Sophie X... est âgée de sept ans et demi ; elle est assez intelligente, mais peu développée physiquement pour son âge. Ses parents sont de petite taille et n'ont jamais eu de maladies nerveuses. Le frère aîné (il n'y a pas d'autres enfants), âgé de dix-sept ans, est très-peu développé pour son âge; il a été atteint, il y a quelque temps, d'une chorée bien caractérisée, et dont le médecin de la famille l'a parfaitement guéri. L'appétit de Sophie X... est capricieux ; cependant les digestions paraissent se bien faire, le sommeil est bon, et à part les crises nerveuses, on ne voit point de troubles sérieux dans sa santé.

Ces crises reviennent à intervalles inégaux ; il y en a souvent sept ou huit par jour; l'enfant tombe à l'école, dans la rue, dans la boutique de son père, qui est épicier, mais sans jamais se faire de mal; elle n'a jamais eu du fait de ces chutes la moindre contusion, la plus petite égratignure. Ce que j'ai dit de la crise dont j'ai été témoin donne une idée fort exacte de toutes les autres, sauf que la durée varie de cinq minutes à une demi-heure. L'enfant dort, on croit qu'elle ne voit, n'entend ni ne sent, qu'elle est insensible en un mot. A son réveil, elle ne garde aucun souvenir ni de la crise ni de la manière dont elle est survenue.

Cet état dure depuis quatre mois ; les crises, qui ne revenaient que tous les huit jours au nombre de deux ou trois par jour, reviennent tous les deux ou trois jours, au nombre de sept ou huit par jour.

Mais ce n'est pas tout : la mère m'apprend que ces crises, qu'on pourrait qualifier de petites, n'étaient pas les seules; depuis une dizaine de jours il y a eu sept ou huit fois une modification bizarre. Au lieu d'un simple sommeil apparent, on voit l'enfant se lever, les yeux toujours fermés, marcher, aller, venir, changer de chambre, paraître y voir malgré l'occlusion des yeux, éviter les meubles lui faisant obstacle, le tout sans jamais parler ; porter certains objets sous son nez, les garder ou les repousser, etc. Tout cela dure un temps variable, un quart d'heure à une heure ; puis l'enfant se réveille et ne se souvient de rien. On avait, dès le début, eu recours au médecin de la famille, qui avait prescrit un traitement tonique et antispasmodique.

Tous ces renseignements pris, j'engageai la mère à continuer le même traitement, et à ne pas se lasser de m'envoyer chercher pour me rendre témoin des différentes manifestations de la maladie.

L'âge de l'enfant, son peu de développement physique, son aspect, la chorée dont son frère avait été atteint, tout me faisait supposer qu'il existait une maladie du système nerveux sur la nature de laquelle je ne savais rien, mais que j'espérais arriver à connaître par une observation prolongée. Mais je n'eus pas le moindre soupçon que la maladie pût être simulée ; il aurait pu en être autrement, si j'avais eu affaire au rejeton gâté et fantasque d'un grand seigneur; mais ici je me trouvais en présence de la fille d'un épicier. Je dois dire toutefois qu'en interrogeant la mère, j'avais reconnu qu'elle et son mari gâtaient beaucoup leurs enfants, circonstance qui n'est pas sans valeur, on le verra.

Je ne vis l'enfant que le 20 juillet dans une grande crise ; je restai une heure durant spectateur impassible de toutes les évolutions auxquelles il plut à cette enfant de se livrer ; qu'il me suffise de dire qu'au bout de ce temps, ayant acquis la conviction de la simulation, je sortis après avoir glissé mon diagnostic dans l'oreille du père, lui promettant que la prochaine crise, grande ou petite, dont il me rendrait témoin, serait probablement la dernière, et lui recommandant surtout de ne point laisser deviner ses soupçons par sa fille. Ce diagnostic fut accueilli avec grande défiance par les parents.

Trois jours après, j'étais auprès de l'enfant qui venait de tomber dans une petite crise; elle était simplement endormie. Je dis à la mère, et de façon à être entendu de l'enfant, que la maladie et son traitement m'étaient dès lors parfaitement connus, la guérison assurée, et que nous allions commencer séance tenante par un lavement que j'envoyai chercher. Si un premier lavement ne réussissait pas, on devait en donner un dès qu'il viendrait une crise. Avant qu'on fût revenu de chez le pharmacien, l'enfant s'éveilla et se mit à pleurer. Le lavement fut administré malgré ses larmes. Depuis elle n'a pas eu une seule crise. (Ceci est du 24 novembre.)

La simulation est évidente; pour la grande crise, cela ne peut souffrir de difficulté; pour la petite, il n'y en a pas davantage; c'est en l'admettant seulement, qu'on s'explique le singulier bonheur avec lequel l'enfant est toujours tombée, ses pleurs après la menace du lavement, alors qu'elle était censée ne se souvenir de rien, et par-dessus tout la guérison. Mais ce n'est pas tout ; la guérison obtenue, le frère aîné avoua que plusieurs années auparavant il avait souvent refusé de manger alors qu'il mourait de faim, et qu'il dévorait en cachette ce qui lui tombait sous la main, pour avoir le plaisir, disait-il, de se faire dorloter et plaindre par des parents trop bons.

Ceci établit bien, je pense, ce que je disais plus haut, que la trop grande bonté des parents, pour ne pas dire plus, a joué un rôle étiologique important dans le cas qui m'occupe.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 16 décembre 1862. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Sainte-Marie de Cusset (Allier), par M. le docteur Cornil Boirot ; d'Allevard (Isère), par M. le docteur Niepce; de Propiac (Drôme), par M. le docteur Loubier; de Digne (Basses-Alpes), par M. le docteur Silve ; des eaux minérales du département du Gard et du département des Landes, par MM. les médecins inspecteurs ; de l'hôpital militaire des bains de la Reine (province d'Oran), par M. Châtelain, médecin en chef (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail intitulé *Topographie médicale de la ville et du cercle de Nemours* (province d'Oran), par M. le docteur Marc, médecin en chef de l'hôpital de cette ville (commission des épidémies) ;

2° Une note sur le permanganate de potasse comme agent de désinfection, par M. le docteur Castex, médecin militaire (commissaire, M. Blache) ;

3° Une observation sur les propriétés fébrifuges et antipériodiques de l'eau concentrée de la source Dominique de Vals (Ardèche), par M. le docteur Chabannes (commission des eaux minérales);

4° Une note complémentaire sur un nouveau système d'aération des salles des hôpitaux, par M. le docteur Etmein (commission de l'hygiène des hôpitaux);

5° Une note sur le traitement de la diarrhée chronique des aliénés, par M. le docteur Berthier, de Bourg (Ain) [Comm., M. Roger];

6° Un mémoire de M. d'Houdbine, pharmacien à Amiens (Somme), sur les propriétés thérapeutiques de son sirop pectoral balsamique (commission des remèdes secrets et nouveaux) ;

7° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Munaret (le dépôt est accepté.)

— M. Gavarret présente un nouvel appareil pulvérisateur examiné et exécuté par M. Luër, et en explique le mécanisme devant l'Académie.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la mort de M. le docteur Catelle, membre correspondant à la Martinique.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que, d'après la décision du bureau, il y a lieu de déclarer deux vacances; une dans la section de physique et de chimie médicales, et la seconde dans la section d'hygiène et de médecine légale.

— M. LARREY, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. Robert.

Cette lecture est accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

LECTURE.

M. le docteur F. VOISIN lit une courte note sur la démence, en annonçant qu'il fera prochainement une lecture plus étendue sur ce sujet.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les eaux potables.

La parole est à M. Poggiale.

Suite de la discussion sur les eaux potables.

M. POGGIALE. Je ne répondrai qu'aux deux questions que M. Gibert m'a adressées dans la précédente séance. Je répéterai ici ce que j'ai déjà dit relativement à la compagnie du quai des Célestins : il n'y a pas de moyen connu de filtrer de grandes quantités d'eau à bon marché. Cette compagnie filtre de 3 à 4 mille mètres cubes d'eau par jour. La surface des filtres est de 2,000 mètres, superficie énorme pour un résultat aussi minime. Il faudrait dans cette proportion une superficie de plusieurs hectares pour filtrer la quantité d'eau nécessaire à la consommation des habitants de Paris. Si l'on ajoute le prix des machines, celui des matières filtrantes, qu'il faut souvent renouveler, on arrive à des sommes considérables.

M. Gibert m'accordera que l'eau destinée à la boisson doit être fraîche en été et tempérée en hiver. Or la température de l'eau de Seine est variable comme celle de tous les fleuves; elle s'élève en été jusqu'à 26,28 degrés. Les expériences que j'ai faites en 1853 m'ont démontré que cette température variait entre 5 et 26 degrés.

De toutes les observations qui ont été faites sur les eaux de Seine, il résulte qu'on boit pendant au moins trois mois de l'année de l'eau tiède, et qu'il est nécessaire de la rafraîchir. M. Gibert dit à cela qu'il est facile de rafraîchir l'eau. Oui, pour les personnes aisées; pour M. Gibert, pour moi, pour nous tous ici, qui avons des caves ; mais les pauvres, qui sont les plus nombreux, n'ont pas de cave à leur disposition ; ils sont obligés de puiser leur eau à la fontaine et de la boire telle quelle.

Je ferai les mêmes remarques pour la pureté de l'eau. M. Gibert dit que depuis plus de quarante ans il boit de l'eau de Seine, et qu'il la trouve bonne. Je le crois bien, il la boit fraîche et filtrée. Mais s'il était obligé de la boire telle qu'elle est pendant une grande partie de l'année, trouble et chaude, il ne parlerait pas ainsi.

En résumé, il n'existe actuellement aucun procédé qui permette de filtrer l'eau en quantité suffisante pour les besoins de la population, qui est obligée pendant une grande partie de l'année de boire de l'eau tiède ou trouble. Voilà ce que j'ai voulu démontrer dans mon rapport, et ce que je maintiens.

M. GIBERT demande à répondre immédiatement un mot. Je remercie, dit-il, M. le rapporteur d'avoir bien voulu s'occuper de mes objections, preuve qu'elles ont quelque importance. Je n'ai voulu parler que de ce que je connais ; j'ai cité un fait pratique; j'ai dit que pendant quarante ans la Compagnie des Célestins a fourni de l'eau filtrée à la population de Paris. On me répond que pour satisfaire aux besoins de toute la population, il faudrait filtrer la Seine tout entière. Je réponds que cela n'est pas nécessaire; mais quand ce serait vrai, je me fais fort de montrer mardi prochain à l'Académie un appareil avec lequel on pourrait, si on le voulait, filtrer toute l'eau de la Seine.

La parole est à M. Bouchardat.

M. BOUCHARDAT. Par la grande proportion qu'on en ingère, par la continuité de l'usage, l'eau potable doit avoir une influence considérable sur l'organisme humain, quand elle contient quelque substance nuisible. On a dit qu'on pouvait juger de la qualité des eaux potables d'après la beauté des populations. Quand on veut pénétrer dans le cœur de cette importante question, on voit qu'elle est hérissée de difficultés; les montrer quand on ne parviendrait pas à les résoudre toutes, c'est déjà servir la science. Que savons-nous de bien précis sur l'influence sur la santé de chacune des matières organiques ou inorganiques qui entrent dans la composition de l'eau?

Que d'inconnues dans ces questions ! Nous ferons en sorte d'en dégager quelques-unes.

Si la chimie a fait beaucoup pour nous instruire sur la composition des matériaux inorganiques des eaux potables, elle a fait bien peu de chose pour nous éclairer sur les causes de nocuité de certaines eaux.

Si je parviens à faire cette démonstration, il en résultera nécessairement que, pour nous édifier sur la valeur hygiénique des eaux potables, il ne faudra pas négliger la méthode qui n'a cessé depuis Hippocrate de diriger nos maîtres dans la recherche de la vérité, l'observation.

J'ai eu trop souvent à glorifier les immenses services que la chimie a rendus et peut rendre à la médecine, pour qu'il ne me soit pas permis de montrer son impuissance quand elle existe; cela nous conduira à dire : Médecins, n'abdiquons pas, et revenons à l'observation attentive et rigoureuse des effets produits sur les populations par l'usage continu des eaux qu'on veut étudier, et ne nous en rapportons pas exclusivement à la chimie.

Voici l'ordre que nous allons suivre dans cette étude :

1° Sur la quantité d'eau nécessaire à l'homme en vingt-quatre heures ;

2° Influence sur la santé des principales matières qui interviennent dans la composition des eaux potables;

3° Caractère des bonnes eaux, des moyens rapides d'essai;

4° Des principales eaux usuelles de sources, de rivières, de canaux, de citernes, de mares, etc. ;

5° Des endémies attribuées à l'usage continu des mauvaises eaux (goître, crétinisme, bouton d'Alep, bouton de Biskra) ;

6° De la clarification, de la distribution et de la conservation des eaux potables ;

7° Procédé général d'utilisation des eaux douteuses.

1° *De la quantité d'eau nécessaire en vingt-quatre heures.* — On a cherché à évaluer la quantité d'eau qui est nécessaire à l'homme en vingt-quatre heures ; mais on comprend sans peine que cette quantité doit être variable suivant une foule de conditions : l'âge, le poids vif, l'exercice, la température, l'état de saturation en vapeur d'eau de l'atmosphère, etc., influent sur les pertes en eau et par conséquent sur les besoins. Quoi qu'il en soit, d'après les chiffres qui ont été donnés par M. Barral dans sa *Statistique animale*, et qui représentent une moyenne de cinq jours de l'eau ingérée sous forme d'aliments et de boisson, j'adopte 2 litres ou 2 kilogrammes pour la quantité moyenne d'eau qu'un homme adulte doit prendre en vingt-quatre heures dans ses aliments et ses boissons.

Voici les principaux inconvénients d'une *quantité d'eau trop faible* ingérée journellement et habituellement : la sécrétion de la salive ne

se produit que d'une façon intermittente au repos ; la sécrétion du mucus buccal est continue ; l'alcalinité de la salive ne saturant pas l'acidité du mucus, le liquide buccal est habituellement acide ; les dents sont attaquées et se carient ; d'où cette observation : que les personnes qui boivent infiniment peu d'eau perdent ordinairement leurs dents dans un âge peu avancé.

Quand toutes les conditions favorables de la diathèse urique se trouvent réunies chez un individu, et quand il ne boit pas la quantité d'eau nécessaire pour amener ses urines à une densité au-dessous de 1,020 en moyenne, il est menacé de gravelle ou de calculs uriques.

L'habitude de boire de trop grandes quantités d'eau présente des inconvénients qui ne se manifestent le plus souvent qu'à la longue, et qui consistent surtout en troubles digestifs et en un affaiblissement général prématuré.

La distension de l'estomac que détermine l'ingestion simultanée de beaucoup d'aliments mal mastiqués, et d'une grande quantité d'eau, est, d'après une longue observation, cause de gastralgie et de difficulté dans la digestion ; c'est encore une prédisposition à la glycosurie.

Les polydipsiques qui boivent de grandes masses d'eau, quoiqu'ils ne perdent aucun aliment important par la sécrétion urinaire, sont cependant généralement faibles.

D'après ces faits, je regarde comme fondée l'opinion qui considère comme nuisant au développement de la force l'abus des boissons aqueuses.

2° *Influence sur la santé des principales matières qui interviennent dans la composition des eaux potables.* — La quantité des matières en dissolution dans l'eau des fleuves ou rivières varie suivant l'époque de l'année où l'on opère : ainsi, tandis qu'en hiver, pendant les grandes crues, on trouvera de 15 à 20 centigrammes de matières fixes par litre, on en rencontrera un demi-gramme si l'on analyse l'eau du même fleuve à l'époque des sécheresses pendant les grandes chaleurs de l'été.

Pour apprécier l'influence sur la santé des principales substances contenues dans les eaux potables, je vais les distinguer en matières gazeuses fixes et organiques.

Gaz contenus dans les eaux potables. — Les principaux gaz contenus dans les eaux potables sont : l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique, l'ammoniaque.

La présence de l'air dans les eaux destinées à la boisson est une condition de salubrité généralement admise par les auteurs, et qui est vraie, mais dont il ne faut pas exagérer l'importance ; l'eau aérée a une saveur plus agréable que celle qui ne l'est pas, et c'est un point d'une grande importance quand il s'agit d'eaux potables ; mais cet air joue-t-il un rôle direct indispensable ? Il est permis d'en douter, quand on voit le peuple le plus nombreux du globe, les Chinois, n'employer l'eau qu'après l'avoir fait bouillir, c'est-à-dire lorsqu'elle est privée d'air.

L'air contenu dans les eaux potables a une composition très-variable, et cela se comprend sans peine d'après la solubilité différente des gaz et l'action que les matières en dissolution ou en suspension dans ces eaux peuvent exercer sur certains d'entre eux.

L'air contenu dans l'eau des fleuves est généralement plus riche en oxygène que celui de l'atmosphère.

Cherchons maintenant à déterminer quel peut être le genre d'utilité de l'air et particulièrement du gaz oxygène dans les eaux potables.

On admet généralement que l'eau aérée est plus digestible et qu'elle possède une saveur plus agréable que l'eau distillée pure. Sans nier que l'air puisse très-légèrement modifier la saveur de l'eau, je crois que les observations qui établissent ce fait manquent de précision. Quand on compare pour la saveur une eau potable de bonne qualité à l'eau distillée, on trouve cette dernière fade, avec un arrière-goût étrange ; mais des causes diverses peuvent intervenir ; l'eau potable, outre l'oxygène et l'azote qui sont ici en question, contient de l'acide carbonique et des matières fixes qui modifient sa sapidité ; d'autre part, il est incontestable que l'eau distillée préparée dans des alambics métalliques emprunte à ces vases des traces de ces substances qui ont une influence décisive sur la saveur de l'eau.

Quant à l'action digestive de l'oxygène en dissolution dans l'eau, c'est une assertion que tous les auteurs répètent sans qu'aucune observation directe en démontre la réalité.

Est-ce à dire pour cela que je ne considère point la présence du gaz oxygène dans les eaux potables comme un indice de leur bonne qualité ? Ce n'est pas ma pensée. Eclairé par une remarquable observation de M. Boussingault, sur laquelle je reviendrai, et qui démontre l'absence de gaz oxygène dans des eaux de mauvaise qualité des Cordillères, je dis : Défiez-vous d'une eau qui ne renferme pas de gaz oxygène ; mais ce n'est, selon moi, qu'une question de coïncidence. L'absence de gaz oxygène peut dépendre de la présence, dans ces eaux, de matières organiques qui l'absorbent, et ce sont précisément ces matières organiques qui sont nuisibles, comme je chercherai bientôt à l'établir. Ainsi ce n'est point parce que le gaz oxygène est utile à la digestion que j'aime à le trouver dans une eau potable, mais parce que sa présence en proportion notable est incompatible avec celle des substances organiques spéciales qui doivent être le plus souvent incriminées.

Le gaz acide carbonique existe généralement en proportion beaucoup plus considérable dans l'air des eaux potables que dans celui de l'atmosphère, et cela se comprend sans peine d'après la belle observation de M. Pelligot, qui a démontré que l'eau, en tombant sous forme de pluie, purifiait l'air de l'acide carbonique qu'il contenait.

La présence du gaz acide carbonique dans les eaux potables est une chose favorable : il leur donne de la sapidité, il excite l'appétit, paraît favoriser la digestion ; c'est à lui que plusieurs eaux de table, Seltz, Saint-Galmier, Condillac, Pougues, doivent leurs principales propriétés.

Je ne veux pas cependant défendre d'une manière absolue l'usage des eaux chargées de cinq volumes d'acide carbonique. Je crois qu'on abuse singulièrement de ces eaux de Seltz artificielles.

Toutes les eaux courantes, et on pourrait dire toutes les eaux potables, renferment une très-faible quantité d'ammoniaque combinée ; cette ammoniaque a été rassemblée dans l'atmosphère par les pluies ou provient de la décomposition spontanée des matières azotées se putréfiant dans les eaux.

Bien que nous attribuions une action décisive aux substances organiques dans l'action nuisible des eaux, gardons-nous de conclure à l'insalubrité d'une eau d'après la présence de quelques milligrammes d'ammoniaque par litre. Plusieurs cas peuvent se présenter dans lesquels cette constatation n'est point un critérium des eaux insalubres ; je me contenterai d'en citer deux : le premier, c'est quand la décomposition de la matière organique est complète ; le second, c'est quand cette matière organique est d'action indifférente, et heureusement pour nous c'est le cas le plus ordinaire, surtout lorsqu'il s'agit des eaux des fleuves et des rivières.

Influence des matières fixes sur la qualité des eaux potables. — La plupart des eaux potables de bonne qualité, et en particulier les eaux des fleuves et des rivières, renferment généralement de 1 à 3 dix millièmes de matières fixes. Une eau peut contenir 5 dix millièmes (1/2 gramme par litre) de matières fixes, et être considérée non-seulement comme une eau potable de bonne qualité, mais encore comme convenable pour les principaux usages de la vie. Cette proportion d'un demi-gramme de matières fixes par litre est celle adoptée par l'*Annuaire des eaux de la France*. Ce n'est pas à dire pour cela que des eaux contenant une plus grande proportion de sels ne puissent constituer une boisson usuelle insalubre. Il est certaines eaux qui peuvent être considérées à la fois comme médicinales et de table, telles que celles de Saint-Galmier, de Pougues, de Contrexéville, de Condillac, qui contiennent de 1 à 2 grammes de sels par litre, et dont on peut faire un usage journalier sans nul inconvénient. Quand ces eaux sont agréables à boire, qu'elles ne contiennent aucune matière organique nuisible, que les sels qu'elles renferment sont principalement du bicarbonate de chaux, de magnésie, de fer, elles peuvent être considérées comme des eaux potables salubres, et cependant je regarde cette limite d'un demi-gramme de matières fixes par litre comme très-sage, car les eaux distribuées dans les villes ne sont pas uniquement destinées à la boisson, et il est beaucoup d'usages pour lesquels les eaux renfermant 1 ou 2 millièmes de sels seraient impropres. Je citerai tout d'abord deux grands emplois économiques : le premier pour cuire les graines de la famille des légumineuses, le second pour le blanchiment du linge. Ces deux emplois et d'autres usages industriels me font préférer pour une distribution publique les eaux qui ne renferment que 2 ou 3 décigrammes de matières fixes par litre.

Je vais chercher maintenant à apprécier le rôle hygiénique des principales substances qui interviennent ordinairement dans la composition des eaux potables.

Les eaux qui contiennent des proportions élevées de matières fixes en dissolution, ont une saveur désagréable, une action purgative prononcée ou une action altérante nuisible sur l'ensemble de la nutrition ; mais je dois ajouter que de pareilles eaux doivent être rangées dans la classe des eaux salées ou dans celle des médicinales, et non parmi les eaux potables.

Occupons-nous d'abord des acides ou principes électro-négatifs des eaux, puis nous apprécierons le rôle des bases ou principes électro-positifs.

M. Bouchardat examine successivement, au même point de vue, la silice, les phosphates, les carbonates, les chlorures, les bromures, les iodures, les azotates, les sulfates, les sels calcaires, les sels de magnésie, les sels d'alumine, etc.

Puis il étudie l'influence des matières organiques sur la qualité des eaux potables.

L'heure avancée de la séance l'oblige à remettre la suite de sa lecture à la séance prochaine. Nous résumerons ces diverses considérations avec la dernière partie de cette lecture.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 9 décembre, M. Blondeau, ancien pharmacien aide-major sous le premier Empire, ancien chef de magasin à la Pharmacie centrale, ancien administrateur du bureau de bienfaisance du 11e arrondissement, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par suite du décès de M. Tessier, médecin de l'hôpital des Enfants malades, les mutations suivantes devront avoir lieu dans le service médical des hôpitaux, à partir du 1er janvier 1863 :

M. Bouchut passera aux Enfants malades ; M. Laillier, à Saint-Louis ; M. Sée, à Beaujon ; M. Empis, à la Pitié ; M. Triboulet, à Sainte-Eugénie ; M. Axenfeld, à Saint-Antoine ; M. Ch. Bernard, aux Incurables.

MM. Simonet et Lorain, médecins du Bureau central, seront nommés, le premier à la direction des Nourrices, le deuxième à l'hospice La Rochefoucauld.

— L'hospice des Incurables (hommes) doit être très-prochainement transféré à Ivry. L'hospice des Ménages doit également être transféré à la campagne. Il sera installé à Issy, à 2 kilomètres des fortifications. On espère pouvoir inaugurer cet établissement dans le courant de 1863.

— La *Gazette médicale de Lyon* annonce qu'il n'est pas parvenu au secrétariat de la Société de médecine de cette ville, moins de huit mémoires pour le prix destiné au meilleur travail manuscrit et inédit qu'elle a fondé l'année dernière.

— L'Académie royale de médecine de Belgique vient de procéder à l'élection de membres honoraires et de correspondants. Ont été élus :

1° *Membres honoraires belges* : MM. Ansiaux, de Koninck, Lados, Peters-Vaust, Sauveur, Schoenfeld, Somers, Thibou, Van Biervliet.

2° *Membres honoraires étrangers* : MM. Gintrac, à Bordeaux ; Herberger, en Bavière ; Hertwig, à Berlin ; Heusinger, à Marbourg ; Magnus-Huss, à Stockholm ; Parola, à Coni ; Valentin, à Berne.

Ces choix doivent être soumis à l'agrément du roi.

3° *Correspondants belges* : MM. Boens, Fracys et Borlée.

4° *Correspondants étrangers* : MM. Brown-Sequard, à Londres ; Chassaignac, Daremberg et Desmarres, à Paris ; Hebra, à Vienne ; Munaret, à Brignais ; Putégnat, à Lunéville ; Ragaine, à Mortagne. (*Journal de médecine belge.*)

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Ramollissement cérébral progressif sans troubles de l'intelligence ni des fonctions de relation.— Hémorrhoïdes internes excoriées ; cautérisation avec l'acide azotique mono-hydraté. — Rétrécissement infranchissable de l'urèthre ; nombreuses fistules urinaires périnéales ; calcul vésical. — Cas singulier de nosomanie. — Cancer de l'œil et de l'orbite. — Myosclérose sterno-mastoïdienne. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 10 décembre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Le travail ; son influence sur la santé.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ramollissement cérébral progressif sans troubles de l'intelligence ni des fonctions de relation.

L'histoire des maladies du cerveau présente encore plus d'une lacune, et elle nous ménage de temps à autre de ces surprises faites pour dérouter l'anatomo-pathologiste le plus fervent.

L'histoire des maladies du cerveau présente encore plus d'une lacune, et elle nous ménage de temps à autre de ces surprises faites pour dérouter l'anatomo-pathologiste le plus fervent.

Voici quelques notes très-curieuses que M. Broca a communiquées à la Société anatomique sur des malades observés dans son service de Bicêtre ou dans les services voisins du même hospice, et qui serviront à l'histoire du ramollissement cérébral progressif *sans troubles de l'intelligence ni des fonctions de relation.*

N..., âgé de soixante-quatre ans, entré dans le service de médecine de M. Léger, meurt le 23 janvier dernier. On n'avait constaté chez lui aucun trouble intellectuel. A l'autopsie, on trouve à la partie postérieure de l'hémisphère gauche, sur la face interne, au niveau du sillon occipital interne, un foyer ressemblant à un kyste situé sous la pie-mère. Ce foyer, plein de sérosité limpide, reposait sur la substance blanche de l'hémisphère ; il avait le volume d'un œuf de pigeon. La circonvolution occipitale qui longe le sillon occipital interne était détruite ; la suivante était fort amincie. — Il n'existait aucune paralysie.

— M..., âgé de soixante-quatorze ans, atteint de pneumonie double, succombe le 14 juin. Cet homme était intelligent et n'avait été atteint d'aucune paralysie.

Il y avait sur la table externe du pariétal gauche une longue dépression linéaire profonde, qui paraissait le résultat d'une ancienne fracture de la table externe. A la partie postérieure de la surface de l'insula, existait une perte de substance de la matière grise, à bords presque abrupts, comme à l'emporte-pièce, à fond d'un jaune rougeâtre et de 2 millimètres de profondeur et de la largeur d'une pièce de 1 franc. A deux centimètres environ en arrière existait une autre lésion de même nature, mais plus étendue, qui empiétait sur la partie postérieure de la circonvolution marginale inférieure et sur le pli de passage qu'elle ouvre dans le lobe pariétal. Cette circonvolution était très-amincie, mais non interrompue.

Ces deux lésions semblables paraissaient dues à deux foyers d'hémorrhagie méningée. C'était du même côté, presque au même niveau, qu'existait sur le pariétal la trace probable d'une ancienne fracture incomplète du crâne. Le malade avait d'anciennes fractures sur les tibias, produites par deux chutes qui avaient eu lieu à des époques différentes. La fracture incomplète du pariétal avait été probablement la conséquence inaperçue de l'un de ces accidents. Enfin, la pesée des deux hémisphères cérébraux a donné une différence de 25 grammes en moins pour l'hémisphère gauche.

— C..., âgé de soixante et onze ans, est mort le 13 juin, des suites d'un phlegmon diffus de tout le membre inférieur. Cet homme était atteint depuis vingt-cinq ans de chorée très-grave, surtout des membres supérieurs.

On a trouvé chez lui un léger ramollissement rouge très-superficiel et tout récent à la face inférieure des deux lobes temporaux ; une très-mince couche, à ce niveau, se laissait enlever avec la pie-mère. (Il y a eu du délire pendant les derniers jours.)

Sur la concavité de l'hémisphère gauche, à l'union du lobe temporal, du lobe pariétal et du lobe occipital, existaient les traces, soit d'un très-ancien épanchement de sang, soit d'un ramollissement cortical guéri et cicatrisé. On n'apercevait nullement ce foyer avant d'avoir enlevé la pie-mère.

Le cervelet était peu consistant ; le tiers postérieur du corps calleux se laissait déchirer avec facilité, quoique l'autopsie eût été faite trente heures après la mort. Le reste de l'encéphale était sain, ainsi que la moelle épinière, sauf toutefois le renflement lombaire et la queue de cheval, qui étaient le siége d'une congestion récente assez intense attribuée par M. Broca à la présence du phlegmon diffus du membre inférieur.

Les deux moitiés du cerveau avaient le même poids.

— D... (Louis), âgé de soixante-cinq ans, meurt le 18 juin d'un cancroïde de la main. Cet homme est entré dans le service le 15 octobre de l'année dernière. Il avait été admis récemment à Bicêtre pour plusieurs affections incurables : un ulcère simple de la jambe droite datant de trente ans, un ulcère rongeant de la face dorsale de la main droite datant de trois ans et demi, et un autre ulcère rongeant de même nature, mais plus récent, de la région sternale. En outre, cet homme avait presque entièrement perdu l'intelligence ; il ne put donner aucun renseignement sur ses antécédents. Il n'existait d'ailleurs chez lui aucune paralysie ni de la sensibilité ni du mouvement. Les quelques mots qu'il prononçait de temps en temps, soit pour se plaindre, soit pour répondre aux questions qu'on lui adressait, étaient articulés ; mais il était rare qu'il prononçât plus de quatre ou cinq mots de suite.

Ce malade a constamment gardé le lit depuis le jour de son entrée jusqu'à sa mort. Il n'était pas gâteux ; il restait couché continuellement sur le dos et presque entièrement immobile. Il fut pris à plusieurs reprises d'accidents assez graves : érysipèle, fièvre intermittente, phlegmon gangréneux du dos du pied, etc. Affaibli de plus en plus, il s'éteignit graduellement le 18 juin, sans avoir jamais présenté ni délire, ni convulsions, ni paralysie.

M. Broca avait diagnostiqué un ramollissement de la couche corticale du cerveau.

A l'autopsie, on a constaté une très-légère inégalité de poids entre les deux hémisphères (5 grammes en plus pour l'hémisphère droit). Il n'existait de lésions que dans les hémisphères cérébraux, et seulement dans la couche corticale de ces hémisphères.

Avant d'avoir enlevé les membranes, on apercevait des deux côtés, à la surface convexe des hémisphères, plusieurs dépressions au niveau desquelles la pie-mère, légèrement affaissée et plissée, était séparée de la substance cérébrale par une certaine quantité de liquide transparent. Le fond de ces dépressions reposait sur la substance cérébrale affaissée, ramollie dans une épaisseur de 2 millimètres tout au plus, et présentant une couleur d'un gris jaunâtre. Ces pertes de substance ne dépassaient pas l'épaisseur des circonvolutions et s'arrêtaient à la substance blanche.

M. Broca considère cette affection comme un ramollissement chronique progressif et à foyers multiples de l'écorce des hémisphères, ramollissement qui débute en un point très-circonscrit sous la pie-mère, se propage ensuite autour de ce point, mais si lentement qu'une partie actuellement ramollie a le temps d'être entièrement résorbée avant que les parties adjacentes soient profondément lésées.

Quoique ordinairement progressif, dit M. Broca, ce ramollissement peut s'arrêter dans sa marche ; alors la couche ramollie se résorbe ; le vide qu'elle laisse est remplacé par de la sérosité, ou comblé par la pie-mère, qui paraît déprimée à ce niveau, et il reste à la surface du cerveau tantôt une cicatrice, tantôt une collection de liquide qui a été l'effet et non la cause de la perte de substance.

Ces lésions sont très-fréquentes chez les vieillards, ajoute M. Broca ; il a eu l'occasion d'en observer environ quinze fois les diverses phases sur une centaine d'autopsies qu'il a faites depuis qu'il est chirurgien de Bicêtre. Il pense que si elles n'ont pas été signalées souvent, c'est parce qu'elles ne deviennent bien apparentes qu'après l'ablation de la pie-mère, et qu'elles échappent très-souvent à l'attention des pathologistes, qui dans les autopsies n'ont peut-être pas toujours la précaution, comme il le fait lui-même, de dépouiller le cerveau de ses membranes avant d'y pratiquer des sections.

On notera que chez ce dernier sujet toutes les fonctions du système nerveux central, à l'exception de l'intelligence, étaient intactes ; que toutes les parties du système nerveux central étaient saines, à l'exception des circonvolutions cérébrales, qui étaient le siége de lésions multiples et très-étendues. C'était la substance grise périphérique, à peu près exclusivement, qui était lésée, ce qui vient à l'appui de l'opinion qui fait résider le siége de l'intelligence dans la couche corticale des hémisphères.

Hémorrhoïdes internes excoriées. — Cautérisation avec l'acide azotique mono-hydraté.

Nous venons de voir à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gosselin, une femme de quarante et quelques années, sujette à l'une des variétés d'accidents hémorrhoïdaires les plus communs. Depuis longtemps elle souffre pendant et après la défécation, et elle sent l'anus obstrué après cet acte par des tumeurs douloureuses, réductibles peu à peu, mais qui cependant nécessitent une pression de plusieurs minutes avec la

FEUILLETON.

LE TRAVAIL. — SON INFLUENCE SUR LA SANTÉ.

Les hygiénistes ont parfois cité ce précepte de Platon : « Notre corps s'altère par le repos et l'inaction, et se conserve principalement par l'exercice et le mouvement ; pour l'âme comme pour le corps, le repos est un mal. » C'est à la démonstration de ces principes si vrais que s'est appliqué M. le professeur Bouchardat dans des conférences de l'Association polytechnique pour l'enseignement gratuit des ouvriers, qui ont eu lieu, il y a quelques mois, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Il a cherché à établir par des arguments empruntés à l'hygiène la plus largement comprise, que le travail physique et intellectuel est une nécessité de l'organisation de l'homme, une condition de santé, de moralité et de progrès indéfini.

La dépense des forces mises en action par un travail corporel nécessite une réparation : c'est l'aliment qui la fournit. Pour que les conditions normales de santé et de bien-être soient conservées, il faut que la réparation soit proportionnée au travail produit.

Sait-on, en effet, ce qui arriva lorsqu'on chercha à établir à Charenton ; il y a environ quarante ans, une fonderie de fer sur le modèle des ateliers anglais les plus perfectionnés à cette époque ? C'est que les ouvriers venus de l'autre côté du détroit — la question d'adresse étant mise à part — réalisaient dans leur travail une dépense de force dont ne pouvaient approcher les Français. Etait-ce une question de race ou de constitution ? Pas le moins du monde, mais une question de régime. Les ouvriers anglais consommaient, selon leur habitude, de fortes portions de bœuf rôti ; les ouvriers français, beaucoup de pain et une ration insuffisante de viande bouillie. On fit peu à peu adopter à nos nationaux le mode d'alimentation de leurs compagnons d'Angleterre, et alors ils exécutèrent, sans plus d'efforts qu'eux, les plus rudes travaux. La même expérience se renouvela lors de la construction du chemin de fer de Paris à Rouen, qui d'abord avait été confiée à des ouvriers anglais, puis ensuite à des travailleurs des deux nations.

On sait combien sont surprenants les résultats de l'*entraînement* chez les boxeurs. Il y a là encore une question de régime, et si les muscles du pugiliste acquièrent une souplesse et une résistance aussi grandes, c'est qu'ils ont été préparés d'avance aux excessives déperditions du combat.

M. Bouchardat, placé en face d'un auditoire assez peu initié aux connaissances scientifiques, avait une tâche très-difficile à remplir. Il s'en est acquitté avec le plus grand honneur, et chacun pourra lui rendre cette justice en lisant le charmant petit volume qui renferme ses conférences (1). Mais reprenons notre analyse.

(1) *Le travail ; son influence sur la santé.* Un vol. in-12. Chez Germer-Baillière. Prix, 3 fr. 50.

Le travail corporel exagéré a ses inconvénients et ses dangers. Les animaux surmenés éprouvent une profonde altération du sang, et consécutivement certaines fièvres graves. Les fatigues réitérées, surtout lorsqu'elles sont accompagnées d'un froid continu et d'une alimentation insuffisante, favorisent le développement des meurtrières épidémies qui s'abattent sur les armées en campagne. En 1759, le scorbut sévissait au Canada : les soldats de deux forts étaient dans les mêmes conditions pour l'alimentation, le logement, le coucher et le nombre d'hommes. Dans le premier, le fort William, le service était excessif ; on y compta quatre-vingt-dix scorbutiques. Dans le fort Auguste, où le service ne dépassait pas la limite des forces humaines, on n'en compta que deux.

Parmi les victimes de l'épuisement produit par un travail exagéré de tous les jours, « permettez-moi, a dit M. Bouchardat, de vous citer ces pauvres médecins de campagne qui, emportés par les devoirs d'une clientèle répandue dans de lointains villages, ne trouvent jamais de repos. Ils ne peuvent laisser leurs malades sans secours ; ils rentrent chaque soir chez eux excédés de fatigue, sans y trouver une nuit de sommeil tranquille. Beaucoup d'entre eux ont, à ma connaissance, été ainsi frappés à la fleur de l'âge. »

L'inertie corporelle retentit de son côté d'une façon désastreuse sur l'économie, et l'on connaît son influence sur l'appareil digestif, sur les principales excrétions, sur le système musculaire, la calorification, la production de quelques cachexies, et enfin sur l'intelligence. Les gens riches et oisifs savent ces choses-là admirablement bien, mais ils continuent à se prélasser dans la mollesse, et ils se

main avant que la réduction ait lieu ; celle-ci une fois obtenue, la douleur se prolonge encore avec assez d'acuité pendant au moins une demi-heure. En examinant la malade immédiatement après le rejet d'un lavement, M. Gosselin a constaté la présence d'hémorrhoïdes internes sorties, modérément volumineuses, dont une en arrière présente à sa surface une solution de continuité, sorte de fissure qui est la cause probable de la douleur si vivement accusée par la malade. Il y a d'ailleurs un bourrelet d'hémorrhoïdes externes qui se congestionnent un peu pendant le prolapsus des hémorrhoïdes internes, mais dont la congestion disparaît vite une fois que ce prolapsus lui-même a cessé par la rentrée de la muqueuse hémorrhoïdaire.

Quoique les douleurs chez cette femme dussent être expliquées surtout par l'excoriation de l'une des hémorrhoïdes internes, M. Gosselin a pensé cependant qu'elles pouvaient tenir aussi à la sortie et à l'étranglement momentané des autres hémorrhoïdes, et qu'il y avait lieu de recourir à un traitement qui pût avoir ce double résultat de faire disparaître la fissure, et de mettre fin au prolapsus des hémorrhoïdes internes. Dans ce but, il a mis en usage le moyen qu'il emploie de préférence depuis plus d'une année dans les cas d'hémorrhoïdes internes occasionnant des accidents (hémorrhagie, prolapsus difficilement réductible, douleurs). Ce traitement est la cautérisation des hémorrhoïdes internes par l'acide azotique mono-hydraté. M. Gosselin a été conduit à préférer ce traitement à la suite des inconvénients que son expérience l'a forcé de reconnaître à la cautérisation avec le fer rouge et à l'écrasement linéaire. Il part de ces principes que, d'une part, il est inutile, dans les cas de ce genre, de toucher les hémorrhoïdes externes, et que, d'autre part, le chirurgien doit s'efforcer d'arriver, sans trop de douleurs et sans accidents, au résultat qui donne quelquefois spontanément l'étranglement consécutif à certains cas de prolapsus. En pareil cas, en effet, on voit au bout de quelques jours des eschares se détacher, les hémorrhoïdes rentrer peu à peu en se cicatrisant, et le malade est débarrassé, tant par cette destruction que par la présence du tissu cicatriciel, du prolapsus et de tous les accidents qu'il occasionnait. L'attouchement de la surface des hémorrhoïdes internes avec l'acide azotique mono-hydraté amène les mêmes effets, sans phénomènes consécutifs aussi douloureux que ceux qu'on observe à la suite de la cautérisation au fer rouge, et l'on a moins à craindre l'infection purulente qu'après les divers procédés d'excision.

Pour l'exécution, M. Gosselin a fait prendre un lavement à la malade; aussitôt que ce lavement a été rendu, il a trempé un petit pinceau d'amiante dans l'acide azotique mono-hydraté et a touché d'abord la surface excoriée; puis il a retrempé son pinceau dans l'acide, et a touché de même la surface des autres hémorrhoïdes internes, qu'il a ensuite laissées rentrer dans le rectum. L'opération a été peu douloureuse, et si les choses se passent comme dans quelques cas de ce genre récemment observés, l'inflammation consécutive sera peu douloureuse, et la malade sera débarrassée de son affection sans accident. Dans deux cas, cependant, il est resté, après l'élimination des eschares, une fissure douloureuse qui a été traitée avec succès par la dilatation forcée.

Rétrécissement infranchissable de l'urèthre; nombreuses fistules urinaires périnéales; calcul vésical.

Certaines affections des voies urinaires peuvent, lorsqu'elles existent simultanément chez le même sujet, embarrasser beaucoup le chirurgien sur les moyens à mettre en usage. Il se trouve souvent obligé de combiner les opérations de telle façon que l'une assure en quelque sorte le succès de l'autre. L'un de ces cas difficiles vient de se présenter dans le service de M. Demarquay, à la Maison municipale de santé.

Un Piémontais, âgé de cinquante-cinq ans, très-affaibli par la souffrance, vint à Paris pour se faire traiter d'un rétrécissement de l'urèthre dont il était atteint depuis plusieurs années. Cet homme ne comprenant pas le français, il fut difficile d'obtenir des renseignements sur le commencement et la durée de sa maladie; mais ici les commémoratifs avaient peu d'importance. Qu'il nous suffise de dire que la région périnéale était criblée de fistules urinaires à travers lesquelles passait la presque totalité de l'urine; à peine en sortait-il quelques gouttes à travers le méat urinaire.

Il existait un rétrécissement infranchissable; ce ne fut qu'après plusieurs tentatives répétées chaque jour, à la suite de l'administration de quelques bains, que M. Demarquay parvint à introduire dans l'urèthre une bougie extrêmement fine. Les parois du canal étant notablement épaissies au niveau du rétrécissement, il était évident que sa dilatation par les bougies ordinaires demanderait un temps très-long, encore était-il douteux que l'on pût y réussir; de plus, le malade était extrêmement affaibli par une maladie qui durait déjà depuis fort longtemps, et il était urgent d'y remédier le plus promptement possible, afin d'obtenir la cicatrisation des fistules périnéales; aussi M. Demarquay prit-il alors la résolution d'employer les bougies imaginées par Bech (de Saint-Pétersbourg). Ces instruments, qui sont en baleine, se terminent à leur extrémité par une vrille mousse, qui permet chaque jour d'augmenter le calibre de l'urèthre au niveau du rétrécissement. Chaque jour une de ces bougies était introduite dans l'urèthre; on exécutait un mouvement de vrille pendant quelques instants; puis, l'instrument retiré, était remplacé par une sonde-bougie. En même temps, le malade était soumis à un régime analeptique.

Après un certain temps, le rétrécissement fut assez dilaté pour permettre à la bougie de Bech de pénétrer dans la vessie; M. Demarquay eut recours alors aux sondes d'étain de Béniqué pour augmenter la dilatation obtenue, mais en même temps il reconnut l'existence d'un calcul vésical situé près du col de la vessie. Cet organe était revenu sur lui-même, ses parois étaient fort épaissies.

Avant d'entreprendre aucune opération pour extraire le calcul, il fallait de toute nécessité continuer à dilater l'urèthre afin de permettre l'introduction d'un cathéter.

Dans ce cas, il n'y avait pas un instant à songer à la lithotritie. L'introduction d'un instrument lithotriteur eût nécessité une dilatation beaucoup plus considérable du rétrécissement, et chez un malade affaibli comme l'était celui-ci, il fallait recourir à une opération qui permît une prompte extraction du corps étranger. L'état de la vessie était-il aussi, d'ailleurs, une autre contre-indication de la lithotritie?

Ce malade fut donc préparé à l'opération de la taille par les sondes laissées à demeure dans l'urèthre; mais des accès de fièvre qui survinrent pendant le cours du traitement, malgré l'emploi du sulfate de quinine, obligèrent à renoncer à leur usage. Rappelons encore que plusieurs fois il fut pris de diarrhée, et qu'il avait une répugnance invincible pour la viande. Aussi allait-il toujours s'affaiblissant, et il devenait urgent de saisir le moment où ces épiphénomènes auraient disparu pour extraire la pierre.

Nous avons déjà dit que dans ce cas l'on ne pouvait songer qu'à la taille; mais quel serait le procédé employé? dans quelle situation serait le malade après cette opération? en un mot, qu'arriverait-il dans la suite relativement à l'émission de l'urine?

Ce n'est pas ici le lieu de discuter les avantages de la taille périnéale sur la taille hypogastrique. Evidemment l'on ne pouvait songer un instant à celle-ci, puisque l'urèthre n'était pas libre; mais quel serait le procédé de taille périnéale que l'on mettrait en usage? Si l'on faisait la taille bilatéralisée d'après le procédé de Dupuytren, l'on créait en arrière du rétrécissement une large voie à l'excrétion de l'urine, et comme l'urèthre était rétréci, ce liquide n'aurait eu aucune tendance à s'y engager, se serait écoulé continuellement par la plaie faite au col de la vessie, et une nouvelle fistule se serait établie. La même objection s'appliquait à la taille pré-rectale. Il fallait, en même temps que l'on débarrasserait la vessie du calcul contenu dans son intérieur, agir aussi sur l'urèthre de manière à détruire le rétrécissement, afin qu'après l'opération, l'urine s'engageant librement dans son canal excréteur, la plaie résultant de l'opération de la taille pût se cicatriser.

La taille médiane, d'après le procédé de Vacca Berlinghieri, paraissait au premier abord remplir ces conditions, car dans cette opération le chirurgien incisant les tissus depuis la naissance du scrotum jusqu'au bord antérieur de l'anus, il fait à la fois l'uréthrotomie et l'ouverture du col de la vessie, ce qui permettait dans ce cas d'agir en même temps sur le rétrécissement et d'extraire le calcul. Mais dans ce procédé l'on intéresse à la fois l'origine de la portion spongieuse et le bulbe de l'urèthre, qui fournit toujours beaucoup de sang, surtout chez un malade comme celui-ci, affecté depuis longtemps d'une lésion complexe des organes génito-urinaires. De plus, on n'obtient qu'une très-petite incision de la prostate; et si l'on avait eu affaire à un calcul assez volumineux, elle aurait été insuffisante. Or ici le calcul n'avait pu être mesuré, à cause de la difficulté de manœuvrer les instruments.

Après mûre réflexion, M. Demarquay résolut de faire la taille pré-rectale et de pratiquer séance tenante, après l'extraction du calcul, l'uréthrotomie de dehors en dedans, c'est-à-dire l'opération de Syme.

Un calcul composé de phosphate ammoniaco-magnésien, et dont le volume n'était pas très-considérable, fut extrait, et le rétrécissement ayant été incisé de dehors en dedans, une sonde à demeure fut placée dans la vessie.

Les premiers jours le malade fut dans un état très-satisfaisant; il s'écoulait un peu d'urine entre le col de la vessie et la sonde, mais celle-ci en recevait une petite quantité. Des injections d'eau étaient pratiquées plusieurs fois par jour, afin de dilater la vessie; le malade avait repris un peu d'appétit. Malgré les soins les plus assidus il survint un sphacèle du scrotum, mais de peu d'étendue; toutefois l'état général était assez bon pour faire présumer que le malade tirerait bon parti des opérations pratiquées, et qu'il guérirait. Mais au mois d'octobre il se refroidit, présenta tous les signes d'une pneumonie adynamique, et succomba.

A l'autopsie, l'on reconnut outre une double pneumonie, l'existence d'un abcès au niveau de la portion spongieuse de l'urèthre; les fistules urinaires étaient cicatrisées.

Bien que ce fait ait eu une issue malheureuse, il ne nous en a pas moins paru digne d'intérêt au point de vue de la médecine opératoire, et comme enseignement utile sur la conduite à tenir dans un des cas les plus compliqués qui puissent se présenter au chirurgien dans la pratique.

Sur un cas singulier de nosomanie.

Un de nos honorables confrères, M. le docteur Mandl, nous signale un cas assez singulier de nosomanie dont il vient d'être témoin, et que l'on pourrait qualifier d'*hypochondrie laryngienne*, si étymologiquement ces deux mots ne semblaient jurer de se trouver ensemble.

Voici en quelques mots l'histoire de cette vésanie, que nous ne saurions mieux tracer qu'en reproduisant textuellement les lettres que notre confrère a reçues de la malade qui en est le sujet, lettres qu'il a eu l'obligeance de mettre sous nos yeux.

« .....Je suis trop malade pour aller vous trouver; cependant je marche, je dors, je mange; mais je me sens toujours comme une femme ivre. En buvant même il faut que j'incline beaucoup ma tête à droite, autrement les liquides se font jour à gauche du pharynx, et descendent avec précipitation au fond de l'estomac, du côté du pylore. Je ne sais si, par suite des longues douleurs, j'ai aussi perdu l'œsophage; mais je me sens malade. Voici le fait :

» Il y a un an, au mois d'octobre, étant en Angleterre, j'ai avalé une grosse arête de morue; le médecin chargé de l'extraire, introduisit une pince qui me brisa la corne de l'os hyoïde et relâcha le petit filament qui va s'attacher à la grande corne du cartilage thyroïde. La petite boule membraneuse qui recouvre la grande corne de l'os hyoïde, après s'être détachée, descendit dans un espace qui se trouve derrière mon nez, et resta

---

laissent surprendre un beau jour par la gravelle ou la goutte, sans en paraître trop étonnés. Dans son excellente monographie sur *la goutte*, M. le docteur Galtier-Boissière a eu la probité de ne préconiser que deux moyens prophylactiques et thérapeutiques : l'exercice et la sobriété. Mais allez donc prêcher à des sourds!

Au physique comme au moral, le travail est le principal moteur de la perfection. L'union du travail corporel et du travail intellectuel a produit les merveilles du bien et du beau. Le marbre, sous le ciseau de Phidias, a pris des formes qui ont excité l'admiration des siècles. Les couleurs, grâce au pinceau de Raphaël, ont revêtu les apparences de la vie, dans ce que l'on peut rêver de plus pur. L'homme emprunte à la nature son bois, son métal, ses fibres; il les transforme en instruments divers, qui rendent les sons les plus harmonieux.

Les résultats obtenus par le travail de l'homme ont laissé de beaucoup en arrière l'imagination du poëte le plus osé. La mythologie est vaincue. «Qu'est-ce, s'écrie M. Bouchardat, à côté des merveilleuses découvertes de notre siècle, que ces pauvres coursiers d'Homère qui franchissaient d'un saut les bornes de l'horizon? »

La dévorante activité des travaux de l'esprit entraîne très-fréquemment, chez les travailleurs de la pensée, la négligence des soins du corps. Les préceptes de Platon sont chaque jour méconnus. Il n'en est pas tout à fait de même en Angleterre. L'aristocratie, dans ce grand pays, s'est maintenue, parce que plusieurs vieilles races sont restées vigoureuses, et qu'elles ont su veiller sur le corps et l'esprit des leurs avec une égale sollicitude. Le lord, en effet, fortifie son intelligence par l'étude, et son corps par un exercice de chaque jour. M. le professeur Bouchardat a rappelé ce propos qu'a tenu un jour le célèbre auteur des *Lettres sur l'anatomie et la pathologie de l'encéphale* : «S'il y a tant de manœuvres abrutis ou féroces, tant de savants au corps rabougri ou au cœur sec, tant d'artistes monomanes ou sensualistes, c'est surtout à la division extrême du travail qu'est dû ce fâcheux résultat». Lallemand était certainement dans le vrai, mais, par le fait de la plus désolante contradiction, la division du travail est la condition la plus indispensable de la production industrielle, et c'est par elle que l'on obtient la production la plus abondante, la moins coûteuse et la plus parfaite.

Avec le fractionnement infini de l'ouvrage, le travail devient une corvée de manœuvre et non plus une occupation intelligente. Il n'y a plus de métiers, mais seulement un labeur physique plus digne d'une bête que d'un homme. Le travailleur ne peut plus se complaire à son œuvre; il ne la voit pas naître sous ses doigts; il fatigue sans cesse, il ne crée rien. L'action et le niveau des facultés mentales de l'ouvrier fléchissent alors fatalement.

Poursuivant le cours de ses entretiens intéressants, M. Bouchardat passe successivement en revue les exercices professionnels à attitudes constantes et à mouvements limités; le travail selon les habitudes, selon les imminences morbides, les conditions et les climats; le travail chez l'enfant, la femme, l'adulte et le vieillard, et dans ses rapports avec l'esclavage, etc., etc. Par des citations heureuses, par des applications pratiques, il a su captiver un auditoire illettré et lui inspirer les plus honnêtes sentiments; l'hygiéniste a été attachant, le moraliste a été paternel. Allant au-devant des récriminations de certains ouvriers qui redoutent les perfectionnements merveilleux apportés dans la construction des machines, parce que ces progrès constants de la mécanique peuvent faire réduire le chiffre des travailleurs, M. Bouchardat a dit :

« Il restera toujours assez de bons et utiles travaux pour les bras des hommes, fussent-ils cent fois plus nombreux sur cette terre qu'ils ne le sont aujourd'hui. Les machines exécuteront pour l'homme les travaux qui entraîneraient à leur suite des chances d'insalubrité; elles éloigneront de plus en plus les dangers du travail excessif; elles doubleront pour tous les conditions du bien-être; elles permettront d'arriver à cette idéale répartition du temps entre les occupations du corps et celles de l'esprit. Elles permettront à tous cette variété du travail qui en retranche tout ce qu'il y a de contraire à l'hygiène, pour n'y laisser que ce qui est parfaitement conforme au développement régulier de toutes les facultés de l'homme. Tout le travail pénible sera un jour exécuté par les machines; à l'homme sera réservé le véritable travail aristocratique dans tous les genres. »

Les études, les conseils et les horoscopes de M. Bouchardat tendent à prouver la justesse de ce mot de Louis XIV : « C'est par le travail qu'on règne. » La maxime est bonne, sachons en profiter.

Dr Legrand du Saulle.

Traité du coaltar saponiné, par M. le docteur Jules Lemaire. Chez Germer Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris. Prix : 2 fr.

là un temps assez considérable à me faire damner et à me donner d'affreux spasmes, pendant lesquels je n'obtenais de soulagement qu'en me couchant la tête en bas; puis cette petite chose sortit par la narine gauche à la suite d'un éternument, toute réduite et sous la forme d'un petit champignon noirâtre, dont l'espèce ressemble assez au cryptogame qu'on nomme morille.

» Je vins à Paris pour me faire soigner. Pendant mon voyage, j'avais dû m'arrêter à Douvres et recourir à un chirurgien, parce que ce petit cartilage qui me tombait dans la gorge m'effrayait. Celui-ci introduisit une sonde armée d'une éponge, et s'en servit avec tant de force qu'il brisa le filament qui s'attache à la grande corne du cartilage thyroïde.

» M. X... fit l'extraction de ce cartilage, qu'il ramena en deux morceaux à l'aide d'un crochet. Plus tard, dans un accès de toux, je rendis un petit os ou cartilage réduit, qui avait à peu près la forme d'un petit V et qui portait des traces d'insertion avec le cartilage extrait par M. X...

» Il y a quelques jours, comme je frottais mon cou à l'extérieur du larynx, qui me faisait mal, je sentis se détacher, avec un chatouillement, un autre cartilage qui probablement est l'épiglotte, et qui descendait du côté du pharynx par le côté gauche, où je suppose qu'il y a une ouverture; elle me piqua plusieurs jours dans l'estomac, descendit sans que je m'en aperçusse à travers l'intestin jusqu'au rectum, où je dus l'aller chercher, et je la garde pour vous la faire voir...

« Je ne crois pas pouvoir vivre longtemps; cependant, je désire que vous preniez la peine de m'examiner, etc. »

Dans une seconde lettre écrite tout récemment, la même malade s'exprime ainsi :

« Vous rappelez-vous, Monsieur le docteur, une malade à laquelle vous avez appliqué le laryngoscope, et qui avait l'os hyoïde brisé à gauche, l'une des cornes, celle de ce côté, déjà partie; une portion du corps de l'os cariée ou plutôt nécrosée, etc. Depuis, encore deux petits filaments qui allaient en haut se fixer à l'apophyse styloïde, sont partis après s'être longtemps balancés de bas et de haut, et de droite ou de gauche, suivant les impulsions de la déglutition. Le cartilage épiglottique, après m'avoir fait souffrir horriblement, s'est fait jour à travers les tissus jusqu'à l'ombilic, où il m'a piquée plusieurs jours avant de se décider à partir. L'épiglotte n'a plus de soutien; je la sens qui pend au-dessous de la glotte... Souvent il me semble que les liquides se font jour par la trachée. Je ne puis me faire illusion sur mon sort; j'éprouve beaucoup de difficulté à parler; et sens que l'anneau cricoïde est attiré à gauche. J'éprouve même des picotements significatifs à l'endroit de son insertion avec la trachée et jusques environ sous le second anneau. Dans une heure, dans une minute, demain ou dans quelques jours peut-être, dans un certain délai, j'aurai cessé de vivre. »

Or, l'examen laryngoscopique pratiqué par notre confrère, qui a une grande habitude de ce mode d'exploration, l'a convaincu de l'intégrité parfaite du larynx. Cette malade est hystérique, et, comme la plupart des hystériques, elle est fréquemment en proie à un état névrosique du larynx, auquel son imagination a donné les caractères et les proportions qu'on vient de voir.

CANCER DE L'OEIL ET DE L'ORBITE.

Deux opérations. — Autopsie. — Dégénérescence du nerf optique.

Par M. le docteur Gouriet (de Niort).

Le sieur Jean N..., hongroyeur, âgé de soixante-six ans, très-brun, d'une petite taille, d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu, pas plus que ses parents, les signes d'aucune diathèse, me consulte dans le courant de l'année 1861 pour une tumeur de l'œil droit.

Les paupières, très-distendues, laissent voir dans leur intervalle une masse de couleur grisâtre avec des espaces blancs et bleus; seul vestige qu'on puisse observer de sclérotique et de cornée transparente. Je suppose le tout gros comme un fort marron d'Inde.

Le malade me raconte que la vision a commencé à diminuer du côté droit il y a sept ou huit ans, puis qu'elle s'est insensiblement altérée, et enfin qu'elle est tout à fait abolie depuis cinq ans. Pendant longtemps, il n'a pas souffert; mais, il y a un an, il a commencé à ressentir des douleurs sourdes et assez facilement supportables, qui ont augmenté peu à peu, et qui dans les derniers temps sont devenues assez violentes pour ne pas lui permettre un seul instant de sommeil.

Le volume du globe oculaire ne s'est accru que depuis la période douloureuse.

Je diagnostiquai une affection cancéreuse, et proposai immédiatement au malade de lui faire l'opération. Il voulut attendre.

Comme palliatif, je lui passai un séton à la nuque, et lui prescrivis quelques calmants et quelques purgations dérivatives.

La douleur allant toujours croissant, détermina le sieur N... à accueillir ma proposition.

Le 5 décembre 1861, après avoir fait une ponction exploratrice qui ne donna pas issue à une seule goutte de liquide et qui m'accusa la sensation d'une tumeur très-dure en rapport avec mon diagnostic, j'enlevai l'œil par le procédé commun, qui consiste à cerner le globe sur ses quatre faces à l'aide du bistouri, puis à détacher le pédicule à l'aide du bistouri et des ciseaux courbes. Le sang s'écoula avec assez d'abondance, mais s'arrêta de lui-même. Je fis un pansement simple avec de la charpie introduite entre les paupières.

La tumeur incisée me parut composée d'encéphaloïde parsemé de mélanose avec des portions encore un peu reconnaissables des principaux éléments de l'œil.

Je n'insiste pas sur les suites immédiates de cette opération, qui se passèrent très-naturellement : la fièvre fut modérée, la suppuration suivit son cours, et le malade fut délivré de ses douleurs et de son insomnie. Tout alla bien pendant un mois : le malade se croyait sauvé. Mais dès les premiers jours de janvier 1862, la tumeur se mit à se développer de nouveau : son accroissement fut si rapide qu'en trois semaines elle dépassa son premier volume. Chose singulière, ce nouveau travail s'effectua sans la moindre douleur.

Une nouvelle opération était indispensable : nous la pratiquâmes le 30 janvier, M. le docteur Roulland et moi. La commissure externe des paupières étant assez largement débridée, le corps principal de la tumeur étant enlevé par le procédé dont j'ai parlé plus haut, nous réséquâmes plusieurs petits lobes qui restaient encore de façon à vider entièrement l'orbite de tout ce qu'il pouvait contenir. Il y eut cette fois une hémorrhagie abondante, qui ne disparut que par le tamponnement de la cavité. L'ensemble de la tumeur principale et des petites portions constituant une masse grosse comme un œuf de poule, semblait renfermer les trois formes du tissu cancéreux.

Tout alla bien pendant trois mois : nous nous laissions presque entraîner à l'espoir d'une guérison, lorsqu'une nouvelle augmentation de volume vint nous avertir de la récidive. Cette reproduction marcha si vite que du commencement d'avril à la fin de juillet la tumeur atteignit presque le volume du poing. Ce nouveau développement se fit encore sans douleur.

En même temps, le malade sentait ses forces s'épuiser, et marchait avec rapidité vers la cachexie cancéreuse, qu'indiquaient suffisamment la couleur jaunâtre de la peau, l'amaigrissement progressif, et plus tard l'œdème des membres inférieurs.

En présence d'un pareil état de choses, une troisième opération eût été un contre-sens; le parti le plus raisonnable était de laisser le pauvre cancéreux s'éteindre de lui-même, ce qui arriva le 30 juillet, six mois jour pour jour après la seconde opération.

Autopsie. — Douze heures après la mort, M. Roulland et moi procédons à l'ouverture.

Les filets sanguins de la pie-mère laissent échapper un sang très-pâle dénotant le degré d'appauvrissement du sujet.

Le nerf optique droit présente à l'intérieur du crâne, et avant de pénétrer dans l'orbite, une petite masse grisâtre grosse comme un petit pois et de nature encéphaloïde. La partie de ce nerf comprise depuis ce tubercule jusqu'au chiasma, participe à ce changement de couleur et à cette dégénérescence; elle est comme ratatinée, aplatie, réduite à son névrilème par la disparition de la pulpe intérieure. Au-delà du chiasma et du côté gauche, c'est-à-dire du côté opposé à l'œil malade, la couleur et le volume sont normaux; mais il existe un ramollissement très-manifeste de la racine blanche du nerf. La tumeur, logée dans l'orbite et faisant à l'extérieur une énorme saillie, adhère de toutes parts au périoste; elle est formée principalement d'encéphaloïde avec mélange de squirrhe et de mélanose. La lésion des os est fort curieuse. Des quatre faces de l'orbite, l'interne est la seule qui, dans sa partie supérieure, offre un peu de surface osseuse exempte de lésion; tout le reste semble imbibé d'encre et est envahi par la production mélanotique. En certains points, surtout à la face inférieure de l'orbite, l'os dégénéré est devenu si tendre, qu'avec la pointe du scalpel on peut y faire des rainures et en enlever des parcelles. L'os malaire offre à la section la même infiltration de mélanose jusque près de sa partie inférieure; la branche montante du maxillaire supérieur la présente aussi. Les muscles et le tissu cellulaire voisins sont gorgés d'une espèce d'ichor gélatiniforme.

Ces notions histologiques sur la nature de la maladie m'ont été fournies par un chirurgien militaire distingué, M. le docteur Thomas, aide-major au 6e régiment de chasseurs, à qui j'ai communiqué la pièce et qui l'a soigneusement examinée au microscope.

Cette observation offre surtout à considérer :

1° La repullulation extrêmement rapide de la tumeur à la suite des deux opérations qui ont été faites. Il semble que l'instrument tranchant ait donné un coup de fouet à la maladie, dont le développement en volume pouvait être ralenti par la compression qu'exerçaient les débris des tissus fibreux de l'œil.

2° L'absence de douleur qui a accompagné la double reproduction de la maladie, alors que l'affection était auparavant très-douloureuse, résultat qui semble tenir, comme le précédent, à l'absence de tissu fibreux résistant.

3° La dégénérescence intra-crânienne du nerf optique et l'imbibition par la matière mélanique de tout le pourtour osseux de l'orbite, deux raisons qui s'opposaient à la guérison par suite de l'impossibilité d'enlever le mal en entier.

4° Le peu de chances qu'offre l'opération des tumeurs malignes de l'orbite, et la réserve très-grande avec laquelle il faut accepter les pompeuses guérisons consignées dans le fameux mémoire de Louis. (Académie de chirurgie.)

MYOSCLÉROSE STERNO-MASTOÏDIENNE,

Par M. le docteur Labalbary.

Observée quatre fois par M. Melchiori, et une fois par M. Dolbeau à l'hôpital Saint-Louis, cette lésion musculaire, sans doute en raison de sa bénignité, était jusqu'ici passée inaperçue.

Le cas que je vais rapporter est le sixième de cette espèce.

Il y a deux mois environ, Mme F..., de Bourg-la-Reine, primipare et bien constituée, parvenue sans accidents au deux cent soixantième jour de sa grossesse, a mis au monde un enfant viable, mais médiocrement développé.

L'accouchement ayant subi un temps d'arrêt au moment où la tête s'engageait au détroit inférieur, je crus devoir appliquer le forceps pour hâter le travail, qui commençait à se compliquer de phénomènes éclamptiques. Bientôt de douces tractions amenèrent à l'orifice vulvaire la tête du fœtus; la fin du travail et l'expulsion du délivre s'effectuèrent très-heureusement. Je n'eus rien de particulier à noter pour les suites de couches. L'enfant a des membres délicats et grêles, mais il est bien conformé.

Au bout de trois semaines, la famille me fait appeler pour constater une *grosseur au cou* (*sic*), que l'on croyait être un abcès. J'examine et trouve à la partie antéro-supérieure de l'insertion sterno-mastoïdienne droite une induration circonscrite et mobile, grosse comme une noix et de forme oblongue. Je reconnais qu'elle appartient au tissu musculaire, et qu'elle devient plus saillante par suite des cris et des efforts de l'enfant. Je n'institue pour tout traitement que des fomentations émollientes sur le siége de la tumeur.

Aujourd'hui, c'est-à-dire cinq semaines après le premier examen de la lésion, je remarque une diminution sensible dans le volume et dans la rénitence de l'induration musculaire. Une pression assez énergique n'y éveille aucune douleur. Bientôt, selon toute apparence la maladie disparaîtra par résolution.

L'opinion professée par M. Melchiori, au sujet du développement de cette affection anormale, est pleinement justifiée par les circonstances qui ont accompagné l'extraction de cet enfant du sein maternel. Ici, comme dans les cinq cas précédemment observés, la myosclérose est résultée de la compression de la cuiller du forceps sur le muscle sterno-mastoïdien droit et partant de la torsion, peut-être même de la déchirure de ses fibres ligamenteuses à son point d'insertion supérieure.

Espérons que de nouvelles observations jetteront bientôt un nouveau jour sur cette transformation accidentelle de la fibre musculaire en éléments de *cartilage*. La clinique, il est vrai, ne retirera pas grand bénéfice de ces recherches, vu l'innocuité de cette affection et l'inutilité de son traitement, mais le diagnostic y gagnera en précision.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 décembre 1862. — Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. Broca. Voici une pièce sur laquelle nous n'avons que des renseignements vagues, mais qui offre néanmoins un certain intérêt. Elle a été recueillie sur le cadavre d'un vieillard qui a succombé à une affection des voies urinaires. Il portait en effet une prostate volumineuse ayant amené de la fièvre, de la rétention d'urine, et la mort est survenue subitement sans cause connue. Peut-être y a-t-il eu une syncope?

Quoi qu'il en soit, la pièce que je présente montre une lésion qui à elle seule était capable de produire une mort subite; et cependant elle n'a pas amené ce résultat. A l'autopsie, nous avons constaté que le trou occipital était presque oblitéré par une tumeur osseuse. La pièce a été enlevée un peu précipitamment, parce que le sujet était réclamé, de sorte que le trait de scie passant au niveau de la troisième vertèbre cervicale, a porté dans la lésion. Telle qu'elle est, cette pièce nous fait voir encore un exemple de luxation de l'atlas sur l'axis, avec fracture de l'apophyse odontoïde. Il y a déplacement latéral, avec un certain degré de rotation. Sur le vivant, nous avions déjà remarqué que la tête était un peu de travers et le cou un peu roide. Il est probable qu'il y a eu un accident traumatique. L'apophyse droite de l'axis fait saillie dans le canal rachidien, de sorte que le petit doigt peut être à peine reçu dans ce canal.

On se demande dès lors comment la moelle n'a pas été déchirée au moment de la production de la luxation. Je ne pense pas qu'il s'agisse là d'une luxation pathologique. A la suite de ce déplacement, les premières vertèbres cervicales se sont ankylosées, mais je ne puis dire jusqu'à quelle vertèbre descendait cette soudure.

DISCUSSION.

M. Boinet. J'ai connu une femme qui, en 1826, fit en jouant une chute sur la tête; à la suite de cet accident, elle éprouva un dérangement dans le cou pouvant s'expliquer par une luxation ou une fracture des premières vertèbres cervicales. Or, cette malade vit encore, mais elle a une paralysie des membres inférieurs et supérieurs, et une dysphagie. La tête est portée en avant, il y a saillie dans le pharynx, au niveau de l'axis, et un strabisme.

M. Trélat. Je veux signaler une disposition anatomique propre à expliquer l'absence de compression dans la moelle lorsqu'il y a fracture ou luxation. En haut, la moelle ne remplit pas tout le canal rachidien, bien s'en faut. La dure-mère et les sinus rachidiens remplissent les deux tiers de ce canal, de sorte que l'effet de la compression porte d'abord sur les organes. Quant au déplacement, il s'explique par la disposition des facettes articulaires que l'on découvre bien en faisant une section verticale et transversale du rachis à ce niveau. On voit alors que l'axis forme une sorte de coin glissant en dehors par un mouvement de translation. J'ai déposé au musée Dupuytren des pièces qui démontrent cette disposition.

M. Richet. Je partage l'opinion de M. Broca sur l'existence d'un déplacement latéral d'un centimètre. Mais ce qui me trouble, c'est l'absence complète de paralysie avec une semblable lésion. Il n'y a pas plus de deux cas de luxation connus de l'axis : l'un est dû à M. Hirigoyen, l'autre à notre collègue M. Guérin; et dans les deux cas la mort a été instantanée. Dans le cas de M. Broca, il y a fracture et déplacement latéral; le canal vertébral est rétréci considérablement, d'où une difficulté de comprendre qu'il n'y ait pas eu de paralysie. Comme les renseignements ne sont pas précis, il est permis de conserver des doutes sur la non-existence de la lésion de la moelle.

M. Giraldès. M. Richet dit qu'il n'y a que deux faits connus de luxation de l'axis; mais il y a un mémoire publié dans le *Journal complémentaire des sciences médicales* dans lequel on cite plusieurs exemples de ces luxations, et dont quelques-unes s'accompagnent en même temps de fracture de l'apophyse odontoïde.

M. Chassaignac. S'il n'y a pas de renseignements exacts, il ne faut pas s'étonner de ce rétrécissement sans paralysie. Il y a dans le musée de Leyde des pièces qui montrent un canal rachidien très-petit et cependant compatible avec la vie. Il est probable qu'un travail ostéopathique a amené un rétrécissement graduel, qui rend compte d'une compression lente et par conséquent supportable pour la moelle comme elle est supportable pour le cerveau.

M. Broca. Je n'ai pas dit qu'il y avait eu absence de paralysie; tout ce que j'ai avancé, c'est qu'il n'y en avait pas au moment de notre observation. Les renseignements nous manquent sur ce qui

s'est produit au moment de l'accident ; mais je pense qu'alors il y a des troubles nerveux du côté de la moelle.

M. HUGUIER. Ces sortes de luxations peuvent avoir lieu par une cause traumatique ou pathologique. J'ai publié un cas de luxation de l'atlas sur l'axis ; peu à peu il s'est survenu des phénomènes de compression de la moelle, consistant d'abord dans la paralysie du mouvement, puis de la sensibilité, et, bref, la mort est arrivée progressivement.

M. LARREY. J'ajouterai un seul fait. Il y a vingt-deux ou vingt-trois ans, j'ai vu un résultat fatal par suite d'une luxation survenue dans une tumeur blanche du cou. Le chirurgien examinait son malade, il fit un mouvement qui déplaça les os, et la mort arriva instantanément pendant cet examen. Dans l'histoire des tumeurs blanches du cou, il serait facile de recueillir beaucoup d'exemples semblables.

COMMUNICATION.

M. RICHET. Il y a deux mois environ, j'ai apporté ici une pièce que j'avais enlevée sur une dame. Une discussion s'était établie sur la nature de cette pièce; diverses opinions se produisirent. Or, la suite de cette opération nous éclaire aujourd'hui d'une nouvelle lumière. La récidive est survenue; j'ai enlevé un seconde tumeur, et l'examen au microscope nous montre qu'elle est composée de tissu et d'éléments fibro-plastiques.

— M. BOUROT donne lecture d'une note sur le pied chinois.

Cette note est renvoyée à l'examen de M. Bouvier.

— M. DEMARQUAY fait la communication suivante :

L... (Francois), âgé de trente-cinq ans, a été pris, il y eut un an au mois d'août, de douleurs très-vives dans le ventre, au niveau du foie. D'après le récit du malade, ces douleurs avaient le caractère de coliques hépatiques ; elles durèrent pendant quarante-huit heures. A la suite de ces symptômes, une tuméfaction apparut au-dessous du foie, au niveau de la vésicule biliaire. Cette tuméfaction alla graduellement en augmentant, au point d'acquérir un volume considérable. La peau devint rouge et tendue, et une perforation spontanée qui eut lieu au mois de février dernier, donna issue à une grande quantité de matière bilieuse mêlée de pus. La plaie resta fistuleuse, et donna passage, dans le mois d'avril suivant, à trois ou quatre fragments de nature pierreuse, qui furent reconnus pour être des calculs biliaires.

Depuis cette époque, il s'écoule chaque jour par la fistule une petite quantité de matière purulente. Malgré tous ces accidents, la santé générale du malade est restée intacte ; il a toujours continué ses travaux très-rudes de cultivateur. Il n'a jamais eu d'ictère, même à la suite de ses douleurs hépatiques.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. DEMARQUAY. Bien que les productions cornées qui se développent à la surface du corps ne soient point rares, j'ai pensé que la Société verrait avec intérêt une pauvre femme portant sur le bras droit une véritable corne de bélier de la longueur de vingt centimètres.

Cette malade m'a été présentée par M. le docteur Courtois, médecin à la Villette; il a eu la bonté de rédiger lui-même l'observation, que je dépose sur le bureau.

J'ai fait à ce sujet une série de recherches, et je joins à l'observation de mon honorable confrère le résumé sous forme de tableau de tous les faits analogues que j'ai trouvés dans la science. (Voir ce tableau dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie pour 1862).

Observation d'un kyste sébacé sécrétant depuis trente-quatre ans continuellement une substance ayant la forme et l'apparence d'une corne de bélier.

(Recueillie par M. le docteur COURTOIS.)

Veuve M..., fille V... (Marie-Marguerite-Rose), âgée de soixante et onze ans, née à Passy-sur-Marne, arrondissement de Château-Thierry; tempérament sanguin, de forte constitution, taille au-dessus de l'ordinaire; menstruation tardive et douloureuse, à vingt et un ans seulement, très-régulière depuis jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans, époque à laquelle elle a cessé de paraître sans gêne appréciable.

Mariée à trente et un ans, elle eut sept enfants en onze ans, tous nés viables et fortement constitués; son premier-né était du sexe masculin ; il avait quatre dents en venant au monde, deux en haut et deux en bas, et toutes les autres étaient sur le point de percer la gencive; il mourut des suites du travail de l'accouchement.

Elle travailla aux champs jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, vint à Paris, entra chez un tonnelier, qui devint son mari, et partagea sans fatigue son pénible travail jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans; devenue veuve, elle gagna sa vie depuis ce temps en cardant des matelas.

A trente-huit ans, sans cause appréciable, il lui vint au sommet du bras droit, en dehors, une tumeur, grosse d'abord comme un pois, qui pendant sept ans atteignit progressivement le volume d'un œuf de poule; cet accroissement se fit sans douleur.

Elle raconte que les dames Saint-Thomas, pour dissoudre la tumeur, lui appliquèrent un emplâtre de couleur brune, à la suite duquel, quinze jours après, survint une éruption boutonneuse qui envahit tout le côté droit du corps; dix-huit mois après, nouvel emplâtre, nouvelle éruption, moins intense il est vrai ; enfin douze emplâtres furent employés pendant quatre ou cinq ans sans que l'éruption reparût.

Alors la peau se dessécha, et la tumeur s'ouvrit; on en fit sortir avec facilité un corps gras, fétide, gris, dur, granulé. Après quelques jours d'application d'une pommade inerte, on enleva sans douleur et sans le moindre écoulement sanguin une espèce de poche qui contenait la tumeur.

La chair reboucha la cavité en trois ou quatre jours; alors elle aperçut au centre de la place occupée par la tumeur une petite corne de la grosseur d'un pois; elle la fit tomber avec son ongle ; trois ou quatre jours après, reproduction semblable; elle la laissa pousser jusqu'à ce qu'elle atteignît 4 centimètres de longueur : elle avait la forme aplatie d'un grand haricot.

Elle se confia aux soins du docteur Barrère, qui lui en fit la section, et retira, dit-elle, du fond de la plaie, plus de cinquante *germes*.

Peu de jours après, réapparition de la tumeur, mais divisée en sept branches arrondies, d'inégale grosseur. Pendant quatre ans elle est soignée par les homœopathes Simon père et fils inutilement, malgré, dit-elle, la violence parfois de l'action de leurs remèdes, tout insipides qu'ils étaient. Pendant ce laps de temps, trois branches tombèrent et ne repoussèrent plus.

Elle alla consulter les chirurgiens de l'hôtel des Invalides. M. Hutin ne voulut rien faire autre chose que la section de la portion cornée de l'excroissance. Cette opération fut répétée tous les deux ou trois ans, six fois en tout jusqu'à ce jour. Après la deuxième section, les quatre branches qui restaient n'en firent plus qu'une.

La dernière opération fut faite par moi, le 2 mai 1859. La partie que je sciai avait 13 centimètres de longueur ; sa grosseur était sensiblement la même dans toute son étendue, 15 millimètres de diamètre. Elle était contournée en spirale. Un pédicule charnu, composé de faisceaux agglomérés, la supportait. On remarquait, à un centimètre de hauteur, une ligne de démarcation entre la chair et la substance cornée, semblable à celle que l'on observe à l'insertion du cordon ombilical.

La tumeur actuelle est la plus volumineuse de toutes. La malade en réclame la section depuis au moins six mois ; elle éprouve un engourdissement dans le bras et la main, qu'elle attribue aux tiraillements produits par les chocs extérieurs qu'elle ne peut toujours éviter.

En décembre 1861, elle eut le côté droit envahi par un large zona dont elle souffrit pendant deux mois ; il lui en est resté une assez vive démangeaison.

Au moment où la production cornée a pris son plus grand développement, son appétit est devenu excessivement impérieux. Quatre livres de pain étaient insuffisantes pour elle pendant les vingt-quatre heures ; elle a été obligée pendant quinze ans de se relever la nuit pour manger, sans augmenter d'embonpoint, au contraire. Depuis deux ou trois ans, elle mange comme tout le monde.

Je dois ajouter que sa vie est très-régulière.

COMITÉ SECRET.

Sur l'invitation de M. le président, la Société se réunit en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre la lecture du rapport sur le prix Duval.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons indiqué dans notre dernier numéro les mutations qui auront lieu au 1er janvier, dans le service médical des hôpitaux par suite du décès de M. Tessier et de la mise à la retraite de M. Gibert. Nous donnons aujourd'hui les mutations auxquelles vont donner lieu, dans le service chirurgical, la démission de M. Malgaigne et la mise à la retraite de M. Michon. Sont désignés :

M. Denonvilliers, pour la Charité; M. Richet, pour la Pitié; MM. Voillemier et Guérin, pour Saint-Louis ; M. Cusco, pour Lariboisière ; M. Follin, pour le Midi ; M. A. Richard, pour Cochin ; M. Broca, pour la Salpêtrière; M. Bauchet, pour Lourcine; M. Foucher, pour Bicêtre; M. Dolbeau, pour les Enfants-Assistés.

— Le concours pour une place de chirurgien suppléant des hospices civils de Nantes, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Edmond Vignard.

— Dans la liste des lauréats du concours pour les prix des sciences accessoires médicales à Toulouse, nous avons imprimé par erreur le nom de M. Raymond au lieu de celui de M. Raynaud, qu'il faut lire.

— M. le docteur Bisson, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, ancien médecin du ministère des finances et chef du service médical du chemin de fer d'Orléans, a succombé le 15 de ce mois, à l'âge de soixante et un ans, à la maladie qui l'éloignait depuis quelques années de la vie médicale.

— Un autre de nos confrères de Paris, M. Lusignan, vient de mourir subitement au moment où il accouchait une de ses clientes. Il était âgé de cinquante-quatre ans.

— La Société d'anthropologie vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1863.

Ont été nommés : *président*, M. de Quatrefages; *vice-président*, M. Gratiolet; *secrétaire général*, M. Broca ; *secrétaires*, MM. Dally et Trélat; *trésorier*, M. Bertillon ; *archiviste*, M. Lemercier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Quelques considérations sur le service sanitaire en campagne, et principalement sur l'importance des évacuations des malades et des blessés au moyen des chemins de fer, par M. CATTELOUP, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles. In-8° de 48 pages. Prix : 1 fr. 50 c. Paris, chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx, étudiées à l'aide du laryngoscope, par le docteur TURCK, médecin en chef impérial et royal de l'Hôpital général de Vienne (Autriche). In-8° de 100 pages. Prix : 2 fr. 50 c. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, LE 22 DÉCEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Poursuivant l'étude de l'influence des mariages entre consanguins sur les produits de la génération, M. Boudin a communiqué à l'Académie deux faits qui tendraient à établir, suivant lui, que cette influence peut se faire ressentir sur la seconde génération, après avoir épargné la première. « Des individus issus de mariages consanguins, quoique parfaitement constitués eux-mêmes, bien portants, et sans s'allier entre proches, sont exposés, dit-il, à engendrer des enfants infirmes et à produire indirectement l'état morbide auquel ils ont eux-mêmes échappé. » C'est ce que sembleraient démontrer, en effet, les deux faits rapportés dans la note de M. Boudin. Vu l'importance et la difficulté de la question, nous croyons utile d'enregistrer soigneusement tous les faits qui se produisent, comme autant d'éléments de l'enquête qui se poursuit en ce moment sur ce sujet.

La quantité d'air nécessaire à la respiration n'est pas la même pendant le sommeil que pendant la veille. C'est un fait admis par tous les physiologistes, et que démontrent des expériences concluantes. Si c'est là ce qu'a voulu établir M. Delbruck dans la note que M. Dumas a présentée en son nom à l'Académie, nous ne voyons pas trop ce que sa communication nous apprend de nouveau. Si M. Delbruck a voulu aller plus loin, et prouver, par les exemples qu'il a cités, que c'est à la condition de diminuer le libre accès de l'air dans les poumons que s'établit plus sûrement le sommeil, il lui eût fallu des preuves plus décisives.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des kystes hydatiques du foie.

Il y a huit jours, vous m'avez vu réunir en consultation tous les médecins de l'Hôtel-Dieu : j'avais un avis à leur demander. Ces sortes de communications tournent au profit de tous. Je n'étais pas sans doute très-embarrassé sur le diagnostic; je l'étais davantage sur le pronostic et sur le traitement, et je désirais que mes collègues me confirmassent dans les idées que j'avais adoptées, ou qu'ils me donnassent, pour les abandonner, des raisons péremptoires. Le résultat de la conférence fut en tous points conforme à ce que j'avais prémédité.

Au n° 38 de la salle Saint-Bernard est entrée, il y a quinze jours, une femme de trente-deux ans, journalière, malade depuis ses dernières couches qui remontent à trois ans et demi. Un mois après sa délivrance, elle eut de l'ictère, — et ce n'est pas là un phénomène commun au début de la formation de poches hydatiques, — puis elle resta mal à son aise, et fut prise de vomissements deux ou trois fois par mois. Les choses continuèrent ainsi; mais il y a cinq semaines, la malade souffrant davantage et vomissant du sang, se décida à entrer à l'hôpital.

Au premier mot de *vomissements sanglants*, nous pensâmes tout d'abord à un cancer de l'estomac, mais l'inspection seule du facies battait en brèche ce premier jalon diagnostique. En examinant le ventre, nous trouvâmes une saillie notable, presque globuleuse, résistante, très-tendue, élastique, d'une fluctuation obscure, occupant le milieu épigastrique, se réfugiant sous les côtes gauches, refoulant le cœur et donnant de la matité depuis une ligne qui serait partie du teton gauche, et qui serait venue aboutir à la base de la poitrine à droite. Que pouvait donc être cette tumeur? Un kyste hydatique du foie, et ce fut là le jugement que nous portâmes.

Au moyen d'un petit trocart explorateur, nous fîmes une ponction, et il jaillit aussitôt un liquide transparent, limpide, qui, traité par la chaleur et l'acide nitrique, ne donna aucun précipité albumineux.

Nous avions naguère au n° 3 de la salle Sainte-Agnès un garçon de vingt-cinq ans, très-malade depuis six semaines environ, ayant considérablement maigri, vomissant beaucoup, portant, disait-il, depuis quatre ans une grosseur dans le ventre, et ayant successivement passé par une longue série de malaises et de souffrances. Il portait une tumeur au centre épigastrique et avait l'aspect extérieur du cancéreux. Malgré l'âge du sujet, nous crûmes à un cancer. Nous fîmes également une ponction exploratrice, mais le trocart avait pénétré dans du tissu solide, et il n'en sortit rien. Ce garçon mourut, et nous trouvâmes à l'autopsie des cancers multiples du foie : la glande hépatique pesait 4,500 grammes.

Vous avez pu observer il y a déjà quelque temps, dans le service de la clinique, au n° 12 de la salle Sainte-Agnès, un homme sorti des rangs de l'armée, et qui avant de partir pour la Crimée, où il avait fait toutes les campagnes depuis la bataille de l'Alma jusqu'à la prise de Sébastopol, s'était déjà plaint de quelques douleurs dans le côté droit. Il fit son service, et pendant la longue durée de l'expédition, il supporta les fatigues les plus pénibles; à part une tuméfaction assez appréciable du côté droit, l'état général resta excellent, et les médecins militaires n'eurent point à intervenir. De retour en France et à l'expiration de son congé, cet homme occupa les loisirs que lui donnaient la paix et sa libération du service, à se tourmenter d'autant plus de sa santé, qu'il devient sujet à des accidents fébriles intermittents. Il entra alors à l'Hôtel-Dieu.

Je reviendrai tout à l'heure sur ces malades; mais je veux profiter de l'occasion qui m'est offerte, et vous dire quelques mots des kystes hydatiques du foie.

Dans un ouvrage que je recommande à toute votre attention, dans le *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, M. le docteur Davaine considère les hydatides, dans leur état d'intégrité, comme des vésicules arrondies, formées d'une matière semblable à de l'albumine coagulée, renfermant un liquide limpide, et libres de toute adhérence, de toute connexion avec l'organe qui les recèle. Elles contiennent presque toujours des échinocoques adhérents à leur surface interne, ou libres et flottant dans le liquide hydatique. A peine visibles quelquefois à l'œil nu, elles peuvent d'autres fois acquérir le volume de la tête d'un fœtus à terme; mais le plus ordinairement elles sont grosses comme un pois, une noix ou même une orange. Leur forme, primitivement sphéroïde ou ovoïde, se trouve souvent modifiée par la pression qu'exercent sur elles les parties au milieu desquelles elles ont pris naissance.

Développées dans les cavités séreuses naturelles, les hydatides ne paraissent avoir d'autre enveloppe que celle qui leur est formée par les parois de la cavité qui les renferme. Dans les parenchymes, elles sont entourées d'une membrane adhésive, d'un kyste formé aux dépens du tissu cellulaire de l'organe parenchymateux.

En général d'une forme globuleuse, le kyste hydatique est rarement composé de plusieurs loges distinctes. Lorsqu'il est multiloculaire, cela peut dépendre de la fusion de plusieurs kystes, ou bien de ce que la poche hydatique a rencontré des obstacles à son accroissement uniforme, auquel cas l'hydatide, si elle est unique, envoie des prolongements dans les diverses loges.

Lorsque le kyste ne contient qu'une seule hydatide, celle-ci le remplit ordinairement en entier et tapisse immédiatement ses parois; quand il en renferme plusieurs, — et on en a compté jusqu'à cinq cents, que dis-je? jusqu'à neuf mille, — les hydatides nagent dans un liquide limpide, transparent, et ne se coagulant ni par la chaleur ni par l'acide nitrique.

Tant que les accidents prodromiques d'un kyste du foie sont peu caractérisés, le diagnostic est très-difficile, sinon impossible. Mais lorsque le kyste devenu volumineux vient faire saillie du côté des parois abdominales, la tumeur qu'il forme présente dans son aspect, dans son développement, dans les phénomènes concomitants, des éléments suffisants pour que le plus souvent un observateur attentif n'y soit pas trompé.

Survenue lentement, comme chez le malade que nous avons eu au n° 12 de la salle Sainte-Agnès, sans occasionner à proprement parler de douleurs, sans être accompagnée de réaction fébrile, de troubles dans la santé générale, la tumeur est ordinairement globuleuse, et soulève uniformément les parois costales et abdominales au-dessus desquelles elle est placée. A la percussion, elle donne un son mat; au doigt qui la presse, elle offre une résistance élastique, et l'on sent qu'elle est le siége d'une fluctuation profonde, obscure parfois, et assez difficile à percevoir. M. le docteur Briançon, et après lui beaucoup d'autres médecins ont parlé d'un frémissement particulier produit par la tumeur, et à l'aide duquel on diagnostiquerait infailliblement les acéphalocystes; mais le *frémissement hydatique* manque dans la très-grande majorité des cas, quelque soin qu'on mette à le rechercher, et je ne vous engage pas à attacher à la présence ou à l'absence de ce signe une importance trop grande.

Lorsque la tumeur s'est lentement développée et qu'elle est restée limitée à une portion relativement peu considérable de l'organe, la majeure partie de la glande qui a été respectée suffit amplement à l'accomplissement des fonctions qu'elle est chargée de remplir. Mais quand la presque totalité du foie est envahie par un seul kyste, comme on en a cité des exemples, ou par des kystes multiples, il arrive que ces tumeurs, en raison de la place qu'elles occupent, gênent le cours de la bile dans ses canaux excréteurs, et que des accidents locaux et généraux en sont la conséquence.

En cheminant du côté du ventre, un kyste volumineux peut repousser l'estomac, refouler en bas la masse intestinale et descendre jusqu'à la crête iliaque droite. Se développe-t-il du côté de la face convexe de la glande, au fur et à mesure qu'il prend de l'accroissement, il refoule le diaphragme dans la poitrine, et indirectement le poumon et le cœur, puis, en remontant quelquefois ainsi jusqu'à la deuxième côte et jusqu'à la clavicule, il simule un épanchement pleurétique et gêne singulièrement la respiration et la circulation cardiaque. Dans quelques cas enfin, la tumeur écarte ou détruit les fibres du diaphragme et pénètre directement dans la cavité pleurale.

Qu'il se soit transformé en abcès, ou qu'en raison même du volume énorme qu'il a pris le kyste tende à se rompre, il arrive un moment où le liquide qu'il contient s'ouvre une voie à travers les parties qui avoisinent la tumeur. L'issue se fait quelquefois au dehors, à travers les parois abdominales, et ces conditions-là sont les plus favorables à la guérison définitive du kyste. Mais, les tumeurs hydatiques du foie se sont-elles développées du côté de la surface concave de la glande hépatique, leur ouverture spontanée peut se faire dans l'abdomen, soit dans le péritoine, — et il en résulte des accidents inflammatoires promptement mortels, — soit dans les vaisseaux, soit dans les voies biliaires, l'estomac ou l'intestin.

L'ouverture des tumeurs hydatiques dans les conduits biliaires s'explique par l'ulcération des parois de ces canaux, déterminée par la compression que la tumeur exerce sur eux. Les vésicules s'engagent dans leur cavité. Ce sont d'abord de petites hydatides qui s'y introduisent, et qui, poussées par la bile sans cesse sécrétée derrière elles, passent des branches dans les gros troncs des canaux, et de là dans l'intestin. Si elles sont d'un très-petit volume, elles peuvent être expulsées sans grande difficulté; si elles sont plus grosses, elles cheminent plus lentement, et l'accumulation de la bile à laquelle elles font obstacle amène la dilatation des conduits. Cette dilatation permet à des hydatides plus considérables de s'engager à leur tour et de parcourir le même trajet. Quand on examine les garde-robes, on trouve des débris d'acéphalocystes et même des hydatides entières.

La rupture spontanée des tumeurs hydatiques du foie dans les canaux biliaires n'amène pas nécessairement de complications mortelles; elle est même parfois un mode heureux de terminaison. Mais les chances favorables sont plus nombreuses encore lorsqu'il s'établit une communication entre les kystes et le canal intestinal.

Pour que cette communication puisse s'établir, il faut que la tumeur et les organes (le duodénum, et plus souvent le côlon ascendant ou transverse) dans lesquels elle va se vider aient contracté des adhérences; autrement, on a à craindre ces épanchements brusques de liquide dans le péritoine, dont la conséquence immédiate est une péritonite suraiguë, mortelle en quelques heures. Ces adhérences sont le résultat du travail phlegmasique des feuillets séreux du kyste et du tube digestif accolés l'un à l'autre. Elles se produisent ici comme on les voit se produire dans les cas de phlegmon de la fosse iliaque ou du ligament large, par exemple, quand ces phlegmons suppurés se vident en s'ouvrant dans l'intestin ou dans la vessie.

L'affaissement, la disparition d'une tumeur qui auparavant faisait saillie dans la région hypochondriaque droite et vers l'épigastre, quelquefois une sensation particulière accusée par le malade; les vomissements de matières purulentes, d'abord inodores, puis fétides ensuite, et contenant des hydatides ou des débris d'hydatides, annoncent que le kyste s'est fait jour dans l'estomac.

Lorsque le kyste hydatique s'est développé du côté de la surface convexe du foie, la glande hépatique est repoussée plus ou moins bas dans la cavité abdominale, et le diaphragme est

fortement refoulé dans la cage thoracique. Que ce muscle soit resté intact, que ses fibres aient disparu dans une étendue variable par le fait de la compression exercée sur elles, qu'il y ait une perforation livrant passage à la tumeur, toujours est-il que la présence du kyste hydatique dans la poitrine en impose souvent pour un épanchement pleural; la percussion et l'auscultation en fournissent au besoin les signes: matité absolue, absence du murmure respiratoire, et quelquefois égophonie.

Un examen attentif permet cependant de saisir des différences qui aident au diagnostic. Ainsi, la matité est habituellement limitée dans un certain espace; son niveau varie de telle sorte qu'en percutant, par exemple, le long de la colonne vertébrale, on trouve cette matité complète, tandis qu'en dehors, sur la paroi latérale du thorax, on trouve au même niveau de la sonorité, quelle que soit la position que l'on fasse prendre au malade; ou bien c'est en debors que la matité est absolue, tandis que le long du rachis le son est clair et que l'on entend le murmure vésiculaire. Sans doute cette circonscription de la matité peut tenir à une pleurésie enkystée; mais, d'une part, cette forme de pleurésie est assez rare, et, d'autre part, elle ne donne point lieu à la déformation particulière que prend généralement la poitrine dans les cas de tumeurs hydatiques, déformation globuleuse, circonscrite, qui s'étend à la région du foie. L'hésitation n'est plus possible lorsque, indépendamment de l'abaissement de la glande hépatique dans l'abdomen, on arrive à percevoir au niveau du rebord des fausses côtes une fluctuation profonde. Du reste, la ponction exploratrice lève tous les doutes.

S'il se fait un véritable épanchement pleurétique sous l'influence de l'irritation causée par la présence de la tumeur dans la cavité séreuse, le diagnostic différentiel devient impossible à établir.

Lorsqu'il y a eu une perforation du diaphragme consécutive à la disparition des fibres musculaires longtemps comprimées par le kyste hydatique, la tumeur du foie peut contracter des adhérences avec le poumon, finir par se rompre et se mettre en communication avec une cavité qui se creuse dans le parenchyme même de l'organe de la respiration. Les symptômes de l'affection pulmonaire restent alors le plus souvent méconnus, jusqu'au jour où la cavité accidentelle du poumon vient à communiquer avec les bronches. Les matières expectorées renferment, dans ce cas, de la bile, des hydatides ou des débris d'hydatides.

Cette communication entre les kystes hydatiques du foie et les bronches a été, dans un bon nombre de faits rapportés par les auteurs, un heureux moyen employé par la nature pour arriver à la guérison complète.

La rupture des kystes du foie dans la cavité pleurale a généralement pour conséquence une pleurésie suraiguë avec épanchement considérable remplissant toute la cavité pleurale, et qui s'annonce par une violente douleur de côté, un mouvement fébrile intense, et amène promptement l'hydro-pneumo-thorax et la mort.

Nous avons assisté il y a quelque temps, ici même, à l'Hôtel-Dieu, à l'autopsie d'un malade de la salle Sainte-Jeanne, et par conséquent étranger au service de la Clinique, et les renseignements qui m'ont été donnés vont vous démontrer de combien de difficultés est environné le diagnostic des kystes hydatiques du foie.

Cet homme était à l'hôpital depuis deux ou trois mois, et il présentait tous les signes d'un épanchement considérable de la poitrine du côté droit. Le développement du thorax de ce côté, la matité absolue, le souffle, l'égophonie et la broncho-égophonie ne laissaient aucun doute sur la présence du liquide dans la cavité pleurale. Après quelques semaines, le malade se sentant mieux, demandait sa sortie et voulait retourner chez lui, bien qu'en définitive les accidents thoraciques n'eussent paru en rien modifiés. Mais il fut bientôt obligé de rentrer à l'Hôtel-Dieu. Il rendait alors par l'expectoration des crachats jaunâtres, au milieu desquels on reconnaissait l'existence de la bile. On en conclut qu'il pourrait bien y avoir une communication entre les poumons et le foie. Ces accidents prirent rapidement une extrême gravité et marchèrent vers une terminaison fatale.

Dans les derniers jours, l'haleine et les matières expectorées avaient une horrible fétidité, et on eut l'idée d'un hydro-pneumo-thorax ouvert dans les bronches, et dont le liquide était altéré par la présence de l'air.

A l'autopsie, on trouva un énorme kyste hydatique du foie, contenant encore des acéphalocystes; il s'était ouvert dans les bronches à travers une portion du tissu du poumon gangrené. L'épanchement pleurétique reconnu pendant la vie existait en effet, et, chose curieuse, entre cet épanchement et les bronches il n'y avait aucune communication. Vous comprenez maintenant comment il était impossible de diagnostiquer pendant la vie ce qui s'était passé, et de savoir que la pleurésie occasionnée vraisemblablement par le kyste, était cependant indépendante de celui-ci. Il était d'autant plus impossible de constater la présence de ce kyste du foie, que la tumeur occupait la surface convexe de l'organe, sans que la glande hépatique fit la plus petite saillie anormale du côté de l'abdomen.

Quant au malade revenant de Crimée, et que vous avez tous vu couché au n° 12 de la salle Sainte-Agnès, nous fûmes, à notre premier examen, frappé de l'ampliation très-notable de la poitrine du côté droit, de cette saillie globuleuse qui s'étendait à tout l'hypochondre correspondant jusque dans la région épigastrique. Cet aspect des parties caractérisait de prime-abord le kyste hydatique du foie. La ponction exploratrice nous confirma dans notre manière de voir. Ce kyste occupait la face convexe de l'organe. Vous vous souvenez qu'il survint des complications extrêmement graves du côté des organes respiratoires, qu'il fut pris pendant une nuit de quintes de toux que rien ne put arrêter, et qu'il succomba en proie à une anxiété indéfinissable, à une suffocation terrible. A l'autopsie, nous trouvâmes un hydro pneumo-thorax.

Je ne vous ai parlé du garçon du n° 3 de la salle Sainte-Agnès, et qui est mort de cancers multiples du foie, qu'au point de vue du résultat que nous avait donné la ponction exploratrice. Ce fait me remet en mémoire un autre exemple clinique.

On nous amena un jour, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, une petite fille de six ans, présentant toutes les apparences d'une bonne constitution, d'une parfaite santé, et qui, au dire de sa mère, n'avait jamais été malade. Elle se plaignait depuis quelque temps de douleurs dans le côté droit, et l'on s'était aperçu d'une certaine tuméfaction dans cette région. Le sommeil, d'ailleurs calme et profond, était troublé par des cauchemars accompagnés d'anxiété précordiale.

Nous constatâmes dans l'hypochondre droit l'existence d'une tumeur limitée à gauche par le bord droit de l'extrémité inférieure du sternum et faisant saillie sous le rebord des cartilages costaux. Elle pouvait avoir le volume d'un œuf de poule. La peau, à son niveau, avait sa coloration normale. Cette tumeur s'élevait dans les grandes inspirations et s'abaissait dans les expirations, suivant ainsi les mouvements du diaphragme.

Cette considération et le siége occupé par la grosseur mettaient le foie en cause. Il était évident, en outre, que la tumeur était remplie de liquide; on percevait, en effet, une fluctuation profonde, et de plus une sorte de crépitation très-manifeste à la partie supérieure. Nous diagnostiquâmes un kyste hydatique du foie, et ce jugement se trouva pleinement confirmé par la ponction exploratrice. Le trocart donna issue à un liquide qui, d'abord limpide, sortit ensuite sanguinolent, légèrement trouble, et contenait des corps étrangers gélatiniformes qui n'étaient autres que des débris d'hydatides.

L'enfant ayant été immédiatement remmenée par sa mère, nous l'avons perdue de vue, de telle sorte que ce fait n'a d'autre intérêt que celui relatif à l'âge du sujet.

Quels sont les moyens de traitement à opposer à l'affection hydatique du foie? Si les agents thérapeutiques médicaux sont indiqués pour combattre les complications qui peuvent survenir, si les applications narcotiques, les cataplasmes, les onctions opiacées et belladonées sur la région affectée, peuvent être opposés aux douleurs très-violentes, aux phénomènes inflammatoires qui se sont manifestés, la médecine est absolument impuissante, non-seulement pour guérir le mal, mais encore pour en retarder les progrès.

Ici la chirurgie peut seule être d'un utile secours, et je ne vous répéterai pas ce que je vous disais naguère sur l'acupuncture multiple *comme moyen d'obtenir l'adhérence entre les parois de l'abdomen et les kystes contenus dans le ventre* (1).

La malade du n° 38 de la salle Saint-Bernard, dont j'ai parlé au commencement de cette conférence, est dans un état grave; elle va néanmoins rester, selon toute probabilité, quelque temps encore sous vos yeux, et je vous engage à observer de près ce qui va se passer. J'aurai d'ailleurs l'occasion de vous en reparler.

Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL MILITAIRE DE BRIANÇON. — M. Rožan, médecin en chef.

Ascite consécutive à trois accès de fièvre intermittente simple. — Mort.

Anomalie de la veine-cave inférieure. — Compression de l'aorte par la veine-cave, de celle-ci par l'artère mésentérique supérieure.

Le nommé S..., soldat au 22e de ligne, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution saine et robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin, sans antécédents morbides, entré à l'hôpital militaire de Briançon, le 20 juin, pour une fièvre quotidienne simple, est atteint dès le troisième accès d'œdème des extrémités inférieures et d'un commencement d'ascite.

Les jours suivants, bien que la fièvre eût été enrayée par le sulfate de quinine, l'hydropisie augmenta et fit des progrès rapides; le ventre devint volumineux, tendu, ballonné, et très-saillant en avant et en haut; le diaphragme, fortement refoulé vers la cavité pectorale, rendit dès le sixième jour la respiration très-courte, fréquente et de plus en plus embarrassée.

Enfin, le 29 juin, le malade succomba, sans que l'examen le plus attentif pût faire découvrir la cause de cette complication si grave et si inattendue.

Autopsie. — Cavité abdominale remplie de sérosité limpide et citrine; foie très-volumineux et très-engorgé; rate également augmentée de volume; système veineux abdominal gorgé de sang; pas d'altération dans les reins, les poumons et le cerveau. Anomalie remarquable de la veine-cave inférieure située à gauche. Développement exagéré du tronc cœliaque.

La veine iliaque droite située en dedans de son artère est recouverte en partie par celle-ci dans son tiers inférieur; arrivée au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, elle se dirige obliquement de bas en haut et de droite à gauche, et va s'aboucher avec la veine iliaque gauche vers la quatrième vertèbre lombaire et sur le côté gauche de la colonne vertébrale, de sorte qu'au lieu d'être parallèle à son artère, elle s'en écarte pour former avec elle un angle aigu ouvert en haut.

La veine iliaque gauche est située en dehors de son artère et affecte une direction rectiligne le long du bord interne du muscle psoas; en un mot, les rapports de ces deux veines sont identiquement et réciproquement inverses.

La veine-cave, formée par la réunion des deux veines iliaques au niveau du disque intermédiaire à la cinquième et à la quatrième vertèbre, se dirige verticalement en haut sur la partie latérale gauche du corps des vertèbres lombaires jusqu'à la hauteur de la deuxième vertèbre lombaire, où alors elle s'incline obliquement de gauche à droite et de bas en haut, passe au-devant de l'aorte, arrive au côté opposé et reprend, à partir de la première vertèbre lombaire, sa situation normale.

Rapports. — Appliquée contre la partie antérieure et latérale gauche de la colonne vertébrale, la portion verticale de la veine-cave inférieure est croisée en avant par l'artère spermatique, longée en dehors par l'uretère gauche, et en dedans par l'aorte, qu'elle côtoie. Sa portion oblique recouvre et croise en avant l'aorte, qui offre en ce point une forte dépression pour la loger; tandis qu'elle est elle-même recouverte et comprimée à sa partie antérieure par l'artère mésentérique dès sa naissance de l'aorte.

Ainsi s'est trouvée naturellement expliquée une affection dont la marche rapide et l'issue funeste, en l'absence de toute lésion organique appréciable, nous avaient tout d'abord surpris et embarrassé, d'autant plus qu'aucune douleur particulière, aucune différence sensible dans les battements des artères, aucune trace de varices, ne nous avaient mis sur la voie d'une gêne quelconque dans le cours du sang artériel ou veineux.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE DITS INFRANCHISSABLES.

Relation de deux uréthrotomies faites par M. Phillips.

(Observations rédigées par M. J. Béato.)

On sait que certains rétrécissements de l'urèthre résistent longtemps à l'introduction de la plus petite bougie, quoiqu'ils laissent filtrer l'urine. On sait aussi le peu d'accord des chirurgiens sur les moyens d'attaquer ces obstacles. Ce n'est pas ici le lieu de les rappeler; il suffit de dire que les uns sont impuissants, et que les autres sont dangereux.

Les manœuvres lentes ont donné d'heureux résultats, et il n'est pas inutile de fixer de nouveau l'attention sur ces opérations longues, il est vrai, mais efficaces, et toujours inoffensives. C'est dans ce but que nous faisons connaître les deux observations suivantes; elles prouvent une fois de plus qu'on peut beaucoup obtenir de la bougie, lorsqu'on a une grande foi dans ses ressources, et qu'une persévérance obstinée fait réussir où des manœuvres trop hardies ont échoué.

La première observation est l'histoire d'un malade dont les rétrécissements ont été franchis le onzième jour seulement, après quatre ou cinq heures d'essais chaque jour; et la seconde est l'exposé des accidents produits par des strictures compliquées de fistules urinaires. Elles n'ont été dépassées que le dix-huitième jour, après trois ou quatre heures de tentatives chaque jour.

Trois années sont écoulées depuis ce dernier traitement; M. Phillips a attendu pour le publier que le temps ait assuré une guérison qui pouvait être douteuse, à cause de la gravité des lésions.

Obs. I. — *Rétrécissement de l'urèthre très-étroit franchi le onzième jour. — Uréthrotomie.*

(La description des antécédents a été faite par le chirurgien qui a donné les premiers soins au malade avant son voyage à Paris.)

M. Aug. Y..., âgé de soixante-cinq ans, eut une blennorrhagie dans sa jeunesse. Peu à peu il urina avec difficulté; enfin l'urine sortit goutte à goutte et involontairement. En 1856, il demanda des conseils à un médecin de la Havane, qui reconnut un rétrécissement de l'urèthre.

La dilatation progressive fut employée, et après quarante jours de traitement, une bougie de 6 millimètres put être introduite dans la vessie. Le malade prit congé du chirurgien, qui insista sur la nécessité de placer une bougie dans l'urèthre, au moins deux fois par mois.

M. Y... ne suivit pas cet avis, et en 1859 le canal était de nouveau rétréci. On essaya vainement d'y faire entrer une bougie filiforme même tortillée; on eut recours aux bougies en baleine; pendant un mois, on tenta la dilatation d'avant en arrière, ainsi que la dilatation forcée, et la *dilatation vitale* de Dupuytren, sans aucun résultat.

Ces divers moyens produisirent de très-vives douleurs et de violents accès de fièvre.

En présence d'une situation aussi grave, plusieurs médecins de la Havane engagèrent M. Y... à aller à Paris; pendant un séjour de deux mois qu'il fit dans cette ville, il vit successivement trois chirurgiens, qui, après des essais inutilement renouvelés, déclarèrent le cas très-grave. M. Y..., dans une situation d'esprit facile à comprendre, fut conduit chez M. Phillips.

L'exploration de l'urèthre avec une bougie flexible portant une olive de 2 millimètres de diamètre, fit connaître la présence d'un obstacle placé au niveau du ligament suspenseur de la verge. Il ne put pas être dépassé. Des bougies filiformes en spirale furent présentées sans succès.

La rétention d'urine n'étant pas complète, M. Phillips se décida à agir avec lenteur, et exclut toute opération hasardeuse.

Une bougie filiforme en baleine, à pointe émoussée et tournée en spirale, fut conduite jusqu'à l'obstacle. Pendant cinq jours, deux heures le matin et deux ou trois heures dans l'après-midi, l'extrémité de cette bougie fut successivement promenée sur toute la surface de l'obstacle. Pendant ces manœuvres, l'urine coulait par gouttes, chaque fois que le besoin d'uriner était pressant, sans que la bougie fût retirée.

Enfin, le cinquième jour l'instrument avança de 1 centimètre, et donna la sensation de *tomber dans le vide*. Il fut arrêté par un nouvel obstacle placé dans la portion bulbeuse de l'urèthre. Le lendemain, les essais pour le franchir furent recommencés, et furent prolongés

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 20 novembre 1862.

aussi longtemps que l'avaient été ceux tentés les premiers jours, et enfin le sixième jour la bougie entra dans la vessie. C'est donc le onzième jour, et après des tentatives de quatre à cinq heures chaque jour, que les rétrécissements ont été franchis.

La bougie, attachée derrière le gland, fut laissée trois jours dans l'urèthre, et quelques heures après l'urine coula en longeant la bougie plus librement et en plus grande quantité.

Afin de remplacer cette bougie avec certitude, une sonde capillaire, rendue plus ferme par un très-petit mandrin en laiton, fut glissée dans l'urèthre à côté de la bougie en baleine ; et, après trois quarts d'heure d'une légère pression, elle entra dans la vessie. La bougie en baleine fut ensuite retirée, et la sonde fut attachée derrière le gland ; elle resta dans l'urèthre pendant quatre jours.

L'urine sortait en petite quantité par la sonde, et plus abondamment entre la sonde et les parois du canal.

La dilatation seule ne pouvait pas détruire ces rétrécissements. On a vu avec quelle rapidité le canal s'était obstrué après le traitement suivi à la Havane, et c'est l'incision qui fut faite avec la lame courante de M. Maisonneuve.

Avant d'enlever la sonde capillaire, la bougie conductrice de l'uréthrotome fut engagée à côté de cette sonde et dirigée jusque dans la vessie. La sonde fut retirée ; ensuite le cathéter cannelé vissé sur la bougie conductrice fut poussé lentement dans la vessie. Enfin la lame placée dans la cannelure coupa les obstacles, d'abord d'avant en arrière et ensuite d'arrière en avant, avec le tranobant postérieur, en la ramenant hors de l'urèthre.

J'insiste sur ce dernier temps de l'opération, qui achève et qui complète la section de tous les obstacles. Les chirurgiens habitués à l'emploi de cet instrument connaissent les résistances opposées au passage de la lame par des parties dures, nécessitant une forte pression pour être dépassées. Ce sont des brides moins saillantes que celles divisées par le tranchant antérieur, c'est-à-dire par le moins long, et qui se révèlent seulement par la disparition des brides coupées. Il a donc suffi d'ajouter un tranchant postérieur, plus allongé que l'antérieur, pour couper en retour toutes les brides échappées au tranchant antérieur. Les parties saines sont toujours protégées par le talon mousse et arrondi de la lame.

Le cathéter cannelé fut ramené en avant jusqu'à ce que la bougie conductrice sortît de deux centimètres du méat urinaire, et il fut remplacé par un mandrin en argent d'une longueur égale à celle de la bougie conductrice, sur laquelle il fut vissé. (Ce mandrin, déjà employé en 1832 par Amussat, était attaché à une petite sonde en argent, et il était destiné à conserver la voie faite dans les rétrécissements occasionnant la rétention d'urine.) Ce mandrin fut ensuite introduit dans une sonde flexible de 5 millimètres de diamètre ouverte aux deux bouts, laquelle, poussée avec lenteur, suivit avec certitude le parcours de l'urèthre. Entrée dans la vessie, la sonde fut laissée à demeure, et le mandrin et la bougie furent enlevés.

Deux jours après, la sonde fut retirée, et pendant dix jours aucun instrument ne fut placé dans le canal.

Le malade reprit ses habitudes de promenade et d'alimentation, et l'urine sortait librement. Des bougies furent ensuite introduites pendant une ou deux minutes ; leur volume fut augmenté d'un demi-millimètre, et après douze séances l'urèthre reçut facilement un cathéter en étain de 7 millimètres et demi.

Enfin, introduisant lui-même des bougies flexibles de 7 à 8 millimètres, M. Y... partit pour l'île de Cuba.

Obs. II. — *Rétrécissements multiples de l'urèthre ; fistules urinaires. Uréthrotomie.*

M. B. D..., âgé de cinquante-cinq ans, eut en 1830 de la difficulté à uriner. Traité par une cautérisation de l'urèthre, cette opération produisit une forte inflammation, une rétention d'urine et une fièvre avec délire. La sonde n'ayant pas pu être introduite dans la vessie, on fit la boutonnière au périnée, et l'urine sortit par cette ouverture.

Les accidents généraux diminuèrent, le malade urina par le canal, et la plaie du périnée se ferma. Bientôt l'urèthre se rétrécit, et il devint douloureux. Les besoins d'uriner se rapprochèrent ; enfin l'urine sortit goutte à goutte, et seulement après l'introduction d'une bougie toujours arrêtée à la terminaison du bulbe.

Au commencement de l'année 1859, la vessie devint très-douloureuse, et après de violents et inutiles efforts pour rendre quelques gouttes d'urine, il se forma rapidement deux tumeurs, l'une au périnée et l'autre derrière le scrotum.

Une ouverture faite à ces tumeurs avec le bistouri donna issue à du pus mêlé à l'urine, et ensuite elle se transforma en fistules ; depuis ce moment, la presque totalité de l'urine sortit par ces fistules.

Chaque fois qu'il fallait céder aux besoins fréquents d'uriner, de très-vives douleurs déterminaient un abattement extrême pendant quelques minutes. A peine remis de cette secousse, un besoin nouveau ramenait les mêmes accidents.

Longtemps on essaya en vain d'introduire une bougie filiforme dans cet obstacle ; enfin on proposa d'ouvrir le périnée pour y rechercher l'urèthre.

La famille du malade, craignant les suites de cette opération, demanda l'avis de M. le docteur Laure, chirurgien en chef de la marine, qui adressa M. B. D... à M. le docteur Phillips.

Le 23 septembre 1859, l'exploration du périnée et des organes urinaires fit reconnaître deux fistules réunies par un cordon dur, en saillie sous la peau.

Une bougie terminée par une olive de 2 millimètres de diamètre traversa un obstacle placé dans l'urèthre à 3 centimètres du méat urinaire, et elle s'arrêta à 6 centimètres ; elle fut retirée, et fut remplacée par une olive d'un millimètre et demi de diamètre, qui dépassa le second obstacle, et elle vint butter contre une troisième résistance à la terminaison du bulbe.

Il y avait donc deux fistules urinaires et trois rétrécissements de l'urèthre.

Pendant l'exploration, le malade dut céder plusieurs fois au besoin d'uriner ; l'urine sortit par les fistules, épaisse, glaireuse, blanchâtre et fétide, et laissant de vives douleurs.

Pendant quelques jours, le malade prit des bains et des boissons délayantes, et le traitement local fut recommencé. La bougie filiforme en baleine, déviée par les deux premiers obstacles, n'atteignit pas le troisième. Enfin, après des tâtonnements infructueux, M. Phillips incisa le premier rétrécissement. On sait que la section isolée des obstacles antérieurs rend plus facile la manœuvre de la bougie. Six jours après, le deuxième rétrécissement fut aussi divisé ; l'hémorrhagie fut très-abondante, et huit heures après, ne pouvant pas arrêter l'écoulement du sang et le malade s'affaiblissant, M. Phillips fit dans l'urèthre une injection de la solution, par moitié d'eau, de perchlorure de fer : l'hémorrhagie fut immédiatement maîtrisée ; mais pendant plus d'une heure il y eut de très-violentes douleurs dans le périnée et dans la verge.

Après trois jours de repos, la bougie filiforme en baleine arriva sans résistance jusqu'à la terminaison du bulbe. Pendant trois et souvent quatre heures chaque jour, la pointe de la bougie cherCha l'ouverture de ce dernier rétrécissement. Enfin, le 17 octobre, elle y entra, et aussitôt elle y fut fortement serrée, et elle fut maintenue dans cette position pendant quatre heures. Devenue plus libre après ce temps, elle fut poussée lentement par une pression continue ; et enfin, le dix-huitième jour, elle arriva dans la vessie. Le lendemain on pouvait la mouvoir facilement.

Deux jours après, une bougie filiforme très-flexible et portant un pas de vis, fut dirigée lentement à côté de la bougie en baleine ; elle arriva à la vessie par une pression légère, non interrompue pendant une heure et demie, et la bougie en baleine fut enlevée. Le conducteur cannelé vissé sur la bougie et convenablement placé dans l'urèthre, reçut la lame, qui coupa profondément tous les obstacles en parcourant deux fois coup sur coup toute la longueur du canal. On laissa à demeure une sonde ouverte aux deux bouts, introduite à l'aide du mandrin conducteur décrit dans l'observation précédente. La vessie se vida entièrement par la sonde. L'hémorrhagie fut abondante, et le soir il y eut un violent frisson qui ne reparut pas.

En sortant du lit, le malade fit un mouvement qui déplaça la sonde ; quatre heures après, faisant de violents efforts pour rendre l'urine qui ne s'engageait plus dans la sonde déplacée, il sentit subitement une très-vive douleur, et l'urine s'échappa en partie par les fistules et en petite quantité par l'anus. Une fistule uréthro-rectale venait de se former, laissant couler du sang.

La sonde fut enlevée ; pendant sept jours l'urèthre fut laissé sans instrument, et l'urine sortait par le canal et par les fistules.

La dilatation fut ensuite commencée par l'introduction d'une bougie flexible de quatre millimètres, laissée dans l'urèthre pendant cinq minutes. Elle fut continuée en augmentant le volume des bougies par quart de millimètre, et elle fut portée jusqu'à six millimètres et demi.

On vidait la vessie deux fois chaque jour, avec une sonde flexible.

La quantité d'urine passant par les fistules diminuait chaque jour, et le malade a quitté Paris le 3 décembre, évacuant complétement l'urine par l'urèthre, à l'exception de quelques gouttes sortant encore par la fistule périnéale. Les fistules rectale et scrotale étaient fermées.

Dix-huit mois après, M. B... D... écrivait d'Hyères : « Mon pauvre canal, si tourmenté, continue à fonctionner sans efforts, sans douleurs, à ma satisfaction entière. Je fais l'introduction régulière des bougies. »

Maintenant on peut demander si ces malades sont guéris. Nous répondrons : Anatomiquement, non. Les tissus qui ont formé les rétrécissements n'ayant pas changé de nature par l'incision, restent à l'état fibreux, et ils ne perdent pas les aptitudes spéciales ; c'est-à-dire qu'ils conservent une force de rétraction permanente et progressive, ainsi que l'a démontré M. Jules Guérin.

Oui, ils sont guéris, si on considère que la fonction est rétablie et qu'elle se maintient dans les limites compatibles avec la santé. Cet état, il est vrai, doit être conservé en luttant contre la force de rétraction ; et on y réussit en introduisant plusieurs fois chaque semaine une bougie qu'on laisse dans l'urèthre pendant deux ou trois minutes.

Cet usage fréquent de la bougie est nécessaire seulement lorsque les rétrécissements sont dus à des causes traumatiques : il suffit de s'en servir une ou deux fois par mois, lorsque la stricture résulte d'une inflammation de l'urèthre, sans déchirure de ses parois.

Les rétrécissements traumatiques ne cèdent jamais suffisamment à la dilatation. L'expérience a prouvé qu'ils doivent être incisés. Dans ces cas souvent très-rebelles, M. Phillips se sert du conducteur cannelé de M. Maisonneuve pour faire cette incision.

Cet instrument, d'un emploi très-sûr, a été injustement déprécié, et dans ses cours à l'École pratique M. Phillips a cherché à démontrer le peu de fondement de ces critiques.

Ainsi, on prétend :

1° Qu'on ne peut pas franchir le rétrécissement, parce que la bougie étant très-flexible et très-fine, elle échappe à tout effort de la main ; et elle se pelotonne en avant du rétrécissement, surtout lorsqu'on veut y faire entrer l'uréthrotome.

2° Que si l'on parvient accidentellement à engager une bougie fine dans les rétrécissements longs et multiples, dont l'ouverture est très-réduite et dont les parois sont dures et épaisses, elle y est tellement comprimée, que les mouvements de va-et-vient exigés pour la manœuvre de l'uréthrotome sont trop limités et trop difficiles pour que l'opération réussisse.

3° Enfin que cette bougie peut être coupée !

Il est vrai qu'on n'a pas toujours pu introduire la bougie ; mais a-t-on tenu compte du peu de patience de l'opérateur ? Il n'est pas rare, en effet, de voir, après un certain temps de manœuvres inutiles, le chirurgien, agité par les appréhensions du malade, perdre le calme, et de plus en plus dominé par le désir d'arriver à la vessie, employer une force inquiète et des mouvements dont la brusquerie émousse la délicatesse du toucher et empêche de reconnaître la mauvaise direction prise par l'instrument.

M. Phillips n'a pas vu la bougie se pelotonner en avant du rétrécissement, et le conducteur cannelé a toujours pu la suivre. Cette partie de l'opération a demandé quelquefois beaucoup de temps et de persévérance ; et c'est surtout dans cette occasion qu'il n'est pas inutile d'avertir ceux qui persistent à agir avec rapidité, qu'ils s'exposent à de grands mécomptes.

Il est évident que si la bougie est serrée dans des rétrécissements étroits et durs, l'uréthrotome ne pourra pas y être placé. Cette objection s'adresse uniquement à ceux qui font l'uréthrotomie tout de suite, sans y avoir préparé l'urèthre et sans avoir d'abord demandé à la dilatation tout ce qu'elle peut donner.

On ne doit jamais chercher à introduire un uréthrotome dans un rétrécissement aussi longtemps que la bougie y est serrée, et tant qu'on ne peut pas lui imprimer très-librement un mouvement de va-et-vient.

La section de la bougie ne peut être faite que si elle est pelotonnée en avant du rétrécissement, c'est-à-dire si le conducteur cannelé n'y est pas entré. Il n'est pas possible de méconnaître cette position vicieuse ; et si, en pareille circonstance, un chirurgien est assez imprudent pour mettre la lame en mouvement, il échouera ; mais alors on voudra bien admettre que le reproche doit être adressé à l'opérateur, et non à la méthode ni à l'instrument.

PLAIE DE L'ARTÈRE FACIALE

déterminée par une pommade escharotique. Ligature de l'artère carotide externe. Guérison ;

Par M. le docteur E. Noir (de Brioude).

Antoine A..., cultivateur, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament scrofuleux, se présente dans mon cabinet le 2 mai 1861, pour être opéré d'une tumeur ganglionnaire placée un peu en avant et au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit. Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, a résisté à toutes les préparations résolutives (iode, mercure, etc.). Depuis quelques jours elle tend tellement à augmenter, que le malade en est effrayé ; aussi est-il bien décidé à se la faire enlever le plus promptement possible.

La tumeur étant très-mobile et ne présentant aucune adhérence, fut isolée avec précaution, dans la crainte de léser l'artère faciale, qui se trouvait un peu en arrière sous le bord du maxillaire. Malgré tous les soins que je mis à la dissection, la branche sous-mentale fut divisée ; une ligature aussitôt appliquée arrêta l'hémorrhagie. L'opération terminée, le pansement fut des plus simples : réunion de la plaie avec trois points de suture et application de plumasseaux enduits de cérat.

Tout alla bien jusqu'au 17 mai. A cette époque, le malade craignant que l'exubérance des bourgeons charnus ne laissât après la guérison une nouvelle tumeur, vint me trouver pour se les faire cautériser. Je passai légèrement le crayon de nitrate d'argent, et lui conseillai de le passer de jour à autre, pour modérer le développement de ces bourgeons. Le malade ne s'en tint pas là ; la cicatrisation n'arrivait pas assez vite ; il alla trouver une vieille empirique, qui lui donna une pommade destinée à brûler tous les bourgeons et à faire cicatriser la plaie du jour au lendemain.

L'application de ce topique, que je n'ai pu trouver (on l'avait fait disparaître à mon arrivée), a eu lieu le 18 juin au soir ; au milieu de la nuit le malade est tout à coup réveillé par une douleur très-vive et se trouve inondé de sang. La pommade appliquée sur la plaie était arrivée insensiblement, après avoir corrodé les bourgeons de nouvelle formation, jusque sur l'artère faciale, qui donnait un jet très-volumineux ; on tâcha d'arrêter l'écoulement avec l'application d'amadou sur la plaie et une forte compression, pendant qu'on venait me chercher à Brioude, distant du lieu de l'accident de 10 kilomètres.

En arrivant auprès du malade, après avoir comprimé la carotide primitive et enlevé l'amadou, je trouve une plaie noirâtre, circulaire, de 2 centimètres et demi de diamètre. A... était inondé de sang ; je ne pus apprécier la quantité du liquide perdu, mais je constatai une très-grande faiblesse ; en suspendant la compression, on constatait que le jet partait de la partie postérieure du fond de la plaie ; je fis de vains efforts pour découvrir l'artère, la lier ou la cautériser, mais les douleurs qu'éprouvait le malade m'obligèrent de m'arrêter et d'employer simplement la compression. Un peloton de fil fut placé sous l'angle de la mâchoire et comprimé à l'aide de bandes qui enveloppaient la tête et le cou ; j'introduisis ensuite des bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer dans le fond de la plaie et comprimés aussi comme le peloton de fil. L'hémorrhagie s'arrêta sur-le-champ, et après avoir conseillé au malade le repos, la diète pendant quelque temps et de prendre dans une tasse d'eau cinq gouttes de teinture de digitale chaque jour, je quittai A..., en recommandant à sa famille de surveiller le pansement et de venir me chercher dès qu'un nouvel écoulement se manifesterait. Je partis avec le regret de n'avoir pu trouver et faire la ligature du bout de l'artère ; bien que l'hémorrhagie fût arrêtée, je m'attendais à la voir reparaître.

Le lendemain, en effet, sans qu'on eût touché à l'appareil, l'écoulement recommença, et malgré la compression exécutée par le curé et la promptitude que l'on mit pour venir me chercher, lorsque j'arrivai, A... était presque exsangue et sur le point d'expirer. Il était urgent d'en venir à un moyen prompt et sûr.

Le mauvais aspect qu'offrait la plaie rendait presque impossible une nouvelle recherche du bout de l'artère lésée au milieu de caillots et de ces tissus corrodés ; je songeai donc à la ligature de l'artère carotide externe, au-dessous de la naissance de l'artère faciale. Après avoir prié le curé de prendre du courage et de bien vouloir m'assister, je fis une longue incision oblique de haut en bas, de 7 à 8 centimètres, partant du niveau de l'angle de la mâchoire et suivant le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien ; après avoir incisé la peau, le peaucier, le tissu cellulaire et l'aponévrose superficielle du cou, j'arrivai sur deux ganglions que je fus obligé d'inciser pour mettre à nu l'aponévrose recouvrant les deux artères que je sentais battre.

Cette aponévrose fut divisée en dédolant, et avec la sonde cannelée je l'incisai dans toute la longueur de la plaie jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire.

J'étais ainsi parvenu à mettre à découvert, sur une grande longueur, les deux carotides. Pour reconnaître l'externe, je partis de sa division avec l'interne, en examinant attentivement de laquelle partaient les collatérales. En remontant ainsi, je rencontre la linguale ; je prolonge mon incision en haut pour arriver jusqu'à la faciale, et après l'avoir bien reconnue, j'applique juste au-dessous de sa naissance une forte ligature, qui arrête à l'instant l'hémorrhagie. Le ma-

lade supporta avec courage l'opération, qui dura seize minutes. Après avoir réuni les bords de la plaie et fait un pansement simple, je fis transporter au bout de deux heures mon malade à Brioude sur une voiture très-douce. Le voyage fut bien supporté. J'allai le visiter deux ou trois fois par jour, pansant tous les matins la vieille plaie, et celle de la ligature tous les trois ou quatre jours.

Au bout de trois semaines, en faisant le pansement, la ligature se détacha, et la plaie ne tarda pas à se cicatriser. Cinquante-quatre jours après l'opération, les forces du malade étant à peu près revenues, il put partir pour chez lui, ne conservant de l'état sérieux où l'avait mis son imprudence, que deux cicatrices : l'une linéaire, imperceptible, le long du cou ; l'autre, au contraire, grande comme une pièce de 2 francs, ressemblant à un cautère cicatrisé, placée sous le bord inférieur de la mâchoire.

NOTE SUR L'ACCROISSEMENT ANNUEL de la population de la France.

Par M. le Dr Bally.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 novembre, M. le docteur Bayard a inséré une note pour démontrer la funeste influence que la vaccine exerce, selon lui, sur la population.

Cette note est ainsi conçue :

« La moyenne annuelle de l'accroissement de la population prise pendant dix ans, à deux époques différentes, à trente ans d'intervalle, c'est-à-dire au commencement de la diffusion de la vaccine en France et lorsqu'elle compte trente ans de pratique vigoureuse, donne pour résultat de la seconde période décennale une diminution de 122,000 dans l'accroissement moyen annuel et une augmentation de 51,000 mariages annuellement. »

D'après M. le docteur Bayard, la seule et unique cause de ce résultat désastreux serait la vaccine. Pour toute réponse, je rappellerai que pendant la période décennale de 1847 à 1857 que M. le docteur Bayard oppose à celle de 1817 à 1827, nous avons eu 1° les guerres civiles de 1848 ; 2° deux épidémies très-meurtrières de choléra, l'une en 1849, l'autre en 1854 ; 3° la guerre contre la Russie dans la Dobrutscha et en Crimée.

Je laisse à tout esprit impartial à faire la part qui peut incomber, dans les résultats énoncés par M. le docteur Bayard, à la vaccine ou aux fléaux que je viens d'énumérer.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 décembre. — Présidence de M. Duhamel.

Mariages entre consanguins; immunité des enfants; action sur la seconde génération. — M. Boudin adresse la communication suivante :

« Les fâcheux résultats des mariages entre consanguins, après avoir épargné la première génération, se traduisent souvent sur la seconde génération. Des individus issus de mariages consanguins, quoique parfaitement constitués eux-mêmes, bien portants, *et sans s'allier entre proches*, sont exposés à engendrer des enfants infirmes et à produire *indirectement* l'état morbide auquel ils ont eux-mêmes échappé. En voici deux exemples, dont le premier nous est communiqué par le docteur Balley, et dont le second est présenté par M. Chazarain.

» Obs. I. — A Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), M. B..., pharmacien, épouse une Allemande, mais issue d'un mariage *entre cousins;* ils ont quatre enfants : le premier naît *bossu ;* le second *sourd-muet ;* le troisième, sain de corps et d'esprit; le quatrième, *imbécile.* Il y a ici évidemment une hérédité *indirecte* ou influence consanguine provenant du côté de la mère.

» Obs. II. — M. L..., maire de C... (Dordogne), dit M. Chazarain, avait épousé la fille de son cousin germain. Il eut de cette union un garçon et une fille, non-seulement *exempts d'infirmités*, mais encore doués, comme leurs parents, *de la meilleure santé.* Mlle L..., mariée à vingt ans avec un jeune homme plus âgé qu'elle de quelques années, *et avec lequel elle n'était parente à aucun degré*, a donné le jour à une fille atteinte de *surdi-mutité congénitale.* Le père et la mère de cette enfant habitent un pays élevé, très-salubre; leur habitation est à l'abri de l'humidité ; leur position pécuniaire leur permet de vivre dans l'aisance. Aucun autre sourd-muet n'existe à C... Il n'y a jamais eu d'autre sourd-muet dans la famille.

» A moins donc d'attribuer dans ces deux observations les infirmités des enfants à un simple hasard, on est conduit à admettre dans les mariages entre consanguins une influence qui ne se borne pas toujours à la première génération. »

(Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Rayer, Bienaimé.)

Quantité d'air indispensable à la respiration durant le sommeil. — M. Dumas présente au nom de M. J. Delbruck la note suivante :

Jusqu'à quel point l'air est-il nécessaire à la respiration pendant le sommeil? Telle est la question que je soumets à la bienveillante et sérieuse attention de l'Académie des sciences.

On voit surgir périodiquement dans les journaux des discussions sur la quantité d'air indispensable pendant le sommeil, et beaucoup d'hommes savants concluent à une quantité de mètres cubes, pour chaque personne endormie, qui est loin d'être rassurante.

Or, voici une série de faits que tout le monde a pu observer, ou que tout le monde peut observer, et qui semblent devoir entraîner une conclusion tout opposée.

D'abord, en ce qui concerne les animaux qui ont des poumons comme nous et qui respirent comme nous, que se passe-t-il? Que fait l'animal sauvage (le lion, le tigre, l'ours, etc.) quand vient l'heure du sommeil? il quitte le grand air, se retire au fond d'un antre, tout au fond, et se prive d'air le plus qu'il peut.

Que fait le chien dans nos maisons? Il recherche sa niche ou un coin quelconque, et se cache, en outre, le museau sous le ventre.

Tous les oiseaux qui vivent sans cesse dans l'air et succombent si aisément à l'asphyxie (ainsi que le démontre l'expérience de laboratoire de l'oiseau sous la cloche), que font-ils au moment du sommeil? Ils se retirent sous un abri, et tous, évitant avec soin de respirer de l'air, se cachent la tête sous le fin duvet de leurs ailes.

On pourrait multiplier les exemples à l'infini et citer encore la marmotte et les autres animaux hibernants, s'enfermant, avant leur long sommeil, loin de l'atteinte dangereuse de l'air.

Et l'homme, que fait-il quand il est livré à son propre instinct? Les grands rideaux de lit d'autrefois sont une première réponse. Mais voyons l'enfant, l'écolier qui couche dans un grand dortoir généralement bien aéré. S'il éprouve quelque difficulté à s'endormir, vite il enfonce sa tête sous la couverture, à peu près comme fait l'oiseau, ou rabat son bonnet de nuit jusque sur le menton.

Enfin, car il faut abréger, le soldat en campagne, couchant à la belle étoile, avec beaucoup de mètres cubes d'air à sa disposition, est obligé, s'il veut bien dormir, de se couvrir la tête.

Ces faits ne suffisent-ils pas pour faire réfléchir? Les plantes exhalent le jour l'oxygène qu'elles absorbent pendant la nuit. L'analogie ne nous conduira-t-elle pas à reconnaître que les animaux doivent respirer pendant le sommeil un peu de ce gaz qu'ils exhalent à l'état de veille ?

— M. Flandin soumet au jugement de l'Académie un Mémoire ayant pour titre : *De la chaleur et du froid; explications physiques de certains phénomènes physiologiques.* (Commissaires, MM. Regnault, Cl. Bernard.)

— M. Luer, qui avait présenté à la précédente séance un *pulvérisateur* de l'eau de son invention, soumet au jugement de l'Académie un perfectionnement qu'il a apporté à cet appareil. Dans sa nouvelle forme, l'instrument présente deux corps de pompe dont l'un se charge au moyen d'un tube plongeur, pendant que l'autre se décharge, soit par un, soit par plusieurs becs, permettant ainsi d'opérer la pulvérisation d'une manière continue et pendant tout le temps jugé nécessaire. (Commissaires, MM. Velpeau, Cl. Bernard.)

— M. Velpeau présente au nom de l'auteur, M. Sperino, de Turin, un ouvrage sur l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse dans les maladies de l'œil.

Mise en pratique dès la plus haute antiquité, vantée de nouveau dans le dix-septième et le dix-huitième siècle contre un certain nombre de maladies de l'œil, un peu oubliée ensuite, la paracentèse oculaire a repris un peu de faveur depuis 1835; mais nul ne l'a autant essayée que M. Sperino.

Ce n'est plus seulement, comme ses devanciers, pour remédier aux cataractes, aux inflammations, aux hydropisies, qu'il en fait usage, c'est aussi et surtout au glaucome, au staphylome, à la choroïdite et à diverses espèces d'amauroses, que le chirurgien de Turin oppose cette opération.

Si les résultats qu'il dit en avoir obtenus jusqu'ici se confirment dans la pratique générale, il aura rendu un véritable service à la thérapeutique.

M. Velpeau communique l'extrait d'une lettre de M. Giniselli qui rappelle une réclamation de priorité qu'il a élevée à l'occasion d'une communication de M. Tripier concernant un *procédé de galvanocaustique* fondé, non pas sur les effets des courants continus, mais sur leur action chimique.

M. Cisinelli demande que deux opuscules qu'il a adressés ultérieurement, à l'appui de sa réclamation, soient renvoyés à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Tripier. Il exprime de plus le désir que ces deux pièces soient comprises dans le nombre des pièces de concours pour le prix proposé concernant l'application de l'électricité à la thérapeutique : c'était, dit-il, dans cette intention qu'il avait joint aux deux opuscules imprimés une analyse manuscrite.

Le prix devant être décerné seulement en 1866, si M. Cisinelli persiste dans cette intention, il conviendra qu'il la rappelle en temps opportun.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour une place d'interne à l'Hôtel-Dieu d'Amiens vient de se terminer par la nomination de M. Challier.

— On nous annonce la triste nouvelle de la mort d'un de nos confrères de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), M. le docteur Bellamy, médecin de la prison. Il souffrait depuis longtemps d'une grave maladie de poitrine. Il y a quinze jours, étant allé visiter quelques malades dans un canton voisin, pris sans doute d'étourdissement, il s'est égaré dans la campagne, et le lendemain on l'a trouvé mort fort loin du point de départ.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finira le 31 décembre sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement. — Un mandat de poste au nom du directeur de la Gazette *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Nous les prions instamment de joindre à cet envoi une bande du Journal, après avoir rectifié les erreurs s'il y en avait.

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. Decq, libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine, 9 ;

Ceux de la Suisse, à MM. Jullien frères, libraires, à Genève;

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui va finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 150. — JEUDI 25 ET SAMEDI 27 DÉCEMBRE 1862. (35e ANNÉE) N° 150. — JEUDI 25 ET SAMEDI 27 DÉCEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 DÉCEMBRE 1862.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé dans sa dernière séance au renouvellement de son bureau pour l'année 1863. M. Larrey, vice-président pendant l'année courante, a été élu, à la presque unanimité des suffrages, président pour l'année prochaine. M. Grisolle a été élu vice-président à sa place. M. Béclard a été maintenu à l'unanimité dans ses fonctions de secrétaire annuel. MM. Guérard et J. Cloquet ont été appelés à faire partie du conseil d'administration, en remplacement des deux plus anciens membres sortants.

— A la suite de ces scrutins, M. le président a annoncé à l'Académie qu'elle aurait à procéder dans la séance prochaine à la nomination des commissions permanentes, et qu'il aurait lui-même l'honneur de lire devant l'Académie le résumé des travaux de cette année.

— Pendant les opérations d'élection, M. Bouchardat a occupé la tribune pour la continuation de la lecture de son travail sur les eaux potables, qu'il n'a pu terminer encore. A mardi prochain la fin de cette lecture, si les travaux de fin d'année de l'Académie le permettent. — Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Épidémies.

L'état sanitaire des hôpitaux pendant le mois de novembre, d'après le rapport mensuel de M. Lailler à la Société médicale des hôpitaux, n'a pas été aussi satisfaisant que pendant les mois précédents, sans avoir présenté cependant rien de grave. Avec les premiers froids, on a vu reparaître, comme tous les ans à la même époque, les affections thoraciques à forme principalement catarrhale, et les rhumatismes. Les affections thoraciques se sont montrées assez graves, chez les vieillards particulièrement. Mais les maladies qui ont dominé, comme dans le mois précédent, sont les affections typhoïdes, signalées par presque tous les médecins des hôpitaux, moins par leur gravité, car elles ont été généralement d'une intensité médiocre, que par leur fréquence. Elles se sont montrées le plus habituellement sous la forme adynamique et avec prédominance de symptômes thoraciques. C'est du moins la remarque qui a été faite par MM. Vigla et Laboulbène, à l'Hôtel-Dieu, et par M. Bourdon, à la Maison de santé. M. Colin a noté au Val-de-Grâce l'abondance de l'éruption cutanée et l'intensité des phénomènes gastriques. M. Lailler, qui en a eu à traiter aussi un certain nombre dans son service, dit avoir eu à se louer de l'emploi des vomitifs au début « et à toutes les périodes ». — Ces derniers mots auraient eu besoin de quelques commentaires, que nous regrettons de ne pas trouver dans le rapport de M. Lailler. — Nous exprimerons aussi avec lui le regret qu'aucun de ses collègues ne lui ait fourni des renseignements relatifs aux traitements employés, et à leur influence sur la marche de la maladie.

Le rapporteur fait remarquer, enfin, que la fièvre typhoïde semble augmenter encore de fréquence depuis les premiers jours de décembre, et que les phénomènes thoraciques paraissent prendre l'importance de véritables complications pneumoniques.

On a signalé dans les hôpitaux d'enfants, à l'hôpital des Enfants-Malades et à Sainte-Eugénie, des rougeoles d'une grande intensité. M. Bergeron a observé dans ce dernier établissement une épidémie de variole. M. Bouvier a vu dans son service de l'hôpital des Enfants une petite épidémie de fièvres typhoïdes (9 cas en dix jours) de forme ataxo-adynamique. Au début, les symptômes thoraciques, dit-il, auraient pu faire croire à une affection pulmonaire, caractère qui les rapprocherait des fièvres typhoïdes observées chez les adultes.

La trachéotomie, dans le traitement du croup, qui, d'après MM. Bouvier, Barthez et Bergeron, avait donné dans le mois précédent des résultats exceptionnellement heureux, est revenue, dans le mois de novembre, à son chiffre moyen d'une guérison sur quatre ou cinq opérations environ.

Aux faits qui précèdent, M. Sée a ajouté quelques renseignements intéressants sur des observations qu'il a eu l'occasion de faire, non dans son service d'hôpital, où la fièvre typhoïde a manqué, mais dans sa pratique particulière. Il a observé en ville, en six semaines, huit cas de fièvre typhoïde qui ont présenté des caractères différents de ceux indiqués dans le rapport de M. Lailler, et qu'il a cru pouvoir distinguer en deux petits groupes épidémiques.

Voici quelques détails sur ces faits, que nous empruntons au compte rendu publié par la *Gazette hebdomadaire* :

« Les trois premiers faits ont été observés chez trois frères, l'aîné âgé de dix-neuf ans, le plus jeune de treize, qui tous trois arrivaient des bains de mer de Pornic, où les premiers actes morbides s'étaient montrés sous la forme de phénomènes gastriques. La maladie paraissait avoir avorté au bout de huit jours chez l'un de ces jeunes gens. Chez le second, elle a pris le caractère le plus grave, après avoir débuté d'une manière insidieuse par des accès reproduits de vingt-quatre en vingt-quatre heures pendant les premiers jours; on croyait déjà à la convalescence, lorsque le septième jour la maladie reprit avec les symptômes de l'adynamie la plus profonde, bientôt accompagnée de mouvements ataxiques. Les lotions froides, employées avec profusion, suivant le conseil de MM. Trousseau et Vernois, appelés en consultation, ont produit un effet très-favorable; elles avaient amené la cessation presque complète des symptômes graves, lorsque la vie s'éteignit au bout de cinq semaines, alors que la guérison semblait assurée.

» Chez le troisième frère, la maladie s'est surtout signalée par l'intensité de la fièvre et des symptômes abdominaux, bien que l'appétit ait été extrême tout le temps, et qu'on ait dû sans cesse alimenter le malade. La guérison a été obtenue. »

(Nous reconnaissons à ces détails les faits dont M. Trousseau nous a entretenu en quelques mots, il y a en effet cinq ou six semaines, et que nous avons cités dans notre *Revue* du numéro dernier, en opposition avec le caractère de bénignité générale que présentaient alors la plupart des fièvres typhoïdes observées dans les hôpitaux.)

L'autre groupe épidémique s'est présenté dans un pensionnat de jeunes filles : « Chez l'une, dit M. Sée, les symptômes cérébraux les plus intenses ont ouvert la scène; le traitement hydrothérapique les a rapidement amendés, et la maladie a poursuivi régulièrement sa marche jusqu'à la convalescence. Chez une seconde jeune fille, on a vu prédominer la forme adynamique, et la convalescence a commencé le vingtième jour. Sur les deux dernières, la maladie a débuté comme chez les jeunes gens dont il a été question tout à l'heure, par des phénomènes gastriques paraissant par accès de vingt-quatre heures, jusqu'à la période de fièvre confirmée. »

« Enfin M. Sée a vu chez une jeune femme récemment arrivée d'Algérie, la fièvre typhoïde débuter par des symptômes exclusivement thoraciques, sans adynamie, sans accidents abdominaux, au point de simuler une pneumonie, lorsque, au bout de huit jours, les symptômes cérébraux ont éclaté sous la forme d'un délire véritablement maniaque, et d'hallucinations qui ont duré un mois. Le traitement hydrothérapique n'a rien produit les premiers jours, mais M. Trousseau ayant conseillé une large affusion de quatre seaux d'eau froide, on vit cesser subitement les accidents cérébraux. »

On voit, d'après cette citation, que dans les deux groupes de faits observés par M. Sée, ce sont les phénomènes gastriques qui ont prédominé, contrairement à ce qui a été observé le plus fréquemment dans la même période de temps dans les hôpitaux. Cette dernière observation est la seule où il ait rencontré des phénomènes thoraciques au début.

Épidémie de variole observée dans le canton de Saint-Germain (Lot).

Nous extrayons d'un rapport que nous adresse M. Borie, sur une épidémie de variole qui a régné depuis le 15 février jusqu'au 1er novembre dernier, dans son canton, les détails suivants, qu'on ne lira pas sans intérêt, et qui montrent une fois de plus et surabondamment l'influence de la vaccine en présence de ces graves épidémies.

Le 15 février dernier, une épidémie de variole éclata dans le canton de Saint-Germain (Lot), où on ne l'avait pas observée depuis longtemps. (Saint-Germain, considéré topographiquement et surnommé *de Bel-Air* en 1789, se trouve heureusement situé au point de vue hygiénique. Rarement il a été affligé par le croup ou par les fièvres typhoïdes que l'on observe assez fréquemment dans les contrées environnantes. Les maladies les plus communes de cette localité sont les affections occasionnées par les refroidissements, les changements brusques de température et les constitutions saisonnières).

Un ouvrier, étranger à la localité, fut le premier atteint de la variole. Cet homme, qui arrivait des confins de la Dordogne, où sévissait une épidémie variolique, était âgé de quarante-sept ans, et n'avait jamais été vacciné. Pris d'une violente céphalalgie d'abord, puis de douleurs dorso-lombaires, d'angine et d'un mouvement fébrile, il s'alite dans une auberge où il travaillait à la journée, et du quatrième au septième jour de l'invasion une éruption de pustules caractéristiques de la variole vint couvrir tout son corps. Dans trois jours cette éruption fut complète, et semblait avoir amendé les symptômes. La maturation fut rapide, et il survint une abondante suppuration.

Ce malade offrait l'aspect d'un cadavre horrible, informe et putréfié. Le pus coulait de toutes les parties du corps, voire même de la cavité buccale, où l'on voyait d'abondantes pustules. L'air de l'appartement était si vicié et si infect que l'on avait de la peine à trouver des garde-malades, et que les personnes appelées pour y remplir leurs divers ministères osaient à peine y pénétrer. Il survint des symptômes thoraciques tellement graves que le malade succomba au douzième jour de la maladie.

Déjà deux petits enfants de la même auberge et quatre enfants d'une maison voisine se trouvaient atteints à leur tour. Le plus âgé n'avait que neuf ans. Tous avaient été vaccinés; néanmoins ils eurent une varioloïde assez grave dont tous guérirent.

Jusque-là l'épidémie n'était pas sortie du bourg de Saint-Germain. Elle abandonna ce chef-lieu pour aller s'abattre sur un village distant environ d'un kilomètre. Ce village, qui se compose de huit maisons et renferme vingt et un habitants, fut un des plus cruellement éprouvés. Six adultes furent atteints presque en même temps. L'un d'eux, âgé de trente ans et marié de la veille, n'avait pas été vacciné. L'éruption fut très-laborieuse, accompagnée d'un peu de délire, et presque complète au sixième jour de l'invasion. Une angine grave suivie de symptômes thoraciques et d'un affaissement rapide d'une grande partie des pustules emportèrent le malade au huitième jour de l'invasion.

Le second était une jeune fille de quinze ans, voisine du précédent, non vaccinée. Chez elle, les symptômes du début n'eurent rien d'alarmant en apparence. L'éruption des pustules fut confluente et des plus abondante. Deux jours après cette éruption, les pustules s'affaissèrent rapidement, et cette malheureuse fille succomba, laissant presque toute l'enveloppe cutanée adhérente aux draps du lit. Elle fut pour les parents et les voisins un triste et effrayant spectacle.

Le troisième était un homme âgé de vingt-quatre ans. Deux taches gaufrées qu'il portait au bras droit attestaient qu'il avait été vacciné. Néanmoins il eut une variole très-grave; les pustules furent énormes et confluentes; la suppuration fut longue et très-laborieuse; néanmoins il guérit. Deux mois après la guérison de la variole, cet homme eut une attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle il resta hémiplégique.

Les trois derniers eurent aussi la variole confluente. Aucun d'eux n'avait été vacciné; tous trois guérirent.

Ensuite l'épidémie revint dans le bourg de Saint-Germain, d'où elle était partie. Un grand nombre d'individus, notamment les enfants, furent atteints. L'épidémie y fit encore cinq victimes, dont trois enfants et deux adultes non vaccinés.

De là, cette épidémie se répandit dans d'autres villages, et passa successivement dans quatre communes dépendantes du canton où elle est restée jusqu'au commencement de novembre. Les autres communes de ce canton n'ont pas été atteintes.

Le chiffre de la mortalité flotte entre 25 et 30 dans cinq communes, y compris le chef-lieu.

Cette épidémie a exercé son influence fâcheuse sur la plupart des maladies chroniques de la poitrine. Leur marche est devenue plus rapide, et pour plusieurs la terminaison a été fatale.

Si M. Borie n'est pas entré dans des détails plus circonstanciés relativement aux symptômes, au caractère et à la marche de cette épidémie, c'est parce qu'il ne lui a pas reconnu de cachet réellement spécial.

« Le moyen sur lequel on doit le plus sûrement compter, ajoute-t-il, c'est la vaccine. Nous avons vu un enfant de treize mois, vacciné depuis six mois, bien que son berceau fût jour et nuit à côté du lit de sa mère, atteinte d'une varioloïde bien grave. Nous sommes intimement convaincu que si, au début de l'épidémie, on avait organisé promptement un service de vaccinations et de revaccinations, la variole n'aurait moissonné que les trois ou quatre premiers atteints, et qu'elle n'aurait pas marqué de ses hideux stigmates ceux qui ont été assez heureux pour échapper à ses mortelles atteintes. »

En l'absence de la vaccine, notre confrère n'a pas manqué de recourir à tout ce qu'indique la science pour favoriser la nature dans ses efforts et pour combattre les symptômes prédominants. L'angine, dans cette épidémie, a constamment été un symptôme grave, fort gênant pour les malades. Presque toujours il l'a combattue avec succès à l'aide de gargarismes de vin rouge privé d'alcool par l'ébullition, et dans lequel on avait fait infuser quelques feuilles de sauge. C'est un moyen qu'il recommande en pareille circonstance.

Durant le cours de cette épidémie, M. Borie a observé plusieurs cas de fièvre varioleuse. Plus de vingt individus de dix à vingt-cinq ans, ayant été ou non vaccinés, ont offert tous les symptômes de la variole, moins les boutons. Ainsi, céphalalgie plus ou moins vive, lumbago, angine, nausées, rougeurs vives à la peau, disparaissant et reparaissant alternativement, mouvement fébrile, tels ont été les symptômes observés chez eux. « Consulté, nous les engageâmes fortement à ne pas s'aliter, à rester le plus longtemps possible en plein air, à manger peu et à boire fréquemment de l'eau froide. Quelques lavements presque froids furent aussi conseillés. Tous suivirent scrupuleusement cet avis.

« On les vit se promener avec peine dans les rues; quelques-uns même y tombèrent en syncope. Ces faiblesses, ces lipothymies ne les effrayaient pas, ils marchaient quand même, persuadés qu'en agissant ainsi ils n'auraient pas à courir les chances redoutables de l'éruption. Tous buvaient en quantité de l'eau froide et prenaient des lavements presque froids. Eh bien, ce qu'il y a de certain, c'est que sur aucun d'eux ne parut la moindre éruption, et que huit, douze ou quinze jours de cette lutte obstinée contre les symptômes qui les poussaient vers le lit, suffirent pour le retour à la santé. »

» Nul doute, pour nous, que si ces individus se fussent alités, ils n'eussent eu l'éruption de la variole ou de la varioloïde. Nul doute encore que l'air frais et l'eau froide en boisson et en lavement (que nous désirerions voir substituer à la chaleur du lit et aux tisanes chaudes) pris en grande quantité par les fébricitants de la variole, ne tempérassent puissamment cette effervescence qui enfante des pustules, et ne diminuassent, par conséquent, les chances de mort. »

Ajoutons enfin qu'un médecin des environs a dit avoir observé en même temps dans sa contrée trois cas de suette miliaire rapidement mortels.

Mortalité par variole dans la ville de Bordeaux.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Marmisse (de Bordeaux) la communication du document suivant, relatif à la mortalité par variole dans cette ville pendant les derniers mois de cette année :

La seconde moitié de l'année 1862, nous écrit notre confrère, a été remarquable à Bordeaux par une épidémie de variole. Nous sommes en mesure de faire connaître la mortalité qui en a été le résultat. Nous y joindrons celle des quatre années qui ont précédé cette épidémie :

Année	1858.	Décès.	4
—	1859.	»	3
—	1860.	»	2
—	1861.	»	11
—	1862.	»	102
(Jusqu'au 18 décembre.)			
		Total. . . .	122 décès.

Les 102 décès de l'année présente se distribuent mensuellement dans l'ordre suivant :

Janvier	1	Août	15
Février	1	Septembre	24
Mars	2	Octobre	20
Avril	2	Novembre	18
Mai	5	Décembre	11
Juin	1		
Juillet.	2	Total. . . .	102

Les 122 décès sont ainsi partagés dans les divers âges :

Dans les 6 premiers mois.	12	De 25 à 30	8
De 6 mois à 1 an. . .	8	De 30 à 35	10
De 1 à 2 ans. . . .	14	De 35 à 40	8
De 2 à 3 ans.	12	De 40 à 45	1
De 3 à 4	6	De 45 à 50	2
De 4 à 5	10	De 50 à 55	1
De 5 à 10	6	De 55 à 60	2
De 10 à 15	2		
De 15 à 20	7	Total. . . .	122
De 20 à 25	13		

66 appartiennent au sexe masculin et 56 au sexe féminin.

71 seulement des individus décédés étaient nés à Bordeaux.

26 de ces décès ont eu lieu dans les divers hospices.

Sur les 96 décès de la ville, 50 appartiennent à un quartier bien déterminé, au sud-ouest, 9 à un quartier de l'ouest, 9 à un quartier du centre, 13 à un quartier du sud, 4 à un quartier du nord. Les autres sont assez disséminés.

Les divers foyers d'épidémie ont été si bien caractérisés qu'on a observé 14 cas de variole dans une seule maison, 10 dans une autre et 8 dans une troisième.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Cas remarquable d'attaque d'épilepsie.

(Observation recueillie par M. NADAUD, interne du service.)

Au nº 5 de la salle Saint-Charles est entré le 17 octobre dernier le nommé L... (Jean), âgé [illegible] aire [illegible] r. D'une constitution vigoureuse, cet h[illegible] co[illegible] plaint de violen[illegible] douleurs contusives dans les masses mu[illegible] aires des membres, de céphalalgie, et d'un tremblement général assez manifeste.

Interrogé sur ses antécédents, le malade dit n'avoir jamais été gravement malade, et n'avoir jamais fait d'excès, de quelque nature que ce soit. Depuis longtemps déjà il habite Paris; il s'est toujours bien nourri, et les jours qui ont précédé son entrée dans les salles, il ne s'est trouvé en rapport avec aucune personne malade.

Les douleurs qu'il éprouve au moment de son entrée, son état général de fatigue, sont pour lui le résultat d'une attaque convulsive qu'il a eue deux jours avant son entrée, attaque qui est survenue en plein état de santé, et sans qu'il ait fait avant le moindre excès.

Voici comment cet homme, qui paraît très-intelligent, raconte ce qui lui est arrivé :

Il avait déjeuné depuis environ deux ou trois heures, et à ce repas il avait eu la fantaisie, ainsi que ses patrons, de manger de l'omelette au rhum; ils avaient fait brûler eux-mêmes cette liqueur sur la table. A partir de ce moment, dit le malade, il lui était resté une sorte de vertige; il lui semblait à chaque instant, bien qu'il n'eût plus les flammes devant les yeux, qu'il voyait quelque chose de lumineux qui dansait devant lui. Il ne cessa point de travailler, et il put remarquer que plus il allait, plus ces visions semblaient se rapprocher en intervalles et en distances.

Les choses marchèrent ainsi jusque vers deux heures et demie de l'après-midi. A ce moment, le point lumineux était bien plus brillant et plus rapproché qu'avant; ses oscillations étaient bien plus rapides. Il lui fut dès lors impossible de continuer son travail; sans cesse cette vision survenait et lui faisait perdre de vue les objets qui l'entouraient; enfin, tout à coup cette vision survient d'une façon continue; le point lumineux, d'abord éloigné et animé de mouvements oscillatoires assez larges, se rapproche de plus en plus, les oscillations deviennent de plus en plus rapides, jusqu'à ce que le point lumineux s'étant rapproché à tel point que le malade crut qu'il touchait son œil, il tomba et ne sut plus ce qui se passait autour de lui.

Au bout d'un laps de temps que le malade ne peut point préciser, il est revenu à lui; à ce moment il se sentait on ne peut plus fatigué: il était rompu, tout son corps était fortement engourdi, sa tête était lourde, les corps qui l'entouraient lui semblaient agités, tous ses membres étaient agités d'un tremblement manifeste, sa bouche était pleine d'écume, enfin sa langue était profondément mordue, ainsi qu'il est encore très-facile de le constater au moment de la visite.

Au dire des personnes qui l'entouraient pendant son attaque, il était très-agité, et on avait eu toutes les peines du monde à le contenir et à l'empêcher de se faire du mal, ainsi qu'à ceux qui lui prodiguaient des soins.

Telle est la description que le malade fait lui-même de l'attaque qu'il a eue deux jours avant son entrée à l'hôpital, attaque dont les caractères font de prime abord reconnaître la nature épileptique.

Interrogé à l'effet de savoir si antérieurement il n'avait point eu quelque chose d'analogue, le malade dit avoir eu une attaque, mais moins forte, il y a environ quinze ans; il ne se rappelle point les circonstances dans lesquelles cet accident lui était survenu: depuis cette époque, il n'avait jamais rien éprouvé.

Dans sa famille il ne connaît point d'épileptique: ses parents existent encore, et aucun d'eux n'a eu d'attaques convulsives.

Au moment de son entrée, ainsi qu'il vient d'être dit plus haut, le malade accuse des douleurs contusives dans les membres, de la céphalalgie, enfin un tremblement assez manifeste et insupportable dans les membres; il y a de l'incertitude dans ses mouvements, enfin, de temps en temps, sa vue est encore troublée, et il lui semble que des objets immobiles s'agitent autour de lui.

L'examen organographique ne fait rien découvrir chez ce malade, auquel M. Piorry prescrit le traitement suivant :

1º Occlusion des paupières avec le taffetas gommé.

2º Potion antispasmodique; julep gommeux, 125 grammes, avec 2 grammes d'éther.

3º Enfin, immédiatement, et pour le répéter le soir, deux cuillerées à bouche de l'extrait Armand, dont l'effet est d'agir comme pourrait le faire une préparation de quinquina.

Pendant trois jours le malade est resté dans les salles, et au bout de ce laps de temps tous les accidents avaient disparu; il s'est surtout très-bien trouvé de l'occlusion des paupières.

C'est là une observation de plus à l'appui de la théorie de M. Piorry sur l'épilepsie.

N. B. Des renseignements pris par moi depuis la sortie du malade des salles de la Charité, nous ont permis de savoir que depuis cette époque le malade n'a rien éprouvé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 décembre 1862. — Présidence de M. BOUILLAUD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'Etat transmet l'ampliation d'un décret en date du 17 décembre courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Devilliers comme membre titulaire, en remplacement de M. Moreau.

Sur l'invitation de M. le président, M. Devilliers prend place parmi ses collègues.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Brémont, sur le service médical des eaux minérales de Chaudesaigues (Cantal) pendant l'année 1862. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1º Des lettres de MM. Boudin, Bergeron et Delpech, qui se présentent comme candidats dans la section de médecine légale;

2º Des lettres de MM. Giraud-Teulon et Berthelot, qui se présentent comme candidats dans la section de physique et de chimie médicales;

3º Une observation d'opération césarienne pratiquée une demi-heure après la mort de la mère, et ayant abouti à l'extraction d'un enfant à terme qui a vécu quelques instants, par M. le docteur Perrotte (d'Avranches) (renvoyé à l'examen de M. Devilliers);

4º Un rapport de M. le professeur Dumas (de Montpellier), sur le service de vaccine du département de l'Hérault (commiss. de vaccine);

5º Une note sur les poisons des champignons et sur leurs contre-poisons, par M. le docteur Letellier (de Saint-Leu-Taverny) [commissaires, MM. Gibert, Guibourt et Devergie];

6º Un pli cacheté renfermant la description d'un procédé ayant pour objet d'employer en certaines circonstances l'électricité comme agent thérapeutique, par MM. Giuseppe Aymini et Jules Eckmann. (Le dépôt est accepté.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL offre en hommage à l'Académie, au nom de M. Trinquart, une photographie représentant en groupe les membres du bureau.

M. DE KERKARADEC fait hommage à l'Académie d'une Notice sur M. Négrier.

M. GIBERT dépose sur le bureau un travail de M. le docteur Burq sur un moyen de filtrage des eaux en grand.

L'appareil de filtrage dont il s'agit est une application perfectionnée du système d'épuration en grand d'eaux potables, que l'auteur a soumis précédemment à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine et au Conseil de salubrité.

On y voit réunis et appliqués sur une grande échelle les principes qui font la base de ce système :

Application de la matière filtrante en couche mince sur des grilles ou parois de soutènement, suivant le principe du filtrage au papier;

Multiplication des surfaces filtrantes;

Subdivision de toutes ces surfaces en une infinité de petits filtres fonctionnant indépendamment les uns des autres, et venant tous s'ouvrir au dehors par de petites ouvertures distinctes, dont la seule occlusion suffit pour arrêter l'opération sur tel ou tel autre point sans rien changer au voisinage;

Nettoyage automatique sans frais par un courant d'eau convenable pour entraîner au dehors des appareils les matières vaseuses, au fur et à mesure qu'elles tendent à s'y déposer.

L'appareil se compose d'un bateau en fer à fond plat, de dimensions variables, suivant le besoin, traversé de bout en bout, à la façon d'une chaudière tubulaire, et dans un but semblable, par des *tuyaux filtres* formés d'une série de drains très-résistants en terre cuite ou fonte de fer. Ces drains, de forme et disposition convenables pour favoriser le principe de la multiplication des surfaces filtrantes, et permettre aux hommes de service d'y circuler et travailler sans peine, sont tapissés intérieurement de diaphragmes cannelés en pierre poreuse artificielle, d'environ 10 décimètres carrés de surface sur 2 à 3 centimètres d'épaisseur, appliqués et lutés du côté de leurs cannelures, de manière que chaque diaphragme fonctionne isolément et vienne se déverser en un filet distinct dans la cale du bateau par une petite ouverture ménagée en regard dans la paroi du drain.

Des brides circulaires en fer, dont quelques-unes portent un trou d'homme pour donner accès dans les filtres, relient solidement tous les drains et les fixent de même au fond de la cale du bateau.

Des grilles de même métal, placées à l'ouverture de chaque filtre, les protégent contre l'entrée des corps trop volumineux, et un système de tuyaux et de robinets convenable fait à volonté communiquer les filtres ensemble ou isolément avec un gros tuyau de décharge.

Au-dessus des filtres, sur le pont, règnent deux grands réservoirs. Réservoirs, filtres, et le bateau lui-même, s'ouvrent ou se ferment à volonté dans la rivière, au moyen de vannes à écluse.

Le bateau vide, toutes vannes fermées, ne présente qu'un très-faible tirant d'eau; ce qui lui permettra de circuler à peu près indistinctement sur toutes les rivières et cours d'eau de quelque importance. Arrivé à destination, il sera solidement amarré dans le sens du courant; puis les vannes des filtres seront ouvertes; aussitôt l'eau s'y engouffrant, on verra le bateau s'enfoncer jusqu'à immersion complète des filtres, et la filtration commencer et s'opérer d'autant plus vite, que la résistance à vaincre n'est que de 2 à 2 centimètres et demi d'épaisseur de matière filtrante, et que cette matière, très-poreuse d'ailleurs, n'offre pas un développement moindre de 90 à 100 mètres superficiels par chaque tuyau-filtre ayant seulement 25 mètres de longueur.

L'eau filtrée sortira à l'état de très-grande division par toutes les nombreuses ouvertures des filtres, et, après avoir subi de la sorte un dernier degré d'aération, viendra se colliger en masse dans la cale du bateau; de là, de cette cale, qu'il sera toujours facile de charger au besoin d'une couche de charbon désinfectant, l'eau sera amenée au dehors par le tuyau de décharge et envoyée à destination à l'aide d'engins convenables. Entre temps, s'il survient une avarie, tous les diaphragmes se trouvant isolés de manière à constituer tout autant de filtres distincts, il suffira de boucher le trou par lequel se sera manifestée cette avarie pour y porter aussitôt remède.

Nettoyage. — Le nettoyage des filtres, qui jusqu'ici a toujours été la pierre d'achoppement de tous les systèmes de filtration en grand, se fera : 1º Automatiquement, d'une manière incessante, par le courant de la rivière elle-même; 2º de temps en temps par la filtration en sens inverse, en vue de laquelle existe une vanne destinée à faire communiquer directement avec la rivière l'intérieur même du bateau, les vannes des filtres ayant été préalablement fermées; 3º et très-exceptionnellement par le lavage et le balayage direct à la brosse des surfaces poreuses, rendus très-faciles, ainsi que toute réparation, par les dimensions des filtres, suffisantes pour permettre à un homme d'y circuler et travailler sans peine.

Pour le débit, on peut estimer qu'un *bateau filtre* d'environ 25 mètres de long sur 5 mètres de large pourrait faire facilement le service pour toute une armée comme celle que le gouvernement réunit tous les ans au camp de Châlons, et que deux bateaux filtres de 50 mètres sur 10, présentant ensemble, à l'aide de certaines dispositions des drains, un développement de surfaces filtrantes de 10,000 mètres, suffiraient largement à l'alimentation d'une population d'un million d'âmes. Le prix de l'eau filtrée et aérée par ce procédé ne ressortirait point, tous calculs faits, à plus d'un demi-centime le mètre cube.

M. POGGIALE a vu cet appareil; il souhaite qu'il soit meilleur que celui qu'avait déjà présenté son auteur l'année dernière; mais il en doute, et il s'étonne de l'enthousiasme dont se prend M. Gibert pour un appareil qu'il n'a pas vu fonctionner, et dont il ne connaît que le plan.

M. GIBERT déclare qu'il ne se porte pas garant de la bonté de l'appareil de M. Burq, mais il croit qu'il faut encourager les hommes qui cherchent à faire mieux qu'on n'a fait avant eux, et qu'on doit louer les efforts de ceux qui cherchent la solution de problèmes que les savants de profession se contentent de déclarer insolubles.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède par la voie du scrutin au renouvellement de son bureau et au renouvellement partiel du conseil pour l'année 1863 :

Sont élus : *Président*. . . . . M. Larrey.
Vice-président. . . . . . M. Grisolle.
Secrétaire annuel. . . . . . M. Béclard.
1er *membre du conseil*. . . . M. Guérard.
2e *membre du conseil*. . . . M. J. Cloquet.

— L'ordre du jour appelle ensuite la continuation de la discussion sur les eaux potables.

La parole est à M. Bouchardat, pour la continuation de sa lecture.

Suite de la discussion sur les eaux potables.

M. BOUCHARDAT. Voici les caractères généraux auxquels on reconnaît les bonnes eaux potables ; elles doivent être absolument inodores ; leur saveur doit être peu sensible, agréable pour un palais habitué à apprécier la qualité des eaux ; elles doivent être limpides, fraîches, aérées, légères ; elles doivent dissoudre le savon sans former trop de grumeaux, cuire les haricots, pois et autres semences de la famille des légumineuses, sans les durcir. Depuis 1853, j'ajoute dans mes cours à ces caractères généraux, à cause des matières organiques inconnues que ces eaux peuvent contenir, la recommandation suivante :

« Il faut qu'un long usage et des observations continuées avec persévérance aient démontré leur innocuité. »

Les anciens, qui attachaient une grande importance à la connaissance de la qualité des eaux, avaient surtout égard à cette observation d'un long usage sur les populations. Ils pratiquaient des autopsies d'animaux, et d'après l'inspection des intestins et des organes contenus dans l'abdomen, ils jugeaient de la qualité des eaux.

Dès que les études chimiques prirent du développement, on espéra que l'analyse donnerait la solution de toutes les difficultés se rapportant à l'analyse des eaux. Malgré la perfection à laquelle elle a pu atteindre depuis quelques années, il s'en faut que les problèmes les plus importants soient résolus ; je dirai même qu'ils ont été à peine entrevus, qu'alors il est indispensable d'en revenir à l'observation des effets des eaux sur les populations.

M. Bouchardat trace ici un résumé historique des principales recherches chimiques entreprises sur les eaux potables.

Puisque j'aborde incidemment ce sujet, continue-t-il, je ne puis passer sous silence les savantes études de l'éminent ingénieur en chef M. Belgrand, sur la déviation des principales eaux potables qui peuvent alimenter Paris. Je dois mentionner encore le dévouement sans bornes avec lequel notre collègue et ami M. Robinet s'est consacré à cette grande question. Si quelquefois la passion s'est un peu mêlée à la polémique, on peut être sûr que l'amour seul de la vérité et du bien public a pu animer des hommes aussi distingués que notre collègue M. Jolly et M. E. S. Dugué, et tant d'autres écrivains habiles, parmi lesquels je citerai M. L. Figuier, M. le docteur A. Linas et M. Barral, qui ont pris part à cette mémorable discussion.

J'ai l'espoir que l'examen attentif des faits fera disparaître les dissidences, au moins dans ce qu'elles ont d'important.

Méthodes d'analyse rapides. — Il est souvent difficile pour un médecin de procéder à une analyse quantitative d'une eau potable dont il veut apprécier les qualités ; voici une méthode facile à laquelle il peut avoir recours pour s'éclairer sur la nature d'une eau qu'il veut étudier.

Il commencera par prendre des types analysés et bien connus ; il tâchera de choisir deux types extrêmes, l'un parmi les eaux les plus pures, l'autre parmi les eaux chargées de matières en dissolution ; il les comparera à l'aide des réactifs à l'eau qu'il veut examiner, sans négliger les caractères des bonnes eaux sur lesquels nous avons insisté ; il ajoutera dans l'eau qu'il veut examiner, dans les deux types, les réactifs suivants :

L'*oxalate d'ammoniaque* indique la présence de la chaux, suivant l'abondance du précipité comparé aux deux types connus ; il pourra avoir une notion très-approximative sur la quantité de cette base contenue dans l'eau qu'il examine.

La chaux étant éliminée en ajoutant du *phosphate d'ammoniaque*, la magnésie est précipitée à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien : on l'apprécie comme la chaux. Il en sera de même des sulfates à l'aide des chlorures de baryum, des chlorures à l'aide de l'azotate d'argent.

La quantité d'oxygène sera déterminée par un procédé eudiométrique à l'aide d'une solution d'acide pyrogallique. Mais c'est pour les matières organiques que ces recherches offrent à la fois plus d'intérêt et de difficultés.

De la recherche des matières organiques dans les eaux potables. — D'après ce que j'ai dit précédemment, on comprend sans peine combien des recherches précises sur les matières organiques contenues dans les eaux potables seraient importantes. Malheureusement ces recherches sont entourées de bien nombreuses difficultés, aussi grandes et peut-être plus encore, que lorsqu'on cherche à s'éclairer sur la nature des miasmes ou des effluves.

Voici l'indication sommaire des études qu'on peut exécuter.

Nos sens ne nous avertissent pas toujours de la présence des matières organiques, même en proportion notable, dans les eaux potables. Elles peuvent être parfaitement transparentes, inodores, même très-peu sapides, et cependant contenir des proportions notables de matières organiques, et je dois ajouter de celles qui me sont le plus suspectes, qui ont des conditions de développement analogues à celles qui donnent naissance aux effluves des marais.

Quand des eaux contenant des matières organiques ne sont point transparentes, il faut examiner au microscope, à des grossissements variant de 100 à 500 et plus, le dépôt qu'elles forment ; le plus souvent ces dépôts renferment des infusoires vivants dont il importe de déterminer l'espèce et le genre. Je peux dire d'une manière générale que lorsque ces animalcules appartiennent aux genres *monas* et aux espèces *rouge* ou *verte*, qui possèdent la propriété de décomposer l'acide carbonique et de mettre l'oxygène en liberté, les matières organiques de ces eaux sont peu suspectes.

Un caractère négatif qui se rattache souvent à l'absence de ces infusoires, c'est l'absence complète de gaz oxygène dissous. Quand une eau est ainsi dépourvue de gaz oxygène dissous, et qu'elle renferme des matières organiques, ces matières organiques, jusqu'à preuve contraire, doivent être considérées comme suspectes.

Plusieurs réactifs ont été successivement employés pour indiquer la présence de matières organiques dans les eaux potables. Tels sont le chlore liquide, le chlorure d'or, le nitrate d'argent, etc.

Depuis longtemps j'emploie et je conseille, dans l'examen des eaux potables, une macération aqueuse de noix de galle, conservée en la recouvrant d'une couche d'éther. Plusieurs matières organiques, mais surtout celles provenant de la décomposition des matières animales, sont nettement accusées par ce réactif.

Évaporation. — L'examen du résidu de l'évaporation ne doit pas être négligé, sans toutefois lui accorder trop d'importance. Une partie des matières organiques peuvent être modifiées pendant l'évaporation de l'eau. Cette modification est d'autant plus profonde que la température aura été plus élevée ; c'est pourquoi je préfère, lorsqu'il s'agit d'examiner les matières organiques, n'opérer l'évaporation qu'à l'étuve à une température de 40 degrés centigrades ; pendant l'évaporation, une partie des matières organiques peuvent être décomposées et fournir du carbonate d'ammoniaque, qu'on ne trouve pas dans le résidu fixe, mais qui est entraîné avec l'eau.

Une partie des matières organiques passent souvent après l'évaporation à l'état insoluble ; il faut constater cette transformation qui indique une modification profonde dans la constitution moléculaire de ces produits complexes, et certainement aussi dans leurs propriétés essentielles. Car tout nous porte à croire que ces matières nuisibles des eaux agissent comme des ferments dont l'action spécifique est détruite par l'ébullition. Nous reviendrons plus loin sur ce fait.

Bornons-nous à constater ici que les études qui se rapportent aux matières organiques contenues dans les eaux, et qui, selon moi, ont une importance capitale, sont aussi peu avancées que tout ce qui se rapporte aux questions des miasmes et des effluves. De même que dans l'air la masse des substances organiques indifférentes est infiniment plus considérable que la masse des substances nuisibles, de même, dans les eaux, ce qui est désigné sous le nom de *matières organiques*, présente des différences du même ordre. Nous comprenons alors combien il est sage de ne se prononcer sur la qualité des eaux potables contenant des matières organiques que d'après un long usage. La chimie ne nous permet pas d'aborder encore sûrement les problèmes les plus élevés se rapportant à l'hygiène des eaux.

Des maladies en général, et particulièrement des endémies liées à l'emploi des mauvaises eaux. — On peut diviser les maladies produites par l'usage d'eaux malsaines, en maladies aiguës et endémies chroniques. Parmi les premières, nous avons parlé, à propos des matières organiques, des diarrhées, des dyssenteries attribuées à l'usage d'eaux tenant en dissolution des matières résultant de la putréfaction des matières animales. Nous avons également traité de cette étiologie si obscure de la fièvre typhoïde, nous n'y reviendrons pas ici.

Quand on passe à l'étiologie des affections chroniques, si l'on réfléchit à la continuité d'action des eaux potables, on est très-porté à admettre que cette influence peut, dans certaines conditions, être très-considérable. Nous allons chercher à démontrer qu'elle est décisive dans la production du goître endémique ; qu'elle est le point de départ de cette dégénérescence de l'homme désignée sous le nom de *crétinisme ;* enfin que de puissantes raisons peuvent être données en faveur de l'opinion qui veut que la production du bouton d'Alep, et celle du bouton de Biskra, soient liées à l'usage de mauvaises eaux.

On ne saurait trop être frappé de ces remarquables et permanentes modifications exercées sur l'homme par les agents extérieurs. Quoi de plus digne d'attention que de voir une race intelligente transformée en une race dégradée, et de pouvoir montrer la cause première de cette dégradation qui a demandé plusieurs générations et le concours de plusieurs conditions pour se réaliser ? C'est une des questions les plus difficiles, mais aussi une des plus belles parmi celles qui ont trait à l'influence des agents physiques sur le moral de l'homme.

Nous retrouverons des études du même ordre lorsque nous étudierons l'étiologie de la pellagre, l'influence des alcooliques, du chanvre indien, de l'opium sur l'homme isolément et sur sa race.

Du goître endémique. — Dans la discussion qui eut lieu à l'Académie en 1844, je cherchai successivement à établir :

1° Que c'est à tort que les causes prédisposantes du goître endémique avaient été considérées comme déterminantes ;

2° Que l'usage de certaines mauvaises eaux pouvait seul être mis en cause.

J'espère que les preuves données pour établir cette dernière proposition convaincront ceux qui voudront bien les examiner, et je ne saurais trop répéter : Si l'on n'admet pas que l'usage de certaines mauvaises eaux puisse déterminer le goître endémique, c'est par des observations précises qu'il faut les réfuter. Depuis que j'ai fait cet appel, personne n'y a répondu, je ne puis que renvoyer à cette discussion.

Je ne reviendrai pas sur l'ensemble des preuves que j'ai données pour établir que les causes prédisposantes du goître ont été élevées à tort, soit isolément, soit réunies, au rôle de causes principales. Ces causes que je me contenterai de rappeler ici sont : l'air humide, les variations de température, la privation de lumière, les habitations malsaines, une alimentation unique ou insuffisante, l'élévation et la configuration du sol, l'hérédité, la privation de routes, de commerce, d'instruction, etc.

La constitution géologique du sol a été incriminée sur un ensemble de preuves très-précises données par monseigneur le cardinal-archevêque Billiet, et admirablement développée par M. le docteur Grange. Mais cette question de la constitution du sol se lie doublement, comme nous le montrerons plus loin, à celle de la composition des eaux :

1° Par la nature des matériaux dissous ;

2° Par la marche imprimée par ces matériaux à la décomposition des matières organiques qui ont été en contact avec ces eaux avant leur infiltration.

Le sol qui a été incriminé est constitué par des masses gypseuses dolomitiques, qui ne présentent, comme on le sait, que des formations très-bornées, isolées en quelque sorte sur des terrains de nature très-diverse. On en trouve dans le lias, dans le terrain jurassique métamorphique et dans les alluvions.

En reportant, comme l'a fait M. Grange d'une manière si saisissante, la statistique des goîtreux sur une carte géologique bien faite, on ne saurait méconnaître un rapprochement digne du plus grand intérêt.

Je crois également inutile de rappeler ici les preuves très-précises que j'ai précédemment réunies pour démontrer que c'est l'usage de certaines mauvaises eaux qui est la cause principale du goître endémique. Je ne reviendrai point en détail sur les faits énoncés alors dans le but d'élucider cette question délicate, qui consiste à rechercher si c'est à l'absence d'un principe utile ou à la présence d'un principe nuisible que ces eaux potables doivent cette fâcheuse propriété. Mais j'ai besoin de dire immédiatement que dans cette discussion j'ai incriminé à tort le sulfate de chaux contenu dans les eaux séléniteuses ; mais depuis, un examen attentif de la question m'a prouvé, comme on le verra plus loin, que, comme pour les sels de magnésie accusés par M. Grange, c'est une question de coïncidence.

A propos de l'absence de quelques principes utiles comme cause de goître, je crois cependant indispensable de revenir sur l'ingénieuse hypothèse de notre collègue M. Chatin, qui consiste à regarder l'absence de l'iode dans les eaux, les aliments, l'air, comme étant la cause du goître endémique.

Dans une longue suite de recherches, M. Chatin a soutenu avec une grande persévérance cette opinion. Ce qui donne une grande vraisemblance à cette manière de voir, c'est que le goître se guérit sous l'influence de très-petites quantités d'iode administrées chaque jour ; or il paraît évident qu'une très-faible proportion de ce principe pouvant contre-balancer l'influence funeste des matières qui peuvent causer le goître, l'iode ne doit pas se rencontrer en proportion appréciable dans les eaux et les aliments des localités à goître. Sur ce premier point, on peut regarder l'hypothèse de M. Chatin comme réunissant en sa faveur toutes les probabilités.

Pour moi cependant la démonstration n'est pas complète. Il est clair que si le remède est à côté de la cause du mal et neutralise son effet, le mal ne doit point apparaître ; c'est encore une question de coïncidence qui ne peut être éclairée que par une observation aussi attentive que délicate.

Voici, en attendant mieux, et en me servant des observations de M. Chatin, comment je suis conduit à ne point admettre son hypothèse :

D'après lui, dans les localités entachées de goître endémique, les eaux pluviales ne contiennent pas d'iode ; comment alors expliquer ce fait qu'au Puiset, sur dix-neuf familles, une seule soit exempte, celle qui consomme de l'eau d'une citerne, et que les dix-huit autres qui boivent de l'eau des fontaines soient goîtreuses ? Cela nous conduit à admettre qu'il y a autre chose que l'absence de l'iode pour expliquer l'influence des eaux dans la production du goître endémique.

Nous voici par la méthode d'exclusion conduit encore à incriminer les matières organiques, et à ne plus regarder l'absence de l'iode comme cause du goître et du crétinisme. Sans ce corps, tous les hommes seraient goîtreux et crétins, si l'iode manquait dans l'air, les eaux ou les aliments.

Voilà où conduit l'hypothèse de M. Chatin, qui assimile pour ainsi dire l'iode au feu de Prométhée. Selon nous, ce n'est pas l'absence d'un principe, mais la présence dans l'eau de matières agissant comme les ferments, qui donne naissance au goître endémique.

Influence des matières organiques. — Plusieurs observateurs ont émis vaguement l'opinion que les matières organiques contenues dans les eaux pouvaient avoir, concurremment avec d'autres causes, de l'action sur la production du goître endémique. Je n'adoptai pas cette pensée lors de la discussion à l'Académie de médecine ; mais, plus tard, dans mon cours d'hygiène, en passant en revue les différentes matières inorganiques qui entrent dans la composition des eaux potables suspectées de déterminer le goître, j'arrivai par la méthode d'exclusion à dire : Aucune de ces matières ne peut avoir sur l'organisme l'influence fâcheuse de produire le goître, car dans certaines conditions elles interviennent dans l'alimentation en quantité égale, sans manifester aucune action nuisible ; les matières organiques d'origine végétale seules doivent être mises en cause.

Mon ami le docteur Morétin, dans une excellente thèse soutenue sous ma présidence, puis dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine, donna des preuves directes à l'appui de cette opinion, qui attribue à la présence de matières organiques dans les eaux une influence sur la production du goître.

Depuis, cet objet important n'a pas cessé d'être présent à ma pensée ; j'ai essayé sur divers animaux, chiens, chats, lapins, l'influence du sulfate de chaux, à la dose de deux grammes environ administré journellement, et pendant près d'une année, sans qu'il en résultât aucune incommodité. J'ai fait la même expérience sur l'homme avec le sulfate de chaux et la magnésie. Je suis arrivé à ajouter de nouveaux faits que je considère comme concluants à ceux déjà connus, pour innocenter le sulfate de chaux et les sels de magnésie contenus dans les eaux qui déterminent le goître.

Nous voici donc inévitablement conduit par la méthode d'exclusion à admettre que le goître est déterminé par la présence dans les eaux d'une matière organique spéciale. Cette hypothèse me paraît aujourd'hui de beaucoup la plus vraisemblable.

Il est bien évident qu'il faut certaines circonstances spéciales pour que les matières organiques contenues dans les eaux puissent présenter cette propriété spécifique de déterminer la production du goître. Nous allons chercher, en nous aidant des faits connus, à faire quelques pas de plus dans l'étude de cette question si difficile.

Il paraît d'abord extrêmement probable, pour ne pas dire démontré, qu'il ne faut point incriminer les eaux contenant des matières organiques provenant de la décomposition des matières animales. Tous les faits observés démontrent qu'il faut les écarter ; ainsi, jamais on n'a indiqué comme produisant le goître les eaux des grandes villes provenant si souvent pour une notable proportion d'infiltrations de fosses d'aisances non étanchées, de cimetières encombrés, etc. C'est dans les villages peu habités où les produits des animaux sont rares, où au contraire les débris des végétaux abondent, qu'il faut rechercher ces eaux ayant le fâcheux privilége de donner le goître.

Voici donc un premier point que nous admettons : comme pour la production des effluves maremmatiques, ce sont certaines matières végétales qui, se décomposant dans des conditions qui n'ont point encore été fixées, donnent naissance au ferment soluble qui modifie l'économie pour produire le goître. Si nous continuons notre comparaison avec les effluves des marais, nous allons encore trouver un nouveau point de ressemblance de la plus haute importance. Les effluves maremmatiques se développent surtout avec intensité, lorsque les matières végétales se décomposent sous l'influence des eaux douces et des eaux salées mélangées. Or ces eaux contiennent alors du chlorure de so-

dium, du magnésium, des sulfates de chaux, de magnésie, des bicarbonates de chaux, de magnésie. Ce sont précisément les mêmes sels que l'on rencontre dans les eaux qui s'infiltrent dans les terrains dolomitiques habités par les goîtreux. Nous sommes donc naturellement conduit à admettre que le ferment qui doit produire le goître prend naissance par la décomposition de certaines matières végétales sous l'influence de l'eau renfermant les sels qui se rencontrent dans les terrains dolomitiques.

Je ne considère l'opinion que je viens de développer que comme une hypothèse qui rend mieux compte des faits observés que celles qui ont été défendues par les auteurs qui m'ont précédé. L'absence de l'oxygène de ces eaux, l'influence du terrain, la concentration du goître sur des espaces limités, tout devient facile à expliquer et à comprendre. Nous verrons plus loin que la prophylaxie est elle-même très-facile. Si l'on veut bien mettre à l'épreuve les conseils que je donnerai, l'hypothèse que j'ai développée en recevra sa consécration, ou les faits négatifs la réfuteront.

— M. Bouchardat terminera sa lecture dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et un quart.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

Démence. — M. LE Dr FÉLIX VOISIN donne lecture, sous ce titre, de la note suivante :

« Dans différentes lectures que j'ai eu l'honneur de faire devant vous, Messieurs, vous avez bien voulu écouter avec un bienveillant intérêt quelques-unes de mes considérations sur les enfants idiots que j'ai soignés pendant quelques années à Bicêtre. Aujourd'hui, je voudrais vous dire un mot sur les malheureux aliénés atteints par la démence.

» Comme les idiots, ils ne me paraissent pas avoir été, jusqu'à présent, suffisamment étudiés au point de vue du mode d'existence que la science et l'humanité réclament en leur faveur. Sous beaucoup plus de rapports qu'on ne pense, il est possible de poser l'homme en démence devant les objets extérieurs, devant les personnes et les choses; et s'il ne vit pas complètement de la vie commune à l'espèce humaine en général, il est possible au moins de le faire tant soit peu assister à la vie. Il faut le dire, parce que la chose est incontestable, les déments ont eu et ont encore presque partout le sort des idiots d'autrefois. On a fait des tableaux pittoresques et vrais de la démence; mais ici, comme dans tant d'autres circonstances, on a eu le tort de généraliser des observations particulières. On a pris comme types de cette affection quelques individus chez lesquels il ne restait pas ombre d'humanité, chez lesquels on ne constatait plus vestige de sensibilité physique et morale, ni trace d'intelligence et de perception; et d'après ce tableau frappant de ressemblance, on s'est imaginé que chez tous les déments sans exception les caractères instinctifs, intellectuels et moraux, étaient complètement effacés. Idée fausse, en vertu de laquelle, dans un grand nombre d'établissements, on a abandonné à eux-mêmes, relégué dans un coin de la maison, tous les malheureux sur lesquels on avait inscrit le mot fatal de la démence au moindre symptôme de cette triste affection, de cette dégénérescence de presque toutes les affections cérébrales.

» Qu'on le sache bien, la démence est, comme l'idiotie, complète ou incomplète; l'idiotie complète est rare, l'idiotie incomplète est fréquente. C'est la même chose dans la démence : la démence complète est le tombeau de la raison; mais elle est rare, mais elle ne s'observe en général que dans les derniers temps de l'existence du dément. Chez la plupart de ces infortunés, quoique la mémoire soit affaiblie et quelquefois perdue, quoique l'association des idées soit difficile et embarrassée, quoiqu'il y ait abolition de quelques autres facultés instinctives, morales, intellectuelles, industrielles, artistiques ou perceptives, on ne peut dire néanmoins qu'ils ne puissent encore percevoir quelques impressions sensoriales, éprouver quelques émotions sentimentales, manifester quelques penchants, voire même quelques talents, et vivre enfin d'une manière ou d'une autre dans les actualités du moment et l'exercice de quelques derniers pouvoirs primitifs, qui attestent encore notre destination supérieure.

» Si vous le permettez, Messieurs, dans une de vos prochaines séances je viendrai vous communiquer les observations qui m'ont inspiré les réflexions que je vous présente aujourd'hui. Vous pourrez, je l'espère, vous convaincre de leur justesse, et penser avec moi qu'en raison de ce qui reste encore aux déments des caractères de l'humanité, il est facile, dans un assez grand nombre de circonstances, par une thérapeutique tout à la fois physique, intellectuelle, morale et sensoriale profondément calculée, d'utiliser, au moins pour eux-mêmes, les débris de leur intelligence, de combler les vides de leur esprit et de leur âme, et de ranimer et d'entretenir chez la plupart d'entre eux des actions vitales toujours prêtes à s'éteindre, il est vrai, mais qui, grâce à la marche lente et graduelle de leur maladie, leur permettent encore quelquefois de goûter et de sentir jusqu'à leurs derniers moments les soins affectueux et touchants dont ils ont été l'objet.

» Combien de fois, en dehors du service de nos hôpitaux, dans ma pratique journalière, n'ai-je pas vu des jeunes personnes entourer avec le plus grand avantage de leurs respects et de leurs soins leurs pères en démence ! Elles connaissaient leurs habitudes, leurs goûts, leurs projets, leurs idées dominantes, leurs sentiments exclusifs; remplies d'intelligence, d'attentions et de bonne volonté, un seul mot du malade les mettait sur la voie. Leur tendresse devinait tout, et la physionomie du pauvre dément, ordinairement muette et tombée, si je puis dire ainsi, s'animait et s'embellissait de l'expression d'un sentiment humain, et témoignait à tous les yeux qu'il ressaisissait en quelque sorte par instants le cours de son ancienne existence.

» Heureux, Messieurs, si par ce simple exposé je puis obtenir vos suffrages et parvenir à découdre une partie du linceul dans lequel on s'est jusqu'à présent trop hâté, en général, d'ensevelir les déments ! »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 décembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Hédiard, médecin en chef des hospices de Sens (Yonne);

M. Labitte, directeur de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. 1 Bouchard, 2 Fravier, 3 Ruck, 4 Faure, 5 Carle Lacosto, 6 Auvray, 7 Lelion, 8 Isambert, 9 Hemey, 10 Turgis, 11 de Montfumat, 12 Thévenot, 13 Barbeu-Dubourg, 14 Besnier, 15 Delsol, 16 Anger, 17 Daret, 18 Louvet-Lamarre, 19 Le Dentu, 20 Tertier, 21 Dusart, 22 De Lacrousille, 23 Na Corogna, 24 Fontan, 25 Le Gras, 26 Guiraud, 27 Lannelongue, 28 Thomas, 29 Tixier, 30 Malhené, 31 Roques.

Internes provisoires : MM. 1 Ardoin, 2 Pacull, 3 Pero, 4 Carrière, 5 Lebreton, 6 Pichereau, 7 Savreux-Lachapelle, 8 Barbey, 9 Chaillou, 10 Sanné, 11 Panthin, 12 Posada, 13 Molinier, 14 Paquet, 15 Lefeuvre, 16 Fumouze, 17 Bouchereau, 18 Vigier, 19 Perruchot, 20 Regnard, 21 Farabeuf, 22 Bardier, 23 Morillon, 24 Labbée, 25 Magnan, 26 Thierry, 27 Palle, 28 Serraillier, 29 Leboumet, 30 Amalric, 31 Dublanchet, 32 Blache, 33 Clemenceau, 34 Morely.

PRIX DES LAURÉATS INTERNES. — *Première division* : M. Fritz, médaille d'or; M. Duplay, accessit.

MM. Brouardel, Proust et Dubrueil, première mention honorable.

MM. Ferrand, Cruveilhier et Martineau, deuxième mention honorable.

Deuxième division : Prix, M. Lallement; accessit, M. Gentilhomme première mention, M. Robertet; deuxième mention, M. Damaschino.

PRIX DES EXTERNES. — Prix, M. Bouchard; accessit, M. Fravier; première mention, M. Ruck; deuxième mention, M. Faure.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes qui ont concouru en 1862 aura lieu aujourd'hui samedi 27 décembre, à une heure, dans la salle des concours de l'Administration. On ne sera admis que sur lettre d'invitation personnelle.

Dans cette même séance, les médailles de satisfaction accordées, conformément aux dispositions du règlement, seront distribuées aux élèves qui ont terminé leur internat ou leur externat.

MM. les élèves anciennement reçus, et ceux nommés par suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et répartition dans les établissements de l'Administration, pour 1863.

En conséquence, MM. les élèves internes ou externes devront se présenter au bureau du secrétariat de l'Administration des hospices, pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées à MM. les élèves internes : de 2e, 3e et 4e année, le vendredi 26 décembre; de 1re année, le samedi 27 décembre.

A MM. les élèves externes : de 2e et de 3e année, le lundi 29 décembre; de 1re année, le mardi 30 du même mois.

— Le bruit courait mardi dernier, dans la salle des pas-perdus de l'Académie, que le Conseil général de la Seine venait de terminer sa session annuelle par le vote de très-importantes mesures administratives et médicales. On assurait que l'hospice de la Salpêtrière était vendu par l'administration de l'Assistance publique à la ville de Paris, et que cet immense établissement, dont une partie est réservée à l'extension de la gare du chemin de fer d'Orléans, était destiné à devenir l'Entrepôt des vins.

Le Conseil général aurait décidé, en outre, la construction immédiate d'un asile clinique pour les aliénés sur l'emplacement occupé aujourd'hui par la ferme Sainte-Anne, située près de Bicêtre, et il aurait approuvé les plans et devis présentés par M. le préfet. Cet asile renfermerait six cents malades atteints d'affections aiguës, et il lui serait annexé un bureau central d'admission, d'examen et de répartition.

Le Conseil général aurait enfin acheté le domaine de la Ville-Evrard, près de Neuilly-sur-Marne (arrondissement de Pontoise), dont la contenance est de 288 hectares, et celui de Vaucluse, près Epinay-sur-Orge (arrondissement de Corbeil), dont la contenance est de 110 hectares. Ces deux propriétés seraient très-prochainement converties en asiles d'aliénés, et contiendraient un certain nombre de pavillons très-confortables et tout à fait isolés, pour des malades de la classe aisée ou riche. On n'aurait, jusqu'à présent, arrêté que la construction d'un seul asile à la Ville-Evrard et à Vaucluse, et l'on aurait ajourné à une session ultérieure le vote relatif aux autres établissements dont M. le préfet, secondé par M. le docteur Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine, a conçu le plan et projeté l'organisation.

Quant à l'hospice de la Vieillesse (femmes), l'administration de l'Assistance publique le reporterait indubitablement dans la banlieue.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Prière de joindre à cet envoi une bande du Journal.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à M. DECQ, *libraire à Bruxelles;*

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN *frères, libraires, à Genève;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui va finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Causeries scientifiques : découvertes et inventions; progrès de la science et de l'industrie; par M. Henri DE PARVILLE, rédacteur scientifique du *Constitutionnel* et du *Pays*. Un beau volume in-18 jésus, avec 30 figures et un spectre solaire colorié. Prix : 3 fr. 50 c. Deuxième année, 1862. La première année (1861) des *Causeries scientifiques*, un volume in-18 avec 29 gravures, 3 fr. 50 c. Chez F. Savy, éditeur, rue Hautefeuille, 24.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 151. — MARDI 30 DÉCEMBRE 1862. (35e ANNÉE.) N° 151. — MARDI 30 DÉCEMBRE 1862.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, près de l'hôpital de la Charité.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT pour Paris et les Départements. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour l'étranger, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 DÉCEMBRE 1862.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans la séance de lundi dernier, il n'a été fait aucune communication qui intéresse les sciences médicales. La correspondance elle-même ne renferme aucune pièce dont nous ayons à faire ici une mention spéciale.

L'Académie a tenu aujourd'hui 29 décembre sa séance publique annuelle, sous la présidence de M. Duhamel, qui a proclamé les prix décernés pour l'année 1862 et lu le programme des prix proposés pour les années 1863 et 1864. M. Élie de Beaumont, secrétaire perpétuel, a lu ensuite l'éloge historique de M. Orsted.

Nous publierons dans le numéro prochain quelques extraits des rapports des commissions de prix et les noms des lauréats pour la physiologie et la médecine. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU.

Du traitement comparé du rhumatisme articulaire aigu: Saignées, ventouses scarifiées, vésicatoires, sulfate de quinine, vératrine ou bicarbonate de potasse.

Par M. le docteur P. DUROZIER, ancien chef de clinique.

L'occasion s'est offerte de traiter sept rhumatismes articulaires aigus, dans l'espace de deux mois, par des méthodes différentes dans un même service d'hôpital. J'ai pensé qu'il serait intéressant de donner ces résultats. On reconnaîtra deux mains différentes dans la conduite du traitement : l'une écrivait sulfate de quinine, vératrine, alimentation, aération ; l'autre prescrivait saignées, ventouses scarifiées, vésicatoires, diète, laudanum et ouate sur les jointures, chaleur, puis fer à haute dose; une troisième main essayait le bicarbonate de potasse.

Quatre malades, dont un seul gravement pris, traités par la première main et un peu par la seconde, sont restés à l'hôpital 39, 55, 10 et 14 jours; trois malades gravement atteints, soignés par la seconde, sont restés 28, 23 et 18 jours dans les salles de l'Hôtel-Dieu. L'avantage sous ce rapport reste aux saignées.

La question des maladies du cœur est difficile à trancher. Combien de malades sortent indemnes en apparence, qui au bout d'un an, de deux, de cinq ou dix ans, meurent par le cœur ! Mais personne ne peut nier l'avantage d'une méthode qui peut arrêter un rhumatisme articulaire aigu dans l'espace de trois ou quatre jours; personne ne peut nier qu'elle ait plus de chance d'empêcher la formation d'une maladie du cœur que toute autre méthode plus lente dans ses effets. Toutefois, pour être grandement utile, elle doit attaquer la maladie dès le début.

Quelque impression que le lecteur garde des observations qui vont suivre, il sera obligé d'admettre que les saignées vigoureusement conduites ne tuent pas les malades, et les mettent dans des conditions au moins égales à celles que leur font les autres méthodes.

D..., âgé de vingt-neuf ans, tonnelier, est entré à la salle Sainte-Jeanne le 28 juillet 1862. Je ne le vois que le 5 août. Il a eu une première attaque de rhumatisme articulaire aigu à Milan en 1860; on lui a fait quatre saignées de 250 grammes. Il a marché au bout de dix jours, et est resté trois semaines à l'hôpital.

Le 5 août, je trouve le pouls à 88, un premier bruit dur et un rhumatisme généralisé. M. Empis fait appliquer un vésicatoire sur le cœur, et prescrit 2 grammes de sulfate de quinine jusqu'au 13. Des vomissements sont survenus, et le malade aperçoit des fantômes dès qu'il ferme les yeux. Les douleurs ne sont pas complétement enlevées ; le pouls est à 76 ; il y a toujours un peu de chaleur.

Le malade sort le 5 septembre : le cœur me semble en bon état.

Nous voyons donc ici un rhumatisme peu grave rester trente-neuf jours à l'hôpital, et céder difficilement et incomplétement à l'administration répétée de 2 grammes de sulfate de quinine.

H..., âgé de trente-sept ans, forgeron, est entré le 29 juillet 1862. Il était malade depuis trois ou quatre jours avant son entrée. On lui fit une saignée le premier et le second jour.

Le 5 août, le pouls est à 96; on trouve du frottement péricardique. — Ventouses scarifiées (250 grammes) sur le cœur.

Le 6, souffle au premier temps à la pointe. — Vésicatoire sur le cœur : sulfate de quinine, 2 grammes.

Le 7, sulfate de quinine, 2 grammes.

Le 8, pouls à 88 ; surdité ; jointures encore douloureuses ; triple froissement péricardique, adhérences dans le péricarde. — Sulfate de quinine, 2 grammes.

Le 10, même froissement sur tout le cœur, simple à gauche, triple à droite. — Sulfate de quinine, 2 grammes.

Le 11, double épanchement pleural. — Sulfate de quinine, 2 grammes.

Les 12 et 13, sulfate de quinine, 2 grammes.

Le 14, genou gauche douloureux ; douleurs de reins toujours vive. Vésicatoire sur la poitrine.

Le 15, tête lourde ; moins de frottements péricardiques.

Le 16, pouls à 108. — Digitale, 0,25.

Le 17, toujours de l'épanchement des deux côtés. — Eau vineuse ; trois pilules de vératrine, de 0,005 chacune.

Le 18, pouls à 112. — Quatre pilules ; nausées.

Le 19, pouls à 108. — Quatre pilules.

Le 20, pouls à 100. — Quatre pilules.

Le 21, bras gauche encore douloureux ; souffle des deux côtés en arrière ; pouls à 96. (Quatre pilules.) Les frottements péricardiques ont disparu. A gauche, souffle. Les claquements se dégagent assez bien. Le cœur se déplace peu, que le malade soit couché à droite ou à gauche. Le cœur est gros. On ne sent pas l'impulsion du cœur.

Le 22, pouls à 88. — Cinq pilules.

Le 23, six pilules.

Le 24, pouls à 76. — Six pilules.

Le 25, pouls à 76 ; bon sommeil ; peu de chose à la poitrine ; pas de douleurs. — Six pilules.

Le 26, pouls à 76. — Sept pilules.

Le 27, huit pilules.

Le 28, vomissements ; pouls à 76. — Sept pilules.

Le 29, sept pilules.

Le 30, pouls à 72 ; pas de douleurs. On cesse les pilules.

Le 6 septembre, il mange depuis quelque temps deux et trois portions. Le cœur est dégagé, avec adhérences probables toutefois. Il a un peu de douleur. La fièvre n'a jamais complétement cessé. Des coliques sont venues à la suite de l'emploi de la vératrine.

Le 7, les douleurs sont revenues. — Bicarbonate de potasse, 18 grammes.

Le 8, vomissement. Toujours de la fièvre. Épaule douloureuse. — Vésicatoire sur le cœur; bicarbonate de potasse; le soir, pouls à 124.

Le 9, pouls fréquent; rhythme difficile à saisir. Il semble qu'il y ait des dédoublements du second claquement.

Le 13, moins de fréquence. L'épanchement pleural en arrière, à droite, n'a pas disparu. On entend les claquements assez nettement. — Digitale, 0,25; vésicatoire sur la poitrine, en arrière.

Le 16, bien. Moins de fréquence. Rien en arrière. Cœur en bon état. On entend les claquements. Le vésicatoire du cœur n'est pas encore guéri.

Le 17, le cœur n'est pas gros. On entend le claquement. Pas de souffle.

Le 22, bien. Encore un peu de fréquence du pouls. Quelques coliques. Il a fait une rechute; il est descendu dans la cour par le mauvais temps, n'étant pas encore complétement rétabli. Il sort le 22 septembre.

Ce malade est donc resté cinquante-cinq jours à l'hôpital. Il n'était malade que depuis trois ou quatre jours avant son entrée. Deux saignées, le sulfate de quinine, la vératrine à hautes doses, les vésicatoires, n'ont pu arrêter les accidents. Les voies digestives ont souffert. Le malade a probablement une adhérence du péricarde. N'est-ce rien? Ne peut-on pas imaginer une méthode de traitement plus sûre?

P..., âgé de dix-sept ans, garçon de cuisine, entre le 8 août 1862, salle Sainte-Jeanne. Il est malade depuis onze jours. Les jointures des pieds et des mains sont douloureuses. Le genou droit contient un peu de liquide. Trois pilules de vératrine de 0,005 chacune.

Le 10, quatre pilules.

Le 11, l'épanchement du genou a disparu. — Quatre pilules.

Le 14, un peu de souffle à la pointe.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie descriptive, par J. CRUVEILHIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 4e édition, avec la collaboration de MM. SÉE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et CRUVEILHIER fils, aide d'anatomie à ladite Faculté. Tome Ier, 1re partie (ostéologie et arthrologie) [1].

« La méthode dans les sciences est le lien qui attache celui qui apprend à celui qui démontre; c'est un point d'appui commun qui soutient l'attention de l'un et la mémoire de l'autre; elle double l'intelligence du premier, et multiplie la fécondité du second. » Les deux ouvrages dont nous allons parler sont de ceux qui démontrent le mieux la puissance et l'utilité de la méthode si bien définie par notre illustre Bichat dans la phrase que nous lui empruntons : elle pourrait leur servir d'épigraphe.

Le *Traité d'anatomie* de M. le professeur Cruveilhier a depuis longtemps été regardé comme un modèle de descriptions simples et lucides; aussi est-il de ceux qui ont le mieux réussi à attacher celui qui apprend à celui qui démontre. Les nombreuses générations d'élèves qui depuis 1834, époque de l'apparition de cet ouvrage, ont fondé par son étude leur éducation médicale, peuvent en rendre le témoignage, et c'est en effet sans présomption aucune que l'auteur peut dire aujourd'hui « qu'il croit que son livre n'a pas été sans influence sur le développement des études anatomiques en France. » Le succès a été dû non-seulement à la parfaite exactitude et à la netteté des descriptions, mais à l'excellente méthode qui y a présidé, et ces qualités ont été trop de fois appréciées pour y insister davantage.

Ce que nous sommes heureux de constater, c'est que dans cette quatrième édition, qui comporte cependant d'importants changements, le fond et l'esprit du livre sont religieusement conservés.

Le soin avec lequel sont traitées dans cette nouvelle édition les questions les plus délicates d'anatomie de texture, ne saurait être trop remarqué. C'est une innovation véritable pour le livre de M. Cruveilhier; elle doit être à bon droit qualifiée d'heureuse. Les lacunes trop longtemps laissées à cet égard dans les précédentes éditions étaient d'autant plus regrettables que la valeur du livre était plus grande. Mais elles seront à l'avenir complétement comblées, et M. Cruveilhier a voulu laisser à de jeunes collaborateurs le soin d'exposer les données nouvelles avec lesquelles leurs études et des travaux particuliers les avaient familiarisés de longue main.

M. Sée avait déjà largement contribué par son excellente édition française de l'ouvrage de Kœlliker à populariser en France les études histologiques; il aura, avec M. Cruveilhier fils, le mérite non moins grand d'exposer, dans un de nos livres les plus justement classiques, le résultat des investigations anatomiques les plus récentes des savants français et étrangers. En proclamant l'incontestable utilité de l'étude histologique des tissus, en donnant asile dans son livre à toutes les notions d'histologie établies sur les travaux des anatomistes les plus autorisés, M. le professeur Cruveilhier aura rendu un nouveau service à la science anatomique, qu'il a toujours servie avec autant d'assiduité que de succès.

Dans le premier volume de l'ouvrage, que seul nous avons encore sous les yeux, tout ce qui a trait à l'étude histologique du tissu osseux, du périoste, de la moelle, des os, de l'ostéogénie, du tissu cartilagineux, des synoviales, des ligaments, des muscles, se trouve complétement et simplement exposé. Ces différents chapitres nous donnent un résumé fidèle et lucide, une appréciation exacte de ce que nous ont appris jusqu'à présent l'analyse microscopique et les réactifs appliqués à l'étude de ces tissus.

Pour cette partie de la description, de très-bonnes figures empruntées à l'ouvrage de Kœlliker ont été intercalées dans le texte et seront d'une incontestable utilité pour l'étude; on doit même, pour cette partie de la science anatomique, les déclarer indispensables.

Malgré quelques scrupules dont il nous donne les motifs, M. Cruveilhier n'a pas hésité non plus à laisser mettre en regard de la description de chacun des os et des articulations de très-nombreuses figures. L'utilité de ce moyen de démonstration est aujourd'hui trop bien établie pour que nous ne félicitions pas les auteurs et l'éditeur de ce nouveau changement.

Ces dessins sont assez différents de ceux que l'on rencontre d'habitude dans les livres édités en France; conçus dans un autre esprit, ils sont exécutés d'une manière différente. Le professeur Henle, au livre d'anatomie descriptive duquel ils ont été empruntés, semble avoir eu beaucoup plutôt pour but de mettre en regard de la description la partie à étudier, que de donner de l'ensemble une figure complète, mais par cela même souvent compliquée.

De là tout d'abord la nécessité d'un grand nombre de dessins pour la description d'une seule partie; c'est ainsi que onze figures sont consacrées à l'étude du sphénoïde, quinze à celle du temporal, sept à celle de l'articulation du coude, cinq à celle du diaphragme, etc.

De là par conséquent la nécessité de coupes ingénieuses destinées à bien mettre en lumière le point particulier que l'on veut montrer; plusieurs de ces coupes sont fort instructives, et l'élève les répètera souvent avec avantage; celles qui sont consacrées aux articulations lui offriront surtout des modèles à suivre. Certes, de semblables figures laissent beaucoup à faire à la dissection, à l'étude de la pièce, mais des figures d'anatomie ne peuvent prétendre à autre chose; tous ceux qui enseignent cette science savent combien il est utile d'aider à la démonstration de la pièce disséquée par une série de dessins souvent extemporanément imaginés pour les besoins de la

(1) Un vol. in-8° de 452 pages, avec 385 figures noires et de couleur. Prix, 7 fr. 50. Paris, 1862. Chez P. Asselin, successeur de Labé, libraire de la Faculté de médecine.

Le malade sort le 18 août, après être resté dix jours à l'hôpital.

Il y a des rhumatismes articulaires de tous degrés, mais il ne faudrait pas croire que, même dans ce cas léger, le cœur n'ait pas été touché. On trouve parfois des maladies du cœur très-graves, d'apparence rhumatismale, chez des individus qui n'ont jamais eu que des douleurs assez peu graves pour ne pas imposer l'alitement. J'ai vu plus d'une fois des malades considérés comme parfaitement guéris, qui avaient un rétrécissement considérable de l'orifice mitral.

G..., âgé de vingt-trois ans, tonnelier, entre le 11 août 1862 salle Sainte-Jeanne. Les douleurs datent de quatre jours.

Le 12, le rhumatisme est généralisé; je ne trouve rien au cœur. Pouls à 92. — Trois pilules de vératrine de 0,005 chacune.

Le soir, pouls à 100.

Le 13, pouls à 112. Premier bruit un peu étouffé. — Cinq pilules.

Le 14, pouls à 100. Rien de notable au cœur. — Six pilules.

Le soir, pouls à 96.

Le 15, pouls à 88. Un peu de ronflement au premier temps à la pointe. — Sept pilules.

Le 16, pouls à 76. — Huit pilules.

Le 17, pouls à 60. — Huit pilules.

Le 18, pouls à 60. — Neuf pilules.

Le 19, pouls à 52. — Neuf pilules.

Le 20, les douleurs ont disparu. — Dix pilules.

Le 21, pouls à 52. Sort le 25 août.

Le malade est resté quatorze jours seulement à l'hôpital.

Ce cas est remarquable par la rapidité de la guérison et par la tolérance de la vératrine : le malade a pu prendre 0,05 de vératrine dans les vingt-quatre heures.

Les accidents du cœur semblent avoir dû être bien légers.

Quoiqu'il en soit, si la vératrine avait à son service beaucoup de cas semblables, elle aurait de nombreux adhérents. Malheureusement, en face d'accidents graves, elle est impuissante et elle est dangereuse.

G..., âgé de vingt-deux ans, employé de commerce, entre le 25 août 1862 et sort le 22 septembre (28 jours d'hôpital).

Le 25, au soir : il est malade depuis onze jours, alité depuis sept jours; toutes les articulations ont été prises; pouls à 84; souffle sec sur toute la surface du cœur au premier temps; la pointe semble battre au-dessus de la limite de la matité. Epanchement dans le péricarde. — Saignée de 500 gr.; application de ventouses scarifiées, 500 gr.

Le 26, pouls à 64; la matité précordiale est augmentée et assez considérable. On voit très-mal battre la pointe; on voit au-dessous du mamelon un battement léger, une ondulation au-dessous et en dehors de laquelle on retrouve de la matité. La main sent à peine le cœur. A gauche, bruit ronflant mélangé de souffle sec; à droite, souffle sec, simple. — Saignée de 500 gr.; diète.

Le soir, pouls à 72; même état du cœur. — Saignée de 500 gr.; vésicatoire sur le cœur.

Le 27, bien, aucune douleur; pouls à 72-76; froissements; matité bien diminuée. Les claquements reparaissent, les souffles diminuent.

Le soir, pouls à 72.

Le 28, pouls à 64; quelques douleurs (saignées de 500 gr.) : mieux. Les douleurs ont disparu.

Le 29, pouls à 72.

Le 30, pouls à 76; encore un peu de douleur aux deux mains; souffle au premier temps.

Le 31, même souffle; mains douloureuses. — Six pilules de vératrine, 0,005 chacune; vésicatoire sur le cœur.

Le 1er septembre, souffle râpeux; pouls à 84. — Bicarbonate de potasse, 18 gr.

Le 2, poignets douloureux (bicarbonate, 24 gr.). Le malade exige une application de ventouses sur les poignets, 125 gr.

Le 3, pouls à 72, un peu de mieux (bicarbonate, 30 gr.). Le soir, pouls à 84; un peu de diarrhée.

Le 4, pouls à 84 (bicarbonate, 30 gr.). Le soir, pouls à 84; encore un peu de douleur à la main gauche; toujours du souffle au premier temps, sec, râpeux, sur toute la surface du cœur; pas de claquement à gauche au premier temps.

Le 5, diarrhée.

Le 6, pouls à 84; pas de douleur (sulfate de quinine, 1 gr.). Le soir, pouls à 96.

Le 7, sulfate de quinine, 1,50.

Le 8, toujours du souffle; encore un peu de douleur à la main droite. Le soir, pouls à 84.

Le 9, sulfate de quinine, 1,50.

Le 11, sulfate de quinine, 1,50.

Le 12, sulfate de quinine, 1,50.

Le 13, pouls à 64; souffle moins fort. Le malade se trouve bien.

Le 17, fièvre, souffle froissant par-dessus un ronflement.

Le 22, encore du souffle à gauche, moindre qu'à l'arrivée.

En somme, le malade est resté vingt-huit jours à l'hôpital, mais il est sorti avec une lésion du cœur qu'il nous avait apportée. Onze jours de maladie sans traitement!

D..., âgé de trente-neuf ans, charretier, entre le 28 août 1862 et en sort le 20 septembre (23 jours d'hôpital).

A quinze ans, il est resté alité dix-huit mois pour un rhumatisme articulaire aigu. Il y a neuf à dix ans, il est resté à Sainte-Marguerite six mois pour un second rhumatisme traité par les bains de vapeur. Il est malade depuis sept jours; il ne s'est pas alité.

Le 28 au soir, pouls à 84; pas d'augmentation de matité du cœur. A la pointe, disparition du premier claquement, ronflement au premier temps; souffle sec sur toute la surface du cœur. Les genoux, surtout le gauche, sont distendus par du liquide; les cous-de-pied sont rouges et douloureux. — Saignée de 500 gr.; ventouses scarifiées, cœur et genoux, 500 gr.

Le 29, pouls à 80; souffle froissant moins fort qu'hier. Ronflement en corde de basse à la pointe. (Saignée de 500 gram.; ventouses scarifiées, 250 gram.) Le soir, pouls à 84; mieux. — Saignée de 500 gr.

Le 30, pouls à 76; cœur dégagé. Le souffle a disparu. A peine un peu de ronflement à la pointe. Genoux encore distendus. — Deux vésicatoires sur les genoux; 3 pilules de vératrine de 0,005 chacune.

Le 1er septembre, pouls à 72; très-bien. Encore du liquide dans les genoux; un peu de ronflement et de froissement à la pointe.

Le 3, pouls à 60; toujours du liquide dans les genoux; ronflement à la pointe.

Le 4, pouls à 60. Le claquement est passable à la pointe; un peu de ronflement.

Le 6, encore du liquide dans les genoux. — Deux vésicatoires.

Le 8, le liquide des genoux a disparu. — 3 portions, 15 pastilles de lactate de fer.

Le 9, bien; pas de liquide. 4 portions; 15 pastilles de fer de 0,05 chacune.

Le 13, un peu de liquide dans le genou gauche. Le malade s'est levé hier.

Les 15 et 16, pouls à 40.

Le 17, il refuse un vésicatoire sur le genou gauche, où il y a, du reste, peu de liquide. Bien.

Où trouver une action pareille à celle des saignées et des vésicatoires? On voit la maladie obéir à la baguette; il est vrai que la baguette est ferme.

B..., âgé de dix-neuf ans, garçon limonadier, entre le 28 août 1862 et sort le 15 septembre.

Première attaque de rhumatisme à quatre ou cinq ans, malade un mois, six semaines; seconde attaque à six ou sept ans, un mois, six semaines; troisième à quatorze ans, alité un mois, six semaines; quatrième à dix-sept ans, un mois à la Pitié, où on n'a employé que des frictions.

Il est malade depuis trois jours. Toutes les articulations ont été prises. Pouls à 132. Le cœur est un peu augmenté de volume, sans qu'il y ait de matité au-dessous de l'endroit où bat la pointe. Les battements sont énergiques. Pas de froissement; pouls à 90; souffle net. — Saignée de 500 gram.; ventouses scarifiées, 350 gram.

Le 29, pouls à 124; le cœur est hypertrophié; il n'y a pas d'épanchement. Souffle froissant au second temps, au niveau du ventricule droit. A gauche, double ronflement. Pas de soulagement. (Saignée de 500 gram.) Soir, pouls à 120. — Saignée de 500 gram.

Le 30, pouls à 112. Encore du liquide dans les deux genoux. — Vésicatoire sur le cœur; trois pilules de vératrine de 0,005 chacune.

Le 31, pouls à 100; pas de douleurs. — Cinq pilules de vératrine.

Le 1er septembre, vomissements; pouls à 84; pas de douleurs. Bon état; cœur peu gros; rhythme du rétrécissement mitral à gauche; double souffle sternal. — Eau de Passy; bouillon.

Le 4, bien. Double souffle sternal; double ronflement à gauche. — vingt pastilles de lactate de fer de 0,05.

Le 9, bien. — quatre portions; vingt pastilles de fer.

Le 13, même double souffle sternal. A gauche, même double ronflement. — Vingt pastilles de lactate de fer.

Le 15, fort bon état. On entend toujours le double souffle et le double ronflement.

Que dire contre une méthode qui guérit un rhumatisme articulaire aigu en trois jours, et permet à un malade de sortir de l'hôpital au bout de dix-huit jours, après y être arrivé anhélant avec un pouls à 132? Si l'on avait traité aussi énergiquement les autres rhumatismes, il ne nous serait pas arrivé avec un rétrécissement mitral et une insuffisance aortique.

Dans les observations que nous rapportons, le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes n'a pas même soulagé. La vératrine a réussi et a été tolérée dans un cas à la dose de 0,05. Trois malades ont perdu quatre livres de sang en vingt-quatre heures, et ont été guéris, deux en trois jours, et un, considéré comme guéri le troisième jour, a traîné et est sorti en bon état le vingt-huitième jour.

Nous laissons à chacun le soin de conclure.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. H. GINTRAC.

Observation de rubéole.

La rubéole est depuis longtemps connue en Allemagne sous le nom de *roetheln*. Elle a été pour la première fois signalée en France, en 1574, par Baillou. Elle est le plus ordinairement sporadique; néanmoins, elle a été observée sous forme épidémique; dans l'Alsace, par Matthieu; dans la haute Saxe, par Ziegler; à Groningue, par Geertsema. Pendant une épidémie de scarlatine qui régna de 1838 à 1840 à Strasbourg, M. Stoeber constata plusieurs exemples de cette affection, et lui donna le nom de *scarlatine rubéoleuse*. MM. Barthez et Rilliet disent avoir vu sept fois la coïncidence de la scarlatine et de la rougeole. M. Gintrac père, dans son *Traité de pathologie*, a consacré un chapitre spécial à l'étude de cette maladie, et en a rapporté cinq observations détaillées. La rubéole a donc une existence propre; elle mérite d'occuper une place dans le cadre de la pathologie cutanée. Le fait suivant vient encore à l'appui de cette opinion :

Charles G..., âgé de dix-sept ans, plâtrier, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin, habite Bordeaux depuis plusieurs mois. Il a eu dans son enfance la rougeole et la scarlatine, mais il n'a point fait de maladies sérieuses.

Le 18 août dernier, il est pris d'une fièvre intense qui débute par des frissons. Le lendemain, il éprouve de la douleur à la gorge avec gêne de la déglutition, du larmoiement, du coryza et de la toux. Le 21, le corps se couvre de taches rouges.

Admis à la clinique le 22 août, on constate les phénomènes suivants : pouls développé, régulier, à 120 pulsations; céphalalgie. Sur la partie antérieure de la poitrine et du ventre, sur les lombes et entre les épaules, on distingue des points rouges très-multipliés et uniformément distribués. Sur le visage, sur les membres supérieurs et inférieurs, ce sont des papules assez rapprochées. Il existe de la douleur à la gorge, de la gêne pour avaler, et un gonflement manifeste des amygdales. La langue est rouge sur les bords et à la pointe, blanche au centre; il y a de l'inappétence, de la soif, quelques nausées, un peu de sensibilité à l'épigastre, en outre du larmoiement, du coryza et une toux fréquente. La percussion et l'auscultation ne

---

description; ces figures multiples, disséminées dans le texte de l'ouvrage, rendront, nous n'en doutons pas, de grands services à l'amphithéâtre, et rappelleront utilement les détails déjà vus lorsque ce livre seul sera consulté.

Ces figures sont d'ailleurs nettement dessinées, et la gravure polychrome dont on s'est servi est souvent, et surtout pour le système musculaire, d'un saisissant effet. Leur exécution typographique est d'ailleurs fort réussie, et les conditions matérielles si satisfaisantes dans lesquelles l'éditeur nous offre l'ouvrage de M. Cruveilhier, doivent être non-seulement pour lui un sujet d'éloges mérités, mais sans doute une raison nouvelle de succès.

Traité élémentaire de physiologie humaine, contenant les principales notions de la physiologie comparée, par J. BÉCLARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 4e édition (1).

Le *Traité élémentaire de physiologie* de M. Jules Béclard, quoique beaucoup plus jeune, est cependant aussi parvenu à sa quatrième édition. Les différentes éditions de ce livre, qui n'a paru qu'en 1855, ont toutes été l'objet de changements et d'additions importants. Il semble cependant que dans de telles circonstances, de simples réimpressions auraient dû suffire.

Mais la physiologie est de toutes les branches de la science de l'homme celle qui a le plus rapidement progressé depuis quelques années, et c'est rendre un compte exact des faits que de dire avec M. J. Béclard que « depuis quarante ans à peine que la physiologie est entrée dans la voie expérimentale, les découvertes n'ont pas cessé un instant de succéder aux découvertes, et que chaque jour qui s'écoule ajoute quelque chose aux acquisitions de la veille ». C'était entreprendre une tâche immense et d'une exécution difficile, que de se faire l'historien de ces progrès incessants, de les résumer clairement, et de les méthodiquement classer dans un cadre relativement restreint. Chacun sait actuellement avec quel succès elle a été remplie par l'auteur, activement mêlé lui-même à ce mouvement remarquable, et comment il a atteint dans un livre aujourd'hui classique, le but qu'il s'était proposé : « chercher à exposer, sous une forme concise, l'état actuel de la science ».

La nouvelle édition du *Traité élémentaire de physiologie* de M. J. Béclard est cependant celle qui nous offre à signaler les changements les plus importants. Un certain nombre de chapitres, et en particulier celui qui est consacré à l'étude des fonctions du système nerveux, ont été complétement refondus; dans ce long article a trouvé place l'exposé des résultats fournis par les récents travaux de MM. Van Deen, Brown-Séquard, Stroff, Van Kempen, Bernard, Chauveau, etc., sur la disposition et les propriétés des éléments moteurs et sensitifs dans les centres nerveux; ceux de MM. Pflüger, Wundt, Hearless, Kühne, Bezold, Rosenthal, Erhard, Vulpian, etc., relativement à l'influence des divers agents physiques et chimiques sur les propriétés des nerfs.

Le nombre des travaux est, comme on le voit, proportionné à la difficulté du sujet, et l'ardeur des expérimentateurs, qui ne s'est pas ralentie, donnera encore à la prochaine édition de ce livre l'occasion d'enregistrer de nouveaux faits.

Déjà, par exemple, dans leurs récentes communications à l'Académie des sciences, MM. Cl. Bernard et Shiff ont exposé de nouveaux et importants détails sur le rôle des nerfs vaso-moteurs, l'une des plus belles et des plus fécondes questions physiologiques posées à notre époque par l'expérimentation.

Les additions que nous venons de signaler, et beaucoup d'autres que nous pourrions y joindre, ne font en définitive que satisfaire aux nécessités de la réédition d'un traité classique; mais ce qui doit être considéré comme un changement important, ce qui ne pourrait être trop apprécié et trop loué, ce sont les tables bibliographiques qui se trouvent à la suite de chaque article. Rien ne pouvait mieux suppléer à la concision obligée de l'ouvrage que l'indication précise des monographies et mémoires relatifs aux diverses branches de la physiologie. Ce travail considérable a été fait par M. Béclard pour chaque article de son livre, et l'on ne saurait trop l'en remercier. Il est inappréciable, pour tous ceux qui désireront approfondir une question, de trouver groupés dans l'ordre chronologique les travaux qui y sont relatifs. C'est une véritable bibliothèque physiologique mise à la disposition du lecteur, et qui évitera bien des recherches pénibles ou infructueuses à celui qui n'est pas rompu aux poursuites bibliographiques. La traduction française des titres des ouvrages étrangers, mise en regard de leur désignation originale, rend ces tables faciles à consulter pour tous; il suffit, pour faire juger de leur importance, de rappeler que la bibliographie du système nerveux comprend dix-sept pages de petit texte; il y a dans ces indications bibliographiques la matière d'un volume.

Nous n'avons pas craint d'insister sur la valeur et l'importance de ce travail, il serait à désirer que l'exemple de M. Béclard fût suivi par tous. Nous ne doutons pas, en effet, que cette importante innovation n'ajoute encore à l'utilité déjà si grande des éléments de physiologie, et si nous nous rappelons l'achèvement récent encore du Traité de M. Longet, nous pouvons à bon droit nous enorgueillir de nos classiques en physiologie.

S'il est vrai maintenant, comme nous le croyons pour notre part, que le soin apporté à l'exécution matérielle d'un ouvrage, la belle exécution typographique, le choix du format, voire même du papier, ne peuvent être indifférents à tout amateur de livres, nous devons féliciter l'éditeur de la sollicitude avec laquelle il a veillé à tous ces détails.

Dr F. GUYON,
chirurgien des hôpitaux.

(1) Un fort volume grand in-8o de 1,200 pages, avec 230 figures dans le texte. Prix, broché, 14 fr.; cartonné à l'anglaise et non rogné, 15 fr. Paris, 1862, chez P. Asselin, successeur de Labé.

font découvrir aucune altération du parenchyme pulmonaire. — Gargarisme émollient, tisane pectorale, looch blanc.

Le 23, l'éruption du ventre et de la poitrine augmente, les points deviennent confluents, et forment de larges plaques rouges. L'angine est plus intense, la gêne de la déglutition plus prononcée, les amygdales sont plus volumineuses. — Gargarisme au borax, tisane pectorale, looch blanc.

Le 24, nulle modification sensible.

Le 25, pouls toujours à 120 pulsations; céphalalgie intense, un peu de prostration; larmoiement, photophobie, coryza avec écoulement d'un mucus âcre, toux fréquente, expectoration muqueuse blanchâtre, point de dyspnée, voix un peu nasonnée, percussion sonore par toute la poitrine, râles sibilants sur les côtés et en arrière; langue d'un rouge vif, hérissée de petites saillies; exsudation d'une matière épaisse, blanchâtre, pultacée sur les deux amygdales; vive rougeur de l'intérieur de la bouche, du voile du palais et de la luette. Nul engorgement des ganglions sous-maxillaires. Soif intense, inappétence, vomissements verdâtres, point de diarrhée.

L'éruption de la paroi antérieure de la poitrine et du ventre est plus nettement caractérisée; elle offre une rougeur diffuse, uniforme, intense, qui rappelle celle de l'écrevisse cuite ou du jus de framboise, et de plus un aspect pointillé très-évident. En traçant, même légèrement, avec l'ongle ou avec l'extrémité mousse d'un porte-plume, une raie sur cet exanthème, on provoque une rayure blanche, et en y inscrivant un mot, celui-ci se dessine au bout de quelques secondes en lettres blanches parfaitement distinctes, et reste visible pendant quelques minutes.

Sur le visage, sur les membres supérieurs et inférieurs, les taches sont rouges, irrégulières, non symétriques; elles ne produisent aucune saillie apparente, et circonscrivent des espaces dans lesquels la peau reste blanche. Lorsqu'on comprime ces taches, elles s'effacent et reparaissent dès que la pression cesse; si on répète à leur niveau l'expérience faite sur le ventre, on ne produit aucune rayure persistante. — Cautérisation des amygdales avec le nitrate d'argent; gargarisme alumineux; injections dans la gorge avec un liquide émollient; looch blanc kermétisé.

Le 27, pouls à 100 pulsations; la rougeur des membres a diminué, celle du tronc persiste avec les caractères déjà décrits. Il y a moins de gêne de la déglutition, les concrétions blanchâtres des amygdales sont moins épaisses et moins adhérentes; la toux diminue, ainsi que le coryza et le larmoiement. — Cautérisation des amygdales; gargarisme alumineux.

Le 29, pouls à 80 pulsations; l'éruption des membres a disparu et fait place à une desquamation furfuracée, farineuse. Sur le ventre et la poitrine, les plaques conservent une certaine rougeur; l'inscription de quelques lettres ne s'y fait que d'une manière très-incomplète. Il n'existe plus de coryza ni de larmoiement; la toux est encore fréquente, les concrétions blanchâtres des amygdales ont disparu. — Gargarisme émollient.

Le 30, desquamation par larges plaques sur la poitrine et le ventre. Point de fièvre.

Le 3 septembre, toute trace d'éruption a disparu.

L'exanthème dont je viens d'esquisser la physionomie, ajoute notre confrère, est évidemment mixte, hybride, ou encore hermaphrodite, suivant l'expression de Schoenlein. Il résulte en effet de la réunion de la scarlatine et de la rougeole, et constitue bien cette affection que les pathologistes français ont décrite sous le nom de *rubéole*, et que les Allemands ont appelée *roetheln*. Est-il possible de contester l'existence d'une rougeole, en considérant le larmoiement, le coryza, la brochite et l'aspect des taches dont les membres et le visage étaient le siége? La scarlatine n'est-elle pas nettement accusée par l'angine, la forme, la couleur des points et des plaques qui couvraient le tronc? Enfin, il ne manquait même pas, pour affirmer la justesse du diagnostic, le symptôme signalé par M. Bouchut comme pathognomonique de la scarlatine, la trace des caractères inscrits sur la peau rougie par l'éruption. Ce symptôme ne se retrouvait pas sur les membres qui offraient la rougeole. L'un des exanthèmes ne formait pas une complication pour l'autre; il y avait combinaison, fusion réelle de la rougeole et de la scarlatine.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES. — M. GODARD.

Cancer épithélial de la langue. — Amputation par la méthode de l'écrasement linéaire. — Guérison.

(Observation recueillie par M. DELAUNAY, médecin requis.)

Au mois de janvier 1862, M. P... (Pierre), commis principal de la marine en retraite, âgé de soixante-huit ans, d'un tempérament nerveux très-prononcé, d'une constitution sèche et robuste, a ressenti quelques douleurs vagues dans la langue, douleurs qu'il comparait au passage d'un insecte à la surface de cet organe, en même temps il s'est aperçu qu'il éprouvait de la difficulté à parler et à prendre des aliments. Bientôt il vit apparaître un petit bouton rouge du volume d'une grosse tête d'épingle, d'une consistance au toucher un peu supérieure à celle du tissu environnant, mais cependant ne présentant pas encore le caractère de l'induration. Il perça cette petite tumeur avec une aiguille, et cette piqûre donna lieu à un écoulement de quelques gouttes de sang. La petite plaie se cicatrisa, et huit jours après la tumeur avait pris le volume d'un pois. Alors le malade a accusé des démangeaisons très-vives:

Des douleurs lancinantes se sont fait sentir; la parole est devenue très-embarrassée, parce que le moindre contact de la langue avec les dents produisait une grande souffrance. Le contact même des aliments solides ou liquides, froids ou chauds, lui était devenu pénible.

Au mois de février, le malade alla consulter un médecin de la ville, qui cautérisa à deux reprises différentes la tumeur avec le crayon de nitrate d'argent.

Les douleurs allaient toujours en augmentant, le sommeil disparaissait, la nutrition se faisait difficilement, et le malade sentait ses forces diminuer rapidement. La tumeur s'était ulcérée, et c'est alors que M. P... vint consulter M. le docteur Godard.

En examinant la langue de M. P..., on voyait à cette époque (14 avril), sur le bord gauche et la moitié gauche de la face dorsale, une ulcération de forme elliptique de 2 centimètres à peu près de diamètre antéro-postérieur et un peu plus d'un centimètre de diamètre transversal et commençant au moins à un centimètre et demi de la pointe de la langue. La surface de cette ulcération est inégale, grisâtre, un peu fongueuse, fournissant un liquide sanieux, ichoreux, fétide; les bords, déchiquetés, sont le siége d'une induration qui se propage dans les tissus périphériques. Aucun ganglion du voisinage ne présente la moindre trace d'engorgement.

M. le docteur Godard se demanda si cette affection ne serait pas d'origine syphilitique, et, après avoir interrogé le malade, le soumit à un traitement spécifique, quoiqu'il lui eût assuré n'avoir jamais été affecté de maladie vénérienne.

Cet officier fut donc soumis, depuis le 1er mai jusqu'à la fin de juillet, au traitement par l'iodure de potassium, tisane de douce-amère, bains simples, purgatifs, etc. Comme il ne voyait aucune amélioration survenir dans son état, le malade se décida à entrer à l'hôpital pour y subir l'amputation partielle de la langue le 5 août 1862.

Le 13 août, M. le docteur Godard, décidé à employer le procédé par écrasement, craignait que le procédé ordinaire, consistant à embrasser le mal dans une anse de l'écraseur maintenue par des épingles, ne fût infidèle.

La portion à enlever était assez volumineuse pour faire craindre que les épingles ne fussent poussées par la chaîne dans ce tissu qui avait perdu sa consistance, et nous crûmes plus sûr d'agir de la manière suivante:

La langue fut attirée au dehors par une pince de Museux fixée dans la portion à enlever, et confiée à un aide.

Un trocart explorateur traversa la langue dans toute son épaisseur, et à une distance assez éloignée du mal pour n'avoir pas à redouter de laisser des traînées de tissu malade. Dans la canule de ce trocart fut passé un fil de fer doux qu'on fixa au serre-nœud de Græfe, tel que M. le docteur Maisonneuve l'emploie pour opérer les fistules à l'anus; on fit agir cet instrument pour la section de dedans en dehors, et lorsque la place de l'écraseur fut faite, on le passa pour agir d'arrière en avant, et l'action des deux instruments fut dirigée de manière que les sections fussent terminées simultanément.

Au bout de treize minutes un quart, l'excision était faite, et les deux surfaces à angle droit de la plaie aussi nettes que si elles avaient été produites par les ciseaux, ne donnèrent pas une goutte de sang. La tumeur, examinée au microscope par M. Rabaud, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, et moi, nous fit reconnaître la présence de cellules épithéliales infiltrées dans les fibres musculaires de la langue.

Ces fibres avaient perdu une grande partie de leur consistance et se laissaient facilement déchirer.

Après l'opération, la fièvre ne se montra pas un seul moment; mais le malade accusa pendant les premiers jours un mal de gorge qu'on pouvait facilement s'expliquer par les tiraillements que l'organe avait dû supporter, plutôt que par le gonflement, qui fut très-léger et de fort courte durée.

Ce qui le gêna davantage fut une salivation abondante qui dura près de trois semaines.

Dès le premier jour de l'opération, il commença à se nourrir de bouillons; huit jours après il prenait des potages et mangeait de la viande hachée.

Enfin, le 4 septembre, M. P... parlait et mangeait avec facilité. La gaieté lui était revenue; la cicatrisation était en bonne voie. Cependant, on fut obligé de limer la canine inférieure gauche et la première petite molaire, qui irritaient par leur frottement la surface de la plaie et avaient fait enflammer les points en contact avec elles. Enfin, le malade est sorti de l'hôpital le 21 septembre, complétement guéri, et prenant toute espèce de nourriture sans en ressentir la moindre douleur.

Nous avons depuis lors eu l'occasion de revoir souvent M. P..., et rien jusqu'à présent ne fait craindre ou soupçonner une réapparition du mal.

DOUBLE HYDROCÈLE ENKYSTÉE DU CORDON

formant une tumeur scrotale du volume d'une grosse tête d'adulte. — Injections iodées. — Guérison.

Par M. le Dr ROZAN, médecin en chef de l'hôpit. milit. de Briançon.

Le nommé Joseph P..., habitant de la Condamine, près de Barcelonnette (Basses-Alpes), âgé de cinquante-deux ans, d'une constitution robuste, exerçant la profession de forgeron, atteint depuis quatre ans, à la région des bourses, d'une tumeur qu'il a vue se développer lentement, de chaque côté, au niveau de l'anneau externe, et qui peu à peu avait fini par acquérir des proportions si considérables qu'elle empêchait presque la marche et lui occasionnait, par son poids, des tiraillements très-douloureux, vint me trouver, le 24 décembre 1861, dans le but de se faire opérer, s'il y avait lieu, car il ignorait absolument la nature de son affection.

Le scrotum, envisagé dans son ensemble, représentait une tumeur très-volumineuse formée par deux énormes poires adossées l'une à l'autre sur la ligne du raphé par leurs grosses extrémités, tandis que leurs sommets écartés se prolongeaient jusqu'aux anneaux externes, qu'ils refoulaient.

En bas, elle descendait entre les jambes jusqu'à environ mi-cuisse. Sur la ligne médiane, elle semblait divisée en deux parties égales par une espèce de bandelette déprimée.

La peau du pénis, qu'elle s'était appropriée dans son développement, était tellement tiraillée, qu'on n'apercevait plus que le bout de cet organe.

De chaque côté de cette grande tumeur, en bas, en arrière et un peu en dehors, une autre bandelette circulaire circonscrivait et isolait une autre petite tumeur, qu'à la vue et au toucher on reconnaissait occupée par le testicule, parfaitement sain.

Le scrotum, examiné à gauche et à droite, était piriforme, tendu, lisse, uni, dur, élastique et rénitent, sans fluctuation aucune et sans changement de couleur à la peau, et d'une transparence complète dans toute son étendue, depuis le fond des bourses jusqu'aux anneaux.

Le doigt, promené en arrière, sentait exactement la saillie du cordon légèrement aplati et éparpillé.

Le malade, qui jusqu'alors n'avait consulté personne, éclairé sur l'innocuité de son affection et ses chances de guérison, voulut sur-le-champ être opéré des deux côtés à la fois.

Le lendemain, assisté du docteur Ollivier, aussi étonné que moi du volume exceptionnel de cette double hydrocèle du cordon, je pratiquai une première ponction au côté gauche, d'où s'écoula un litre et quart de sérosité claire, limpide et de couleur citrine. Un mélange d'eau et de teinture d'iode (par parties égales) fut ensuite injecté et maintenu environ cinq minutes. Aussitôt après, je procédai à l'opération du côté droit, et de la même manière. Le liquide extrait présenta absolument des caractères identiques, tant en couleur et en consistance qu'en quantité. Les suites de cette double opération furent aussi régulières que dans l'hydrocèle ordinaire, et le vingt-cinquième jour le malade, parfaitement guéri, reprit ses travaux accoutumés. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

La coexistence de cette double hydrocèle enkystée du cordon, le volume vraiment exceptionnel qu'elle a acquis dans l'espace de quatre ans, m'ont paru des circonstances assez rares pour mériter d'être signalées à l'attention des praticiens.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 décembre. — Présidence de M. DUHAMEL.

M. LE MINISTRE D'ÉTAT transmet ampliation d'un décret impérial en date du 13 courant, qui confirme la nomination de M. Pasteur à la place vacante dans la section de minéralogie par suite du décès de M. de Sénarmont.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. Pasteur prend place parmi ses confrères.

— M. MILNE-EDWARDS présente, au nom de M. le docteur E. Haerkel, une *monographie des radiolaires*, destinée au concours pour le prix de physiologie expérimentale de 1863. (Renvoyé à la future commission).

— M. V. BURQ adresse un mémoire sur un *nouvel appareil de filtrage, le bateau filtre, appareil applicable aux besoins des grandes villes et des armées en campement*. (Commissaires précédemment nommés, MM. Morin, Rayer, Combes).

— M. CHARRIÈRE, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un mémoire sur un mode particulier de *traitement des névralgies et des douleurs rhumatismales*, adresse aujourd'hui un supplément à ses précédentes communications, contenant l'indication des modifications qu'il y a apportées et des nouveaux succès qu'il en a obtenus. (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 décembre 1862. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. le docteur Avrard (de la Rochelle) adresse à la Société la lettre suivante:

« Dans la séance du 26 novembre, dont la *Gazette des Hôpitaux* nous a donné le compte rendu le 6 décembre, M. le docteur Verneuil disait, en parlant de la récidive des polypes naso-pharyngiens: « Quelle méthode met le plus sûrement à l'abri de cette récidive? C'est ce qui reste à décider, et ce qui ne sera résolu qu'à la longue par une surveillance prolongée exercée sur les malades. »

» Cette surveillance nous est facile à nous, chirurgiens des petites localités, et je viens répondre pour ma part au *desideratum* exprimé.

» Candidat depuis trois ans au titre de correspondant de la savante Compagnie, j'ai appuyé ma candidature de plusieurs travaux, dont un sur les polypes naso-pharyngiens: la pièce pathologique, conservée dans l'alcool, accompagnait mon mémoire.

» Il n'y a pas eu de récidive *depuis quatorze ans*. L'observation, mais surtout le volume, bien que diminué par un long séjour dans l'alcool de la pièce pathologique diront quelle était l'imminence du danger lorsque j'ai dû opérer par arrachement. Immédiatement après l'opération, on distinguait d'une manière évidente sur la pièce fraîche la trace de son implantation à l'os basilaire; cette empreinte avait les dimensions d'une pièce d'un franc.

» Dans un second travail sur l'épithélioma de la face, je donnais l'observation d'un homme de soixante-seize ans, sur lequel j'avais dû faire, après l'extirpation d'un volumineux épithélioma, une cheiloplastie de la lèvre inférieure, ou plutôt une autoplastie comprenant les trois quarts du menton, la lèvre inférieure et une partie de la joue droite.

» S... entrait dans sa soixante-dix-septième année le jour de l'opération, le 5 mai 1859; il se porte très-bien et n'a pas eu de récidive, bien que la tumeur que j'ai enlevée fût elle-même cependant en récidive, ce qui vient une fois de plus prouver l'immense avantage de l'autoplastie. »

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. GIRALDÈS présente un instrument sur lequel il remet la note suivante:

L'appareil que je présente au nom de M. Luër est le complément de celui qui a été présenté dans une des dernières séances. Le premier, on se le rappelle, était constitué par un corps de pompe d'une faible capacité, et son action ne pouvait durer que peu de temps. Le nouvel appareil, au contraire, est constitué de façon à pouvoir fonctionner aussi longtemps qu'il sera nécessaire. Il est formé de deux corps de pompe, communiquant ensemble à leur extrémité au moyen d'un tube décrivant une demi-circonférence, et sur lequel vient s'adapter un autre tube pour la pulvérisation. Dans l'intérieur de ces tubes se trouve un système de soupape propre au jeu de l'appareil. Les pistons, mis en mouvement au moyen de trois pignons, se meuvent en sens inverse, de façon que lorsque l'un de ces pistons recule, l'autre avance et laisse libre une soupape qui permet au liquide d'entrer dans l'appareil.

De la partie antérieure et inférieure de l'appareil se détache de

chaque côté un tube, lesquels se réunissent en un seul qui doit être plongé dans un vase rempli de liquide, et qui fait l'office de tube aspirateur. A son point de réunion avec le corps de l'appareil se trouvent deux soupapes se fermant ou s'ouvrant, suivant que le piston recule ou avance. Ainsi, par un mouvement de la manivelle, un des pistons recule et ouvre la soupape de communication avec le réservoir de liquide, tandis que celui du côté opposé refoule le liquide, ferme toutes les soupapes, et le fait sortir par le tube destiné à la pulvérisation.

Les pistons jouent donc à la manière de ceux d'une machine pneumatique à double cylindre.

COMMUNICATION.

M. DOLBEAU présente une observation et une pièce à l'appui sur un cas de gangrène traumatique, et remet à ce propos la note suivante :

J'ai été appelé aujourd'hui dans le département de Seine-et-Oise pour y pratiquer la désarticulation de l'épaule gauche. Ce fait est nécessairement incomplet, mais je crois utile de montrer aux membres de la Société les pièces anatomiques qui sont relatives à ce cas très-singulier. Plus tard je compléterai l'observation.

Un cultivateur voulant monter dans sa voiture, manque de tomber par suite des mouvements des chevaux. Il essaye de se maintenir, et c'est à la roue qu'il se cramponne ; la voiture continuant d'avancer, l'individu fut entraîné, le médius fut presque arraché ; enfin, lâchant prise à cause de la douleur vive, le malade fut renversé sur l'épaule gauche.

Tout ceci se passait vendredi dernier, dans la soirée : un médecin fut appelé, et il constata :

1° Une contusion violente de l'épaule, avec épanchement sanguin considérable ;

2° Une petite plaie non pénétrante au niveau de l'articulation du coude, vers sa partie interne ; la peau seule avait été intéressée ;

3° Une fracture de la première phalange du médius, avec plaie contuse.

Le malade se plaignait peu. On se contenta d'appliquer des résolutifs sur tout le membre. On avait, du reste, constaté qu'il n'y avait pas de luxation, soit à l'épaule, soit au coude.

Le lendemain de l'accident, tout le membre était engourdi ; le pouls radial manquait. Déjà les doigts froids et insensibles semblaient menacés de gangrène.

Depuis, les accidents de mortification ont été en augmentant, et ce matin, la gangrène remontait jusque vers l'articulation de l'épaule. Cependant on sentait les battements de l'artère humérale, vers l'insertion du grand pectoral.

La désarticulation a été pratiquée ; elle n'a du reste rien présenté de particulier. Nous avons de suite examiné le membre, et voici ce que nous avons trouvé :

1° Gangrène humide de la main, de l'avant-bras et des deux tiers du bras ;

2° Déchirure du muscle brachial antérieur et de la partie interne du ligament antérieur de l'articulation du coude ;

3° Veines et nerfs parfaitement sains ;

4° L'artère présente seule des altérations très-curieuses, surtout quand on considère que l'extension forcée du membre paraît les avoir produites.

L'artère humérale, à 3 centimètres au-dessus de sa bifurcation, a été rompue. La membrane externe seule a été conservée. Il en résulte qu'au niveau de la rupture, l'artère se résume en un cordon celluleux large d'un demi-millimètre et long de plus de 2 centimètres. Les deux bouts de l'artère ont la forme de deux cônes en rapport par leurs sommets, qui correspondraient au cordon qui les réunit. Le bout supérieur est oblitéré par un caillot assez résistant, adhérent aux parois, d'une largeur de 2 centimètres et demi. Il se terminé en pointe, supérieurement. Au-dessous de la lésion artérielle, on trouve un caillot passif qui remplit la fin de l'humérale, sa bifurcation, et qui s'étend à 5 centimètres dans la cubitale.

L'artère radiale est vide.

Les artères de tout le membre sont singulièrement petites. Le calibre de l'humérale dépasse à peine celui d'une grosse artère cubitale.

DISCUSSION.

M. BOINET. M. Dolbeau a-t-il examiné l'état des nerfs?

M. DOLBEAU. Au niveau du coude, le nerf médian était entouré d'un petit caillot sanguin, circulaire, d'un centimètre de longueur environ.

Du reste, les muscles avaient cette coloration violacée et cette odeur fétide propres à la gangrène.

M. HUGUIER. En quel état se trouvaient les ligaments latéraux de l'articulation du coude?

M. DOLBEAU. Ils étaient intacts ; le ligament antérieur seul était déchiré, de sorte que par une petite ouverture on voyait les surfaces articulaires.

M. HUGUIER. Il est difficile de comprendre l'existence d'une déchirure du ligament antérieur sans une luxation. Sans doute, cette luxation n'existait plus au moment où le blessé a été observé par les premiers médecins qui l'ont vu ; mais qui nous assure que cette luxation n'a pas existé à un moment donné et n'a pas été réduite pendant les mouvements qui ont dû se produire nécessairement lors de l'accident ? Je suis disposé à admettre qu'il y a eu luxation en arrière, déchirure du ligament antérieur et réduction immédiatement après. Comment, sans la luxation, s'expliquerait-on la déchirure des vaisseaux du pli du coude?

M. DOLBEAU. J'avais pensé à un déplacement des os, mais je n'ai pu produire une luxation lorsque j'ai eu fait la dissection.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite du concours de l'externat pour les hôpitaux de Paris, ont été nommés :

MM. 1 Hayem, 2 Denonvilliers, 3 Dclens, 4 Liouville, 5 Burlaud, 6 Germe, 7 Blumenthal, 8 Charpentier, 9 Desnos, 10 Gadaud, 11 Henocque, 12 Levesque, 13 Aubry, 14 Bourée, 15 Galicier, 16 Roulet, 17 Zavitzianos, 18 Goudet, 19 Cotard, 20 Raulin.

MM. 21 Pilate, 22 Raillard, 23 Escorne, 24 Filleau, 25 Follet, 26 Laburthe, 27 Jolicœur, 28 Perry, 29 Chauvelot, 30 Pentray, 31 Roustan, 32 Stopin, 33 Vielle, 34 Watelle, 35 Brunet, 36 Aubrun, 37 Carbonell, 38 Champrigaud, 39 Droin, 40 Laurent.

MM. 41 Marie (Edmond), 42 Matrion, 43 Rengade, 44 Bouillon-Lagrange, 45 Bouquet, 46 Boyer, 47 Castro y Parra, 48 Dantagnan, 49 Duclos, 50 Ducrot, 51 Landeta, 52 Lolliot, 53 Lucas-Championnière, 54 Olivier, 55 Robbe, 56 Bonnithon, 57 Cochet, 58 Deniau, 59 Lantier, 60 Machenaud.

MM. 61 Maurice, 62 Meunier, 63 Munier, 64 Paul, 65 Petit, 66 Signard, 67 Brulé, 68 Camuset, 69 Jubin, 70 Masse, 71 Mècle, 72 Miot, 73 Navarro y Villar, 74 Plicque, 75 Puel, 76 Reignier, 77 Stoufflet, 78 Voyet, 79 Blanc, 80 Brun.

MM. 81 Causaubon, 82 Chappot, 83 Comoy, 84 Font-Reaux, 85 Gagnard, 86 Giroud, 87 Le Teinturier, 88 Maringe, 89 Mignon, 90 Roger, 91 Staszinski, 92 Bouteillier, 93 Briançon, 94 de Montmeja, 95 Gemin, 96 Labadie, 97 Leroux, 98 Mary, 99 Musson, 100 Onimus.

MM. 101 Prouhet, 102 Quillard, 103 Ramond, 104 Renault, 105 Rudelle, 106 Saldivar, 107 Yzquierdo, 108 Baradus, 109 Bigourdon, 110 Bremond, 111 Canet, 112 Coste, 113 Gueneau, 114 Laisney, 115 Maindron, 116 Mougeot, 117 Paris, 118 Parizot, 119 Proust, 120 Rousset.

MM. 121 Suchard, 122 Azemar, 123 Bottentuit, 124 Castier, 125 Cavasse, 126 Chaumel, 127 Destelle, 128 Fredet, 129 Hurel, 130 Jouslain, 131 Juliano, 132 Loffel, 133 Malherbe, 134 Marelle, 135 Marsoo, 136 Plateau, 137 Thevenin, 138 Bayonne, 139 Carrive, 140 Chevalier.

MM. 141 Cuirot, 142 Dalbouze, 143 Duprat, 144 George, 145 Labory, 146 Macabiau, 147 Nave, 148 Rodriguez y Macias, 149 Théas, 150 Bachelet, 151 Bindé, 152 Boudrie, 153 Brissaud, 154 Cailleux, 155 Capmas (Paul), 156 Challier, 157 Claverie, 158 De Arteago, 159 Demoulin, 160 Desveaux.

MM. 161 Fauchey, 162 Gavillet, 163 Hallette, 164 Hamy, 165 Jousselin (Jean-Élie), 166 Legros, 167 Miguet, 168 Rousselot-Beaulieu, 169 Vignes, 170 Abafour, 171 Avondo, 172 Dejust, 173 Griffon, 174 Guillemaut, 175 Jolyes, 176 La Roche, 177 Maire, 178 Teinturier, 179 Banault.

MM. 180 Bonnet, 181 Dubois, 182 Girondeau, 183 Molinié, 184 Bernède, 185 B'acher, 186 Rochefontaine, 187 Brouard, 188 Cabadé, 189 Chedin, 190 Dumaz, 191 Fortin, 192 Guillerault, 193 Layrisse, 194 Le Piez, 195 Levraud, 196 Mesnage, 197 Napias, 198 Rousseau (Albert), 199 Ruais.

MM. 200 Thibaut-Beauregard, 201 Verollot, 202 Barrail, 203 Boudet, 204 Delanney, 205 Escana Boza, 206 Fleys, 207 Guenon des Mesnards, 208 Michaux, 209 Godivier, 210 Guillot, 211 Guillier, 212 Hobon, 213 Lamblin (Antoine).

— M. le docteur Lemoine vient d'être nommé médecin de la prison de Saint-Brieuc, en remplacement de M. le docteur Bellamy, décédé.

— Le 9 mars 1863, des concours seront ouverts à l'Ecole préparatoire de Lille pour trois places de professeurs suppléants aux chaires de médecine, matière médicale et thérapeutique ; de chirurgie et accouchements ; et de pharmacie, toxicologie et histoire naturelle médicale.

Les concours pour les chaires de médecine et de pharmacie commenceront le 9 mars 1863 ; le concours pour la chaire de chirurgie commencera le 16 du même mois.

— L'Association des médecins du département de Tarn-et-Garonne, siégeant à Montauban, vient de voter son agrégation à l'Association générale.

— Les médecins dont les noms suivent ont été, à l'occasion de l'anniversaire de la naissance du roi des Belges, nommés chevaliers de l'ordre de Léopold :

M. H. Rossignol, professeur de médecine opératoire à l'Université de Bruxelles, chirurgien à l'hôpital Saint-Pierre ;

M. Isidore Henriette, médecin à l'hôpital Saint-Pierre, professeur de clinique des maladies des enfants ;

M. Jules d'Udekem, professeur d'anatomie comparée à l'Université de Bruxelles, membre de l'Académie des sciences ;

M. Aug. Sovet, médecin à Beauraing, membre de la commission médicale provinciale de Namur ;

M. le docteur J. Bara, de Tournai ;

M. T. A. Blondeau, médecin à Chimay ;

M. J. F. J. Bosch, docteur en médecine, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Maestricht ;

M. A. Corbisier, médecin à Mons ;

M. L. Delheid, médecin à Liége ;

M. A. Gonne, médecin à Fleurus ;

M. J. A. Isacq, officier de santé à Poperinghe ;

M. Ch. Jacques, médecin à Waremme, membre de la commission médicale de la province de Liége ;

M. A. Laurent, médecin à Frasnes (Namur) ;

M. D. F. Robyns, médecin à Baelegem (Flandre orientale) ;

M. Rul-Ogez, médecin à Anvers ;

M. J. F. Stockman, médecin à Gand ;

M. F. A. Willems, médecin à Gand ;

M. J. Witteman, médecin à Malines.

— On annonce l'apparition prochaine d'un nouveau journal de médecine qui prendrait le nom de l'*Association générale*, et qui aurait pour directeur M. le docteur Elleaume.

— Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur A. Legrand, chevalier de la Légion d'honneur, médecin du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement, membre de la Société de médecine pratique de Paris et correspondant de plusieurs sociétés médicales des départements. M. A. Legrand, de qui la *Gazette* recevait de temps en temps des communications sur des sujets de médecine pratique, était auteur de plusieurs ouvrages connus, notamment d'une série de mémoires sur l'emploi de l'or substitué aux préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis, et d'un livre sur les tubercules et les scrofules, publié en 1849, et qui avait obtenu une mention honorable de l'Académie de médecine au concours de 1847.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* donne en ces termes l'état des opérations d'ovariotomie faites par M. Kœberlé :

« M. Kœberlé, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, vient de pratiquer deux nouvelles opérations d'ovariotomie. On sait que les deux premières ont obtenu un succès complet. La troisième malade, opérée le 29 octobre, est aujourd'hui (27 décembre) dans un état très-satisfaisant, et tout annonce une guérison prochaine. La quatrième ovariotomie a été faite le 20 décembre ; l'opérée est une jeune fille de vingt-quatre ans ; la tumeur extraite pesait 2,700 grammes. Aujourd'hui, neuvième jour, la malade est sans fièvre ; aucun accident ne s'est produit, et on peut espérer la continuation de cette belle série de succès. »

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

TABLE DES MATIERES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1862.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

N

O

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1862.

PARIS. — TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON, RUE GARANCIÈRE, 8.